



Socialstyrelsen

National ADHD-handplan

Pejlemærker, anbefalinger og
indsatser på det sociale område.

Viden til gavn

Kolofon

Udgiver: Socialstyrelsen

Udgivelsesår: 2017

Materialet er samlet og redigeret af Socialstyrelsen

Layout/design: Mouret.dk

Download eller se sti til rapporten på
socialstyrelsen/handicap/ADHD

Der kan frit citeres fra rapporten med
angivelse af kilde.

Tryk ISBN: 978-87-93407-92-3

Digital ISBN: 978-87-93407-91-6

Indhold

1. Indledning	5		
Indledning	6	Indsatser målrettet ungdomsuddannelse	70
Målgruppe for handleplanen	6	Indsatser målrettet unge og risikoadfærd	78
Risikofaktorer og beskyttende faktorer	6	Indsatser målrettet fritidsområdet	84
Tidlig opsporing og indsats	7	Indsatser målrettet velfærdsteknologiske løsninger	90
Fokus på forsinket modning af hjernen	8	Sociale indsatser til voksne med ADHD	94
Sociale konsekvenser af ADHD	9	Generelle karakteristika for voksne med ADHD	95
ADHD på tværs af sektorer	9	Efterspørgsel på effektive indsatser	96
Vidensgrundlaget for handleplanen	9	Indsatser målrettet mestring af hverdagen	98
ADHD-projekter 2009-2019	10	Indsatser målrettet uddannelse og beskæftigelse	110
Et kommunalt redskab	11	Indsatser målrettet sociale problemer	116
2. Pejlemærker	13	5. Implementering	127
Pejlemærker	14	Implementering af sociale indsatser	128
Pejlemærke nr. 1	15	6. Litteraturliste og bilag	133
Pejlemærke nr. 2	16	Litteraturliste	134
Pejlemærke nr. 3	18	Bilag 1 Om diagnosen ADHD	144
3. Anbefalinger	21	Bilag 2 Model for sammenhængen mellem indsatser på tværs af sektorer	146
Anbefalinger	22		
Anbefalinger – børn og unge	22		
Anbefalinger – voksne	23		
4. Sociale indsatser	25		
Sociale indsatser på ADHD-området	26		
Sociale indsatser til børn og unge med ADHD	30		
Generelle karakteristika for børn med ADHD	31		
Generelle karakteristika for unge med ADHD	31		
Indsatser til børn og unge med ADHD	33		
Indsatser målrettet familien og barnet/den unge	35		
Indsatser målrettet familien	45		
Indsatser målrettet dagtilbud	56		
Indsatser målrettet skolen	61		





Indledning

Indledning

Gennem de seneste årtier er der kommet øget fokus på, hvad det indebærer at leve med en opmærksomhedsforstyrrelse. Antallet af børn, unge og voksne, der får stillet diagnosen ADHD, har op gennem 00'erne været stigende. Nye data viser dog, at der de senere år er sket en opbremsning i udviklingen af nydiagnostiserede børn, unge og voksne. Mens kurven tidligere var stærkt stigende, er den de senere år blevet fladere^{1 2}.

Samtidigt findes der en gruppe mennesker, som enten har ADHD uden at have fået det konstateret, eller som ikke opfylder diagnosekriterierne, men som i forskellig grad oplever nogle af de samme udfordringer som mennesker med ADHD. Det kan skyldes, at kompleksiteten i samfundet er steget, og at kravene til den enkelte er blevet større. For nogle mennesker kan det være medvirkende til, at deres sårbarheder bliver til egentlige funktionsnedsættelser, og at de får behov for støtte udefra til at mestre hverdagslivet.

I takt med, at antallet af personer med ADHD er steget, og et stigende antal borgere oplever udfordringer med at mestre et komplekst

hverdagsliv, er der kommet en øget efterspørgsel på indsatser, der imødekommer borgernes behov for støtte til at håndtere tilværelsen. Med denne handleplan ønsker Socialstyrelsen at styrke vidensgrundlaget og de sociale indsatser på ADHD-området.

Målgruppe for handleplanen

Den nationale ADHD-handleplan på det sociale område retter sig både mod mennesker, der har en ADHD-diagnose, og mennesker, der har ADHD-lignende vanskeligheder, men uden at være diagnosticerede eller opfylde diagnosekriterierne. Læs mere om de diagnostiske kriterier i bilag 1.

Risikofaktorer og beskyttende faktorer

Vanskeligheder forbundet med ADHD skal ses i samspil med risikofaktorer og beskyttende faktorer hos den enkelte, i det nære miljø og i de sociale kontekster, som personen færdes i.

Risikofaktorer og beskyttende faktorer er karakteristika, begivenheder eller processer, som øger eller mindsker sandsynligheden for, at

Eksempler på risiko- og beskyttende faktorer, som er særligt vigtige i et socialt perspektiv.

	Risikofaktorer	Beskyttende faktorer
Individuelt niveau	Lavt selvværd Dårlige evner til at håndtere stress og udfordringer Fysisk og psykisk handicap Risikoadfærd Dårlig fysisk sundhed Lav IQ Problematisk forbrug af rusmidler	Positiv selvopfattelse Følelse af socialt tilhørsforhold Gode evner til at håndtere stress og udfordringer Gode kommunikationsevner God fysisk sundhed Høj IQ
Socialt niveau	Skrøbelige familiære relationer Misbrug og vold i familien Høj forekomst af psykologiske problemer i familien Social eksklusion Høj forekomst af stress i familien	Trygge familiære relationer Deltagelse i fællesskaber Støttende sociale relationer Positive erfaringer med uddannelse Klar kommunikation Lavt stressniveau i familien
Strukturelt niveau	Voldelige og kriminelle omgivelser Omsorgssvigt Lav levestandard/fattigdom Manglende skolegang Manglende støttefunktioner Opvækst på institution	Sikre og trygge rammer Høj socioøkonomisk status Adgang til uddannelse Adgang til sociale støttefunktioner Kendskab i omgivelserne til ADHD-relaterede problematikker

vanskeligheder, som kan være forbundet med ADHD, kommer til at udgøre et problem for den enkeltes trivsel og udvikling. Samspelet mellem risikofaktorer og beskyttende faktorer afgør graden og karakteren af en persons vanskeligheder og kan ændre karakter og sværhedsgrad, alt afhængig af livsforhold og den konkrete situation³.

Tidlig opsporing og indsats

Forskningsmæssigt er der stort fokus på tidlig opsporing af ADHD. Bl.a. peger forskning på genetisk sårbarhed som en afgørende risikofaktor. Forskningsprojektet *Studie af Førskole-ADHD Risiko Indi-*

katorer (SAFARI) undersøger en række faktorer, som kan indikere en forhøjet risiko for at udvikle ADHD, som fx at en af forældrene har en psykiatrisk diagnose, at moren ryger under graviditeten, at moren ikke får nok D-vitamin under graviditeten, og at barnet bliver ammet mindre end 6 måneder. Ligesom andre undersøgelser og forskning peger SAFARI også på, at bl.a. for tidlig fødsel og lav fødselsvægt bidrager til at øge risikoen for at udvikle ADHD. Det er dog væsentligt at understrege, at de ovennævnte risikofaktorer ikke nødvendigvis medfører, at et barn udvikler opmærksomhedsforstyrrelse, som fx ADHD.



ADHD i et socialt perspektiv

ADHD er den sundhedsfaglige betegnelse for en udviklingsforstyrrelse, som i forskellig grad indebærer vanskeligheder inden for områderne opmærksomhed, impuls kontrol, hyperaktivitet, koncentration og hukommelse.

ADHD er forkortelsen for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. På dansk kan det oversættes til opmærksomhedsforstyrrelse med hyperaktivitet.

I et socialt perspektiv er diagnosen ADHD ikke det primære udgangspunkt for at igangsætte relevante indsatser. Fokus er på at afdække den enkelte borgers funktionsniveau og opnå

et nuanceret og helhedsorienteret billede af borgerens udfordringer og behov for støtte med henblik på at fremme borgerens mulighed for at klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. På det sociale område (Serviceloven) ydes der ikke støtte ud fra diagnoser, men ud fra en vurdering af den enkelte borgers funktionsniveau.

ADHD = ADHD eller tilsvarende vanskeligheder

Af formidlingsmæssige hensyn anvender vi i denne handleplan kun begrebet ADHD. Bemærk dog, at det i denne sammenhæng dækker over ADHD eller andre vanskeligheder, som kan give nogle af de samme udfordringer som ADHD.

Øvrige studier påpeger betydningen af, at forældrene selv har ADHD⁴, at familien har lav social status^{5,6}, at fædrene har en antisocial/kriminel adfærd^{7,8}, og at mødrene har født barnet i en ung alder⁹. Derudover findes der en række eksterne faktorer, fx eksponering for forskellige toxiner, stress, hovedtraumer og infektioner, som også kan være relateret til udvikling af ADHD¹⁰.

Det er derfor relevant at have fokus på at identificere risikofaktorer og beskyttende faktorer i et livsforløbsperspektiv. Ikke mindst tidligt i livet, inden vanskelighederne udvikler sig til mere alvorlige problemer. Formålet er at etablere en relevant og målrettet tidlig social og/eller pædagogisk indsats.

Fokus på forsinket modning af hjernen

Hos mennesker med ADHD ses en forsinket kognitiv modning af de dele af hjernen, der er involveret i opmærksomhedsstyring, planlægningssevne og andre kognitive kontrolprocesser, der hjælper med at målrette tanke og handling¹¹. Forsinkelsen ses tydeligst hos børn og unge, men kan være ved ind i voksenlivet. Forskellen i biologisk og kognitiv alder kan være en risikofaktor, da det kan skabe frustration og nederlag hos barnet eller den unge, hvis man forventer det

samme af dem, som af andre børn og unge på samme alder. I tilrettelæggelsen af den sociale indsats er det vigtigt at være opmærksom på modningsproblematikken og tilpasse forventninger og krav til personens kognitive modenhedsniveau, særligt ved overgangen fra barn til ung og fra ung til voksen, hvor kravene stiger.



Økonomiske omkostninger

Udfordringerne kan have store konsekvenser for den enkeltes livskvalitet og muligheder for at deltage i samfundslivet på lige fod med andre. For samfundet som helhed kan det også have store konsekvenser. Forskning fra Rockwoolfonden viser, at ubehandlet ADHD hos voksne koster samfundet 2,8 mia. kr. om året¹² – eller i gennemsnit 150.000 kr. pr. individ. Der er altså store menneskelige og økonomiske gevinster at hente ved at få identificeret den enkeltes udfordringer, så tidligt i livet som muligt, og få tilrettelagt effektive indsatser, der både har fokus på personen og omgivelserne.

Sociale konsekvenser af ADHD

Selvom ikke to mennesker er ens, er det generelle billede, at mennesker med ADHD oplever store udfordringer med at få hverdagen til at hænge sammen. Det skyldes typisk manglende koncentration og opmærksomhed, problemer med at beregne, hvor lang tid ting tager, manglende overblik, konstant uro i kroppen og tankemylder, tankevandring, impulsivitet og problemer med at indgå i et socialt samspil og løse konflikter på en velovervejet måde. Vanskelighederenes sammensathed kan blive forstærket af, at opmærksomhedsforstyrrelse ofte forekommer sammen med andre psykiske lidelser, som fx angst, depression og OCD. En del mennesker med ADHD har også en autismespektrumforstyrrelse eller en anden kognitiv udviklingsforstyrrelse¹³.

Det er derfor fortsat en stor opgave for kommuner og regioner at udvikle tilbuddene til borgere med ADHD, så de får så optimal en støtte som muligt til at mestre deres tilværelse – og et liv med mulighed for deltagelse i samfundet på lige vilkår med andre.

ADHD på tværs af sektorer

Mennesker med ADHD har typisk behov for indsatser, der er forankret forskellige steder i det offentlige system. Der er derfor brug for at sammentænke indsatser, så det samlede tilbud udgør en meningsfuld helhed for den enkelte. Denne tilgang understøttes af forskningen, der peger på, at de bedste resultater fremkommer, når indsatsen tilrettelægges ud fra et helhedsorienteret perspektiv med fokus på at opbygge færdigheder fremfor et enstrenget perspektiv med fokus på at kompensere for dysfunktionerne¹⁴.

Så selvom der i denne handleplan er fokus på sociale indsatser, er det vigtigt at have for øje, at der er behov for helhedstænkning og god koordination mellem forskellige fagligheder og sektorer i tilrettelæggelsen af indsatser til børn, unge og voksne med ADHD¹⁵.

I forhold til børn og unge med ADHD skal handleplanen ses i et tæt samspil med *Forløbsprogram for børn og unge med ADHD* (2017)¹⁶, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet i samarbejde med en række professionelle aktører fra det sundheds-, uddannelses- og socialfag-

lige felt. Formålet med forløbsprogrammet er at understøtte det tværfaglige og -sektorielle samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis om en sammenhængende og koordineret indsats til børn og unge med ADHD¹⁷. Forløbsprogrammet beskriver organiseringen af den samlede indsats på tværs af sektorer med særligt fokus på den sundhedsfaglige indsats, mens handleplanen stiller skarpt på pejlemærker og konkrete indsatser inden for det socialfaglige felt. I bilag 2 findes en model, der viser sammenhængen mellem indsatserne i de forskellige sektorer.

Derudover skal handleplanen og Forløbsprogrammet ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge* (2014), Danske Regioners *Pakkeforløb for ADHD - børn og unge* (2017), Sundhedsstyrelsens *Udredning og behandling af ADHD hos børn og unge - faglige visitationsretningslinje* (2016).

I forhold til voksne med ADHD skal handleplanen bl.a. ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos voksne* (2015) og *Udredning og behandling af ADHD hos voksne - faglig visitationsretningslinje* (2016). Derudover Danske Regioners *Pakkeforløb for ADHD - voksne* (2017).

Vidensgrundlaget for handleplanen

Siden 2009 har Socialstyrelsen, i samarbejde med kommuner og andre eksterne aktører, gennemført en række projekter, der er målrettet børn, unge og voksne med ADHD. Gennem disse projekter er forskellige indsatser blevet udviklet, afprøvet og evalueret. Det har bidraget med viden om, hvilke sociale forhold der har særlig betydning for mennesker med ADHD, og hvilke typer af indsatser og tilbud det vil være relevant at fokusere på. Der er derfor i dag et langt bedre grundlag for at kunne imødekomme kommunernes behov for viden om, hvordan den sociale indsats til mennesker med ADHD bedst bliver tilrettelagt.

ADHD-projekter 2009-2019

Ny forstærket indsats til børn, unge og voksne

Satspuljeprogram (2009-2012), der indeholder:

- Forskningsoversigt og national kortlægning af sociale indsatser til mennesker med ADHD.
- Forskningsprojekt med fokus på familiernes situation, herunder samspillet med jobcentre og kriminalforsorgen.
- Ni udviklingsprojekter, forankret i tre kommuner, med fokus på opsporing og psykosociale indsatser.

Mestringsstøtte til familier med ADHD

Satspuljeprogram (2016-2017), der indeholder tre delinitiativer:

- *Udvikling, planlægning, afholdelse samt evaluering af kurser i DUÅ og PMTO med fokus på ADHD*
- *Udbredelse af nye veldokumenterede indsatser til forældrene til børn med ADHD* – udvikling og udbredelse af den gruppebaserede forældreindsats *Kærlighed i Kaos (KiK)* og den individuelle familieindsats PMTO.
- *Mentor- og støttekontaktpersonsordninger til unge med udadreagerende adfærd, herunder ADHD* – udvikling, afprøvning og dokumentation af metode til mentorordninger/støttekontaktpersonsordninger til unge.

Studie af Førskole-ADHD Risiko Indikatorer (SAFARI)

Forskningsprojekt (2013-2019), der skal give viden om, hvilke sociale faktorer i barnets opvækstmiljø, der øger eller mindsker udvikling af tidlige tegn på ADHD, så der for fremtiden kan sættes ind, hvor risikoen er størst. SAFARI er forankret i Odense Børnekoorte, som følger 2.500 børn over en 18-årig periode. SAFARI-projektet fokuserer på børnenes liv i perioden fra 0-5 år.

Robusthedsprogrammet

Satspuljeprogram (2017-2020), der går ud på at implementere programmet Robusthed.dk (og to andre programmer) på døgninstitutioner og opholdssteder med henblik på at støtte børnene og de unge i at udvikle og styrke deres mentaliseringssevne. Robusthed.dk er et videns- og inspirationsprogram om robusthed, som er udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning med støtte fra Socialstyrelsen.

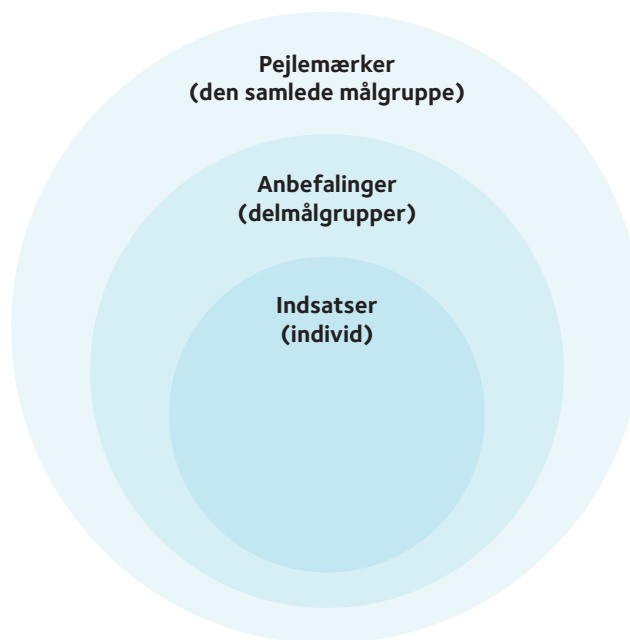
Bedre hjælp til unge og voksne med ADHD

Satspuljeprogram (2015-2018), som går ud på at afprøve og evaluere to metoder, baseret på kognitiv adfærdstræning. Den ene, *R&R2 ADHD*, er en manualiseret gruppeindsats, mens den anden, *Young-Bramham Programmet*, er en individuel metode, som kan tilpasses den enkeltes behov. Metoderne afprøves i fire kommuner.

Resocialisering af indsatte og tilsynsklienter med opmærksomhedsforstyrrelse

Satspuljeprogram (2016-2019), som gennemføres sammen med Direktoratet for Kriminalforsorg. Projektet går ud på at udvikle, afprøve og evaluere en model for effektiv resocialisering. Modellen *Et liv i frihed uden kriminalitet* består af kompetenceudvikling af ansatte med kontakt til målgruppen, et tættere og mere koordineret myndighedssamarbejde og afprøvning af to metoder, *R&R2 ADHD* og *Young-Bramham Programmet*, i et fængsel og en kommune i tæt samarbejde med Kriminalforsorgen.

Figur 1 viser forholdet mellem pejlemærker, anbefalinger og indsatser.



Handleplanen tager afsæt i den viden, der er indsamlet under satspuljeprogrammerne, men inddrager også viden, resultater og erfaringer fra andre undersøgelser og projekter, målrettet mennesker med ADHD. Også international og national forskning i forhold til ADHD og beslægtede områder indgår, bl.a. sammenhængen mellem ADHD og kriminalitet¹⁸ og de økonomiske omkostninger ved ubehandlet ADHD¹⁹. Handleplanen er desuden kvalificeret eksternt fra forsknings- og praksisfeltet.

Et kommunalt redskab

Handleplanen er primært målrettet kommunalpolitikere, kommunalchefer og andre centrale beslutningstagere i kommunen, men kan også være et nyttigt redskab for sagsbehandlere og fagpersoner i praksisfeltet.

Formålet med handleplanen er at lægge fundamentet for tilrettelæggelse og udvikling af kommunernes samlede sociale indsats til målgruppen, både på det strategiske og udførende niveau. Handle-

planen indeholder både overordnede pejlemærker og anbefalinger for indsatsen (kapitel 2 og 3) og en række eksempler på konkrete socialfaglige indsatser, målrettet børn, unge og voksne (kapitel 4).

Pejlemærkerne retter sig mod hele målgruppen, det vil sige alle borgere med ADHD. Borgerne er ikke direkte involveret på dette niveau, men mærker virkningen af pejlemærkerne i den måde, hvorpå de mødes og forstås i kommunens forvaltninger og tilbud. Anbefalingerne bygger i deres grundantagelser på pejlemærkerne, og de udvalgte indsatser skal ses som eksempler på tiltag, der kan bringes i spil for at indfri de intentioner, der ligger i anbefalingerne.

Listen over relevante indsatser er ikke udtømmende, men er et udvalg af de indsatser, der p.t. er bedst dokumenteret. Socialstyrelsen har udvalgt indsatserne med henblik på god vidensbaseret praksis på området og for at inspirere kommunerne i den fortsatte udvikling af tilbud til målgruppen.





Pejlemærker

Pejlemærker

Socialstyrelsen peger, på baggrund af det samlede vidensgrundlag, på tre overordnede pejlemærker for den sociale indsats til mennesker med ADHD. Det anbefales, at kommunen er opmærksom på disse pejlemærker i arbejdet med politikker, strategier, indsatser og tilbud til målgruppen. Under hvert pejlemærke præsenteres de mest centrale forhold, som er væsentlige at have fokus på i arbejdet med det pågældende pejlemærke.

Pejlemærke nr. 1

En dynamisk og nuanceret forståelse af borgerens særegne vanskeligheder, baseret på borgerens egen oplevelse og fortolkning af vanskelighederne, og borgerens samlede livssituation. Der bør være fokus på:

- At relevante aktører er bevidste om vigtigheden af at yde en tværfaglig indsats, at inddrage borgerens egne perspektiver på lige fod med de faglige perspektiver og at inddrage borgerens nærmeste netværk.
- At betragte udvikling og udviklingsproblematikker som forhold, der altid skal forstås i en kontekst.
- At medarbejdere, der har den daglige kontakt til målgruppen, opkvalificeres fagligt, så indsatserne bygger på et fælles vidensgrundlag og en fælles videnskultur.
- At sagsbehandlere og andre faggrupper, der er i kontakt med målgruppen, har adgang til specialiseret viden og rådgivning, fx fra særligt kvalificerede og specialiserede medarbejdere eller teams.

Flere vinkler og perspektiver på ADHD

For at få en nuanceret forståelse af en persons samlede livssituation er det vigtigt at være opmærksom på, at forskellige faglige områder kan bidrage med forskelligartede typer af viden og metoder, så personens vanskeligheder bliver belyst fra mange vinkler. Fælles forståelse, et fælles generisk mål og monitorering er centralt gennem hele forløbet.

Det er også vigtigt, at den enkeltes egne oplevelser og fortolkninger indgår som en central del af det samlede billede. I nogle sammenhænge vil det være relevant primært at se på ADHD fra en bestemt faglig vinkel, fx sundhedsfagligt, pædagogisk, psykologisk eller socialt, men ofte vil det være nødvendigt, at alle vinkler bliver belyst, og at der bliver sat gang i en sammenhængende tværfaglig indsats.

En dynamisk forståelse af ADHD

Forståelsen af udvikling og udviklingsproblematikker i relation til kontekst tager afsæt i, at de vanskeligheder, der er forbundet med ADHD, udgør et samlet hele, der kan give den enkelte vanskeligheder. Vanskelighederne kan ændre karakter og sværhedsgrad, afhængigt af livsforhold og den konkrete situation, man er i. Det, man som barn oplever som vanskeligt, vil sjældent være det samme, som det man oplever som vanskeligt i voksenlivet.

Den enkelte kan udvikle sig, så grundlæggende udfordringer med tiden betyder mindre, og diagnosen mister sin betydning. En dynamisk forståelse bygger på både vanskeligheder og ressourcer hos den enkelte borger, men tager samtidig højde for den kontekst, der er tale om^{20 21}.

Fælles vidensgrundlag og videnskultur

Har det professionelle miljø et fælles vidensfundament i forhold til ADHD, kan det modvirke, at der bliver dannet individuelle udlægninger af, hvad ADHD er, hvad det skyldes, hvordan det skal vurderes, og hvilke indsatser der er relevante. Ofte vil flere forskellige fagpersoner være involveret i indsatsen. Det er derfor relevant, at de professionelle på området har specialiseret viden i forhold til deres eget fagområde (fx det sociale område), men også at de har det nødvendige kendskab i forhold til andre fagområder (fx sundheds- og uddannelsesområdet). Desuden bør de professionelle have viden om kommunens og regionens forskellige indsatsmuligheder på området²².

Specialiseret viden og rådgivning

En dynamisk og nuanceret forståelse af den enkelte borgers vanskeligheder afspejler sig i den socialfaglige udredning. Det kan kræve særlige kompetencer at foretage en udviklingsorienteret, kontekstuel udredning i samarbejde med borgeren selv og/eller det nærmeste netværk. I mange tilfælde kan der være tale om en specialiseret udredning, hvor den enkelte sagsbehandler kan få brug for kvalificeret sparring og rådgivning. Det kan derfor være en fordel, hvis der i kommunen er adgang til en person eller et team med specialiseret viden og kompetencer i forhold til udredning.

Pejlemærke nr. 2

Indsatser sigter mod, at borgeren oplever udvikling, øget mestringsevne, selvhjulpelighed og aktiv deltagelse i samfundslivet. Der bør være fokus på:

- At indsatserne tilpasses den enkeltes borgers behov for støtte, ressourcer og viden.
- At forebyggende, foregribende og indgribende indsatser ses i et dynamisk samspil.
- At borgeren støttes i at mestre hverdagen gennem en tidlig og bred social indsats, som medtænker borgerens netværk.
- At den sociale indsats bliver kombineret med sundhedsfaglige og uddannelses-/beskæftigelsesrettede indsatser, når det er relevant for borgeren.

Sociale indsatser i relation til ADHD

Formålet med sociale indsatser er, at mennesker med ADHD og deres netværk får redskaber til at forstå, håndtere og afhjælpe vanskelighederne, så de opnår en højere grad af kontrol og mulighed for at leve det liv, som den enkelte ønsker sig. Det er vigtigt at være opmærksom på at opnå en positiv effekt, både i forhold til at reducere kernesymptomer og styrke evnen til at mestre de konkrete udfordringer, der kan følge med, når man har ADHD.

Variierende støttebehov og proportionelle indsatser

Nogle personer med ADHD har så omfattende vanskeligheder, at de har behov for specialiserede tilbud, mens andre kan have mindre funktionelle vanskeligheder, og klare sig uden særlig støtte. For ikke at fastlåse den enkelte i en bestemt type indsats er det vigtigt at vælge en dynamisk indsats, der tager højde for forandringer i den enkeltes funktionsniveau. Læs mere om graderede indsatser i *Forløbsprogrammet for børn og unge med ADHD*²³.

Ressource- og kontekstperspektiv i sociale indsatser

De funktionelle vanskeligheder kan ofte komme til at overskygge de ressourcer, som personer med ADHD også kan have. Det er derfor vigtigt, at den sociale indsats også har fokus på den enkeltes individuelle ressourcer og kompetencer, og at disse bliver brugt aktivt i forhold til at tilrettelægge indsatsen.

Tre indsatsniveauer i samspil

Sociale indsatser på området kan etableres på flere niveauer, alt efter hvilke problemstillinger de retter sig mod. Indsatsen kan fx rette sig mod alle borgere, en afgrænset gruppe af borgere eller en enkelt borger.

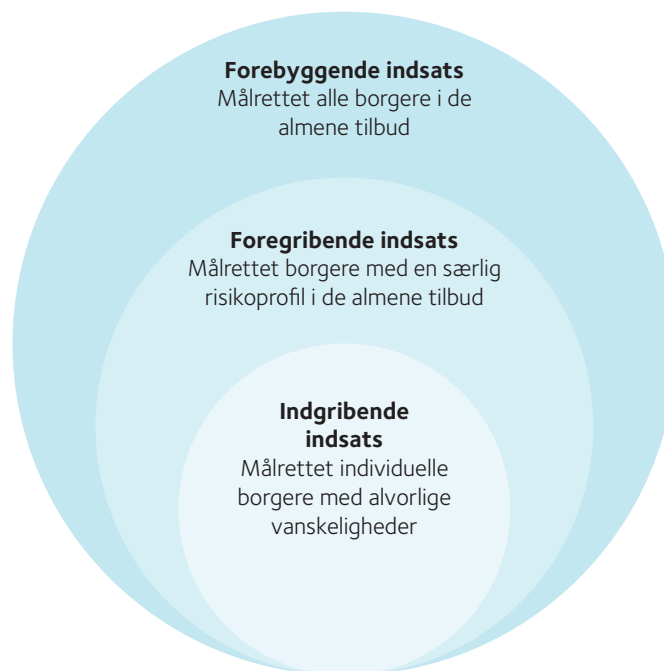
De tre niveauer af indsatser er dynamiske, forstået på den måde, at der ofte vil være overlap mellem dem, og at de ikke udelukker hinanden. Indsatserne skal derfor forstås i sammenhæng, så den enkelte borger får den type støtte, der aktuelt er behov for:

- *Forebyggende indsatser* er målrettet alle borgere. Formålet er at gøre almene tilbud tilgængelige ved at fjerne forskellige typer af barrierer og give lige muligheder for alle, uanset funktionsniveau. Tidlig indsats i forhold til trivsel, adfærd og socialt samspil, som kan understøtte, at problemer ikke får lov til at udvikle sig, er i fokus, så mere omfattende indsatser ikke bliver nødvendige. Målgruppen for de forebyggende indsatser er personer, som har vanskeligheder, der ikke kan tilskrives en bestemt diagnose, men som mere udgør en sårbarhedsprofil.

Eksempel: Kommunen opstiller mål om, at alle skoler skal sikre et inkluderende læringsmiljø og arbejde målrettet med at styrke børnenes faglige udvikling og trivsel.

- *Foregribende indsatser* har til formål at forudse udfordringer hos en risikogruppe med henblik på at mindske vanskelighederne. Målgruppen vil ofte være en gruppe af personer med særlige vanskeligheder, som vil kunne udvikle sig til ADHD. Fokus er bl.a. på at identificere og minimere risikofaktorer samt understøtte beskyttende faktorer hos personen og i det omgivende miljø.

Figur 2. Forholdet mellem de tre indsatsniveauer



Foregribende indsatser kan dog i nogle tilfælde være målrettet en enkelt person.

Eksempel: Relevante fagpersoner har særlig viden om og opmærksomhed på børn, unge og voksne med fx opmærksomheds- og koncentrationsproblemer.

Eksempel: Der tilbydes forældretræningskurser til forældre, der har børn i risikogruppen, eller mestringskurser til unge og voksne, der er i risiko for at afbryde uddannelse eller beskæftigelse.

- Indgribende indsatser er målrettet en enkelt person med alvorlige vanskeligheder. Måske er personen på vej til at blive – eller er alle-

rede blevet helt eller delvist – udelukket fra uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet. På dette niveau vil der ofte være tale om personer med en ADHD-diagnose med behov for indsatser, der direkte adresserer ADHD-problematikkerne. Det kan være i form af medicinsk behandling, kombineret med fx psykoedukation, kognitiv adfærdsterapi og/eller bostøtte. Indsatsen kan også være målrettet personens familie og nærmeste netværk. Fokus er rettet mod at få personen til at fungere i hverdagen, så personen får forbedret sine muligheder for at deltage ligeværdigt i samfundslivet.

Eksempel: Et kommunalt tilbud om en støtteperson, et pædagogisk støtteforløb, et specialskoletilbud eller et ophold på et botilbud for børn eller voksne.

Pejlemærke nr. 3

En koordineret og sammenhængende indsats, der både tager højde for organisatoriske og strukturelle udfordringer og for borgerens individuelle behov. Der bør være fokus på:

- At der anvendes en helhedsorienteret udredning af borgeren, som omfatter alle relevante livsområder, og at borgerens egne perspektiver og forståelser anerkendes og inddrages aktivt i udredningen. Som eksempler på udredningsmetoder kan nævnes *Voksenudredningsmetoden (VUM)*²⁴ eller *Integrated Children System (ICS)*²⁵.
- At der bliver arbejdet på løsninger, der sikrer, at relevant information og viden følger borgeren mellem forvaltninger og sektorer. Som eksempel på et redskab til tværfaglig dialog og vidensdeling kan nævnes *SkolesundhedPLUS*²⁶.
- At der er faste procedurer i forhold til overgangssituationer, hvor personen er i risiko for at blive særligt sårbar. Det gælder især overgangen mellem dagtilbud og skole og overgangen fra børne- til voksenbestemmelserne ved det 18. år.
- At der bliver arbejdet med koordinering af indsatsen mellem de forskellige aktører.
- At kommunikationen med borgeren er tydelig, og at borgeren har mulighed for støtte til at få overblik over og navigere i det sociale system, fx fra en tovholder.

En helhedsorienteret indsats

Børn, unge og voksne med ADHD har ofte komplekse problemstillinger, som kræver, at flere forvaltningsområder bliver inddraget. Ofte skal der også sikres et samspil med regionale (typisk den regionale psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatrien), statslige og private aktører²⁷. Det er helt afgørende, at de forskellige myndigheder og forvaltninger arbejder tæt sammen for at sikre en målrettet og relevant samlet indsats, og at borgeren oplever at have ejerskab til det samlede forløb. For at understøtte samarbejdet bør

udvalgt information, fx fra udredninger – med samtykke fra borgeren – være tilgængelig for alle kommunale aktører.

En tidlig kombineret indsats, der består af medicinsk behandling i kombination med en bredere social indsats, har den største effekt i forhold til personer med ADHD, der har brug for en sundhedsfaglig indsats. Sideløbende med en sundhedsfaglig udredning er det vigtigt, at der også bliver iværksat relevante sociale, pædagogiske eller psykologiske indsatser, eksempelvis psykoekation²⁸, forældretræning og mentorstøtte. Det er også vigtigt, at fagpersoner i kommunen har viden og kompetencer til at rådgive borgere om, hvornår det er relevant at opsøge en sundhedsfaglig udredning og indsats under den regionale psykiatri og børne- og ungdomspsykiatrien.

Inddragelse af borgeren i udredningsforløbet

Borgerens perspektiv er centralt i udredningsforløbet og bør have højeste prioritet. Inddragelse af borgeren er desuden et lovkrav. I forhold til mennesker med ADHD kan dette være en særlig udfordring. Her er det vigtigt, at de professionelle kan tilpasse kommunikationen, så relevante oplysninger bliver formidlet tydeligt, samtidig med at borgeren kan overskue processen og oplever sig inddraget. Borgerens netværk kan ofte spille en central rolle her. Det er vigtigt at tydeliggøre, hvor personen kan henvende sig, og hvem der har ansvar for og myndighed til at træffe beslutninger i forløbet.

Organisatorisk fokus på sårbare overgange

Både børn, unge og voksne i målgruppen er særligt sårbare i forhold til overgangssituationer, hvor der er risiko for, at vigtig viden og information går tabt, så der hele tiden skal begyndes forfra. Vær opmærksom på at følge børnene i skift mellem institutioner for at sikre kontinuitet for barnet og en fælles forståelse blandt de involverede voksne.

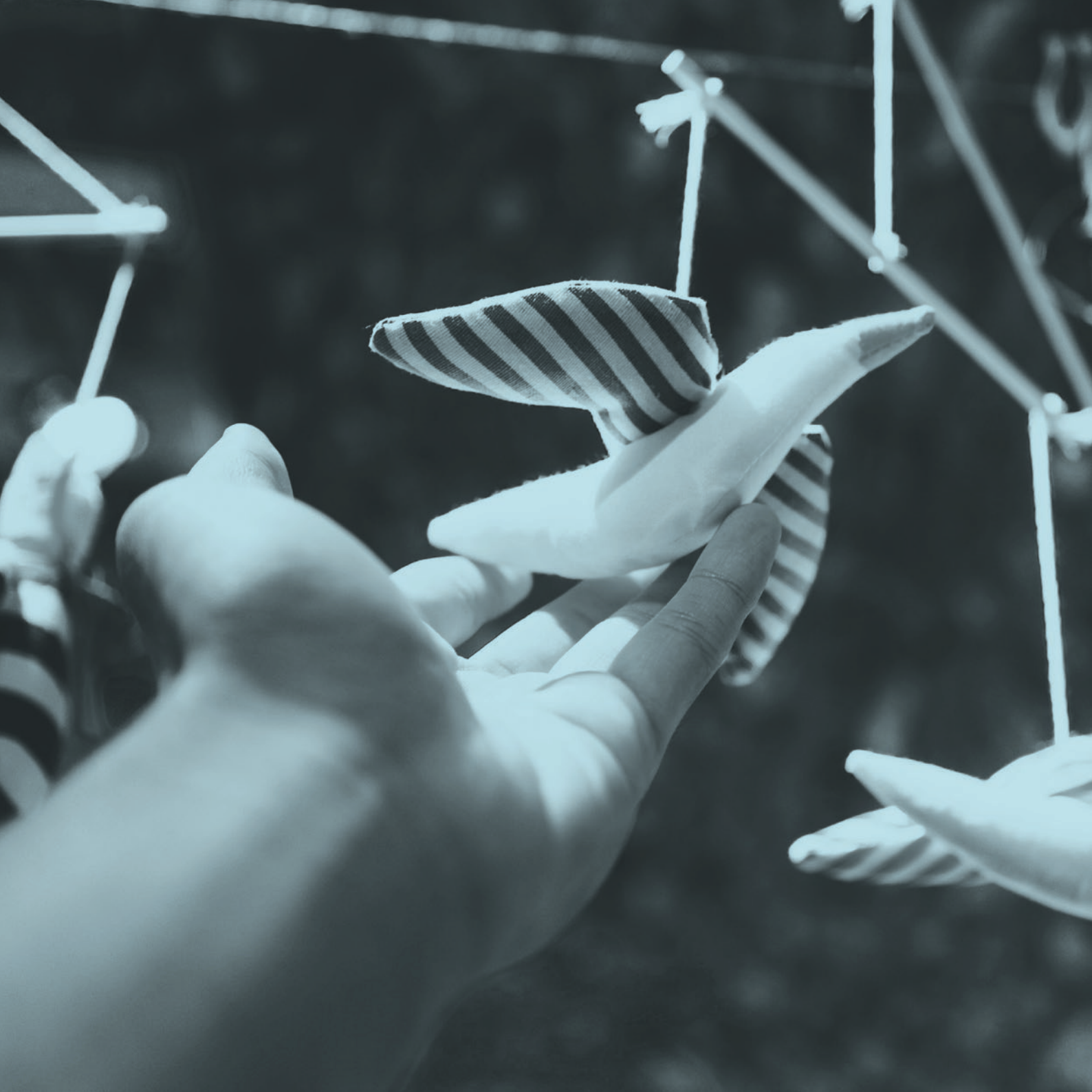
I forhold til unge er det vigtigt, at der er opmærksomhed på overgangen til voksenreglerne, hvor støttemulighederne ændres, nye kommunale aktører og forvaltninger kommer på banen, og hvor den



unge bliver myndig og selv skal varetage dialogen med kommunen og træffe beslutninger om sit eget liv. Den forsinkede kognitive modning blandt børn og unge med ADHD bør være et særligt opmærksomhedspunkt i forbindelse med overgangssituationer. Læs mere om sårbare overgange i *Forløbsprogrammet for børn og unge med ADHD*.

Behov for individuel koordinering

Mennesker med ADHD har typisk svært ved at planlægge og overskue kompleksitet. For mange borgere med ADHD er det derfor en stor udfordring, hvis de selv skal koordinere indsatser på tværs af kommunens fagkontorer og forvaltningsområder og på tværs af kommunale, regionale og private aktører. I de tilfælde, hvor der i samme familie både er børn og voksne med ADHD, og hvor der er mange offentlige og private instanser i spil, er udfordringen med at koordinere og skabe sammenhæng særligt udtalt. Det betyder, at der bør være ekstra stor opmærksomhed på at yde borgere med ADHD individuel støtte til at koordinere indsatser og skabe overblik.





Anbefalinger

Anbefalinger

Socialstyrelsens anbefalinger er tænkt som inspiration til, hvordan kommuner kan tilrettelægge den sociale indsats, som er målrettet børn, unge og voksne med ADHD. Anbefalingerne bygger på den indsamlede viden og forskning på området. De enkelte anbefalinger bliver uddybet i kapitel 4.

Anbefalinger – børn og unge

Anbefalinger i forhold til familien og barnet/den unge

- Vær opmærksom på familier, hvor der er ét eller flere medlemmer med ADHD, og betragt dem som en særlig risikogruppe i de åbne alment forebyggende tilbud målrettet familier og unge.
- Foregrib udviklingen af alvorlige problemer i familierne ved at sikre, at forældre og eventuelt søskende får viden og kompetencer til at acceptere og håndtere vanskeligheder i hverdagen.
- Vær opmærksom på, at de anvendte indsatser og/eller programmer bygger på så solidt et vidensgrundlag som muligt.

Anbefalinger i forhold til dagtilbud

- Understøt kommunens fagpersoner i at bruge en systematisk model for opsporing af børn med tidlige tegn på mistrivsel eller udviklingsvanskeligheder, og sæt fokus på, hvordan børn med

særlige, udviklingsbetingede, vanskeligheder kan understøttes i deres udvikling.

- Inddrag barnets forældre i det fælles arbejde med at give barnet passende udfordringer og muligheder for mestring med henblik på at øge barnets muligheder for at deltage i børnefællesskabet.
- Tilbyd det pædagogiske personale vejledning/supervision ved kommunens øvrige relevante og specialiserede fagpersoner, og giv dem mulighed for at opbygge eller opdatere deres faglige viden om børn med ADHD.

Anbefalinger i forhold til skole og ungdomsuddannelse

- Sæt fokus på tidlig og opsporende indsats og tag højde for de vanskeligheder, der opstår for elever med ADHD i både skole og ungdomsuddannelse

- Sæt fokus på at sikre elevernes interesse for læring og mulighed for at kunne indgå i undervisningen bedst muligt.
- Sæt fokus på fastholdelse af unge med ADHD i forbindelse med uddannelse og på en god overgang mellem grundskole og ungdomsuddannelse.

Anbefalinger i forhold til unge og risikoadfærd

- Sæt fokus på tidlig og opsporende indsats i forhold til unges risikoadfærd.
- Sæt fokus på, at de unge får redskaber til at ændre deres adfærd og udvikle deres sociale kompetencer, fx ved at der arbejdes bevidst med relationer og rollemodeller.
- Vær orienteret mod at anvende indsatser med dokumenteret effekt.

Anbefalinger i forhold til fritidsområdet

- Tag afsæt i komponenter fra de evidensbaserede programmer på dagtilbuds- og skoleområdet, som har vist sig virkningsfulde i forhold at styrke de sociale relationer, når der tilrettelægges en indsats.
- Involver og samarbejd med foreninger og det civile samfund i den sociale indsats, målrettet børn og unge med ADHD, og giv frivillige mulighed for at deltage i videns- og praksiskurser, som grundlag for at skabe inkluderende fællesskaber i fritids- og forningslivet.
- Gør eksisterende fritidsaktiviteter mere synlige og tilgængelige for børn og unge med ADHD, fx ved at lave skole-forenings samarbejde om etablering af aktiviteter.

Anbefalinger – voksne

Anbefalinger i forhold til mestring af hverdagen

- Sæt fokus på indsatser, der styrker kompetencerne i forhold til struktur, overblik og organisering af dagligdagen.
- Anlæg et helhedsorienteret perspektiv på indsatsen til voksne med ADHD, og inddrag nærmeste familie i indsatserne, hvor det er relevant.
- Vær opmærksom på variationen i behovet for støtte, hav flere mulige tilbud til målgruppen, og koordiner indsatsen med relevant støtte fra andre områder.

Anbefalinger i forhold til uddannelse og beskæftigelse

- Tilknyt en koordinator/tovholder til den enkelte borgers sag, og samarbejd på tværs af forvaltningerne med henblik på at skabe sammenhæng mellem de forskellige indsatser.
- Tilbyd støtte til at mestre de udfordringer, arbejdslivet kan byde på, når man har vanskeligheder med struktur, koncentration, tidsestimering, kompleksitet mv.
- Oparbejd et fælles vidensfundament på jobcentrene i forhold til variationen i de funktionelle vanskeligheder, der kan relatere sig til ADHD, og egnede tilbud til målgruppen.

Anbefalinger i forhold til sociale problemer

- Vær opmærksom på, at voksne med ADHD samtidigt kan indgå i målgruppen for andre sociale indsatser.
- Lad indsatsen tage udgangspunkt i fx vanskeligheder i forhold til hjemløshed, misbrug eller andre psykiske vanskeligheder, men anerkend samtidig de vanskeligheder, der kan have tilknytning til ADHD.
- Indgå i et tæt samarbejde med regionen i de tilfælde, hvor en sundhedsfaglig udredning vil være relevant.





Sociale indsatser

Sociale indsatser på ADHD-området

Dette kapitel er opdelt i et afsnit om børn og unge i alderen 0-18 år og et afsnit om voksne fra 18 år og op. Hvert afsnit indledes med en karakteristik af målgruppen og dens typiske udfordringer, efterfulgt af en række afsnit opdelt efter sociale tematikker. I forbindelse med hvert tema gives nogle anbefalinger og eksempler på konkrete indsatser.



Læsevejledning for indsatsbeskrivelser

Hver indsats indeholder:

- En beskrivelse af fem vidensdimensioner (målgruppe, metode, implementering, effekt og økonomi)
- En samlet vurdering af vidensgrundlaget (A, B, C eller D)
- En samlet vurdering af intensitet i forbindelse med implementering (1, 2 eller 3)
- En angivelse af indsatsniveauet (forebyggende, foregribende eller indgribende).

Vidensdimensioner

Hver indsats er beskrevet med udgangspunkt i Socialstyrelsens *Vidensdeklaration*²⁹, som baserer sig på fem vidensdimensioner: 1) Målgruppe, 2) Metode, 3) Implementering, 4) Effekt og 5) Økonomi. De fem vidensdimensioner skaber tilsammen et billede af aktuelt bedste viden om indsatsen/metoden. Beskrivelserne giver dermed et hurtigt overblik over vidensgrundlaget for hver enkelt indsats/metode.

Socialstyrelsen har for hver indsats foretaget en vurdering af, hvor godt hver af de fem dimensioner er dokumenteret. På baggrund af de fem vurderinger er der foretaget en samlet vurdering af vidensgrundlaget. Det er angivet på en skala fra A til D, hvor:

- A afspejler et solidt vidensgrundlag, som er direkte relevant for dansk kontekst (stærk dokumentationsstyrke).
- B afspejler et rimeligt vidensgrundlag (moderat dokumentationsstyrke).

- C afspejler et begrænset vidensgrundlag (lav dokumentationsstyrke).
- D afspejler ingen eller yderst ringe mængde beskrevet viden, der er relevant for dansk praksis (meget lav dokumentationsstyrke).

Forudsætninger for implementering

Derudover har Socialstyrelsen foretaget en vurdering af, hvor meget det kræver at implementere indsatsen:

- 1 henviser til, at indsatsen har relativt få forudsætninger og eventuelt kan etableres i forlængelse af kommunens eksisterende tilbud.
- 2 henviser til, at indsatsen forudsætter en del koordination, tværgående samarbejde og eventuelt kompetenceudvikling.
- 3 henviser til, at indsatsen forudsætter et større set-up, der kan omfatte flere forvaltninger, og typisk kræver specialiseret viden.

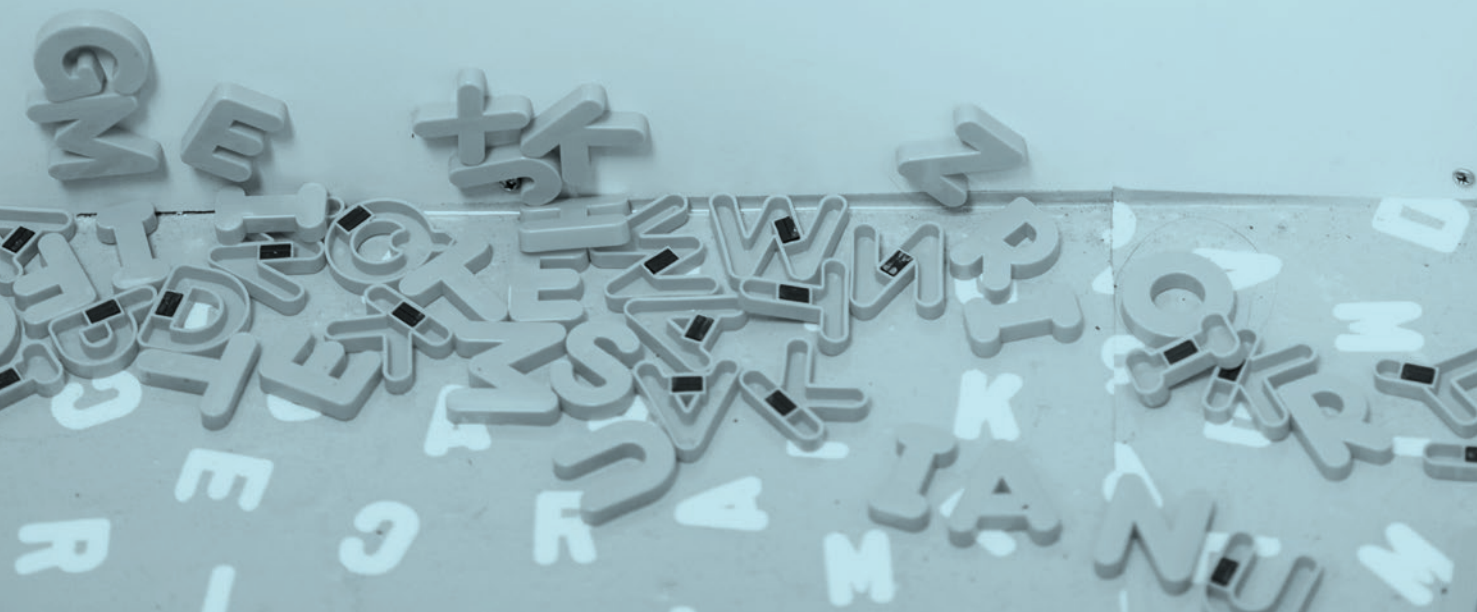
Indsatsniveauer

Under hver indsats er det desuden angivet, om der er tale om en forebyggende, foregribende eller indgribende indsats. Vær opmærksom på, at disse indsatsniveauer ikke skal anvendes trinvis, men dynamisk, forstået på den måde, at man kan springe mellem niveauerne eller anvende dem overlappende, afhængigt af borgernes aktuelle behov.

Indsatserne spænder bredt

De indsatser, der er taget med i handleplanen, befinder sig på forskelligt vidensniveau. Det skyldes, at vidensgrundlaget varierer for forskellige aldersgrupper og problematikker. Indsatserne spænder således fra evidensbaserede indsatser, der er afprøvet og evalueret ud fra videnskabelig standard (fx RCT-studier), over indsatser, der er evalueret ud fra bestemte parametre (lovene praksis), til indsatser, der erfaringsmæssigt har vist gode resultater (gode erfaringer).





Lovende praksis

Hver dag udføres der socialfagligt arbejde, som ikke er evidensbaseret, men som alligevel er til gavn for borgerne. Selvom der ikke er sikker viden om, hvad der skaber effekterne, er der enighed om 11 elementer, der karakteriserer dette arbejde.

De 11 elementer udgør tilsammen en typologi for lovende praksis på hele det specialiserede socialområde. Elementerne konkretiseres og udfoldes i et spørgeskema, der kan bruges som måleredskab. En socialfaglig praksis, der har mange af de 11 elementer, vil have særlig god sandsynlighed for at skabe positive forandringer for borgerne, og vil dermed være særligt lovende.

Formålet med typologien for lovende praksis er både at få et fælles sprog og en fælles retning for, hvad der kendetegner

godt socialt arbejde, og at anerkende det gode arbejde, der allerede sker i dag.

Læs mere om lovende praksis

Læs mere om de 11 elementer, spørgeskemaet og den viden, der ligger bag, i forskningsrapporten *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*³⁰.

Der findes også en pixiversion, der henvender sig bredt til praktikere, beslutningstagere og andre interesserede. Pjecens titel er *Lovende praksis på det specialiserede socialområde*³¹.

Forskningsrapporten og pixiudgaven findes på socialstyrelsen.dk eller vive.dk



Resultatdokumentation og evaluering

Uanset, om der er tale om modning af en lovende praksis eller om anvendelse af en evidensbaseret metode, vil det være vigtigt at dokumentere, hvordan indsatser og metoder virker i en given kontekst. Systematisk evaluering af resultater for borgerne kan ske ved hjælp af forskellige tilgange og redskaber, der er tilpasset det konkrete anvendelsesformål.

Socialstyrelsen præsenterer i *Resultatdokumentation og evaluering – håndbog for sociale tilbud*³² en generel model for

systematisk kvalitetsudvikling af sociale indsatser ved hjælp af resultatdokumentation.

Læs mere om resultatdokumentation

Håndbogen kan findes på socialstyrelsen.dk eller vidensportal.dk/resultatdokumentation.

Variation i målgruppefokus

Der vil også være en vis variation i, om indsatserne er specifikt målrettet mennesker med ADHD, eller om de er målrettet en bredere målgruppe, som også kan inkludere mennesker med ADHD. Det fremgår tydeligt af målgruppebeskrivelsen under den enkelte indsats.

Socialøkonomisk analyse

I forhold til økonomien er der særligt stor variation i, om der er foretaget en økonomisk evaluering eller omkostningsvurdering af indsatserne. Det er kun få af indsatserne, hvor der foreligger dokumentation for, hvad det koster at implementere indsatsen, eller hvilken fremtidig økonomisk betydning implementeringen kan have. Socialstyrelsen har imidlertid udviklet *Den socialøkonomiske investeringsmodel (SØM)*, der kan anvendes til at vurdere de økonomiske konsekvenser af sociale indsatser. Modellen skal samlet set bidrage til at øge viden om indsatsernes omkostninger, effekter og økonomiske gevinster med det mål at få mest muligt social effekt for pengene³³.

Sociale indsatser til børn og unge med ADHD

ADHD er den hyppigst registrerede psykiatriske diagnose blandt børn og unge, ifølge Vidensråd for Forebyggelse³⁴. En metaanalyse fastslår, at der på verdensplan er 5,3 % børn og unge under 18 år, der har ADHD³⁵. Den reelle forekomst i Danmark er imidlertid usikker, da der ikke er en central registrering af diagnoser, der er stillet hos privatpraktiserende speciallæger³⁶. Der er dog konsensus om, at diagnosen ADHD kan stilles hos 3-5 % af en børneårgang, hvoraf ca. 1-2% vil have det i svær grad³⁷. ADHD er tre gange hyppigere blandt drenge end blandt piger, men ADHD-symptomer rapporteres i teenagealderen lige hyppigt for begge køn.

Antallet af børn og unge, der får stillet diagnosen ADHD, har været stigende op gennem 00'erne, men i de senere år har kurven stabiliseret sig³⁸. Udviklingen har skabt bekymring for både overdiagnosticering og for, at flere af de børn, der fødes i dag, udvikler ADHD. En international metaanalyse, der har sammenlignet andelen af befolkningen, der har fået ADHD over en række årtier, konkluderer imidlertid, at der ikke synes at være sket en reel

stigning³⁹. En relevant tolkning kan være, at der historisk set har været et konstant antal af personer, der har ADHD, men at flere får diagnosen anerkendt i dag.

Forskning har vist, at der på særlige områder ses en forsinkelse i den neurobiologiske kognitive modning hos mennesker med ADHD⁴⁰. Disse områder er involveret i opmærksomhedsstyring, planlægningsevne og andre kognitive kontrolprocesser, der hjælper med at målrette tanke og handling. Forsinkelsen ses tydeligst hos børn og unge, men neurobiologiske og neuropsykologiske afvigelser kan vare ved ind i voksenlivet. Ifølge *Forløbsprogram for børn og unge med ADHD*⁴¹ er det vigtigt at være opmærksom på modningsproblematikken og tilpasse forventninger og krav til personens kognitive modenhedsniveau, særligt ved overgangen fra barn til ung og fra ung til voksen, hvor kravene til selvstændighed er stigende⁴². Forskellen i biologisk og kognitiv alder kan skabe frustration og nederlag hos barnet eller den unge, hvis man forventer det samme af dem, som af andre børn og unge på samme alder.

Tidlig forebyggende indsats

Samlet set er der et stort samfundsmæssigt potentiale i at fremme forebyggende indsatser tidligt i barnets liv. De kan resultere i, at færre børn og unge med ADHD får behov for indsatser af mere indgribende karakter. Indsatser på det forebyggende niveau kan igangsættes på alle tidspunkter i børn og unges liv, og er typisk initieret på baggrund af både familie og fagprofessionelles bekymring for barnet eller den unges trivsel og udvikling. Indsatsen afhænger af, at forskellige faggrupper kan samarbejde, og det er derfor afgørende, at fagpersoner, der har med børn og unge at gøre i hverdagen, opfanger tegn og reaktioner på mistrivsel, tager bekymringer alvorligt og handler på deres bekymring.

En del af de tidlige og forebyggende indsatser inden for det almene område ses i form af støtte og vejledning fra fagpersoner, som børnene og de unge er i kontakt med i dagligdagen, fx lærere og pædagoger. Indsatserne i den primære forebyggelse⁴³ er normalt kortvarige og registreres sjældent. Derfor er antallet af børn og unge, som modtager eller har behov for den primære forebyggelse, umuligt at fastslå.

Flere af de tidligt forebyggende indsatsbeskrivelser i indeværende handleplan har derfor også karakter af at være et samspil mellem forskellige kortvarige initiativer, som hver for sig ikke kan defineres som en konkret indsats eller metode. Samlet set skal de bidrage til at forebygge og/eller skabe rum for en analyse af, hvilken type indsats der bør iværksættes.

De forebyggende indsatser kan naturligvis ikke stå alene. Der vil fortsat være børn og unge, for hvem en forebyggende indsats ikke er tilstrækkelig. Deres behov skal også fremadrettet kunne tilgodeses i den sociale indsats.

Generelle karakteristika for børn med ADHD

Helt små børn får sjældent en egentlig ADHD-diagnose, men er de uopmærksomme og impulsive, kan det stadig gøre deres hverdag sværere at mestre, både for dem selv, deres familier og i dagtilbud og skole.

Børn, som er urolige og uopmærksomme, kræver ekstra tid og støtte og er sværere at få til at tilpasse sig de givne rammer. Det medfører ofte, at voksne omkring dem udtrættes og ender med mest at fokusere på barnets negative sider. De voksne risikerer at blive meget korrigerende, skælde ud og føle sig magtesløse⁴⁴. Børn, der gang på gang mødes med skuffelse og manglende anerkendelse, vil naturligt nok mistrives og ofte reagere endnu mere uhensigtsmæssigt. Et negativt samspil med forældre, pædagoger, lærere og kammerater har stor betydning for trivsel og identitetsdannelse og påvirker barnets funktion senere i livet. Samtidigt er der også børn, hvor vanskelighederne har en indadvendt og drømmende karakter. Disse børn kan være svære at få øje på og bliver let overset af de voksne omkring dem, og de risikerer derfor ikke at få den støtte, de har behov for.

Stress er en af de faktorer, der har stor indflydelse på børn med ADHD, særligt i forbindelse med skolegang, men også i familie- og fritidsliv. Stress påvirker børns hukommelse og læring og resulterer i en adfærd, der oftest misforstås som manglende motivation og uopmærksomhed⁴⁵. Børn med ADHD og indlæringsvanskeligheder er særligt udsatte for stress og angst, fordi kravet om faglige præstationer gør tolerancen over for elevernes vanskeligheder og frustrationer mindre^{46 47}.

Omvendt kan børn med ADHD, der ikke stresses af for store krav, men tilbydes en målrettet indsats, udvikle kompetencer til at mestre de udfordringer, der kan være forbundet med ADHD. Ligeledes kan børn og unge med ADHD i optimale rammer opleve, at visse symptomer på ADHD kan være styrkesider, fx i forhold til kreativitet og initiativrighed. De børn, der typisk får behov for støtte fra det sociale system, befinder sig i situationer, hvor problemerne allerede er eskaleret. Det er derfor vigtigt at vægte en tidlig målrettet og forebyggende indsats.

Generelle karakteristika for unge med ADHD

Ungdommen er en livsfase, der er kendetegnet ved stor udvikling og forandring. Det er en vedvarende modnings- og socialiseringsperiode, hvor der skal træffes mange betydningsfulde valg, og hvor fundamentet for det kommende voksenliv og udvikling af en

“ ADHD er den hyppigst registrerede psykiatriske diagnose blandt børn og unge- ifølge Vidensråd for Forebyggelse

voksenidentitet bliver lagt, bl.a. gennem valg af uddannelse. De unge skal navigere mellem mange skift i omgivelser, regler og sociale relationer. De mange skift giver den enkelte større frihed og flere valgmuligheder, men også et større ansvar. Hvor der tidligt i livet er en høj grad af ydre styring, og hvor særligt familien og skolen sætter rammerne og træffer beslutningerne for barnet, får den unge gradvist ansvaret for egen udvikling og for at sætte scenen for eget livsprojekt. Overgangen fra barn til voksen er i alle unges liv en brydningsfuld periode, der kræver både overblik, involvering og vedholdenhed.

Dilemmaet mellem en forsinket modning af den unges kompetence til fx impulshæmning, planlægning og forfølgelse af langsigtede mål (de eksekutive funktioner) og et veludviklet behov for selvstændighed og selvbestemmelse⁴⁸ kan give unge med ADHD særligt store vanskeligheder.

De unge vil ofte have brug for hjælp og støtte til at fastholde motivationen gennem et uddannelsesforløb. De fleste unge med ADHD har en række negative oplevelser med i bagagen i forhold til skolearbejde, som gør det sværere at motivere den unge til at begynde på og fastholde en ungdomsuddannelse. Risikoen for frafald er således større, hvis man har ADHD. En konsekvens af det viser sig ved, at voksne med ADHD generelt har kortere uddannelser og lavere indkomst end deres jævnaldrende⁴⁹.

Unge med ADHD har generelt højere risiko for at have et problematisk forbrug af alkohol eller andre rusmidler. Øget impulsivitet eller anden risikoadfærd kan betyde, at den unge kan være hurtigere til at eksperimentere med forskellige rusmidler eller indgår i grupper, hvor der er et højere indtag af rusmidler. Samtidig kan unge med ADHD opleve, at nogle rusmidler dulmer deres indre rastløshed og hjælper dem til at slappe af⁵⁰. Unge med ADHD kan have svært ved at blive venner med velfungerende unge og risikerer at indgå i grupper af unge med risikoadfærd, hvor normsættet og adfærden er problematisk⁵¹.

Dertil kommer, at unge med ADHD har en markant højere risiko for også at udvikle symptomer, der svarer til en eller flere andre psykiske vanskeligheder. Det er dog forskelligt, hvilke symptomer der

hyppigst fremkommer hos hvert af de to køn. Hvor drenge typisk reagerer med adfærdsforstyrrelser og misbrug, er det mere almindeligt, at piger udvikler angstlidelser og depression⁵². Alligevel kan alle kombinationer af disse og andre vanskeligheder forekomme⁵³. De unge har derfor ofte meget komplekse problemstillinger, som betyder, at de kan have brug for hjælp fra en lang række aktører og forvaltninger og efter en række forskellige lovgivninger.

Indsatser til børn og unge med ADHD

Forudsætningen for at kunne sætte ind med en målrettet indsats er en helhedsorienteret udredning, som omfatter alle relevante livsområder. Som eksempel på en udredningsmetode kan nævnes Integrated Children System (ICS)⁵⁴.

Den tidlige sociale indsats for yngre børn vil ofte være familierettet, eventuelt i kombination med en indsats i dagtilbud eller skole. Undersøgelser af en kombineret indsats i dagtilbud og familie viser, at de positive resultater med bedre opmærksomhed, øget social kontakt og færre adfærdsproblematikker kan fastholdes over tid⁵⁵. Samlet set bliver der peget på, at en familieindsats vil være den mest omkostningseffektive i forhold til en kombineret indsats eller en indsats, der kun finder sted i dagtilbud eller skole⁵⁶.

I Danmark anvendes en række forskningsbaserede programmer, som har vist dokumenteret effekt. Desuden er der pædagogiske modeller/skoleudviklingsmodeller, som kvalificerer medarbejdernes indsats i dagtilbud og skole/uddannelse – og dermed støtter inklusionen af elever med ADHD.

Dokumentationsgrundlaget for indsatser, der er målrettet familien og barnet/den unge, er stærkt, særligt i forhold til forældretræningsprogrammer. Også på institutions- og skoleområdet findes en række indsatser, der viser gode erfaringer og dokumenteret effekt. En række programmer for unge med alvorlige adfærdsproblemer har ligeledes dokumenteret effekt.

Fritidsområdet udgør en væsentlig del af børns og unges liv og har stor betydning for både udviklingen af sociale relationer og for



Samlet oversigt over indsatser til børn og unge med ADHD

	Forebyggende	Foregribende	Indgribende
Familien og barnet /den unge	Tidligt forebyggende indsatser (familie-/ungerådgivning) (D1)	De Utrolige År (DUÅ) (A3) Parent Management Training - Oregon (PMTO) (A3) Kærlighed i Kaos (KiK) (A3) Stepping Stones (alle niveauer) (A3) Mestringsprogrammer for børn og unge (D3)	Familierådslagning (B3) PMTO Teens (C3) Funktionel Familierapi (FFT) (B3) PMTO individuel familiebehandling (A3) New Forest Parenting Programme (NFPP) (A3)
Dagtilbud	LP-modellen (C2)	DUÅ Børnehave og Skole (A3)	Specialpædagogisk indsats/støtte i dagtilbud (D2)
Skole	Læringsmiljøet Klasseledelse og relationskompetence Læringsmiljø og Pædagogisk analyse (LP) (B3) Program for Læringsledelse (PLF) (B3) Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS) (alle niveauer) (B3)	Robusthed.dk (C2) Tolærer-ordning/Co-teaching (C2)	Familieklasser (C2)
Ungdomsuddannelse	Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU)	Fasholdelsesmentorer (D2)	Ordinær erhvervsuddannelse med særlig støtte (D2) Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU)
Risikoadfærd	headspace (C3) Kriminalitetsforebyggende indsats		Multisystemisk Terapi (MST) (A3)
Fritidsområdet	Mindfulness (alle niveauer) (C3)	FOKUS – ro og koncentration gennem skydeidræt (C2) Skoleforenings samarbejde (D2)	Fritidsguide/foreningsguide (D2)
Velfærdsteknologiske løsninger		Smartphones (D2)	CASTT (C3) ChillFish (C3) MOBERO (C3)

børns fysiske og mentale velbefindende. Der findes ikke veldokumenterede indsatser på fritidsområdet, men en række gode erfaringer og anbefalinger. Endelig har velfærdsteknologiske løsninger vist potentiale til at understøtte øvrige indsatser i forhold til børn og unge med ADHD, fx indsatser i skolen eller familien.

Indsatser målrettet familien og barnet/den unge

Børn og unge med ADHD vil ofte have en adfærd, der stiller store krav til familien. Det kan belaste relationen mellem forældre og barn og også medføre, at søskende føler sig oversete. Undersøgelser viser, at mange forældre oplever stress og mister tilliden til egne forældrevenner⁵⁷. Vanskelighederne bliver typisk forværret, når også forældre eller søskende har ADHD. Samtidig er der mange eksempler på, at der opstår konflikter og samarbejdsvanskeligheder med det sociale system, der skulle støtte familien⁵⁸. Analyser har vist, at der er en overhyppighed af ADHD blandt socioøkonomisk ressourcetsvage familier⁵⁹, og at forældre til børn med ADHD ti år efter fødslen har 75 % højere risiko for at gå fra hinanden. Deres deltagelse på arbejdsmarkedet er reduceret med op til 13 % sammenlignet med andre forældre. Undersøgelsen peger imidlertid også på, at især mødre intensiverer deres arbejdsindsats, når deres barn bliver udredt og efterfølgende modtager behandling og støtte⁶⁰.

Aflastning og praktisk pædagogisk støtte i hjemmet kan bl.a. dreje sig om aflastning af forældrene for at sikre omsorgen for søskende og styrkelse af barnets mestring. Der er ikke nødvendigvis tale om familier med sociale problemer, men derimod familier, der i perioder kan være meget belastede af situationen. Formålet med praktisk, pædagogisk støtte i hjemmet er at støtte familien til at få en struktureret hverdag, hvor forældrene får hjælp til at sikre, at børnene kommer i skole eller daginstitution, eller at forældrene får en bedre kontakt til børnene. Støtten skal tage udgangspunkt i den enkelte families behov og kan derfor være mangefarvet.

Forældretræning og forældrekurser er en anden måde at styrke familien på. Træningen og kurserne har til formål at styrke forældrenes viden og kompetencer i forhold til fx børn med ADHD. Hensigten er at hjælpe forældrene til at opnå et positivt familiespil

og give forældrene mulighed for at kunne afhjælpe barnets eller den unges vanskeligheder. Nogle af programmerne er udviklet specifikt i forhold til ADHD-problematikker. Andre er oprindeligt udviklet til børn og unge med adfærdsforstyrrelser og er efterfølgende blevet tilpasset familier med ADHD.

Kommuner kan ansøge Socialstyrelsen om et rådgivningsforløb, hvor der ydes gratis rådgivning og støtte med det mål at understøtte en beslutning om, hvorvidt de dokumenterede metoder er interessante at implementere eller anvende i den pågældende organisation. Socialstyrelsen tilbyder viden og rådgivning bl.a. om metoderne *De Utrolige År (DUÅ)*, *Parent Management Training - Oregon (PMTO)*, *Kærlighed i Kaos (KIK)*, *Multisystemisk Terapi (MST)*, *Treatment Foster Care Oregon (TFCO)*, *Multifunktionel behandling i institution og nærmiljø (MultifunC)* og *Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)*.

De fleste unge orienterer sig mod deres jævnaldrende i ungdomsårene, mens forældrenes indflydelse og muligheder for at planlægge dagligdagen gradvist bliver mindre. Adgangen til information om de unges liv begrænses, og når den unge er myndig, bliver forældrene almindeligvis kun inddraget, hvis den unge ønsker det. Forældrene spiller fortsat en væsentlig rolle i mange unges liv, men nu oftere som et sikkerhedsnet end som den primære rådgiver og sociale relation⁶¹. Selvom familien måske betyder mindre end tidligere for teenageren, der bor hjemme, eller den unge, som er flyttet hjemmefra, er det ofte afgørende for den unges trivsel, at han eller hun har en god relation til sine forældre og kan få støtte i hjemmet. Der vil også være familier, hvor der kan være behov for, at der bliver etableret et selvstændigt støtteforløb for forældrene og eventuelle søskende.

For mange unge er det en stor omvæltning at flytte hjemmefra og selv holde styr på hverdagen. For unge med ADHD kan de nye ansvarsområder hurtigt blive uoverkommelige at løfte. Opgaver som at vaske tøj, købe ind og lave mad består af mange sammenhængende aktiviteter, der kræver overblik og koncentration at planlægge og gennemføre. Vanskeligheder med impuls kontrol kan have indflydelse på fx økonomien, da det kan være svært ikke at

reagere på impulsen til at bruge hele lønnen på én gang eller at tage et hurtigt forbrugslån, når der er noget, den unge gerne vil have. Vanskeligheder med overblik og struktur i hverdagen kan ende i kaotiske forhold i den unges hjem, hvilket også kan komme til at udgøre en barriere i forhold til fx uddannelse eller job.

Anbefalinger

Det anbefales, at:

- **Kommunen er opmærksom på familier, hvor der er ét eller flere medlemmer med ADHD, og betragter dem som en særlig risikogruppe i deres åbne alment forebyggende tilbud, der er målrettet familier og unge.**

Nogle af de tidligt forebyggende indsatser med vejledning og rådgivning til familien og/eller den unge kan tilbydes bredt, som fx Åben Anonym Rådgivning inden for servicelovens område. Her kan spørgsmål vedrørende boligforhold og økonomi være områder, der indgår.

Andre rådgivningstilbud ydes i tilknytning til skole og ungdomsuddannelser, som fx psykologhjælpsordninger til unge, rådgivning ved PPR eller skolebaseret rådgivning ved AKT/LKT-funktionen. I visse områder tilbydes rådgivning, men også netværksgrupper i tilknytning til frivillige foreninger og organisationer, som fx ADHD-foreningen og headspace.

- **Kommunen foregriber udviklingen af alvorlige problemer i familierne ved at sikre, at forældre og eventuelt søskende får viden og kompetencer til at acceptere og håndtere vanskeligheder i hverdagen.**

Dette kan gøres på mange forskellige måder og på flere niveauer, som kan kombineres og tilpasses den enkelte families behov.

- **Kommunen rummer mulighed for at etablere støtte på flere fronter, som både omfatter den unge selv og forældrene.**

En vigtig del af dette kan være at inddrage den unges øvrige netværk i form af både familie og de personer, som den unge selv finder relevante.

- **Der sættes fokus på, at den unge får støtte til en stabil kontakt med andre voksne, hvis forholdet til forældrene er problematisk.**
- **Den sociale indsats med særligt fokus på den unge tager afsæt i at støtte den unge i at få kompetencer til at klare den daglige husførelse selvstændigt.**

Behovet vil være meget varieret og afhænge af, hvilken ballast den unge har fået med hjemmefra. Nogle unge med ADHD kan klare sig i egen bolig med få timers støtte, mens det for andre vil være relevant med et botilbud af kortere eller længere varighed. Det anbefales derfor, at kommunen er opmærksom på denne variation og har flere mulige tilbud til de unge, og at indsatsen koordineres med fx den støtte, der sættes i værk på uddannelsesområdet.

- **Der i de sociale indsatser også overvejes velfærdsteknologiske hjælpemidler, der kan være med til at understøtte struktur og overblik.**
- **Kommuner orienterer sig imod at de anvendte indsatser og/eller programmer bygger på så solidt et vidensgrundlag som muligt.**

Det indebærer, at effekten af indsatserne/programmerne i et eller andet omfang er dokumenteret.

Enhver indsats, der iværksættes, sker med afsæt i et koordineret samarbejde mellem forskellige sektorer. Den kan med fordel tage afsæt i modellen fra (bilag 2), der illustrerer sammenhængen mellem indsatser på tværs af sektorer.





Eksempler på indsatser målrettet familien

Tidligt forebyggende indsatser (rådgivning og vejledning til familier og unge)

D1 - Forebyggende



Målgruppe

Familier med børn op til 18 år.

Tilbuddene kan rettes til børn, unge og familier, hvor der er bekymringer om børns trivsel, om forældrenes børneopdragelse, samlivs-udfordringer i familien, skilsmisse, misbrug, ADHD eller ved lignende problematikker.

Familievejlederordningen er særligt målrettet familier med et barn med en betydelig og varig nedsat funktionsevne.



Metode

Åben familierådgivning har til formål at forebygge alvorlige problemer i familien. Det er et tilbud, som kan være med til at styrke forholdene i familien, bl.a. ved at yde en tidlig og tilgængelig indsats. Forældre kan i den åbne rådgivning få anonyme samtaler med professionelle. Nogle af de indsatser, der benyttes på de foregribende og indgribende niveauer, kan tilbydes som korttidsrådgivningsforløb eller korte gruppebaserede forældrekurser på det forebyggende niveau, fx *De Utrolige År* (DUÅ), *Kærlighed i Kaos* (KiK) og *Parent Management Training - Oregon* (PMTO).

Familier kan også få rådgivning via Familievejlederordningen. Formålet med ordningen er, at familien får kendskab til tilbuddene om offentlig hjælp på tværs af sektorer.

Åben rådgivning for unge har til formål at forebygge, at den unge havner i alvorlige problemer. Det er muligt for den unge selv og for forældrene at få anonyme samtaler med professionelle, som kan omfatte den unges egne udfordringer, såvel som forældrenes bekymringer om den unges trivsel, sociale omgangskreds, misbrug m.v. Tilbuddet kan omfatte netværksgrupper, psykologsamtaler i

mindre omfang, forældrekurser, pigegrupper eller grupper for søskende til børn med handicap, herunder ADHD. I nogle kommuner har man valgt at have en åben ungerådgivning, som fungerer sideløbende med familierådgivningen og har et tæt samarbejde med resten af socialforvaltningen eller Ungdommens Uddannelsesvejledning.

Den åbne rådgivning kan ligeledes være indgangen til et videre forløb i socialforvaltningen, hvori også behandling kan indgå.



Implementering

Indsatsen kan gå fra en enkelt samtale til et korterevarende forløb (3-5 sessioner), fx i en gruppe eller et mindre antal samtaler med en psykolog eller anden rådgiver.

Indsatsen forudsætter generel viden om ADHD og de funktionelle vanskeligheder, der kan være forbundet hermed.

Ved nogle modeller for rådgivning eller forældrekurser foreligger specifikke håndbøger samt materialer, og rådgivningen kan kræve forudgående kompetenceudvikling og vejledning.



Effekt

Norske undersøgelser har vist god dokumentation for effekt for korttids PMTO-baseret forældrerrådgivning (5 sessioner) og for korttids forældrekursus ud fra DUÅ (6 sessioner)^{62 63}.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

De Utrolige År (DUÅ) A3 - Foregribende



Målgruppe

Forældre til børn i mistrivsel i alderen 3-12 år, herunder børn med ADHD, adfærdsproblematikker eller lignende vanskeligheder. I målgruppen kan indgå familier med børn og unge med overlappende problematikker som fx ADHD, autisme og depressive tendenser.



Metode

Fokus er på de udviklingsmæssige milepæle for børn i aldersgruppen 3-6 år, herunder emotionel kompetence og selvregulering, begyndende sociale kompetencer, etablering af venskaber og udvikling af skoleparathed.

Programmets temaer omfatter børnestyret leg, effektiv brug af ros, social og følelsesmæssig coaching af barnet, coaching i vedholdenhed og skolemæssige kompetencer, at lære barnet problemløsning, at give gode beskeder, hensigtsmæssige strategier for grænsesætning og flere andre temaer. De første temaer i programmet har til formål at styrke relationen mellem forældre og børn gennem leg og positivt samvær. Dette udgør fundamentet for, at forældre kan få succes med de temaer, som introduceres senere i programmet, fx hensigtsmæssig grænsesætning og regler for hjemmet⁶⁴.



Implementering

DUÅ er et gruppebaseret undervisningsforløb, hvor 10-14 forældre mødes to timer én gang ugentligt over 14-22 uger. Grupperne ledes af to gruppeledere, som har gennemgået et oplæringsforløb i De Utrolige År. Gruppelederne i DUÅ er ofte tilknyttet sundhedsplejen, PPR eller leverandørenheder til børne-, unge- og familieforvaltningen.

Programmet fordrer en høj grad af metodestringens (fidelitet), som dog er følsom over for lokale tilpasninger, for at programmerne kan opnå effekt.

Regelmæssig uddannelse og vejledning er afgørende for, at programserien kan implementeres med loyalitet over for kerneprincipperne og for, at programmet kan tilpasses den lokale kontekst⁶⁵. Anvendelse af programmet kræver i nogle tilfælde særlig lokaleindretning og udstyr.



Effekt

På tværs af danske, nordiske og internationale studier er der dokumenteret en positiv effekt af DUÅ i forhold til dels at reducere børnenes adfærdsproblemer i hjemmet og i skolen, og dels at styrke børnenes sociale kompetencer. Samtidig viser nordiske og internationale studier, at denne effekt fastholdes i opfølgingsstudier på op til 12 år efter indsatsen. Da der er tale om en tidlig forebyggende/foregribende indsats, belyser hverken nordiske eller internationale studier effekter i forhold til uddannelse, beskæftigelse, kriminalitet eller misbrug⁶⁶.

DUÅ er, af programudvikler Webster-Stratton, undersøgt for effekt ved ADHD-problematikker ved et seks måneders DUÅ-forløb for familier med børn i alderen 4-6 år⁶⁷. Denne undersøgelse viste, ved en opfølgingsundersøgelse efter et år, at fastholde resultater. For halvdelen af børnenes vedkommende var hyperaktivitet og opmærksomhedsproblematikker faldet til under klinisk niveau, hvor alle børn i forløbet var inden for klinisk niveau ved start. Et dansk opfølgingsstudie viser, at resultaterne kan fastholdes samt forbedres en smule i dansk kontekst⁶⁸.



Økonomi

En analyse fra Rambøll viser, at livsforløbet for et gennemsnitligt udsat barn i målgruppen for De Utrolige År vil være forbundet med offentlige udgifter på 2,6 mio., mens man ved at omlægge

indsatsen til DUÅ kan opnå effekter, hvor livsforløbet i stedet er forbundet med offentlige udgifter på ca. 2,4 mio. kr. i et livsforløb⁶⁹.

Estimatet er, at der i et livsperspektiv er mulighed for en nettogevinst på ca. 157.000 kr. pr. barn, fordelt som en besparelse på ca. 52.000 kr. for kommunerne (primært i form af lavere udgifter til overførsler) og ca. 55.000 kr. for staten (primært i form af færre udgifter til kriminalitet og øgede skatteindtægter) samt en forventet højere lønindtægt for deltagere svarende til ca. 50.000 kr. i nutidsværdi.

Der er lavet omkostningsvurdering af *DUÅ Småbørn* (1-3 år), som viser at omkostningerne pr. gennemført deltagerforløb, er ca. 25.000 kr.⁷⁰





Parent Management Training – Oregon (PMTO) A3 - Foregribende



Målgruppe

Familier med børn og unge i adfærdsproblematikker fra 3-16 år, der har overlappende problematikker som depression, skoleværing, indlæringsvanskeligheder, traumer, integrationsproblemer eller vanskeligheder som følge af forældrenes skilsmisse. Barnet eller den unge kan have diagnoser som fx ADHD, Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, hyperaktivitet, depression, angst, autisme eller indlæringsproblemer.



Metode

PMTO benytter forældrene som forandringsagenter. Forældrene klædes gennem behandlingen på til at kunne ændre de negative adfærdsmønstre og vaner. Det sker gennem udvikling af nye forældrekompetencer og ved øvelser, der støtter forældrene i at indarbejde nye former for samvær med deres barn.

Kernekomponenterne i PMTO er: positiv feedback med ros og opmuntring, forældrenes positive involvering i barnet, problemløsning med inddragelse af barnet, mild, forudsigelig og konsekvent grænsesætning, tilsyn og medleven samt følelsesmæssig regulering.



Implementering

PMTO-gruppeforløb er på 14 møder typisk af 1½ times varighed. I forløbet kan der deltage forældre til 8-10 børn, dvs. ca. 14-16 voksne (inkl. bonusforældre og bedsteforældre). Ved gruppedannelsen tages der højde for, om deltagerne kan mestre gruppeformatet. En række danske kommuner benytter gruppeformatet som en foregribende, tidlig indsats. Gruppelederne i PMTO-gruppe er som regel leverandørenheder til familieforvaltningen, men kan også være tilknyttet sundhedsplejen eller PPR. Gruppelederne certificeres og re-certificeres gennem uddannelse med vejledning.

Programmet fordrer en høj grad af metodestringens (fidelitet), som dog er følsom over for lokale tilpasninger, for at programmerne kan opnå effekt. Anvendelse af programmet kræver i nogle tilfælde særlig lokaleindretning og udstyr. 30 danske kommuner arbejder med PMTO, hvor målgruppen primært er børn fra 4-12 år. I alt 100 terapeuter i Danmark er uddannet til at arbejde med PMTO.



Effekt

Programmet har dokumenteret effekt i forhold til børn med ADHD. Der er tillige et solidt og veldokumenteret erfaringsgrundlag fra forsøg i en række danske kommuner.

Der foreligger solid international forskning, bl.a. med et niårs opfølgingsstudie⁷¹, der påviser effekt for PMTO-gruppeforløb ved adfærdsproblematikker. Et norsk sammenligningsstudie fra 2015⁷², hvor effekten af et PMTO-gruppeforløb for børn under 12 år bliver undersøgt for en gruppe af børn med adfærdsproblemer og en gruppe børn med både adfærdsproblemer og ADHD, viste samme grad af positive ændringer med hensyn til eksternaliserede problemer og social kompetence for begge grupper. Gruppen med kombinationen af ADHD og adfærdsproblemer havde en højere problemrate med hensyn til opmærksomhed og social kompetence før behandlingen, og dette gjaldt fortsat efter behandlingen, på trods af den positive udvikling. Da studiet viser, at børn af depressive eller angstede mødre samt børn af familier med lav indkomst opnår svagere udbytte af behandlingen, foreslår studiet nogle tilpasninger til PMTO-indsatsen for disse grupper.



Økonomi

En analyse fra Rambøll fra 2013 viser, at livsforløbet for et barn i målgruppen vil være forbundet med offentlige udgifter på ca. 2,9 mio. kr., mens man ved at omlægge indsatsen til PMTO-gruppeforløb kan opnå effekter, hvor livsforløbet i stedet er forbundet med udgifter på ca. 2,8 mio. kr. Kommunen kan spare 56.000 kr. pr. barn. (primært i form af lavere udgifter til overførsler og højere

skatteindtægter) Statens besparelse er 45.000 kr. pr. barn (primært i form af lavere udgifter til overførsler og højere skatteindtægter), og barnet selv ville derudover kunne opnå en gevinst af en højere lønindtægt, svarende til ca. 105.000 kr.

Der er lavet omkostningsvurdering af PMTO-gruppe, som viser at omkostningerne pr. gennemført deltagerforløb, er ca. 21.090 kr⁷³.

Kærlighed i Kaos (KiK)

A3 - Foregribende



Målgruppe

Forældre til børn med ADHD eller lignende vanskeligheder i alderen 3-9 år. I målgrupperne kan indgå familier med børn med komorbiditet. *Kærlighed i Kaos* (KiK) tager højde for, at også forældrene kan have ADHD.



Metode

KiK er det første danske forældretræningsprogram, udviklet og afprøvet i Danmark.

Formålet er, at forældre opnår bedre forståelse for ADHD-symptomerne og deres betydning for barnets adfærd. Forældrene undervises i en række forskellige redskaber til at forebygge konflikter, opbygge barnets selvværd og håndtere hverdagen med ADHD. Det gælder først og fremmest om at se, rose og anerkende sit barn for alt det, der går godt, for barnets forsøg på at lykkes og for at være et værdifuldt barn. Ud over denne form for positiv kommunikation trænes forældre bl.a. i planlægning, struktur, faste rutiner, milde og fair konsekvenser (fx pauser), visualisering og belønningssystemer.



Implementering

KiK er opbygget som et fast, manualbaseret forløb. Programmet fordrer en høj grad af metodestringens (fidelitet), som dog tager højde for nødvendigheden af lokale tilpasninger.

KiK består af 12 mødegange over 12 uger, typisk på en fast hverdagsaften. Hver mødegang varer 2,5 time, dog varer første og sidste mødegang 3,5 time. Hvert møde har fast dagsorden. Hver familie skal stille med to deltagere, oftest forældrene, men bedste-forældre, venner og andre voksne familiemedlemmer er også velkomne, så længe de spiller en aktiv rolle i barnets opvækst.

KiK er forankret i ADHD-foreningen og udføres af uddannede frivillige med professionel/faglig baggrund. ADHD-foreningen udbyder kurset for kommunen og varetager afholdelse, træning og opfølgning. Foreningen sørger for rekruttering af deltagere i den enkelte kommune eller i samarbejde med kommunen.

ADHD-foreningen udsender materiale til forældre og trænere før, under og efter afholdelse af programmet. Det er ligeledes en mulighed, at der udsendes guide til barnets lærer/pædagog under forløbet. Samtidigt byder forløbet på et netværk med andre forældre, og der skabes adgang til en af ADHD-foreningens lokalafdelinger, for at sikre at Peer-to-peer-perspektivet inddrages.

Anvendelse af programmet kræver lokale, AV-udstyr og et let måltid.



Effekt

Programmet har dokumenteret effekt i forhold til børn med ADHD eller lignende vanskeligheder med og uden komorbide tilstande⁷⁴.

SFI har undersøgt effekten af KiK ved et randomiseret kontrolleret studie (RCT) og finder, at forældre oplever en signifikant forbedring i den måde, hvorpå de ser sig selv som forældre. Efter kurset oplever forældrene, at de har fået flere kompetencer som forældre, mere overskud i hverdagen, færre bekymringer og en større tro på deres egne evner. Forældrene oplever at få værktøjer med hjem, så de bedre kan forstå og indgå i positive relationer til barnet. Efter kurset er forældrene mindre overreagerende. De har en større positiv oplevelse af barnets adfærd, og af at de værktøjer, de har fået, har en afsmittende effekt på barnets adfærd. Undersøgelsen tyder på, at den viden og de værktøjer, forældrene får på kurset, fører til varige forbedringer i familien.

Der er tillige et solidt og veldokumenteret erfaringsgrundlag fra forsøg i en række danske kommuner og i civilsamfundet. SFI har

evalueret programmet ved feltstudie og finder, at forældrene oplever markante og signifikante forbedringer på deres kompetencer som forældre og deres opdragelsesstil. I feltstudiet blev der også målt begyndende effekter på barnets adfærd. VIVE (tidl. SFI og KORA) gennemfører frem til ultimo 2017 effektundersøgelse af KiK i forbindelse med et udbredelsesforløb⁷⁵. Rapporten foreligger på socialstyrelsen.dk primo 2018.



Økonomi

Der er lavet omkostningsvurderinger af KiK, der viser at omkostningerne ved forløbet er 23.913 kr. pr. gennemført deltagerforløb⁷⁶.

Stepping Stones

B3 - (kan iværksættes på alle tre niveauer)



Målgruppe

Stepping Stones er målrettet forældre til børn i alderen 2-12 år med forskellige handicap, relateret til forsinket udvikling samt kommunikative og sociale udfordringer, deriblandt ADHD.

Der findes forskellige moduler af *Stepping Stones*, som kan igangsættes, enten på et forebyggende niveau (seminar), foregribende niveau (gruppebaseret og standard (individuel)) og behandlende (indgribende) niveau (udvidet *Stepping Stones*).



Metode

Stepping Stones er bygget op om principperne for positivt forældreskab, hvor forældre (enten i en gruppesammenhæng eller individuelt) får redskaber til bl.a.:

- Håndtering af problemskabende adfærd og udviklingsmæssige problemer
- Tilskyndelse og opmuntring til barnet til at udvise den adfærd, man ønsker at se
- Håndtering af stress og konfliktsituationer
- At lære barnet nye færdigheder
- Tage vare på sig selv og hinanden som forældre
- Udvikle planer for svære situationer.

Et seminar består af tre gange, hvor forældrepar samles i to timer og lærer om ovenstående.

Gruppeforløbet indeholder ni sessioner (å tre timer) og efterfølgende opfølgning via telefonsamtaler. Det individuelle forløb består af ca. 10 sessioner af 1-1½ times varighed.



Implementering

I Danmark er *Stepping Stones* implementeret i fem kommuner (Aalborg, Herning, Hillerød, Kalundborg og København). I alt 18 praktikere er uddannet af den australske organisation Triple P. Praktikerne har løbende modtaget supervision i det manualbaserede program.

Et foreløbigt midtvejsnotat fra VIVE (august 2017) viser bl.a., at alle fem kommuner har afprøvet *Stepping Stones* med rimelig høj fidelitet. *Stepping Stones* er blevet godt modtaget af både praktikere og forældre, og kommunerne forventer at implementere indsatsen i deres tilbudsvifte på længere sigt. *Stepping Stones* er attraktiv for kommunerne, fordi det giver dem mulighed for at tilbyde en evidensbaseret, forebyggende indsats, der har fokus på at gøre forældrene i stand til selv at løse de problemstillinger, de oplever i hverdagen.



Effekt

Der foreligger endnu ikke dansk effektundersøgelse af *Stepping Stones*, men praktikerne oplever god effekt og hører meget positive historier fra forældrene omkring, hvordan *Stepping Stones*-redskaberne forbedrer deres hverdag.

Stepping Stones er et evidensbaseret program, og mindst 10 udenlandske RCT-studier viser signifikant effekt i forhold til sædvanlig indsats i de 22 lande, hvor programmet er afprøvet og implementeret.

De effekter, man har set af de udenlandske undersøgelser, har bl.a. været mindre udadreagerende adfærd og generelt bedre adfærd fra barnet, samt større tilfredshed som forælder, også i forholdet til sin partner.



Økonomi

VIVE laver en økonomisk evaluering af *Stepping Stones* og undersøger økonomiske parametre ved brugen af *Stepping Stones* i de respektive kommuner. De danske forudsætninger er kendte i foråret 2018.

Der foreligger bl.a. en canadisk undersøgelse af, at *Triple P* er et omkostningseffektivt program. Da undersøgelsen er lavet på programmet *Triple P* (ikke *Stepping Stones*), er beregningen lavet på reduktion af adfærdsvanskeligheder. Undersøgelsen viste bl.a., at der kunne laves en besparelse på 10,2 mio. canadiske \$ på parametre, der relaterer sig til kriminalitet, mental sundhed, uddannelse og sociale indsatser⁷⁷.

Mestringsprogrammer for børn og unge

D3 - Foregribende



Målgruppe

PUST er målrettet børn med ADHD i indskoling, mellemtrin og udskoling. *Star Detective* er målrettet børn med kognitive, adfærdsmæssige, sociale eller følelsesmæssige vanskeligheder i alderen 8-12 år.



Metode

PUST er et dansk manualbaseret program, der er udviklet af ADHD-foreningen. Indsatsen består i mestringsgrupper for børn med ADHD i folkeskolen med fokus på Personlig Udvikling & Social Træning (*PUST*). Målet med indsatsen er at hjælpe børn med ADHD til at forstå sig selv bedre, få flere handlemuligheder, få styrket deres selvværd og deres mod på at gå i skole. Børnene møder forståelse fra voksne og jævnaldrende, der kender til deres udfordringer, og de får et socialt fællesskab og mulighed for at knytte venskaber.

Star Detective (Skilled Thinking and Reasoning) er et engelsk udviklet manualbaseret program, der skal støtte børn i at forbedre deres selvkontrol og sociale kompetencer. Programmet bygger på kognitiv adfærdsterapi og en børnecentreret tilgang med henblik på at udvikle og opbygge opmærksomhedsevnen, den følelsesmæssige kontrol, problemløsning og interpersonelle kompetencer.

Begge metoder indeholder psykoedukative elementer.



Implementering

Star Detective og *PUST* er begge gruppebaserede indsats, der hidtil kun er afprøvet i begrænset omfang.

PUST er afprøvet i forbindelse med et udviklingsprojekt i ADHD-foreningen, hvor ADHD-foreningen har uddannet de frivillige grup-

peledere. Indsatsen er afprøvet med 70 børn i 10 grupper i fire byer i løbet af 2016. Indsatsen blev gennemført i samarbejde med FriSe.

Star Detective er afprøvet i engelsk kontekst.



Effekt

Der foreligger ingen effektevalueringer af programmerne. Der er gennemført en evaluering af *PUST*, der bl.a. viser, at et flertal af børnene oplever forbedringer i forhold til målet, og de flytter sig mest på viden om ADHD.

Star Detective er undersøgt ved en forundersøgelse, hvor en spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med interventionen viser effekt, bl.a. i forhold til forbedring af opmærksomhed og følelsesmæssig kontrol⁷⁸.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Familierådslagning

B3 - Indgribende



Målgruppe

Børn og unge, hvor enten familie eller fagpersoner er alvorligt bekymrede for barnets trivsel. Der kan fx være tale om familier med misbrug, hjemløshed, psykiske problemer hos barnet eller forældrene og adfærdsproblemer hos barnet.

ADHD-foreningen og Fonden VITA har udviklet en tilpasset model målrettet unge med ADHD (læs mere om netværksrådslagning i afsnittet om voksne).⁷⁹



Metode

Grundtanken i metoden er, at det udvidede netværk omkring et barn eller en ung har unik kundskab, erfaringer og ressourcer, som gør det muligt for netværket at træffe konstruktive beslutninger om barnet eller den unge og at bidrage til aktiviteterne i handleplanen. Socialforvaltningen har vigtig ekspertise, men ikke indgående viden om barnets hverdag. Og det er derfor i samspillet mellem disse to aktører, at de bedste løsninger for barnet kan skabes⁸⁰.



Implementering

For at implementere *Familierådslagning* skal der uddannes initiativtagere og samordnere, som kender metodens praksis og teoretiske udgangspunkt. Hvis modellen implementeres med høj fidelitet giver den en produktiv beslutningsproces, inkluderer familiens ressourcer og sikrer, at fagpersonerne understøtter processen.

Som en del af Socialstyrelsens kursuskatalog udbydes kurser, der har til formål at opkvalificere organisationen i at anvende *Familierådslagning*, inddragende netværksmøder og forældresamarbejde. Der findes både et femdages praksiskursus i inddragende metoder og et endags videnskursus, der præsenterer metoderne og giver

deltagerne viden om og forståelse for vigtigheden af samarbejdet og det inddragende arbejde.



Effekt

Flere studier viser, at *Familierådslagning* har en god effekt i forhold til at sikre kvalitet i anbringelser eller genforening med familien. Familier er generelt meget positive over for forløbet.



Økonomi

Socialstyrelsen har foretaget en omkostningsvurdering af *Familierådslagning* og vurderer, at den samlede omkostning pr. gennemført deltagerforløb er 45.517 kr.⁸¹



PMTO Teens (13-16 år) C3 - Indgribende



Målgruppe

Unge med ADHD 13-16 år og deres forældre, primært familier præget af et højt konfliktniveau og negativt samspil.



Metode

De unge hjælpes ved, at forældrene bliver tilbudt træning i redskaber til at håndtere dagligdagen i familien. Den unge inddrages aktivt i behandlingen.



Implementering

VIA University College tilbyder efteruddannelse til kommuner, der ønsker at arbejde med den ældre målgruppe. I 2017 var der seks danske kommuner, der tilbød forældrene behandling via PMTO til denne ældre målgruppe. VIA University College udvikler håndbogs-materiale til terapeuter og forældremateriale samt efteruddanner PMTO-terapeuter, som er certificeret til at arbejde med målgruppen.



Effekt

Der er international erfaring og dokumenteret effekt med denne målgruppe. Bl.a. anbefales programmet af Blueprints for Healthy Youth Development⁸² og The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare⁸³. Effekten af PMTO er dokumenteret i norske, islandske og amerikanske RCT-undersøgelser. VIVE gennemfører en evaluering af indsatsen. Resultaterne foreligger på socialstyrelsen.dk primo 2018.



Økonomi

Der foreligger på nuværende tidspunkt visse økonomiske analyser af omkostningerne og kun i mindre grad undersøgelser af ressourceeffektiviteten i forbindelse med implementering og drift. Rambøll har foretaget cost-benefit-beregning af PMTO-gruppeløbet for de 3-12 årige (se ovenfor).

Funktionel Familierapi (FFT) B3 - Indgribende



Målgruppe

Familier med børn og unge mellem 11-17 år i milde til alvorlige adfærdsproblemer.



Metode

FFT er familierapi, hvor barnet/den unge og dennes familie mødes med en FFT-terapeut i et intensivt behandlingsforløb. FFT er inddelt i 3 faser: motivationsfasen, adfærdsfasen og generaliseringsfasen.



Implementering

Behandlingen består i gennemsnit af 16-20 behandlingssessioner over 4-6 måneder, hvor både den unge og forældrene deltager. Behandlingen foregår primært hos terapeuten eller i familiens hjem. FFT er medio 2017 implementeret i mere end 12 danske kommuner.



Effekt

FFT viser god effekt i forhold til kriminalitet, når metoden anvendes stringent. Et amerikansk review fra 2013 viser, at FFT mindsker kriminalitet og risikoen for tilbagefald til kriminalitet sammenlignet med andre foranstaltninger til ungdomskriminelle⁸⁴.

Studier har endvidere vist positive effekter i forhold til forbedrede familierelationer og misbrug⁸⁵. Høj metodefidelitet er afgørende for at få god effekt af FFT.



Økonomi

En hollandsk cost-effectiveness-analyse peger på, at der er lavere udgifter ved FFT, end ved den sædvanlige behandling, målt i forhold til nedgang i kriminalitet⁸⁶. Indførelsen af FFT og MST kædes i New Jersey, USA, sammen med nedgang i antallet af anbringelser og en nettobesparelse for staten til følge⁸⁷.



PMTO individuel familiebehandling

A3 - Indgribende



Målgruppe

Familier med børn og unge i adfærdsproblematikker fra 3-16 år og med overlappende problematikker som depression, skoleværing, indlæringsvanskeligheder, traumer, integrationsproblemer eller vanskeligheder som følge af forældrenes skilsmisse. Barnet eller den unge kan have diagnoser som fx ADHD, Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, hyperaktivitet, depression, angst, autisme eller indlæringsproblemer.



Metode

Forældretræningen har til formål at udvikle forældrenes viden og kompetencer i forhold til fx børn med ADHD. Hensigten er at hjælpe forældrene ud af et negativt tvingende familiesamspil for at opnå et mere positivt og støttende familiesamspil. Forældrene støttes til at kunne afhjælpe barnets eller den unges vanskeligheder, både ved at arbejde med egne forældrekompetencer og ved at opstille gode familierutiner, men også ved at øve hensigtsmæssige reaktionsmønstre i et trygt læringsmiljø.

Programmet indeholder en række principper for opnåelse af et positivt samspil mellem forældre og børn, samt principper for at reducere barnets eller den unges uhensigtsmæssige adfærd. Programmet indeholder hovedkomponenterne: positiv involvering, opmuntring, grænsesætning, problemløsning, følelsesmæssig regulering samt tilsyn og indleven.

Indsatsen tilpasses den enkelte families behov og ressourcer.



Implementering

PMTO-individuel familiebehandling har været udbredt i Danmark siden 2006, men er desuden implementeret i en lang række lande og er blevet kulturelt tilpasset⁸⁸.

I Danmark omfatter programmet i gennemsnit ca. 23 sessioner⁸⁹, der kan foregå i hjemmet eller i behandlingslokale. Børnene vil deltage i minimum to sessioner og de unge i et større antal sessioner. Indsatsen er i Danmark ofte placeret i familiehuse under den kommunale børne-, unge- og familieafdeling og udføres af certificerede familiebehandlere, psykologer m.v.



Effekt

En metaanalyse fra 2014 af familietræningsprogrammer for ADHD har vist dokumenteret effekt på væsentlige aspekter af børn og unges funktion, selvom en tidligere metaanalyse fra 2013 kun fandt mindre effekter på de centrale ADHD-symptomer.

En række studier peger på, at familieorienterede indsatser, der både omfatter forældrenes samspil og forældre-barn samspillet, og samtidig fokuserer på emotionel regulering, ser ud til at have højere effekt, end indsatser, der fokuserer på barnets eller den unges færdigheder⁹⁰.

Der foreligger solide danske erfaringer fra regioner og kommuner med implementeringen af PMTO-individuel familiebehandling. Den danske PMTO-database indikerer, at hovedparten af de involverede familier har børn i alderen 6-13 år, og at der opnås samme høje forældretilfredshed med opnåelse af bedre forældrekompetencer og mindskelse af barnets problemadfærd, uanset om barnet har en ADHD-diagnose eller ej⁹¹.

VIVE gennemfører et dansk effektstudie af PMTO-behandlingen, men har ved midtvejsrapport ikke medtaget resultater for gruppen af børn med ADHD-diagnosen⁹².

Et norsk studie fra 2015⁹³ med børn med og uden ADHD påviste, at ADHD-gruppen havde højere opmærksomheds- og sociale problemer samt lavere faglige kompetencer. Resultaterne viste, på trods heraf, samme positive adfærdsændring ved PMTO-indsatsen,

uanset om barnet har ADHD eller ej. Resultaterne tyder også på, at der i familier med ADHD kan opstå ekstra belastninger som lav familieindtægt og depression hos mor, der kan føre til, at PMTO-indsatsen ikke virker i samme grad, uden at der ændres i behandlingen.



Økonomi

En analyse fra Rambøll fra 2013 viser, at livsforløbet for et barn i målgruppen vil være forbundet med offentlige udgifter på ca. 2,94 mio. kr., mens man ved at omlægge indsatsen til PMTO individuel indsats kan opnå effekter, hvor livsforløbet i stedet er forbundet med udgifter på ca. 2,85 mio. kr. Kommunen vil kunne spare 37.000 kr. pr. barn. (primært i form af lavere udgifter til overførsler og højere skatteindtægter) Statens besparelse vil kunne være 45.000 kr. pr. barn (primært i form af lavere udgifter til overførsler og højere skatteindtægter), og deltagerne vil kunne opnå en gevinst i form af højere lønindtægt på omkring 105.000 kr.

Der er lavet omkostningsvurderinger, der viser, at omkostningerne ved forløbet er 45.094 kr. pr. gennemført deltagerforløb⁹⁴.

New Forest Parenting Programme (NFPP) A3 - Indgribende



Målgruppe

Forældre til børn med ADHD i alderen 2-6 år, der udviser moderate til svære symptomer på ADHD.

Den primære målgruppe for NFPP er forældre eller andre omsorgspersoner til børn i alderen 2-6 år, der udviser moderate til svære symptomer på ADHD. Børn med flere diagnoser og komplekse problemer er også omfattet. Programmet er primært afprøvet i forhold til børn i alderen 2-6 år, men anvendes klinisk op til 12-årsalderen.

NFPP er udviklet til småbørn, som er diagnosticeret med ADHD, eller som er under udredning. Et krav til målgruppen er, at forældrene ikke har alvorlige psykosociale vanskeligheder eller mentale handicap.



Metode

Forældretræning har til formål at udvikle forældrenes viden og kompetencer i forhold til fx børn med ADHD. Indsatsen består af otte sessioner (1 session pr. uge i otte uger). Hver session varer 1-2 timer og gennemføres af en certificeret professionel i familiens eget hjem. Forældrene lærer om de typiske karakteristika ved ADHD og får strategier til at håndtere deres barns adfærds- og opmærksomhedsproblemer. Ofte indgår lege, som fx hjælper forældrene til at styrke barnets opmærksomhed, koncentrationsevne og evne til at vente på tur. Forældrenes læring sker i en kombination af instruktion, eksempler, hjemmearbejde, opgaver, diskussion og feedback på øvelser sammen med barnet. Sessionerne afholdes i hjemmet, og aktiviteterne bliver derfor helt specifikt målrettet den enkelte families behov og udfordringer. Sessionerne gennemføres af en certificeret professionel, fx en psykolog, sygeplejerske, sundhedsplejerske eller lignende

Sessionerne indeholder fire komponenter, der arbejdes med løbende i de otte uger⁹⁵. I nogen af sessionerne deltager forældrene alene, i andre sessioner deltager barnet også, og den professionelle foretager observationer og giver forældrene feedback.

De fire komponenter er:

- Psykoedukation, hvor forældrene får viden om ADHD og simple strategier som fx at bruge ros/anerkendelse og øjenkontakt i forhold til barnets adfærd og opmærksomhed.
- Forældre-barn-relationen, som inkluderer en positiv tilgang til opdragelse, fokus på at fremme barnets følelsesmæssige selvregulering og leg.
- Adfærdstræning i forhold til at håndtere fx raserianfald og konflikter. Forældrene trænes i at sætte grænser, kommunikere tydeligt og undgå konflikter. Time out og stilletid er eksempler på konkrete redskaber, der trænes.
- Opmærksomhedstræning, hvor forældrene arbejder med strategier til at forbedre barnets opmærksomhed.

I tillæg er der udviklet et seksugers skriftligt selvhjælpsmateriale til forældrene. Selvhjælpsmanualen består af et sekstrinsprogram, som indeholder afprøvede ideer og øvelser, som kan hjælpe børn med ADHD.



Implementering

Implementering af indsatsen vil ofte kræve et organisatorisk og ledelsesmæssigt fokus samt ændringer af faglige tilgange og arbejdsformer for opnåelse og fastholdelse af effekt over tid.

New Forest Parenting Programme (NFPP) er et såkaldt anden-generations forældretræningsprogram, der er udviklet til småbørn

(2-6 år) med ADHD (eller er under udredning). Programmet er undersøgt i Danmark ved et studie fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Risskov, Region Midt, og er implementeret og evalueret i en række lande i forskellige modeller⁹⁶.



Effekt

Ved en metaanalyse fra 2014 af familietræningsprogrammer for ADHD er der fundet dokumenteret effekt på væsentlige aspekter af børn og unges funktion, selvom en tidligere metaanalyse fra 2013 kun fandt mindre effekter på de centrale ADHD-symptomer.

En række studier peger på, at familieorienterede indsatser, der både omfatter forældrenes samspil og forældre-barn-samspillet og samtidig fokuserer på emotionel regulering, ser ud til at have højere effekt, end indsatser, der fokuserer på barnets eller den unges færdigheder⁹⁷.

NFPP er undersøgt ved en række internationale undersøgelser. Et dansk effektstudie af NFPP er opstillet for familier med børn i alderen 2-6 år⁹⁸. Internationale undersøgelser af førskolebørn⁹⁹ viser, at NFPP-indsatsen mindsker både ADHD-symptomer og adfærdsproblematikker i forhold til en ventelistekontrolgruppe, når der vurderes ud fra forældrenes tilbagemeldinger. Når der vurderes ud fra lærer- eller pædagogtilbagemeldinger, findes der ikke samme effekt på de centrale ADHD-symptomer. Studiet viser, at forældrene, ved NFPP-forløbet, oplever at opnå forbedrede forældrekompetencer til at håndtere barnets problematikker (ADHD m.v.). Resultaterne ligger på linje med resultater fra andre forældretræningsprogrammer.



Økonomi

Der foreligger få økonomiske beregninger vedr. NFPP. Dog viser en engelsk undersøgelse, hvor NFPP og *De Utrolige År* (DUÅ) sammenlignes også i forhold til kontrolgruppe (*Treatment as Usual*, TAU), at NFPP var signifikant billigere end DUÅ ved opstart af programmerne, men at denne forskel sandsynligvis ville udlignes over

tid. NFPP viste sig at være signifikant bedre end TAU i forhold til adfærdsproblematikker, men generelt viste der sig ikke forskelle mellem NFPP og DUÅ ved forældres vurdering af forbedringer af de kombinerede ADHD-symptomer. Der blev fundet en lille, men ikke signifikant forbedring i forhold til TAU¹⁰⁰.

Indsatser målrettet dagtilbud

Børn lærer og udvikler sig gennem aktivitet og samspil med andre børn og voksne. For børn, som har vanskeligheder med opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet, vil det ofte kræve en særlig indsats at sikre deres deltagelse i og udbytte af fælles aktivitet. Børn med sådanne problematikker bliver let fejltolket, da deres adfærd kan opleves som problemskabende i sammenhænge, hvor rammer og forventninger er uklare, og hvor kravene er særligt vanskelige at opfylde. I sådanne sammenhænge vil der være risiko for, at omgivelserne tager afstand fra barnets adfærd frem for at støtte det, så man sætter fokus på adfærdsproblematikker frem for på udviklingsproblematikker. Derfor er det væsentligt, at personale, der er knyttet til dagtilbud, får adgang til viden om sociale og opmærksomhedsrelaterede udviklingsproblematikker og får metoder til at støtte børnene i at udvikle sig og inddrage dem i fælles aktivitet.

Anbefalinger

Kommunen er, i henhold til dagtilbudsloven, forpligtet til at yde støtte til børn med særlige behov for at kunne tilgodese alle børns trivsel, udvikling og læring. Det pædagogiske personale i dagtilbud har, sammen med andre relevante fagprofessionelle, et ansvar for at identificere og støtte børn med forskellige udfordringer og sikre, at alle børn deltager i fællesskabet. Støtten kan være tilrettelagt på mange forskellige måder i et bredt spekter, der kan spænde fra et særligt pædagogisk fokus på deltagelsesmuligheder i børnefællesskaberne til målrettede pædagogiske og individuelle indsatser med eller uden specifik ressourcetildeling.

Det anbefales, at:

- Der i arbejdet med de pædagogiske læreplaner sættes fokus på, hvordan børn med særlige, udviklingsbetingede vanskeligheder kan understøttes i deres læreprocesser.
- Det pædagogiske personale i dagtilbud inddrager barnets forældre i et fælles arbejde med at give barnet passende udfordringer og muligheder for mestring. Det sker med henblik på at øge barnets muligheder for at deltage i børnefællesskabet.
- Det pædagogiske personale sikres vejledning/supervision ved kommunens øvrige relevante og specialiserede fagpersoner til arbejdet med denne særlige pædagogiske opgave.
- Det pædagogiske personale sikres mulighed for at opbygge eller opdatere deres faglige viden om børn med ADHD.
- Kommunens fagpersoner understøttes i at bruge en systematisk model for opsporing af børn med tidlige tegn på udviklingsvanskeligheder¹⁰¹. Modellen for tidlig opsporing skal sikre, at personalet på dagtilbudsområdet har redskaberne til at identificere børn i en udsat position, så der kan sættes tidligt ind med hjælp og støtte – i samarbejde med forældrene.
- Enhver indsats, der iværksættes, sker med afsæt i et koordineret samarbejde mellem forskellige sektorer. Den kan med fordel tage afsæt i modellen (bilag 2), der illustrerer sammenhængen mellem indsatser på tværs af sektorer.

Eksempler på indsatser målrettet dagtilbud

LP-modellen (dagtilbudsområdet) C2 - Forebyggende



Målgruppe

Børn og pædagogisk personale i dagtilbud. (Modellen anvendes også i skole, fritidstilbud og på erhvervsskoler).



Metode

LP-modellen er en analysemodel, der har til formål at opnå en utvetydig forståelse af de faktorer, som udløser, påvirker og opretholder adfærds-, trivsels- og læringsproblemer i dagtilbuddet. Analysemodellen indeholder altså ikke i sig selv metoder, der beskriver, hvordan de pædagogiske medarbejdere skal takle de enkelte udfordringer i hverdagen. Disse metoder beskrives i stedet i et tillægsmateriale omhandlende: Motivation og mestring, Social kompetence, Vuggestuen som læringsmiljø, Anerkendelse, ros og klare regler i klasseværelset mv.

Målet er, at børnene oplever bedre trivsel og øget glæde over at gå i dagtilbud, at forbedrede pædagogiske indsatser øger børnenes læringsudbytte samt giver en styrket analyse og refleksion blandt de pædagogiske medarbejdere.



Implementering

LP-modellen skal anvendes systematisk over tid. Der lægges vægt på, at pædagogiske medarbejdere skal have fokus på interaktionen mellem barnet og omgivelserne, og dermed også kan se kritisk på egen praksis i hverdagen.



Effekt

Ved en undersøgelse fra 2015 om *LP-modellens* påvirkning af børns udvikling og læring i daginstitutionerne blev der fundet beskedne, men dog positive ændringer ved højere sprogkompetence og bedre sociale færdigheder. Der blev ikke fundet ændringer i forhold til børnenes adfærd og væremåde¹⁰². Undersøgelsen har ikke et specifikt fokus på ADHD-problematikker.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.



DUÅ Børnehave og Skole

A3 - Foregribende



Målgruppe

Målgruppen er personalet i daginstitutioner og i indskolinger, der arbejder med børn i alderen 3-8 år.



Metode

DUÅ Børnehave og Skole udbredes som et forebyggende program, der tilbydes den samlede personalegruppe i en børnehave og indskoling. Det retter sig mod uddannelse af personalet. Det overordnede formål er at skabe rammer, der vil kunne inkludere børn i de almene udviklings- og læringsfællesskaber.



Implementering

DUÅ Børnehave og Skole forløber over seks workshopdage, hvor hele personalegruppen i en daginstitution, indskoling eller SFO deltager. Gennemførelse af workshopforløb kan organiseres på tværs af børnehaver og skoler, så hensynet til den daglige drift tilgodeses.

Uddannelsen som gruppeleder i *DUÅ Børnehave og Skole* kræver som minimum en mellemlang uddannelse samt erfaring i arbejdet med målgruppen.

DUÅ er et amerikansk udviklet program og skal i nogen grad tilpasses danske forhold.



Effekt

Programmet har dokumenteret effekt i forhold til børn med ADHD. Der er tillige et solidt og veldokumenteret erfaringsgrundlag, både fra forsøg i en række danske kommuner og fra udlandet¹⁰³.

I den amerikanske Blueprints klassificering beskrives programmet som lovende med begyndende evidens for effekt ved de benyttede

klasserum- og gruppeledelsesstrategier i programmet. Der er konstateret signifikant reduktion i adfærdsproblemer som fx i forhold til at følge gruppebeskeder eller at kunne fastholdes i leg og opgaver. Der er især set signifikante forbedringer for højrisikogrupper. Ligeledes er der signifikante resultater i forhold til børnenes evne til selvregulering og samarbejdsevner¹⁰⁴.

Programmet er i 2015 undersøgt af KORA ved en litteraturundersøgelse af studier fra USA, Jamaica, Norge og UK. De finder yderligere positive effekter ved reduktion af hyperaktivitet hos børn med ADHD og positive lærer-/forældrerelationer. KORA påpeger behovet for undersøgelse af programmet i en dansk kontekst¹⁰⁵.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Specialpædagogisk indsats/støtte i dagtilbud D2 - Indgribende



Målgruppe

Børn med særlige behov, herunder børn med ADHD i almene dagtilbud (0-7 år)



Metode

Formålet med indsatsen er at støtte børn med særlige behov, herunder ADHD, til at indgå i almene dagtilbud. Indsatsen har et inkluderende sigte, og tanken er, at barnets udvikling styrkes, bl.a. via spejling og leg med de øvrige børn. Barnets deltagelsesmuligheder understøttes af tæt guidning, herunder forberedelse og tydelig strukturering af aktiviteter og rutiner samt visuel understøttelse.

Afsættet for indsatsen er enkeltintegration, hvor en pædagog indgår som særlig støtte til barnet et antal timer pr. uge. Indsatsen kan bestå af en individuel støttepædagog eller som en generel opnormering af dagtilbuddet.



Implementering

Omfanget af timer afhænger af det enkelte barns funktionsniveau og kan gå fra fem til 37 timer pr. uge. Varigheden afhænger af barnets behov og udvikling.

Indsatsen forudsætter indgående viden om ADHD og de funktionelle vanskeligheder, der kan være forbundet hermed. Indsatsen forudsætter også målrettede handleplaner, kvalificering og vejledning af personalet og løbende supervision.



Effekt

Undersøgelser og evalueringer med fokus på pædagogiske ressourcepersoner peger på bedre trivsel og udvikling hos udsatte børn i dagtilbuddene, fald i antallet af ansøgninger om støttetimer

og antallet af henvisninger til specialpædagogiske foranstaltninger samt øget faglig stolthed og bevidsthed hos personalet¹⁰⁶.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Indsatser målrettet skolen

Børn med ADHD er i stor risiko for at komme i vanskeligheder i skolen og har ofte sværere ved at opnå et godt udbytte af skolegangen. Amerikanske undersøgelser viser, at disse elever har større risiko for at droppe ud af skolen¹⁰⁷, eller at de oftere end andre elever må tage et skoleår om. Finske undersøgelser viser, at ADHD-vanskelighederne har en negativ indflydelse på opnåelse af faglige færdigheder¹⁰⁸. Der er et stort overlap mellem grupperne af elever med ADHD-vanskeligheder, indlæringsvanskeligheder og emotionelle forstyrrelser. Elever med disse overlappende vanskeligheder vil have sværere ved at opnå de sociale færdigheder, der kræves i skolen, og de vil have svært ved at opnå gode faglige resultater¹⁰⁹.

Stress påvirker indlæringen

Det er desuden en gruppe af børn, der i højere grad end andre børn påvirkes negativt af stress. Når elever med ADHD, indlæringsvanskeligheder og andre funktionsnedsættelser har svært ved at begå sig i undervisningen, er det ikke alene en udløber af deres funktionsnedsættelse. Ofte er de i en tilstand af kronisk stress, som over tid påvirker deres indlæring og hukommelse negativt. Tilstanden betyder, at det, som læreren let kan opfatte som negativ adfærd hos eleven, kan være en forsvarsreaktion på den præstationsrelaterede stress¹¹⁰.

Lavere deltagelse i undervisning

Børn med ADHD, der modtager supplerende undervisning, går i specialskole eller specialklasse, udgør ca. 1,7 % af den samlede børnegruppe. Ud af de 1,7 % er 80,1 % drenge. I en analyse af denne gruppes funktion i skolen gælder det i særlig grad, at børnene har en lavere deltagelse i undervisningen, dårligere trivsel, er socialt isolerede, har svært ved at tilpasse sig skolens normer og udøve selvkontrol og positiv selvhævdelse. Særligt i forhold til trivsel og adfærd, herunder også udadreagerende adfærd og alvorlige adfærdsproblemer, ligger gruppen af børn med ADHD højt sam-

menlignet med børn med andre former for vanskeligheder¹¹¹. Børn med ADHD og adfærdsproblemer, som samlet set udgør ca. 8 % af børnegruppen, er den gruppe af elever, der synes at udfordre lærerne mest, og hvor de savner kompetencer og redskaber¹¹².

Der vil derfor være behov for at indrette et læringsmiljø, der tager højde for og kan imødekomme disse elevers vanskeligheder, og hvor skolen i højere grad tænker konteksten ind, så læringsmiljøet passer til alle de elever, skolen har. Elever med ADHD og lignende vanskeligheder vil som regel være karakteriseret ved uopmærksomhed, impulsivitet og hyperaktivitet. En række elever vil samtidig have eksekutive vanskeligheder, dvs. vanskeligheder ved at fastholde et mål, planlægge og regulere deres følelser. Disse elever har stor risiko for at have lav motivation for at lære samt en ringe selvdisciplin i undervisningen¹¹³.

Plads til forskellighed - inkluderende fællesskaber er et satspuljeinitiativ under Undervisningsministeriet med indsatsperiode fra 2017 til 2020. Baggrunden for projektet er, at elever med ADHD og ASF er overrepræsenteret blandt dem, som ikke får 9. klasses afgangseksamen, og derfor også i lavere grad gennemfører en ungdoms- og videregående uddannelse. Projektet skal ses i lyset af Inklusionseftersynets anbefalinger om at arbejde mere systematisk forebyggende og iværksætte flere forsøgs- og udviklingsprojekter på området.

Initiativet har til formål at understøtte inklusionen af elever med ADHD, autismespektrumforstyrrelser eller lignende vanskeligheder. Sigtet med initiativet er at iværksætte en forebyggende indsats, da erfaringer viser, at der skal sættes så tidligt ind som muligt for at fremme en succesfuld inklusion. Fokus i initiativet er det sociale fællesskab og de sociale relationer i en *hel klasse*. Rationalet er, at børnene med ADHD, ASF eller lignende vanskeligheder får nemmere ved at mestre deres skolegang, hvis de inkluderes tilstrækkeligt i det sociale og faglige fællesskab. Samtidig vil den bedre sociale inklusion også påvirke de resterende elever i klassen positivt.

På kort sigt skal initiativet give eleverne redskaber til at mestre skoledag og hverdag, få flere sociale relationer og derigennem opnå større social inklusion og større læringskapacitet. På lang sigt skal initiativet bidrage til, at eleverne fastholdes i grundskolen, gennemfører en ungdomsuddannelse og derved får bedre forudsætninger for at mestre et godt voksenliv, så målgruppen i mindre omfang ender på misbrugsområdet, i psykiatrien og i kriminalforsorgen¹¹⁴.

Anbefalinger

Det anbefales, at:

- **Der i skole-regi tages højde for de vanskeligheder, der opstår for elever med ADHD.**

Det er afgørende med en tidlig opsporing for at sikre indsatser, der kan forhindre udvikling af yderligere vanskeligheder. *SkolesundhedPLUS* er et tværfagligt redskab til håndtering af mistrivsel og til understøttelse af mental sundhed, som udspringer af skolesundhed.dk, og som er velegnet i forhold til den tidlige opsporing.

- **Interessen for læring og muligheden for at kunne indgå i undervisningen sikres bedst muligt.**

De fleste af de indsatser, som disse børn har behov for, er dog indsatser, der generelt set vil kunne påvirke udviklingen af et positivt undervisningsmiljø for alle elever, så alle elever får den støtte og hjælp, de har brug for. Indsatserne vil generelt kunne styrkes ved sammenhængende tiltag, der omfatter hele skolens læringsmiljø. Lokalt på skolerne er det vigtigt at støtte et ligeværdigt samarbejde mellem lærer og pædagog, så alle kompetencer bringes i spil i arbejdet med at sikre inkluderende læringsmiljøer¹¹⁵.

Skoleudviklingsmodeller har til formål at forbedre skolens samlede lærings-, udviklings- og trivselsindsats. Nogle modeller er programbaserede, hvor der indgår forskningsbaserede strategier,

baseret på såvel danske som internationale erfaringer. Andre er baseret på aktionsforskningsstrategier, hvor udviklingen er baseret på analyser af undervisningsmiljøet. I Danmark er der opsamlet erfaringer med modellen *Læringsmiljø og Pædagogisk analyse* (LP), *Program for Læringsledelse – skole* (PLF) og *Positiv Adfærd i Læring og Samspil* (PALS). De tre modeller er i princippet en sammenhængende helskoleindsats, kaldet *Whole-School Approach*, hvilket er anbefalingen fra et systematisk litteraturstudie¹¹⁶.

Inklusionseftersynets afrapportering fra 2016 kortlægger inklusionsindsatsen, hvor flere elever er blevet en del af almenundervisningen siden lovændringen i 2012¹¹⁷. Anbefalingerne er rettet mod ministerier, kommuner og skolens ledelser og peger overordnet set på, at folkeskolen udgør et godt fundament for arbejdet med inkluderende læringsmiljøer, bredere fællesskaber og faglig udvikling og trivsel for eleverne. Samtidig identificerer ekspertgruppen en række udfordringer, fx:

- I den aktuelle sprogbrug om inklusion
- I forhold til et manglende fokus på den enkelte elevs faglige udvikling og trivsel, herunder elevens sociale og personlige kompetencer
- I forhold til behovet for i langt højere grad at prioritere en tidlig indsats, såvel i forhold til almenmiljøet, som i forhold til opsporing, forebyggelse og foregribende indsatser¹¹⁸.

- **Enhver indsats, der iværksættes, sker med afsæt i et koordineret samarbejde mellem forskellige sektorer.**

Den kan med fordel tage afsæt i modellen (bilag 2), der illustrerer sammenhængen mellem indsatser på tværs af sektorer.

Eksempler på indsatser målrettet skolen

Læringsmiljøet

Forebyggende (da der er tale om generelle anvisninger, er der ikke foretaget en vidensdeklarering).



Målgruppe

Alle børn i grundskolen.



Metode

Skolen skal etablere inkluderende læringsmiljøer, der kan understøtte elevernes forskellige behov, så alle elever med særlige behov får den støtte, de har brug for¹¹⁹.

En god tilrettelæggelse af elevaktiviteter omfatter en god balance mellem planlægningen af det, der går forud for elevaktiviteten (det vil sige, hvad der skal ske, hvor længe aktiviteten varer, og hvilke valgmuligheder den indebærer) og etablering af strukturer for konsekvensen af aktiviteten (fx muligheden for at optjene positive privilegier (hjemme eller i skolen) eller for at tage mindre pauser, hyppige tilbagemeldinger samt hyppig, positiv opmærksomhed på, at eleven klarer aktiviteten godt¹²⁰).

Sideløbende med indsatsen omkring læringsmiljøet er en specifik indsats, der sikrer faglig læring, afgørende for elever med ADHD. Ofte vil det lede til en forbedring af de sociale færdigheder. Undersøgelser tyder på, at positive adfærdsmæssige forandringer ikke i sig selv medvirker til bedre faglig læring¹²¹ – men også, at der, især ved overlap af udfordringer i eksekutivfunktionerne, bør iværksættes strategier for at motivere til læring og opøvelse af læringsstrategier¹²², så tidligt som muligt i skoleforløbet. I den sammenhæng skal elevernes eget perspektiv i højere grad være omdrejningspunktet og en del af løsningen i indsatsen.



Implementering

Indsatsen forudsætter viden om at skabe inkluderende læringsmiljøer hos lærerne, tilgængelig faglig ekspertise og super-

vision samt ledelsesmæssigt fokus og opbakning. Der skal tages stilling til og prioriteres, hvilke indsatser der skal arbejdes med, så det nødvendige rum til at arbejde med inkluderende læringsmiljøer bliver skabt.

Ofte vil der være behov for udvikling af de almene undervisnings- og udviklingskompetencer for lærere og pædagoger. En række kommuner har sikret udvidede kompetencer for specialfunktioner som AKT (Adfærd, Kontakt og Trivsel), LKT (Læring, Kontakt og Trivsel), inklusionsvejledere og -pædagoger, der kan bidrage med konsultativ bistand og sparring. Andre kommuner har, i sammenhæng med den udvidede inklusionsindsats, udviklet strategier for udvikling af læringsmiljøet i klasserne¹²³.

Der skal være en almenkendt struktur og rollefordeling på skolen i forhold til, hvordan lærere og pædagoger henter viden og hjælp.

Indsatsen er en integreret del af den enkelte skoles daglige pædagogik og undervisning og har derfor ikke en bestemt varighed.



Effekt

Der foreligger, så vidt vides, ikke effektundersøgelser.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Klasseledelse og relationskompetence

Forebyggende (da der er tale om generelle anvisninger, er der ikke foretaget en vidensdeklarering).



Målgruppe

Alle børn i grundskolen.



Metode

Klasseledelse udgør en kompleks og målrettet bestræbelse på at rammesætte, organisere, støtte, facilitere og differentiere lærings- og udviklingsprocesser for alle elever indenfor trygge rammer. Rammer, hvor alle elever, uanset forskelle i funktionsmåder, indgår som del af elevgruppen, og hvor det didaktiske, faglige og sociale hænger uløseligt sammen¹²⁴.

Relationskompetence går på handlinger af både relationel karakter og af faglig karakter, som bidrager til relationens kvalitet – og dermed elevernes udvikling. Alle elever er optagede af, om de har en betydning for læreren, og alle handlinger kan lede til oplevelsen af dette. Den relation, som læreren etablerer til hver elev, påvirker hele klassen, og den måde, som læreren interagerer med hele klassen på, påvirker hver enkelt elev¹²⁵.



Implementering

Vægten lægges på at støtte etablering og vedligeholdelse af fællesskaber og de gode relationer eleverne imellem og imellem voksne og elever. Det didaktiske, det sociale og det faglige forstås som helt uadskillelige aspekter af det at skabe et velfungerende rum for læring og udvikling for eleverne¹²⁶.

Relationskompetence kan i helt praktisk forstand handle om, at læreren understøtter grundlæggende psykologiske behov: selvbestemmelse gennem oplevelsen af meningsfuldhed, kompetence gennem oplevelsen af at kunne håndtere udfordringer og samhørighed gennem oplevelsen af at være en del af fællesskabet¹²⁷.



Effekt

I 2008 blev der gennemført et systematisk review vedrørende klasseledelse, som fandt effekt for en række af enkeltelementerne¹²⁸. Danske og internationale forskere påviste i 2010-2011 forhold, der har betydning for elevernes læring i grundskolen. Seks af punkterne omhandler elementer i læringsmiljøet og klasse- og gruppeledelse, herunder relationskompetence. Der foreligger god dokumentation for en række af de elementer, der bør indgå i klasseledelsen, som fx ros, tydelige beskeder, respons på udfordrende adfærd¹²⁹.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Læringsmiljø og Pædagogisk analyse (LP), Program for Læringsledelse – skole (PLF) og Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS).

B3 - LP og PLF er forebyggende/til dels foregribende. PALS er et stepped-care system, der har indsatser på alle niveauer.



Målgruppe

Alle elever i grundskolen med et specifikt fokus på udsatte elevgrupper, som fx elever med ADHD.



Metode

LP-modellen er en pædagogisk analysemodel, hvor resultaterne baserer sig på forskning i forståelse af læringsmiljøets betydning for børn og unges trivsel, udvikling og læring. Platformen for modellen findes i systemteoriene. *LP-modellen* har til formål at opnå en klar forståelse af de faktorer, som udløser, påvirker og opretholder adfærds-, trivsels- og læringsproblemer. Modellen indeholder således ikke i sig selv metoder, der beskriver, hvordan de pædagogiske medarbejdere skal tackle de enkelte udfordringer i hverdagen¹³⁰. Disse metoder beskrives i stedet i tillægsmateriale omhandlende: Motivation og mestring, Social kompetence, Læringsmiljø og læsning, Anerkendelse, ros og klare regler i klasseværelset mv.

Det er målet for PLF, at de deltagende skoler skal udfordre alle elever, så de bliver så dygtige som muligt. Betydningen af elevernes sociale baggrund i forhold til faglige resultater skal mindskes, og tilliden til og trivslen i folkeskolen skal styrkes. Programmet tager udgangspunkt i metoder, som allerede er afprøvet af Laboratorium for forskningsbaseret skoleudvikling og pædagogisk praksis, Aalborg Universitet, og er inspireret af den skoleudvikling, som er gennemført med ca. 5000 skoler i Ontario-provinsen i Canada siden 2004¹³¹.

PALS-modellen er oprindeligt udviklet under titlen *Positive Behavior Support (PBS)*, samt under titlen *PALS* i Norge. Modellen har alle elevers trivsel som fokus og retter sig specifikt mod børn og unge med særlige behov, herunder autisme, ADHD, generelle indlæringsvanskeligheder og adfærdsvanskeligheder. PALS kan anvendes i forskellige sammenhænge og tilpasses den lokale kontekst og udviklingsbehov. Modellen er opbygget som en *Stepped-Care-model* og indeholder derfor forslag til række evidensbaserede tiltag på forebyggende, foregribende og indgribende niveauer. Tværfaglige eksterne støttesystemer inddrages efter behov på baggrund af indsamlet data¹³².



Implementering

De tre modeller har forskellige implementeringsmetodikker, men er alle karakteriseret ved en national koordinator, der står for at udbrede og udvikle modellen.

Modellerne fordrer et stort lokalt engagement og tilslutning på flere kommunale ledelsesniveauer. I modellerne er der indbygget kompetenceudviklingsforløb. Ved LP og PALS baseres udviklingen på skole- og klasseteam.

Modellerne indeholder metodik for dataindsamling og udvikler kompetencer samt organisation for vurdering af indsamlet data. Der vil være behov for en flerårig indsats for at opnå effekt ved modellerne.



Effekt

Følgforskning med erfaringsopsamling er tilknyttet *LP-modellen*. Det styrker modellens vidensgrundlag, bl.a. i forhold til inklusion og ADHD^{133 134}. En lang række kommuner har arbejdet med modellen, der har været udbredt i Danmark siden 2007.

Læringsledelse er et fireårigt afprøvningsprojekt i 13 kommuner på baggrund af A.P. Møller Fondens bevilling i 2014. Projektet inde-



holder kvantitative kortlægninger, som vil dokumentere om projektets mål nås.

I Danmark er *PALS-modellen* undersøgt for effekt af SFI i 2012¹³⁵ og ved en opfølgingsundersøgelse i 2017¹³⁶. Modellen betragtes som lovende og har på baggrund af lærertilbagemeldinger opnået god dokumentation. En usikkerhed i de indsamlede data giver ikke mulighed for vurdering af effekt på elevtrivsel og fagligt niveau. Norske og andre internationale undersøgelser påviser signifikant effekt på elevniveau^{137 138}.

Økonomi

Der foreligger enkelte cost-benefit-undersøgelser for den amerikanske udgave af *PALS-modellen*, PBS. Her konstateres, at PBS vil være billigere at implementere end status quo i forhold til effekten af modellen, men der efterlyses yderligere undersøgelser¹³⁹.

Robusthed.dk C2 - Foregribende

Målgruppe

Robusthedsprogrammet findes frit tilgængeligt på nettet (www.robusthed.dk). Programmets viden og inspiration om robusthed og mentalisering (evnen til at tænke tanker om egne og andres tanker) er relevant for alle mennesker, samtidig med at programmet oftest bliver anvendt i forhold til børn og unge og familier, særligt børn og unge og familier med særlige behov, herunder også mennesker med ADHD.

Metode

Robusthedsprogrammet indeholder anerkendt viden fra kognitiv forskning og hjerneforskning, særligt omkring mentalisering. Dette at kunne tænke sig om, særligt i komplekse situationer, er afgørende for at kunne håndtere udfordringer i tilværelsen. Det er også definitionen på at være robust (resiliens). I programmet er denne viden formidlet i hverdagsprog og billedsprog, som alle mennesker kan forstå.

Ofte introduceres programmet for børn, unge og forældre af lokale fagpersoner, som har modtaget træning og supervision i anvendelse af programmet (lærere, pædagoger, socialrådgivere, sundhedsplejersker og andre).

Implementering

Robusthedsprogrammet kan anvendes af alle, men hyppigst anvendes det i forbindelse med arbejdet i daginstitutioner, skoler, fritidsinstitutioner og specialinstitutioner. Komiteen for Sundhedsoplysning udbyder femdages basiskurser i anvendelse af programmet, foruden introduktionsforedrag og supervision. Fagpersoner, der anvender programmet, kan fuldt ud integrere viden og inspiration fra programmet i hverdagens rytme og situationer, idet programmet er designet til både høj- og lavintensiv anvendelse. En stor

fordel ved denne implementeringsmodel er at samtidig med, at den enkelte kan have glæde af programmets viden og inspiration, så kan man arbejde med udvikling af *robuste fællesskaber*.

Effekt

Robusthedsprogrammet er genstand for forskningsmæssig effektvurdering. Det er programmets formidlingsform, der evalueres. Den samlede konklusion på de hidtil gennemførte effekt- og implementeringsstudier er, at fremtidig forskning og implementering bør fokusere på regulær træning og supervision af fagpersoner, der arbejder med børn, unge, familier og voksne med særlige behov. Nye forskningsprojekter fra uafhængige forskergrupper er under planlægning. Der er ikke fundet forskning vedrørende *Robusthedsprogrammet* i forhold til ADHD-problematikker.

Økonomi

Robusthedsprogrammet er frit tilgængeligt på internettet på dansk og engelsk – og dermed gratis/licensfrit. Et femdages basis-kursus fra Komiteen for Sundhedsoplysning i anvendelse af *Robusthedsprogrammet*, inkl. supervision, koster for 20 deltagere 120.000 kr.

Tolærerordning/Co-teaching

C2 - Foregribende



Målgruppe

Alle elever i grundskolen med et specifikt fokus på udsatte elevgrupper, som elever med ADHD.



Metode

Formålet med indsatsen er at sikre, at elever med særlige behov, herunder ADHD, bliver inkluderet i den almindelige klasse, og at alle elever får udbytte af undervisningen.

Co-teaching har til formål at fremme udviklingen af inkluderende læringsmiljøer. Det er en undervisningsform, hvor to undervisere har et fælles og ligeværdigt ansvar for planlægning, forberedelse, gennemførelse, evaluering og udviklingen for alle elever i klassen. De to undervisere komplementerer hinanden, bl.a. gennem deres forskellige kompetencer inden for henholdsvis special- og almenområdet.

Den ekstra ressource til klassen kan også bestå i at følge eleverne til undervisningen, undervise dem eller give generel støtte i klassen, give hjælp til lektier, give hjælp til at tage notater og ved at støtte eleverne til at få en hensigtsmæssig adfærd i klassen. Speciallæreren sikrer en tydelig struktur, klarhed i opgaverne, klare instruktioner og tilpasset arbejdsro for eleven.



Implementering

Udover faglæreren indgår en speciallærer og en AKT-lærer i undervisningen.

Denne undervisningsform giver mulighed for at de to undervisere udvikler et partnerskab i arbejdet med at skabe et stærkt inkluderende læringsfællesskab. Begge parter tager andel i både det almene (klasseledelse, differentiering m.v.) og specialområdet (redskaber, metoder m.v.).

Speciallæreren og AKT-læreren arbejder direkte med eleverne, der fx har ADHD. Indsatsen har ikke en bestemt varighed, men afhænger af elevens behov. Speciallæreren og AKT-læreren tilstedeværelse i klassen er afgørende for, at eleverne med særlige behov får udbytte af undervisningen.

Udvikling af speciallæreren kræver ofte kompetenceudvikling samt lokaltilpasset organisering, så støtten kan tilpasses efter behov.



Effekt

Forskningsevalueringer viser gode resultater i forhold til denne type indsatser¹⁴⁰, hvis der specifikt er tale om en almenlærer og en speciallærer. Det fremhæves, at det er væsentligt, at lærerne er instruerede i/efteruddannede til at undervise kollaborativt. Resultaterne viser, at tolærerordninger, hvor der ikke er kendskab til en kollaborativ undervisningsmodel, har negativ eller ingen effekt for eleverne.

Co-teaching fremhæves inden for den internationale forskning som en undervisningsform, der bedst muligt understøtter udviklingen af inkluderende læringsmiljøer. Elever med særlige behov, der deltager i god tilrettelagt undervisning i den almene skole, har større chancer for at få en uddannelse.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Familieklasser C2 - Indgribende



Målgruppe

Børn med særlige behov, herunder ADHD.



Metode

Familieklassen er et specialpædagogisk tilbud, der bygger på ideen om at skabe et tæt skole-hjem-samarbejde. *Familieklassen* indtager både eleven, forældrene og elevens lærere, og hensigten er at forbedre trivsel og inklusion for elever, der viser problematisk adfærd, fx udadreagerende adfærd og socioemotionelle vanskeligheder.

Familieklassen følger den såkaldte *Marlborough-model*, der er fundet på den systemiske tænkning i tæt tilknytning til den narrative teori. Modellen består af en række grundregler, og der lægges først og fremmest vægt på konteksten¹⁴¹.

Formålet med indsatsen er at forbedre barnets trivsel i skolen, både fagligt, socialt og emotionelt, gennem et tæt samarbejde mellem skole og hjem. Sigtet er bl.a., at forældrene bliver mere bevidste om deres medansvar for barnets udvikling i skolen, og at barnet bliver bevidst om sin egen rolle i forandringerne. Fokus er også rettet mod at bevare eleven i normalsystemet, reducere henvisninger til psykologiske undersøgelser samt udvikle samarbejdet med social- og sundhedsforvaltning.



Implementering

Et forløb varer ca. 12 uger med undervisning en eller to gange om ugen af et par timers varighed. I den pågældende periode modtager eleven undervisning i det samme stof i familieklassen, som klassekammeraterne får i den normale klasse.

I en familieklasse deltager der typisk seks elever, som har enten deres far, mor eller evt. en bedsteforælder ved deres side.

Undervisningen styres af en til to specialuddannede familieklasse-lærere. Indsatsen forudsætter, at den almindelige klasselærer er involveret i forhold til fx at opstille mål og evaluere. I enkelte forløb kan klasselæreren også deltage mere aktivt i undervisningen.



Effekt

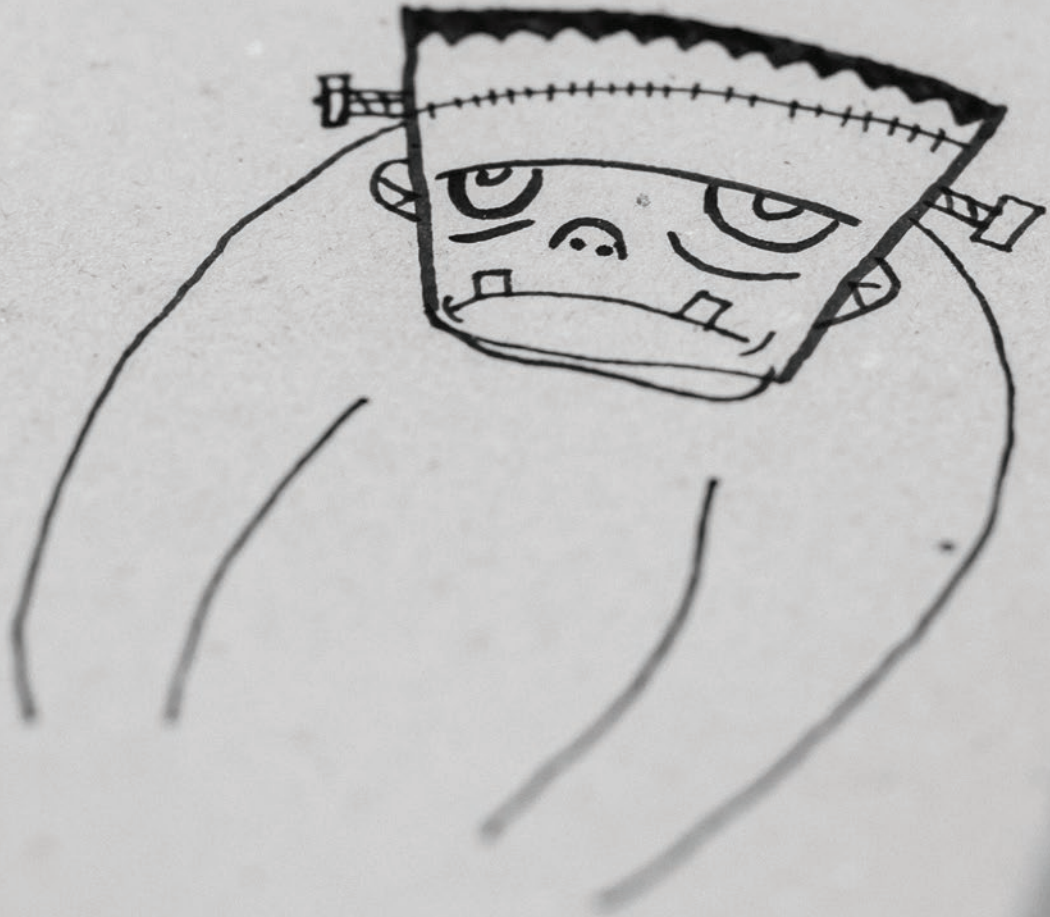
Der er dokumenteret effekt forbundet med familieklasser i programmets oprindelige udformning. Der er ikke tale om et patenteret program, og mange danske kommuner har løbende udviklet egne varianter af modellen¹⁴².

Der er generelt gode erfaringer med indsatsen i adskillige kommuner, og forløbene er i vid udstrækning evalueret i de enkelte kommuner. Der er ligeledes gode erfaringer med indsatsen i udlandet¹⁴³.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.



Indsatser målrettet ungdomsuddannelse

Hvor grundskolen langt hen ad vejen er præget af en institutionaliseret ydre styring og et løbende samarbejde mellem skole og hjem, skal den unge på en ungdomsuddannelse indgå i et helt andet og mere løst struktureret miljø, som stiller stadigt større krav til den unges selvforvaltning og evne til at tage ansvar¹⁴⁴. De nye krav, der stilles til eleverne på en ungdomsuddannelse, harmonerer dårligt med det behov for struktur og forudsigelighed, som mange unge med ADHD har for at kunne fastholde koncentrationen og overblikket.

At tage en uddannelse er forbundet med en hård prøvelse af de eksekutive funktioner og kræver, at man kan gå efter de langsigtede mål og planlægge sin tid, udsætte sine behov, sætte sig selv i gang med ofte ret kedelige opgaver og holde motivationen over tid¹⁴⁵. Desværre sker det hyppigt, at unge med ADHD har svært ved at fastholdes i uddannelsessystemet, også selvom de har gode akademiske færdigheder/evner. Jo længere det står på, desto sværere bliver det for unge med ADHD at finde fodfæste i uddannelsessystemet og fastholde troen på, at de faktisk kan klare det.

Unge med ADHD har ofte brug for hjælp og støtte til at fastholde motivationen gennem et uddannelsesforløb. Ofte vil de desuden have stor gavn af en tydelig, overskuelig og forudsigelig strukturering af undervisningen, som understøttes visuelt. Konkret vil den unge have brug for en tilrettelagt hverdag, hvor rammerne på skolen er genkendelige. Det har fx betydning, at skemaet er det samme fra uge til uge, og at eleven skal møde og har fri på samme tid hver dag. Behovet for støtte kan variere markant fra ung til ung. For en del unge vil der ofte være en sammenhæng mellem de udfordringer, som de fx oplever i forhold til boligforhold, og de udfordringer, som de oplever i forbindelse med uddannelse.

Et godt praktik- eller uddannelsesforløb kan give den unge oplevelsen af at lykkes, være til gavn og være en del af et socialt fællesskab. Uddannelse er derfor et vigtigt indsatsområde i forhold til den unge med ADHD, da uddannelse har stor betydning for alle unges muligheder for, på længere sigt, at få fodfæste i voksenlivet¹⁴⁶.

Anbefalinger

Det anbefales, at:

- **Kommunen sætter fokus på fastholdelse af unge med ADHD i forbindelse med uddannelse.**

De unge har gavn af støtte til at finde socialt fodfæste i uddannelsesmiljøet og til at bevare deres motivation.

- **Kommunen har fokus på en tidlig forebyggende indsats allerede i udskolingen, og at der sikres en god overgang mellem grundskole og ungdomsuddannelse.**

Støtte til de unge i forbindelse med uddannelse kræver koordinering og samarbejde med uddannelsessektoren, da støtte det ene sted kan få stor indflydelse på, hvordan man klarer sig et andet sted. Elever med ADHD har ofte brug for specialpædagogisk støtte (SPS) for at kunne gennemføre en ungdomsuddannelse. I koordineringen og samarbejdet mellem grundskolen og ungdomsuddannelsen er det vigtigt at få viden givet videre, så der hurtigt kan søges om specialpædagogisk støtte, og eleven tidligt kan få udbytte af eventuelle hjælpemidler og/eller støttetimer. Er der fx styr på økonomi og rengøring, er der også mere overskud til at passe uddannelsen. For unge med ADHD kan problemer med koncentration, opmærksomhed og overblik gøre det meget svært at overkomme både en husførelse og en uddannelse.

- **Enhver indsats, der iværksættes, sker med afsæt i et koordineret samarbejde mellem forskellige sektorer.**

Den kan med fordel tage afsæt i modellen (bilag 2), der illustrerer sammenhængen mellem indsatser på tværs af sektorer.

Eksempler på indsatser målrettet ungdomsuddannelse

Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU) Forebyggende (da der er tale om et generelt tilbud målrettet alle unge er indsatsen ikke vidensdeklareret).



Målgruppe

Alle unge mellem 15-24 år.



Metode

Formålet med indsatsen er at sikre vejledning om ungdomsuddannelse og fremtidigt erhverv til alle unge under 25 år. Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU) giver vejledning til alle unge i grundskolen fra 7.- 10. klasse. Alle elever modtager kollektiv vejledning, mens individuel vejledning er rettet mod elever, der er vurderet ikke-uddannelsesparate i 8. klasse.

UU skal gennem en opsøgende og opfølgende indsats tilbyde unge vejledning om valg af uddannelse og erhverv, hvis de ikke er i gang med eller har fuldført en ungdomsuddannelse eller en videregående uddannelse.

Vejledningen af 15-17-årige unge sker i forbindelse med den løbende revision af den unges uddannelsesplan. Vejledningen af 18-24-årige unge tilrettelægges og prioriteres, så den opsøgende og opfølgende indsats især rettes mod unge, der skønnes at have behov for en særlig vejledningsindsats, og som ikke i forvejen modtager vejledning fra kommunale jobcentre, socialforvaltningen eller andre myndigheder, der beskæftiger sig med unge. Flere UU-vejledninger tilbyder kompetenceafklarende forløb i forhold til uddannelsesparathed for en bred målgruppe og individuelt tilrettelagt afklaringsforløb for unge med særlige behov. UU-vejledningen har således en central funktion i forhold til sårbare unges muligheder for at gennemføre en ungdomsuddannelse¹⁴⁷.

UU foretager målgruppevurdering af unge, der ønsker at starte på forskellige uddannelser og uddannelsesforløb, som fx produktions-

skole eller erhvervsgrunduddannelse. UU vurderer også, om den unge er i målgruppen for ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU)¹⁴⁸.

I overgangen fra grundskole til ungdomsuddannelse er det nødvendigt, at den unge med ADHD følges tæt i udskolingen af UU-vejlederen. Dette sker i et tæt samarbejde med den unge selv, den unges lærere og forældrene og skaber større mulighed for at lette overgangen samt understøtte fremadrettet skift. Samarbejdet letter også udarbejdelsen med ansøgningen til SPS-støtte på ungdomsuddannelsen.



Implementering

Indsatsen er i et vist omfang allerede en integreret del af UU-vejledningens daglige praksis og har derfor ikke en bestemt varighed.

En mere målrettet forebyggende indsats forudsætter øget viden om ADHD og de funktionelle vanskeligheder, der kan være afledt heraf, blandt de ansatte, samt et tæt samarbejde med kommunens uddannelsesinstitutioner. Adgang til specialiseret rådgivning og sparring kan være relevant.



Effekt

Indsatsen evalueres årligt, blandt andet gennem omfattende brugerundersøgelser, der har vist lovende resultater¹⁴⁹.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.



Fastholdelsesmentorer

D2 - Foregribende



Målgruppe

Frafaldstruede unge på ungdomsuddannelser, fx unge med psykiske problemer, højt fravær, manglende afleveringer og sociale udfordringer. Det kan således både være unge med uddannelsespålæg og øvrige unge.



Metode

Formålet med indsatsen er at støtte udfaldstruede unge med at blive fastholdt i uddannelse, herunder også i eventuelt omvalg af uddannelsesretning – alternativt at støtte dem i at få den hjælp, de har behov for i andet regi (fx produktionsskole, arbejde, uddannelseshjælp).

Mentorerne arbejder som fastholdelsesmentorer og adskiller sig således fra fx sociale mentorer ved, at de har fokus rettet mod den unges fastholdelse i uddannelse. De vil således typisk slippe den unge efter en eventuel udmelding fra uddannelse.

Aftalte forløb varierer i varighed fra to samtaler til løbende samtaler over mange måneder.

Mentorerne arbejder individuelt via samtaler med den unge, hvor de fx forsøger at få den unge til at blive bevidst om, hvilke faktorer i den unges liv, som gør den unge frafaldstruet, og støtte den unge i at finde egne løsninger og veje ud af problemerne.



Implementering

Der er ansat fastholdelsesmentorer i Vejle Kommune på hhv. SOSU, Campus Vejle/EUD, Campus Vejle/VUC (AVU), Campus Vejle/VUC (HF), SDE Fødevarer og Ernæring og SDE Byggeri og Håndværk.

Mentorstøtten gives på uddannelsesinstitutionen. Mentor kan undtagelsesvis tage med den unge fx til møde i psykiatrien. Alle mentorer arbejder primært individuelt med de unge, som af den ene eller anden årsag er frafaldstruet.



Effekt

Indsatsen bygger på erfaringer fra et tidligere projekt i Vejle Kommune i forbindelse med projektprogrammet *Ny forbedret indsats til børn, unge og voksne med ADHD*¹⁵⁰ i regi af Socialstyrelsen. Der er ikke foretaget effektevalueringer af ovenstående indsats.

Der er generelt gode erfaringer med indsatsen i adskillige kommuner, og forløbene er i vid udstrækning evalueret i de enkelte kommuner. Der er ligeledes gode erfaringer med indsatsen i udlandet.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Ordinær erhvervsuddannelse med særlig støtte ved Hans Knudsen Instituttet

D2 - Indgribende



Målgruppe

Målgruppen er personer med væsentlige barrierer i forhold til job og uddannelse. Det drejer sig typisk om ADHD, autismspektrumforstyrrelser eller psykiske vanskeligheder. Det kan også være personer med hjerneskade eller indlæringsvanskeligheder.



Metode

På de erhvervsfaglige uddannelser på Hans Knudsens Instituttet (HKI) kan lærlingene få skolefaglig, pædagogisk, socialfaglig og fysioterapeutisk støtte eller støtte fra en psykolog. HKI's værksteder tilbyder erhvervsfaglige uddannelser som bl.a. kontorassistent, smørrebrød og catering, møbelsnedker, industritekniker og finmekaniker.

HKI er arbejdsgiver og fungerer som læreplads gennem hele eller dele af uddannelsen. Lærlingen er selv med til at lave sin egen uddannelsesplan og har indflydelse på, om den justeres undervejs. Det sker i samarbejde med vedkommendes uddannelsesansvarlige – den faglige mentor – der er faglært inden for lærlingens fagområde, og som er en del af den daglige produktion og det fælles arbejdsmiljø.

Den faglige mentor har typisk en pædagogisk overbygning og dermed en dobbeltfunktion – det håndværksfaglige ansvar kombineret med støttekontaktfunktion i dagligdagen. Det er også mentoren, der står for den individuelle faglige instruktion og støtte, hvor der afses tid til den håndholdte oplæring (sidemandsoplæring)¹⁵¹.



Implementering

Der findes tre uddannelsesveje:

Ny mesterlære: Grundforløbet tages hos HKI og afsluttes med grundforløbsprøve i samarbejde med erhvervsskolen. Ny mesterlære er den mest praksisrettede uddannelsesvej, hvor adgangskravet på 2 i dansk og matematik frafalder.

Skolevejen: Uddannelsen startes på skolens grundforløb, og lærepladsen findes inden hovedforløbet.

Praktikvejen: Uddannelsen startes hos HKI, og grundforløbet tages på skolen efter 3-6 måneder.

Lærlingen henvises til HKI via sit Jobcenter, og der indgås en ordinær uddannelsesaftale.

Uddannelsen gennemføres i et tæt samarbejde med erhvervsskolen og afsluttes med en jobindsats bygget op omkring følgende komponenter:

- Opbygning af fagligt netværk via virksomhedspraktikker
- Branchesamarbejde via udstationeringer
- Undervisning om arbejdsmarkedsforhold, fagforening med mere
- Støtte til ansøgningsmateriale, jobsøgning og træning af jobsamtaler
- Viden om støtteordninger
- Efterværn mhp. fastholdelse i job.

**Effekt**

81 % af HKI's lærlinge gennemfører uddannelsen (landsgennemsnittet er 53 %).

7,2 er karaktergennemsnittet for HKI's lærlinge på svendeprøven (beregnet landsgennemsnit er på 4,8).

53 % af HKI's lærlinge kommer i job inden for seks måneder efter endt uddannelse.

91 % af HKI's lærlinge i job er beskæftigede inden for deres fagområde.

Fuldførelseseffekten i forhold til elever med ADHD/ADD er 94 % mod 55 % på landsplan. Denne effekt er opgjort på baggrund af elever, der har været tilmeldt en erhvervsfaglig uddannelse på HKI, og som sluttede i perioden 2010-2016. Det drejer sig om 16 elever med ADHD eller ADD. Metoden er en statistisk opgørelse på baggrund af dataudtræk fra HKI's kursistadministrationssystem og benchmark er fuldførelsesprocent for de erhvervsfaglige uddannelser i DK 2011-15¹⁵².

**Økonomi**

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU) Indgribende (da der er tale om en generelt tilbud inden for undervisningsområdet er indsatsen ikke vidensdeklareret).



Målgruppe

Unge med særlige behov, herunder unge med ADHD, autisme, udviklingshæmning og øvrige psykiske vanskeligheder.



Metode

STU er en treårig, individuelt sammensat ungdomsuddannelse. Uddannelsen kan bestå af undervisning og praktik og skal i videst muligt omfang tilrettelægges under hensyntagen til den unges kvalifikationer, modenhed og interesser. Uddannelsen kan foregå på mange forskellige typer af institutioner, afhængigt af den unges behov.

STU er for unge, der ikke har mulighed for at gennemføre anden ungdomsuddannelse, og skal give den unge tilknytning til et ungdomsmiljø, hvor der kan gøres nye sociale erfaringer. Der er ikke eksaminer i STU, og uddannelsen afsluttes med et kompetencepapir¹⁵³.



Implementering

Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU) udarbejder en individuel uddannelsesplan for den unge. Uddannelsesplanen beskriver undervisning og praktik og skal indeholde en beskrivelse af de enkelte elementer i uddannelsen og det pædagogiske mål med elementerne. Uddannelsesplanen skal udarbejdes med inddragelse af den unge og eventuelt pårørende¹⁵⁴.



Effekt

Epinion har foretaget en evaluering af uddannelsen, der konkluderer at eleverne og personer omkring dem oplever, at deres sociale, personlige og faglige kompetencer styrkes, og at de har en livskvalitet på linje med den generelle befolkning, når de går på STU. Evalueringen viser også udfordringer med blandt andet afslutnin-

gen af STU-forløb og overgangen til den unges videre forløb. Evalueringen peger på, at især jobcentrene i højere grad kan tænkes ind i STU-forløb, end tilfældet er i dag – både undervejs i forløbet og ved afslutningen.

Evalueringen er baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Styrelsen for IT og Læring samt spørgeskemaundersøgelser og casestudier¹⁵⁵.



Økonomi

Som en del af Epinions evaluering er der foretaget en omkostningsvurdering af STU. Den gennemsnitlige udgift pr. elev i 2016 var 228.509 kr.¹⁵⁶



Indsatser målrettet unge og risikoadfærd

Ungdomslivet er for de fleste unge præget af en vis grad af risikofyldte aktiviteter og adfærd. Risikoadfærden kan være mere fremtrædende hos unge med ADHD end hos andre unge, da risikoadfærd i høj grad styres af evnen til at kontrollere impulser, vurdere en situation, kalkulere konsekvenser og skabe overblik. Risikoadfærd kan medføre tunge sociale problemer for unge med ADHD. Unge med ADHD har fx øget risiko for at blive tidligt forældre, blive involveret i færdselsuheld, udvikle misbrug af rusmidler eller blive involveret i kriminalitet¹⁵⁷. For unge med ADHD og adfærdsforstyrrelse er der større risiko for at udvikle misbrug¹⁵⁸, og for unge med ADHD, i kombination med adfærdsforstyrrelse og misbrug, er der øget risiko for at foretage sig flere risikable ting end jævnaldrende, begå kriminalitet og få en dom¹⁵⁹ ¹⁶⁰.

Opfølgingsstudier af personer med ADHD har vist, at ADHD er associeret med en øget risiko for depression¹⁶¹ og selvskadende adfærd/selvmoedsforsøg¹⁶², ligesom der er videnskabeligt belæg for at konkludere, at ADHD er en risikofaktor for selvmord¹⁶³. Bl.a. viser et svensk registerstudie en 8,5 gange øget risiko for selvskade/selvmoedsforsøg hos personer med ADHD og en 12,2 gange større risiko for gennemført selvmord hos personer med ADHD sammenlignet med kontrolpersoner¹⁶⁴. Der er begyndende data, der viser, at bl.a. medicinsk behandling af ADHD kan have en beskyttende effekt på både depression¹⁶⁵ og selvmordstruende adfærd¹⁶⁶. Et studie viser, at risikoen for selvmord også er sammenhængende med andre faktorer, fx lav socioøkonomisk status¹⁶⁷, hvorfor medicinsk behandling for ADHD kun kan tænkes at virke på en del af den øgede risiko.

Risikoadfærd indeholder ikke kun en risiko for den unge med ADHD, men kan også have store konsekvenser for omgivelserne og for helt udenforstående mennesker. Det er derfor af stor betydning, at voksne omkring de unge er særligt opmærksomme, opsøgende og støttende i forhold til at modvirke og forebygge risikoadfærd.

Anbefalinger

Det anbefales, at:

- **Kommunen sætter fokus på tidlig og opsporende indsats i forhold til unges risikoadfærd.**

Risikoadfærd kan være en forløber for egentlige sociale problemer, og ofte vil der også være andre vanskeligheder knyttet til den unges samlede livssituation.

- **Der sættes fokus på, at de unge får redskaber til at ændre deres adfærd og udvikle deres sociale kompetencer, fx ved at der arbejdes bevidst med relationer og rollemodeller.**

De fleste af de indsatser, som er beskrevet ovenfor, vil have en forebyggende effekt i forhold til risikoadfærd. I forhold til unge med svære adfærdrelaterede vanskeligheder er der evidens for, at adfærdsregulerende programmer har en markant effekt. Særligt i forhold til programmet *Multisystemisk Terapi (MST)* er der gode erfaringer i relation til unge med ADHD.

- **Kommunen orienterer sig mod anvendelse af evidensbaserede programmer.**

Socialstyrelsen tilbyder i den forbindelse viden og rådgivning til kommuner bl.a. om *Multisystemisk Terapi (MST)*, *Treatment Foster Care Oregon (TFCO)*, samt *Multifunktionel behandling i institution og nærmiljø (MultifunC)*¹⁶⁸.

- **Enhver indsats, der iværksættes, sker med afsæt i et koordineret samarbejde mellem forskellige sektorer.**

Den kan med fordel tage afsæt i modellen (bilag 2), der illustrerer sammenhængen mellem indsatser på tværs af sektorer.

Eksempler på indsatser målrettet unge og risikoadfærd

headspace

C3 - Forebyggende



Målgruppe

Børn og unge i alderen 12-25 år med behov for rådgivning, fx i forhold til angst, stress, konflikter, mistrivsel m.v.



Metode

headspace er et anonymt og gratis rådgivningstilbud under Det Sociale Netværk, hvor unge kan ringe, maile, chatte eller møde op og få rådgivning af frivillige i forhold til en række forskellige problematikker. De frivillige i headspace har deltaget i et uddannelsesforløb over én weekend.



Implementering

headspace findes i 17 forskellige kommuner og varetager årligt ca. 12.000 samtaler. Oftest er det piger, som benytter sig af headspaces tilbud, og blandt alle unge foregår henvendelserne oftest ved et personligt møde. Hver ottende har en pårørende fra deres personlige netværk med, hvis samtalen foregår personligt eller over telefonen.



Effekt

headspace har selv gennemført en spørgeskemaundersøgelse (2016-2017), hvor de har spurgt ca. 500 unge om deres oplevede effekt af rådgivningstilbuddet. Mere end tre ud af fire unge angiver, at det generelt har hjulpet dem meget/rigtig meget at komme i headspace. To ud af tre angiver, at headspace også har hjulpet meget/rigtig meget med at få det bedre med sig selv og gjort hverdagen bedre.



Økonomi

En rapport udarbejdet af Incentive peger på, at det samlede årlige nettobesparelspotentiale, ud fra Incentives indsamlede informationer og antagelser, ligger på et sted imellem 200.000-

1.600.000 kr. pr. gennemsnitligt headspacecenter. Besparelspotentialet er beregnet ud fra forskellige effektmål, hvor headspace antageligvis har betydning. Det drejer sig om søgning til egen læge, psykolog, speciallæge, ambulante psykiatriske kontakter, psykiatriske indlæggelser, fastholdelse i uddannelsesforløb og reduceret ledighed.

Incentive har estimeret effekterne af headspaces indsatser, målt som sparede omkostninger, i kommunalt og regionalt regi ved brug af informationerne, som er udledt fra headspaces egen dataindsamling. Analysen bygger derfor på antagelser, som er behæftede med usikkerhed¹⁶⁹.

Kriminalitetsforebyggende indsats

Forebyggende (da der er tale om en generel indsats er der ikke foretaget en vidensdeklarering).



Målgruppe

Unge i udsatte positioner.



Metode

Formålet med den kriminalitetsforebyggende indsats er at øge opmærksomheden mod børn og unge, som har en forhøjet risiko for at få en kriminel løbebane. Indsatsen retter sig bl.a. mod tidlig identifikation af mistriivsel og risikoadfærd. Forskning peger på, at en række forhold i de unges liv kan virke som hhv. risikofaktorer og beskyttelsesmekanismer i forhold til kriminalitet. En tværfaglig indsats, der har fokus på fx familieforhold, psykiske vanskeligheder, fodfæste i uddannelse eller beskæftigelse, kulturelle og sproglige barrierer m.v., kan indgå som en del af den forebyggende indsats¹⁷⁰. Indsatsen forankres typisk i det eksisterende SSP-arbejde, hos politiet eller i kommunens ungeteam.

Formålet med den forebyggende indsats er dermed også, at fagpersoner omkring de unge er kvalificerede til at få øje på disse forhold og har et tæt tværfagligt samarbejde, bl.a. med henblik på fx screening for ADHD.

Det Kriminalpræventive Råd har udviklet *Forebyggelsesmodellen*, der kan give et fælles udgangspunkt for de faglige drøftelser, der løbende tages i SSP-regi. Fx om, hvordan man skal prioritere de forskellige indsatser, faglige overvejelser omkring de enkelte initiativer, behovet for videnuvikling og evaluering af indsatser m.m. Modellen anskueliggør samtidig nødvendigheden af, at indsatsen også involverer det opbyggende niveau, hvor initiativer skal understøtte det forebyggende arbejde¹⁷¹.



Implementering

Indsatsen vil generelt være varig. Der kan indgå tidsafgrænsede projekter i indsatsen.

Forskning peger på følgende opmærksomhedspunkter for den kriminalitetsforebyggende indsats: behov for kvalificerede fagfolk, et tværgående samarbejde, der involverer alle normalområdet aktører, fælles viden og sprog, langsigtet tænkning, fokus på ressourcer hos den unge og familien, brug af fx screeningsredskaber, brug af specialiseret viden, prioritering af dokumentation og evaluering.

Alle kommuner arbejder med kriminalitetsforebyggelse, så tyngden af indsatsen i den enkelte kommune afhænger af, hvor langt man i forvejen er kommet.



Effekt

Sammenhængen mellem en række risikofaktorer/beskyttende faktorer og kriminalitet er dokumenteret, men tilstedeværelsen af bestemte risikofaktorer kan ikke alene forudsige, at en kriminel løbebane bliver aktuel. Det er også dokumenteret, at de funktionelle vanskeligheder, der kan knytte sig til ADHD, kan udgøre en risiko i forhold til, om den unge bliver involveret i kriminalitet¹⁷².



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.



MARCO

Multisystemisk Terapi (MST)

A3 - Indgribende



Målgruppe

Unge med alvorlige adfærdsproblemer i alderen 12-17 år, som er i risiko for at skulle anbringes uden for hjemmet.

Typiske adfærdsvanskeligheder er her: kriminalitet, misbrug/risikobrug af rusmidler, aggressiv og voldelig adfærd, væsentligt fravær fra skole.

Socialstyrelsen har i 2015 udarbejdet en guide til arbejdet med MST i forhold til ADHD-problematikker, så behandlingen specifikt kan rettes til disse problematikker¹⁷³.



Metode

Formålet med indsatsen er at styrke de unges sociale færdigheder og understøtte et positivt samspil med familien, det nærmeste netværk og det omgivende samfund. I indsatsen kan der indgå behandling af misbrug, hvor fokus rettes mod de komplekse forhold, der kan bidrage til misbrug af stoffer og/eller alkohol. Hensigten er, at indsatsen kan virke forebyggende i forhold til anbringelser.

MST er et intensivt forløb, hvor der bruges et omfattende antal timer over tre til fem måneder på direkte kontakt mellem MST-terapeut og familien/primære omsorgsperson og den unges netværk. Efter visitation til MST begynder behandlingen med en afdækning af de mål, som familie, den unge og sagsbehandler har for indsatsen. Med udgangspunkt i indsatsens mål analyseres den unges problemadfærd. Derefter tilrettelægger MST-terapeuten, i samarbejde med familien, de konkrete interventioner, der er relevante for at løse den unges problemskabende adfærd. Et MST-forløb vil således kunne designes ud fra den unges specifikke ADHD-problematikker.

Indsatsen varierer i forhold til, hvor indsatsen finder sted. Der kan være tale om en intensiv indsats i familien, en kortvarig anbringelse i en specialuddannet plejefamilie eller et forløb på en institution, inklusiv et udslusningsforløb, eventuelt som led i en ungdomssanktion.

Programmerne er ikke specifikt målrettet unge med ADHD, men erfaringerne fra de danske forsøg peger på, at programmet har en gavnlige effekt for denne målgruppe. Der er i flere kommuner gode erfaringer med at tilpasse programmet til unge med ADHD eller lignende vanskeligheder.



Implementering

Varigheden af indsatsen for den enkelte person varierer, men der er tale om en intensiv indsats. Et MST-forløb vil ofte involvere flere samtidige og afstemte interventioner, som er målrettet forskellige parter med relation til den unges problemadfærd.

MST-terapeuten følger interventionerne tæt under hele behandlingsforløbet. Det sker bl.a. gennem direkte kontakt med den unge, familien/primære omsorgsperson og andre relevante parter samt gennem ugentlige strukturerede supervisionsforløb på den konkrete sag.

Der er bestemte krav til oprettelse af et MST-team, herunder uddannelse, licens og kvalitetssikring. Terapeuterne arbejder med metoden på fuld tid og kan ikke arbejde med andre opgaver, såsom støttekontaktfunktioner, projektledelse, bagvagt for andre interventioner m.v.

Terapeuten skal have en relevant grunduddannelse (som fx pædagog, lærer, socialrådgiver, psykolog eller lignende) og modtager fem dages grunduddannelse i MST-metoden. Det er en fordel, men ikke et krav, at man har erfaring inden for kognitiv terapi og eller systemisk terapi i familiebehandling.

Hver af terapeuterne arbejder som regel med en sagsmængde på tre til fire familier i gennemsnit ad gangen og ca. 8 til 10 sager om året.

I den omfattende forskning i implementering af MST konkluderes det, at det er afgørende for at lykkes med implementeringen, at der er struktureret involvering af alle relevante interessenter, fx det politiske niveau, leverandører og myndighedsniveau. Endvidere peges der på, at vedholdende lederskab, en leverandørorganisation samt midler til en afprøvningsperiode er de mest afgørende elementer, hvis MST skal opnå høj fidelitet og i sidste ende give de bedste resultater for de familier, der modtager indsatsen.



Effekt

I Danmark er der gennemført en resultatevaluering og en effektevaluering af MST.

Effektevalueringen blev offentliggjort i 2017, og omfatter 436 unge i tre kommuner, der i perioden 2007-2011 har modtaget MST-behandling. Studiet viser, at der på de forskellige målte områder er bedre, ingen eller dårligere effekt hos de unge, der har været i et MST-forløb i forhold til sammenligningsgruppen af unge, der modtager andre indsatser. De unge, der har modtaget MST, er i gennemsnit anbragt signifikant færre dage end sammenligningsgruppen i det første år efter afsluttet MST-indsats. I forhold til kriminalitet er resultaterne blandede¹⁷⁴. Programmet er ikke udviklet specifikt til unge med ADHD, men har generelt vist sig virksomt i forhold til målgruppen.



Økonomi

En analyse fra Rambøll viser, at livsforløbet for en gennemsnitlig ung i denne målgruppe vil være forbundet med offentlige udgifter på 4 mio. kr., mens man ved at bruge MST kan opnå effekter, hvor livsforløbet i stedet er forbundet med offentlige udgifter på knap 3,8 mio. kr. Besparelsen for det offentlige peger på, at kommunerne kan spare ca. 145.000 kr. – primært gennem lavere

udgifter til overførsler og øget skatteindtægt som følge af bedre uddannelse. Staten kan spare omkring 100.000 kr. pr. deltager – primært ved mindre udgifter til kriminalitet og øgede skatteindtægter. Deltagerne vil ligeledes opnå en gevinst i form af en højere lønindtægt, svarende til omkring 75.000 kr.¹⁷⁵

Der er gennemført en omkostningsanalyse af MST i Danmark, som viser, at omkostningerne pr. gennemført deltagerforløb er ca. 119.000 kr.



Indsatser målrettet fritidsområdet

Et aktivt fritidsliv bidrager til udviklingen af sociale og personlige kompetencer og gør det muligt at mødes om "et fælles tredje", i form af en idrætsaktivitet eller en anden fritidsaktivitet. En social indsats, målrettet relationerne i børn og unges fritidsliv, har derfor et væsentligt potentiale i forhold til at støtte børn og unge med ADHD i deres sociale udvikling i relation til fritid og venskaber.

Børn med funktionsnedsættelser, herunder ADHD, bliver hyppigere mobbet og drillet, og de har generelt mindre kontakt til kammerater i og uden for skolen. Børn med funktionsnedsættelser har også færre muligheder for at udvikle venskaber, uanset deres tilknytning til skole og fritidsordninger. For børn med ADHD er risikoen for, at relationerne til andre børn kan udvikle sig til at være konfliktfyldte og problematiske, væsentligt forhøjet. Det betyder, at barnet ikke er vellidt, og at de andre børn trækker sig, så barnet bliver isoleret. Børn kan have svært ved at håndtere sociale relationer, fordi de fx kan have svært ved at vente og styre deres følelser og humør. Nogle børn har også vanskeligt ved at tolke og forstå regler i fx lege og kan opleve, at de ikke passer ind og ikke lykkes^{176 177}.

I ungdomsårene vælger unge i stigende grad selv deres sociale relationer og skaber nye og selvvalgte sociale netværk, som kan række ind i det kommende voksenliv. De selvvalgte sociale sammenhænge har afgørende betydning for unges muligheder for at finde fodfæste og udvikle egen identitet. Unge med ADHD kan have svært ved at etablere og bevare relationer til jævnaldrende. En del unge med ADHD har barndommen igennem været udsat for konflikter. Det kan betyde, at de sociale kompetencer bliver sparsomme eller senere udviklet, hvilket kan få betydning for de unges muligheder for at indgå i sociale fællesskaber med andre unge. Måske baner det vejen for ukritisk at søge et hvilket som helst socialt fællesskab, bare man bliver accepteret¹⁷⁸. Er man ikke en del af et socialt fællesskab med andre unge, kan der hurtigt opstå en følelse af ensomhed og i nogle tilfælde også social isolation. Mange unge med ADHD

har brug for steder, hvor de kan komme i fritiden og være sammen med andre unge – steder, hvor de kan lære strategier til at styrke omgangen med andre unge.

Anbefalinger

Det anbefales, at:

- **Der i tilrettelæggelsen af indsatser på dette område tages afsæt i komponenter fra de evidensbaserede programmer på dagtilbuds- og skoleområdet, som har vist sig virkningsfulde i forhold at styrke de sociale relationer.**

- **Kommunen involverer og samarbejder med foreninger og det civile samfund i den sociale indsats, målrettet børn og unge med ADHD.**

Eksisterende fritidsaktiviteter gøres mere synlige og tilgængelige for børn og unge med ADHD, fx ved at tilbyde information og lave skole-foreningssamarbejde om etablering af aktiviteter.

- **Frivillige får mulighed for at deltage i videns- og praksiskurser som grundlag for at skabe inkluderende fællesskaber i fritids- og foreningslivet.**

Som frivillig i arbejdet med børn, unge og voksne med ADHD kan det være en støtte at vide noget om, hvad det kan betyde at have ADHD, og hvordan det kan komme til udtryk i personens deltagelse i sociale, fysiske og aktive fællesskaber. Flere organisationer, heriblandt SUMH, ADHD-foreningen, DGI og DIF, tilbyder kurser som kommuner, frivillige og enkeltpersoner kan deltage i.

På baggrund af en konsensuskonference i 2016 om børn og unges fysiske aktivitet anbefales det, at idrættens organisationer og interessearter udvikler politikker og guidelines for fremme af social inklusion¹⁷⁹. Som led heri anbefales det, at kommuner og frivillige

orienterer sig mod relevant viden og muligheden for kompetenceudvikling – enten med et ønske om at etablere aktiviteter eller kvalificere de allerede eksisterende aktiviteter i kommunen eller foreningen. Der kan hentes inspiration, viden og erfaringer fra de tre nedenstående udgivelser.

1. Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsens *Tilbud der gør en forskel – idræt til børn og unge med særlige behov* (2016). Materialet giver anbefalinger og inspiration til, hvordan kommuner og foreninger kan understøtte denne gruppe af børn og unges tilknytning til det organiserede idrætsliv.
2. Idrætsorganisationen DGI's *Idræt for børn med særlige behov* (2017)¹⁸⁰. Håndbogen giver inspiration til og viden om børn og unge med ADHD og autisme og tager udgangspunkt i en række praksiserfaringer fra foreningslivet. Håndbogen har fokus på betydningen af at udvikle, organisere og tilpasse aktiviteter og rammer med henblik på, at flere kan deltage på egne præmisser.
3. Anette Bentholms *Idræt flytter grænser* (2013), der giver den frivillige og andre undervisere af børn og unge med autisme og ADHD et godt teoretisk og praktisk grundlag for at organisere idrætsaktiviteter for målgruppen¹⁸¹.

Eksempler på udvalgte indsatser på fritidsområdet

Mindfulness (MYmind)

C3 - Forebyggende/foregribende



Målgruppe

Børn og unge med ADHD og autismespektrumforstyrrelser fra 9-18 år og deres forældre.



Metode

MYmind-træning er et mindfulnessbaseret forløb på otte sessioner for både børn/unge og forældre, udviklet i Holland.

Målet er at forbedre opmærksomhed og koncentration og nedbringe impulsivitet, hyperaktivitet og aggressivitet. Parallelt med sessionerne får forældre mindfulnessbaseret forældretræning, som skal hjælpe dem med at håndtere deres barns problemer ud fra principperne i mindfulness, ligesom de lærer at støtte og anerkende deres barns mindfulnessstræning.



Implementering

Træningen foregår i grupper med fire til seks børn/unge og seks til otte voksne i otte sessioner.

Træningen gennemføres med erfarne mindfulness trænere, der er uddannet i *MYmind-programmet*.

Syddansk Universitet har et tæt samarbejde med UvA minds i Holland om bl.a. oversættelse af materialet og afprøvning af programmet på autismeområdet.



Effekt

Der er gennemført udenlandske studier af *MYmind-programmet*, samt af en række øvrige forskellige typer af mindfulnessprogrammer for børn, unge og voksne¹⁸².

Studierne viser lovende effekt af mindfulness-programmerne på bl.a. ADHD-symptomer, fx opmærksomhed og hyperaktivitet, internaliserings- og eksternaliseringsvanskeligheder og forældre-stress, men der er primært tale om mindre og ikke-kontrollerede studier.

ET RCT-studie, påbegyndt i 2016, sammenligner mindfulnessstræning med medicinering på en række parametre. Resultaterne foreligger endnu ikke, men studiet forventes at kunne sige noget om, hvorvidt mindfulness som behandlingsform kan være et alternativ til medicinsk behandling¹⁸³.



Økonomi

Der foreligger, så vidt vides, ikke økonomiske analyser af omkostningerne og ressourceeffektiviteten i forbindelse med implementering og drift. Dog vil RCT-studiet, påbegyndt i 2016¹⁸⁴, også rumme en cost-effectiveness-analyse på programmet.

FOKUS – ro og koncentration gennem skydeidræt (DGI) C2 - Foregribende



Målgruppe

Børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder i skolealderen.



Metode

Børn i skolealderen går til skydning én gang om ugen i skoletiden. Fokus er særligt på skydeidrættens karakteristika, der skaber ro, koncentration og struktur.

Nogle skoler bruger skydning som understøttende undervisning til at træne elevernes færdigheder i forhold til fordybelse og fokus. Andre bruger det som et supplement til kredsløbstræning.

Metoden er desuden udbredt til øvrige idrætter, som fx gymnastik, badminton, kampidræt m.fl.



Implementering

DGI, kommuner, skoler og skytteforeninger samarbejder om at etablere forløb for grupper af børn fra lokale skoler. Forløbene varer fra fire uger op til seks måneder, mens nogle vælger at fortsætte samarbejdet og køre kontinuerlige hold i samarbejde mellem skole og skytteforening.

Skolens personale følger en gruppe børn til skydning, mens foreningens instruktører står for seancen i foreningen.

Der er et tæt samarbejde mellem skole og forening, og forældre involveres med henblik på at børnene kan fortsætte i foreningen efter forløbet med skolen slutter.



Effekt

En evaluering fra 2015 viser, at skydeidrætten rummer en række fordele for børn og unge med ADHD. Det fremhæves bl.a., at det er en individuel idrætsgren, at der er tæt kontakt med underviser, faste regler, små grupper med mulighed for holdtræning og fællesskab, plads til ro, fokus på koncentration og mulighed for socialt fællesskab efter behov.

Flere skoler giver udtryk for, at aktiviteten har stor betydning for det sociale klima i klassen. Derudover får den enkelte elev en positiv oplevelse i at mestre og gennemføre en aktivitet.

I perioden 2015-2018 undersøges betydningen af at gå til skydning for børn og unge med ADHD i et forskningsprojekt på Syddansk Universitet.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Skole-foreningssamarbejde D2 - Foregribende



Målgruppe

Sårbare børn og unge, der er uvante med foreningsliv, herunder børn og unge med ADHD.



Metode

Metoden er udviklet i forbindelse med et udviklingsprojekt i DGI, støttet af Socialstyrelsen. Metoden skal understøtte et samarbejde mellem skole og forening med henblik på inklusion af sårbare børn og unge i foreningslivet.

På et opstartsmøde aftales et forløb á ca. tre måneders varighed med træning én gang om ugen (i skoletiden/om eftermiddagen), hvor børnene følges til og fra foreningen af skolepersonale, men undervises af foreningens instruktører¹⁸⁵. Forældrene søges involveret gennem forældremøder og kom-og-vær-med aktiviteter.

Metoden er anvendt i flere kommuner, men i forskellige variationer, fx hvad angår tid, målgruppe og aktivitet. I flere kommuner findes særskilte websites, hvor foreninger kan tilbyde aktivitetsforløb for skoler – med og uden fokus på inklusion.



Implementering

DGI faciliterer mødet mellem skole og forening. Foreningen stiller trænere til rådighed, og skolen står for at udvælge en gruppe børn til projektet, samt sørge for at personale følger børnene til og fra aktiviteten. DGI, skole og forening evaluerer løbende samarbejdet og drøfter muligheder for forankring af tilbuddet.



Effekt

Projektet er støttet af Socialstyrelsen i perioden 2015-2017. Der gennemføres en evaluering af indsatsen i DGI, men der foreligger ingen dokumenteret effekt af indsatsen. Lokale erfaringer

peger dog på positive resultater, herunder øget deltagelse i foreningen i fritiden samt et bedre samarbejde mellem skole og forening omkring gruppen af sårbare børn og unge.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Fritidsguide/foreningsguide

D2 - Indgribende



Målgruppe

Socialt udsatte børn og unge, børn og unge med anden etnisk baggrund samt børn og unge med særlige behov/handicap.



Metode

Begrebet *fritidsguide* og/eller *foreningsguide* er typisk kendetegnet ved en person, der hjælper med at finde, kontakte og følge et barn eller ung til den pågældende fritidsaktivitet i kortere eller længere tid.

Målet er, at socialt udsatte børn og unge og/eller børn og unge med fysiske og kognitive handicap får adgang til det almene forenings- og fritidsliv på lige fod med andre børn og unge.

Metoden er forankret enten i kommunen eller i en frivillig organisation, som fx SUMH (Sammenslutningen af Unge med Handicap).

SUMH gennemfører i perioden 2016–2018 udviklingsprojektet *Fælles om fritiden*, hvor frivillige fritids guider støtter en tryk opstart i foreningslivet blandt børn og unge med handicap, diagnoser og kroniske sygdomme.



Implementering

Der er fritids guider/forenings guider i flere danske kommuner, men ordningerne er typisk forskellige, både hvad angår målgruppe, aldersgruppe, metode, omfang m.v.



Effekt

Der foreligger ikke effektmålinger af indsatsen, hvor den er afprøvet i relation til børn og unge med ADHD.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Indsatser målrettet velfærdsteknologiske løsninger

Mennesker med ADHD kan have gavn af velfærdsteknologiske løsninger til bl.a. planlægning af hverdagen og afstressning. Teknologien kan også understøtte kommunikation, socialt samspil og deltagelse i samfundslivet. I slutrapporterne fra to af initiativerne i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011–2015 konkluderes det^{186 187}, at velfærdsteknologi har stort anvendelsespotentiale til borgere med opmærksomhedsforstyrrelser, herunder ADHD.

Erfaringerne i kommunerne er, at der er mange kvalitative gevinster ved arbejdet med IKT-løsninger for både borgere, medarbejdere og på et organisatorisk plan. Borgerne får en øget individuel frihed, fordi de kan klare flere ting selv, og fordi de kan klare dem, når det passer ind i deres egen hverdag. Slutrapporterne vurderer også, at denne type teknologi på sigt bl.a. kan supplere de personalemæssige ressourcer, idet teknologierne kan bidrage til, at borgerne i højere grad bliver i stand til at klare sig selv i hverdagen.

I det følgende gives eksempler på lovende initiativer og erfaringer anno 2017 – til inspiration for enkeltstående indsatser eller som supplement til eksisterende indsatser på fx uddannelses- eller beskæftigelsesområdet. Området er under konstant udvikling, og det er nødvendigt, at man sætter sig ind i, hvilken teknologi der er tilgængelig, og hvad behovene er, inden man investerer i velfærdsteknologi.

Hjælpe midler til planlægning

- *Særlige ure*, som udover at vise tiden har en stemme, der siger tiden højt, eller ure, som illustrerer dagens gang gennem lys, der dæmpes efterhånden, som dagen går. Disse kan oftest indstilles til at komme med påmindelser og kan bruges til at huske medicin, aftaler m.m.
- *Visualisering af tiden*, fx med en Time Timer, der kan hjælpe børn med ADHD til at bevare koncentrationen i den fastlagte tidsramme.

Smartwatch-appen *Tiimo* er en ikonbaseret app til smartwatches, der støtter og skaber overblik for børn med behov for ekstra struktur i hverdagen. Den fungerer som en assisterende teknologi, der støtter det enkelte barn ved at integrere planlægning og opgaveløsning i et mobilt struktursystem, der inddrager barnets netværk samt elementer af gamification (spil) som motivation.

- *Digitale kalendere*, som kan benyttes på en computer eller smartphone, kan være med til at strukturere hverdagen og lette kommunikationen omkring opgaver. *ShowMyDay* er et eksempel på en app, der letter kommunikationen mellem skole og hjem til forældre, hvis barn har ADHD. Applikationen *ShowMyDay* blev lanceret i 2014 på Fjordskolen i Aabenraa, der er en specialskole.

Velfærdsteknologi kan også indgå som hjælpemidler i forbindelse med kognitiv træning. I en rapport om udredning og behandling af børn og unge med ADHD skriver Sundhedsstyrelsen, at der er potentiale for at benytte computerspil, specifikt designede til at træne kognitive funktioner hos børn og unge med ADHD, men at der er behov for mere forskning på området¹⁸⁸.

Neurofeedback er en anden måde at bruge teknologien på. Med neurofeedback – også kaldet EEG-træning, biofeedback eller bare hjernetræning – træner man hjernens evne til at regulere og kontrollere sig selv. Målet er blandt andet at blive bedre til at regulere sine følelser, holde opmærksomheden, koncentrere sig og kontrollere sine impulser. En del børn og voksne med ADHD vurderer, at de har en gavnlig effekt af hjernetræningen¹⁸⁹.

Der eksisterer kun i meget begrænset omfang forskning, som har fokuseret på assisterende teknologier til børn og unge med ADHD, og dermed er der heller ikke belæg for at tale om konkrete sociale indsatser, der bygger på velfærdsteknologi i denne sammenhæng. Et review af foreliggende viden på området fra 2014 konkluderer,

at det, på baggrund af det nuværende forskningsniveau inden for de computerbaserede kognitive træningsprogrammer, ikke er muligt at anbefale dette som den primære indsats¹⁹⁰.

Det er dog værd at nævne, at feltet er under kraftig udvikling. Bl.a. har ph.d. Tobias Sonne, i et tværfagligt samarbejde med bl.a. børnepsykiatere, psykologer, lærere, læger og topforskere inden for ADHD-feltet, udviklet et designværktøj, der kan identificere centrale udfordringer forbundet med ADHD og præsentere designmetoder og visualisere designrummet for assisterende teknologier inden for ADHD-domænet. Designværktøjet udgør en platform for at forske i og designe nyskabende teknologiske hjælpemidler til børn og unge med ADHD. Tobias Sonnes¹⁹¹ afhandling indeholder tre eksempler på nyskabende teknologier (*CASTT*, *ChillFish* og *MOBERO*), der hver især adresserer forskellige udfordringer forbundet med ADHD (se mere i indsatsbeskrivelsen).



Eksempler på understøttende velfærdsteknologiske løsninger

CASTT, ChillFish og MOBERO **C3 - Indgribende**



Målgruppe

Børn og unge med ADHD.



Metode

CASTT adresserer opmærksomhedsforstyrrelser og er et mobilt interventionssystem, der via sensorer registrerer faldende opmærksomhed.

ChillFish adresserer følelsesmæssige forstyrrelser og er en beroligende åndedrætsøvelse, forklædt som et biofeedback-spil.

MOBERO adresserer søvnforstyrrelser. *MOBERO* er en mobil applikation, der hjælper familier med børn med ADHD til at etablere sunde morgen- og sengerutiner.



Implementering

Der foreligger, så vidt vides, endnu ikke viden om implementering af løsningerne.



Effekt

CASTT har vist lovende resultater i at hjælpe børn med ADHD med at genvinde opmærksomheden i skolesammenhæng.

Studier har vist, at *ChillFish* er effektivt til at få børn med ADHD til at slappe af.

Studier har vist, at brugen af *MOBERO* blev associeret med en markant forbedring af søvnkvaliteten og en reduktion af ADHD-symptomer hos børn med ADHD. Ydermere viste studier af

MOBERO, at forældrene rapporterede mindre frustration omkring barnets morgen- og sengerutiner samt en forbedring i barnets selvstændighed¹⁹².



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Smartphones D2 - Foregribende



Målgruppe

Børn med ADHD og autismespektrumforstyrrelse.



Metode

Mange funktioner til planlægning af tid, påmindelser og visualisering af opgaver findes på moderne smartphones. Socialstyrelsen har fra 2011 til 2012, sammen med Ballerup og Solrød Kommune, gennemført en afprøvning af smartphones som støtteredskab for børn og unge med autismespektrumsforstyrrelser og ADHD i folkeskolen.



Implementering

I forbindelse med projektet har der været en lav grad af implementering. Mange lærere og elever ikke har benyttet sig af funktionerne på smartphonen i så høj grad som tiltænkt. Dette skyldes bl.a. mangel på tid fra lærernes side, at lærernes it-kompetencer har været mindre end antaget, og at telefonerne ikke har levet op til lærernes og elevernes forventninger, idet de har haft meget begrænsede muligheder for at downloade forskellige apps. Ifølge rapporten har brugen af smartphones, over for børn og unge med autismespektrumsforstyrrelser og ADHD i folkeskolen, dog et stort potentiale, blandt andet som et tidsbesparende redskab, som kan mindske den tid, lærerne bruger på konfliktløsning¹⁹³.



Effekt

En evaluering af projektet viser, at brugen af smartphones i nogle tilfælde har ført til færre tunge konflikter i klassen og et forbedret arbejdsmiljø. Lærerne vurderer, at nogle elever er blevet mere rolige, tilfredse og selvhjulpne, og lærerne har fået en større oplevelse af at kunne forebygge konfliktoptrappende eller udadrettet adfærd. Dette skyldes bl.a., at eleverne har kunnet bruge smartphonen til straks at kontakte læreren i udfordrende situatio-

ner, at høre musik, når de føler sig stressede, og at strukturere deres tid gennem kalender- og påmindelsesfunktionerne. Socialstyrelsens evaluering af brugen af smartphones på to skoler, i henholdsvis Ballerup og Solrød Kommune, peger på følgende opmærksomhedspunkter, hvis indføringen af smartphones i folkeskoler som hjælp til børn med ADHD skal være succesfuld:

- Elever og lærere bør have indflydelse på, hvilke smartphones der vælges, hvis ikke elevernes egne telefoner bruges. Deres behov skal afdækkes, inden smartphonen købes, så man er sikker på, at de har de ønskede funktioner.
- Lærernes it-kompetencer skal afdækkes, så undervisningen i at bruge smartphones tilpasses deres niveau.
- Projektets rammebetingelser skal afdækkes. Man bør fx sikre sig, at der er afsat tid til, at lærerne kan deltage i projektet.
- Ledelsen skal bakke op om implementeringen af smartphones. Det kan fx være en fordel, at ledelsen introducerer teknologien som en "skal-opgave" over for lærerne, så man sikrer, at de benytter sig af den¹⁹⁴.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Sociale indsatser til voksne med ADHD

Antallet af voksne, der behandles for ADHD, er steget markant i de seneste årtier. Tidligere har ADHD været betragtet som en tilstand, der hørte barndommen til, og som noget, der forsvandt med alderen. Det er først de senere år, at der er kommet fokus på, at ADHD kan medføre funktionelle udfordringer livet igennem. Internationale studier peger på, at der på verdensplan er mellem 3,4 % og 4,4 % af den voksne befolkning, der har ADHD¹⁹⁵.

Der eksisterer ikke nogen egentlig oversigt over, hvor mange voksne danskere, der har diagnosen ADHD, eller hvor mange, der har vanskeligheder som følge af ADHD. I perioden 1995–2010 fik 5.456 personer over 18 år stillet diagnosen ADHD i den regionale psykiatri¹⁹⁶. Alle dem, der har fået stillet diagnosen hos en privatpraktiserende psykiater, er imidlertid ikke registreret, så der mangler tal på, hvor mange voksne, der reelt har en ADHD-diagnose. Det anslås, at 3–4 % af voksenbefolkningen opfylder kriterierne for diagnosen¹⁹⁷. Dette afhænger dog af, hvilket diagnosesystem der anvendes i opgørelserne, da kriterierne er mere smalle i ICD-10, end de er i DSM-V.

I perioden 2000–2010 er der sket en stigning år for år i udviklingen af antallet af voksne, der bliver diagnosticeret med ADHD. Stigningen ses primært i aldersgruppen 18–29 år¹⁹⁸. Tallene viser også, at der er sket en udvikling i, hvem der får diagnosen. Tidligere var det primært mænd, der fik diagnosen, men fordelingen mellem mænd og kvinder har udlignet sig. I aldersgruppen 18–29 år var fordelingen mellem mænd og kvinder i 1995 knap 8:1, mens fordelingen i 2010 var knap 2:1¹⁹⁹.

Tal fra Statens Seruminstitut viser også, at der er sket en markant stigning i antallet af personer, der får ADHD-medicin. I 1999 fik godt 600 voksne ADHD-medicin. I 2013 var antallet steget til knap 21.000. Det svarer til en stigning på over 3.000 %. Dette siger dog ikke noget om, hvor mange der har diagnosen og ikke får medicin.

Ud over gruppen af voksne, der opfylder kriterierne for diagnosen ADHD, findes en gruppe af voksne, som ikke opfylder kriterierne for diagnosen ADHD, men som har nogle af de samme funktionelle

udfordringer i hverdagen. Dette er vigtigt at have for øje, da en diagnose ikke er en forudsætning for at få gavn af forskellige former for sociale indsatser.

Generelle karakteristika for voksne med ADHD

For mange mennesker med ADHD vil den måde, hvorpå vanskelighederne kommer til udtryk, ændre sig med alderen.

Voksne med ADHD vil typisk have store udfordringer med at få hverdagslivet til at hænge sammen. Undersøgelser viser, at et karakteristisk træk ved voksne med ADHD er, at de har betydeligt sværere ved at kontrollere deres tankevirksomhed end folk uden ADHD. De oplever, at deres tanker konstant går på vandring og afleder dem i det, de er i gang med²⁰⁰. Tankevandringen gør, at de nemt bliver distraheret i forbindelse med samtale eller læsning, at de har svært ved at falde i søvn og har et rodet søvnmønster. De føler sig konstant udmattede og er plaget af mental rastløshed.

Vanskelighederne vil typisk komme til udtryk i bestemte kontekster, fx når forventninger og krav i omgivelserne stiger, og den samlede mængde udfordringer i hjemmet, på uddannelse eller arbejde bliver større end voksne med ADHD almindeligvis kan håndtere. I mange tilfælde er kompetencerne til at løse udfordringerne enkeltvis til stede, men mange udfordringer på én gang kan de have sværere ved at magte. For en stor del vil vanskelighederne derfor blive særligt tydelige i situationer med høj kompleksitet, fx i forbindelse med det at stifte familie, en skilsmisse eller nye krævende arbejdsopgaver med mere ansvar. Hvis udfordringerne bliver for store og uoverskuelige kan det føre til en følelse af utilstrækkelighed og nederlag og i værste fald et lavt selvværd.

Voksne med ADHD kan også have tillægsvanskeligheder af kognitiv karakter. Fx har ADHD genetisk sammenfald med autisme og ordblindhed^{201 202 203}. I nogle tilfælde vil det betyde, at der er brug for en anderledes tilgang, end hvis en af vanskelighederne optrådte isoleret, og der kan være brug for indsatser, der målrettet adresserer de sameksisterende vanskeligheder.



Voksne med ADHD vil typisk have store udfordringer med at få hverdagslivet til at hænge sammen

Der er også mange, som får andre psykiske vanskeligheder, fx angst, depression, søvnforstyrrelser eller stress, og mange udvikler et misbrug. Et forskningsstudie viser, at der i en gruppe af voksne med ADHD er 77 %, der har psykiatrisk komorbiditet²⁰⁴. Især angst og depression er hyppigt forekommende sammen med ADHD. I gennemsnit har voksne med konstateret ADHD 2,5 psykiske diagnoser ud over diagnosen ADHD²⁰⁵. Det er langt højere end den øvrige del af befolkningen, som i gennemsnit har 0,3 psykiske diagnoser.

Også når det gælder mere almindelige (somatiske) sygdomme, er voksne med ADHD mere syge. De har langt flere udgifter til medicin, de modtager flere sundhedsydelser af kommunerne, og de ligger på sygehusene i længere tid end den øvrige del af befolkningen. Voksne med konstateret ADHD bruger fx fem gange så meget på medicin (10.000 kr. mod 2.000 kr. årligt), og de ligger dobbelt så længe på sygehuset (4,5 dage mod 2,4 dage om året)²⁰⁶.

Blandt voksne med ADHD er kriminalitetsraten også højere end i befolkningen generelt. Men omvendt adskiller voksne med ADHD sig også ved, at de har en markant forhøjet sandsynlighed for selv at blive offer for en forbrydelse sammenlignet med resten af befolkningen²⁰⁷.

Oftentimes kan de problemer, der følger i kølvandet på ADHD, være mere synlige end de vanskeligheder, der knytter sig mere entydigt til kernesymptomerne ved ADHD. Dermed bliver de det primære fokus for både den sociale, beskæftigelsesrettede og sundhedsfaglige indsats.

Der er store gevinster at hente, både for samfundet og den enkelte borger, hvis der bliver sat ind med indsatser, der griber fat om ADHD-problematikken og forebygger de negative konsekvenser af ubehandlet ADHD. Rockwool Fonden har regnet ud, at ubehandlet ADHD hos voksne koster samfundet 2,8 mia. kr. på årsbasis.

Derfor er det så vigtigt at få sat ind med målrettede og virk-somme indsatser, der sikrer, at mennesker med ADHD får udviklet deres kompetence til at mestre hverdagslivet, så deres livs-kvalitet og funktionsevne bliver øget, og de får et solidt fodfæste på arbejdsmarkedet. Ligesom det er vigtigt at få sat ind med indsatser, der klæder samfundet bedre på til at forstå ADHD og imødekomme de behov, mennesker med ADHD kan have.

Efterspørgsel på effektive indsatser

Det stigende antal voksne med ADHD har medført en øget efter-spørgsel på retningslinjer for virkningsfulde indsatser, som er mål-rettet voksne. Der kniber imidlertid med indsatser og metoder. Det vurderer Socialstyrelsen på baggrund af en afdækning af metoder til voksne med kognitive vanskeligheder eller fysiske funktionsned-sættelser, herunder ADHD. Denne konklusion understøttes af en analyse af handicap, diagnoser og beskæftigelse i Socialpolitisk Redegørelse 2017. Analysen peger samtidig på, at voksne med bl.a. ADHD kan opnå deltagelse i samfundet og et selvstændigt liv, hvis der sættes ind med en – i mange tilfælde vedvarende – social ind-sats, der involverer flere forvaltninger og aktører²⁰⁸.

Ekspertter anbefaler overordnet en bred kombineret indsats. En multimodal indsats, der kombinerer medicin, psykoedukation, kog-nitiv adfærdsterapi, social færdighedstræning, coaching og tilpas-ning af uddannelses- og arbejdsliv, anses for at være den mest effektive i forhold til voksne med ADHD²⁰⁹. Det skal understreges, at ikke alle indsatser er lige relevante for alle voksne med ADHD. Det afhænger af, hvilken grad af vanskeligheder der er tale om. Det er derfor vigtigt at have en dynamisk tilgang til indsatser, hvor man veksler mellem forebyggende, foregribende og indgribende indsat-ser, alt afhængigt af det aktuelle behov.

Der findes kun ganske få indsatser, som målrettet er udviklet til voksne med ADHD, og hvor effekten er dokumenteret. To af ind-satserne, *R&R2 ADHD* og *Young-Bramham Programmet*, afprøves og evalueres i regi af Socialstyrelsen og Direktoratet for Kriminal-forsorg. Begge indsatser tager udgangspunkt i en kognitiv tilgang, og formålet er at give deltagerne en række kompetencer og red-skaber til at mestre hverdagslivet og få øje på egne ressourcer og muligheder. Indsatserne egner sig også til unge på tærsklen til voksenlivet.

Det skal påpeges, at der er dokumenteret effekt i forhold til en række sociale indsatser rettet mod andre målgrupper, som fx hjem-løse eller misbrugere, men som samtidigt omfatter problemstillin-ger, som voksne med ADHD også kan have. Det vil derfor være relevant, at kommunen også orienterer sig mod disse indsatser.

Nyere social forskning peger desuden på, at det har afgørende betydning for både indhold og virkning af de sociale indsatser²¹⁰, at både sagsbehandlere og leverandører har et højt vidensniveau om ADHD og de funktionelle vanskeligheder afledt heraf.

Voksne med ADHD kommer typisk først i kontakt med de sociale myndigheder, når problemerne har vokset sig store. Derfor vil ind-satserne i vid udstrækning være af foregribende eller indgribende karakter. De foregribende indsatser handler ofte om at sikre, at en borger får støtte til selv at kunne håndtere udfordringerne og ikke på sigt bliver fastlåst i mere indgribende indsatser. I forhold til

Samlet oversigt over indsatser til voksne med ADHD

	Forebyggende	Foregribende	Indgribende
Mestring af hverdagen	Åben rådgivning (D1) Åben dialog (B1)	Kognitiv adfærdsterapi (A3) R&R2 ADHD (A3) Young-Bramham program (B2) Psykoedukation (C2) ADHD-netværksrådslagning (B2) Bostøtte (B2) Online-bostøtte (B1) Smartphones (B1)	Kognitiv adfærdsterapi (A3) ADHD-netværksrådslagning (B2) Bostøtte (B2) Online-bostøtte (B1)
Uddannelse og beskæftigelse	Fælles viden om ADHD på jobcentre og i uddannelses tilbud (D1)	Mentorordning (C1) Mening og Mestring med ADHD (C2)	Individuel placering og støtte (IPS) (B3) Social støtte i overgangen til og fastholdelse i job (C3)
Sociale problemer	Opsøgende og kontaktskabende arbejde (C2)	Styrket samarbejde mellem væresteder og kommuner (B2) Startbolig til udsatte unge (D3) Housing First og evidensbaserede bostøttemetoder (B3) Intensive Case Management (ICM) (B3) Critical Time Intervention (CTI) (B3) Assertive Community Treatment (ACT) (B3)	Udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling (B3) Kombinationsbehandling i forbindelse med problematisk forbrug af rusmidler (B3)

voksne vil de primære områder for den sociale indsats være mestring af hverdagen, job og uddannelse og sociale problemer. Det er vigtigt at understrege, at en ADHD-diagnose ikke er forudsætningen for at få den støtte, der er behov for, på det sociale område. Her er det personens funktionsniveau i forhold til opmærksomhed, impulsivitet og socialt samspil, der bør være i fokus.

Da ADHD ofte giver udfordringer på mange områder af en persons liv, vil voksne med ADHD typisk have behov for indsatser, der er forankret forskellige steder i det offentlige system. Samtidig er en

af kernevanskelighederne ved ADHD evnen til at kunne overskue og håndtere kompleksitet. Der vil derfor i højere grad, end ved mange andre vanskeligheder, være behov for at koordinere indsatser på tværs og sikre, at personen oplever forløbet som sammenhængende og meningsfuldt.

Forudsætningen for at kunne sætte ind med en målrettet indsats er en helhedsorienteret udredning, som omfatter alle relevante livs-områder. Som eksempel på en udredningsmetode kan nævnes *Voksenudredningsmetoden* (VUM).



Voksne med ADHD kan også have tillægsvanskeligheder af kognitiv karakter. Fx har ADHD genetisk sammenfald med autisme og ordblindhed

Indsatser målrettet mestring af hverdagen

Voksne med ADHD møder en række udfordringer i forhold til at få hverdagen til at hænge sammen. Uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, organisering af familieliv og styr på økonomien er eksempler på forhold, som det generelt bliver forventet, at man som voksen kan håndtere. Dette kræver en høj grad af selvstyring og forudsætter gode individuelle kompetencer i forhold til organisering og prioritering – og dertil en grundlæggende forståelse for offentlige meddelelser og systemer samt en vis indsigt i, hvordan systemer arbejder sammen. Udfordringer i hverdagen kan altså have mange facetter, og ofte omfatter de ikke kun personen selv. De kan resultere i et anstrengt og måske konfliktfyldt forhold til familie, venner og det øvrige netværk. Når indsatsen bliver tilrettelagt, skal der være opmærksomhed på, at der er stor forskel på, om det drejer sig om voksne med børn, om familier, hvor både forældre og børn oplever vanskeligheder, om sammenbragte eller opløste familier eller om voksne, der kun har sig selv at tage vare på.

Anbefalinger

Det anbefales, at:

- **Kommunen sætter fokus på indsatser, der styrker kompetencerne i forhold til struktur, overblik og organisering af dagligdagen.**

Derudover kompetencer, der styrker evnen til at kontrollere impulsivitet og indgå i socialt samspil.

- **Kommunen anlægger et helhedsorienteret perspektiv på indsatsen til voksne med ADHD.**

ADHD optræder ofte med andre kognitive vanskeligheder som fx autisme og ordblindhed, psykiatriske problemstillinger som fx angst og depression, og sociale problemstillinger som fx misbrug. Der kan derfor være brug for særlige indsatser, der adresserer de sammensatte vanskeligheder, med henblik på at mestre hverdagslivet.

- **Den nærmeste familie inddrages i indsatserne, hvor det er relevant.**

For nogle voksne med ADHD kan det være tilstrækkeligt med et mestringskursus. For andre kan behovet dækkes af støtte i egen bolig. Der vil dog også være nogle, som har behov for et botilbud af kortere eller længere varighed. I tilfælde, hvor familien oplever en stor belastning, kan en indsats målrettet hele familien være relevant.

Kommunen anbefales at have særlig opmærksomhed i de tilfælde, hvor der er børn involveret, og i den forbindelse medtænker mulig relevant støtte, så børnene bliver sikret en stabil hverdag. Det er også vigtigt at have for øje, at der er stor arvelighed forbundet med ADHD. Det betyder, at der kan være brug for støtte til både forældre og børn.

- **Kommunen bør være opmærksom på variationen i behovet for støtte og have flere mulige tilbud til målgruppen.**
- **Indsatsen koordineres med relevant støtte fra andre områder.**

ADHD griber ind i mange dele af en persons liv, og voksne med ADHD vil typisk have kontakt med mange forskellige grene af det offentlige system. Samtidig er en af kernevanskelighederne for voksne med ADHD evnen til at overskue og håndtere kompleksitet. For borgere med ADHD, der har behov for støtte fra flere afdelinger og sektorer, er det derfor særligt vigtigt med god koordination og klar kommunikation. Det er en stor fordel, hvis borgeren kun har én indgang til kommunen og én person, der kan kontaktes om alle forhold. Tovholderens opgave bliver således at skabe overskuelighed for borgeren i sagsforløbet, samle alle informationerne og finde frem til de fagpersoner, som kan yde den nødvendige hjælp.

- **Der bliver taget højde for både den enkeltes og familiernes oplevelser af, hvordan de klarer sig, så indsatsen bliver mindst muligt indgribende.**



Eksempler på indsatser målrettet mestring af hverdagen

Kognitiv adfærdsterapi

A3 – Foregribende/indgribende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD.



Metode

Kognitiv kommer af ordet kognition, som betyder *tænkning* eller *erkendelse*. Kognitiv terapi er en terapiform, som fokuserer på, hvad vi tænker om os selv og vores vanskeligheder. Kognitiv adfærdsterapi er således en terapiform, der tager udgangspunkt i vores tanker, idet de har stor betydning for, hvordan vi føler og handler. Terapien bygger på ideen om, at vores fortolkning af omverdenen påvirker vores adfærd, handlinger og følelser.

Kognitiv terapi tager udgangspunkt i det enkelte menneskes aktuelle situation, og hvilke tanker eller forestillingsbilleder der udløser negative reaktioner. Terapeuten lægger vægt på at finde alternative fortolkninger, som kan erstatte den fortolkning, der udløser de negative følelser.



Implementering

Inden for psykiatrien anvendes kognitiv adfærdsterapi til behandling af voksne med ADHD.



Effekt

En gennemgang af en række studier, der har undersøgt effekten af kognitiv adfærdsterapi til voksne med ADHD (systematisk review og metaanalyse), konkluderer, at kognitiv adfærdsterapi har effekt i forhold til at reducere ADHD-symptomer (opmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet) ifølge personerne selv, men ikke ud fra en klinisk vurdering. Samtidig er konklusionen, at kognitiv adfærdsterapi har god effekt i forhold til at reducere depression og angst både ud fra en selvoplevet og klinisk vurdering²¹¹.

Et andet review konkluderer, at kognitiv adfærdsterapi er effektivt i forhold til voksne med ADHD – især i kombination med medicinsk behandling²¹².



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

R&R2 ADHD

A3 – Foregribende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD.



Metode

R&R2 ADHD er en struktureret gruppeindsats, der baserer sig på kognitiv adfærdsterapi. Programmet er manualiseret og består af 15 gruppesessioner á halvanden time. Sessionerne har fokus på neurokognitive færdigheder, problemløsning, følelsesmæssig kontrol, sociale færdigheder og kritisk rationel tænkning.

Mellem sessionerne mødes deltagerne med deres *PAL* (Participants Aid for Learning), som kan være en ven, en pårørende, en frivillig eller en professionel. *PAL*'ens funktion er at støtte deltageren i at omsætte gruppesessionernes læring til hverdagslivet. Forløbet følges op af tre boostersessioner, som gennemføres ½-1 år efter hovedforløbet.

Formålet med *R&R2 ADHD* er at give deltagerne kompetence til at mestre hverdagens udfordringer med at skabe overblik, planlægge, løse opgaver på en fokuseret og koncentreret måde, kontrollere følelser, håndtere konflikter, samarbejde og komme godt ud af det med familie, venner og kolleger.



Implementering

R&R2 ADHD er ved at blive afprøvet og implementeret i fem kommuner og Kriminalforsorgen i forbindelse med to projekter: *Bedre hjælp til unge og voksne med ADHD* og *Resocialisering af indsatte og tilsynsklienter med opmærksomhedsforstyrrelse*.

Det kræver certificering i metoden at varetage *R&R2 ADHD gruppeforløb*. Pt. er det programudvikler (Cognitive Centre of Canada og Susan Young), der kan uddanne certificerede *R&R2 ADHD trænere*, men der arbejdes på at forankre uddannelse og certificering i Danmark.



Effekt

Et udenlandsk RCT-studie har dokumenteret betydelig effekt, både i forhold til ADHD-kernesymptomer og følgevirkninger (komorbiditet). Effekten blev målt umiddelbart efter endt indsats og igen efter tre måneder. Ved tre måneders opfølgningen var effekten endda steget. Resultaterne peger på, at *R&R2 ADHD* er et effektivt program, der kan reducere kernesymptomer, komorbide problemstillinger og øge deltagerens funktionsevne²¹³.

I dansk kontekst foreligger der en evaluering af indsatsen i 2019. Den foreløbige evaluering viser dog gode resultater for de borgere, der har gennemført indsatsen.



Økonomi

Socialstyrelsen gennemfører en økonomisk evaluering af *R&R2 ADHD* ved brug af den *Socialøkonomiske Investeringsmodel* (SØM). Analysen indeholder en omkostningsvurdering af indsatsen samt en række scenarieberegninger i forhold til indsatsens forventede effekt på beskæftigelse og de deraf følgende økonomiske konsekvenser for det offentlige. Beregningen offentliggøres sammen med den endelige model og vil være tilgængelig på Socialstyrelsens hjemmeside primo 2018.

Rambøll foretager desuden en analyse af indsatsens omkostnings-effektivitet i forbindelse med projekt *Bedre hjælp til unge og voksne med ADHD*. Evalueringen ligger klar i 2019.

Young-Bramham Programmet

B2 – Foregribende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD.



Metode

Young-Bramham Programmet baserer sig på kognitiv adfærdsterapi. Programmet minder i sit indhold om *R&R2 ADHD*, men er målrettet enkeltpersoner. Programmet er, i modsætning til *R&R2 ADHD*, ikke manualiseret, men kan sammensættes og målrettes den enkeltes behov. Programmet består af 14 moduler med tilhørende redskaber og øvelser. Modulerne har fokus på forskellige problemstillinger i forhold til opmærksomhed, impulsivitet og socialt samspil og har til formål at øge personens mestringskompetence på de områder, som giver udfordringer i dagligdagen.

Young-Bramham Programmet kan fungere alene eller som individuelt supplement eller opfølgning på et *R&R2 ADHD-gruppeforløb*.



Implementering

Programmet er ved at blive afprøvet i fem kommuner og Kriminalforsorgen i forbindelse med to projekter: *Bedre hjælp til unge og voksne med ADHD* og *Resocialisering af indsatte og tilsynsklienter med opmærksomhedsforstyrrelse*.

For at tilrettelægge og gennemføre en indsats efter *Young-Bramham Programmet* anbefales en terapeutisk baggrund, fx som psykolog. Der kræves ikke certificering i metoden, men et kursus eller anden indføring i metoden anbefales.



Effekt

Effekten af indsatsen er dokumenteret i udenlandske evalueringer. I dansk kontekst foreligger der en evaluering af metoden i 2019.



Økonomi

Rambøll foretager en analyse af indsatsens omkostnings-effektivitet i forbindelse med projekt *Bedre hjælp til unge og voksne med ADHD*. Evalueringen ligger klar i 2019.

Psykoedukation C2 – Foregribende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD.



Metode

Psykoedukation handler om at give personen med ADHD indsigt i de problemstillinger som ADHD kan medføre, behandlingsmuligheder og ikke mindst, hvad man selv kan gøre for at takle vanskelighederne i hverdagen. Jo bedre man forstår, hvad ADHD er, og hvilken betydning ADHD har for adfærd, reaktioner og følelser, desto større mulighed har man for at udvikle strategier til at håndtere udfordringerne. Psykoedukation sigter mod at give voksne med ADHD de bedste muligheder for at træffe velinformede valg for at øge sit funktionsniveau.



Implementering

Det er god praksis at tilbyde alle voksne med ADHD, der får stillet diagnosen, psykoedukation i form af et kortere individuelt eller gruppebaseret manualiseret informationsbaseret forløb.

Sundhedsstyrelsen anbefaler et forløb på minimum to til fire gange à to timer, hvis det vurderes, at personen vil kunne følge forløbet og have udbytte af det. Hvis psykoedukation foregår individuelt, må varigheden afpasses den enkelte²¹⁴.

Indsatsen forudsætter, at de personer, som varetager indsatsen, har indgående viden om ADHD.



Effekt

Effekten af psykoedukation til voksne med ADHD er ikke dokumenteret i videnskabelige artikler²¹⁵. Klinisk erfaring og udsagn fra voksne med ADHD peger dog på, at psykoedukation giver en nyttig indsigt i, hvad ADHD er, hvad diagnosen indebærer, og hvilke muligheder man har for at lære at takle sine udfordringer.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.



Åben rådgivning D1 – Forebyggende



Målgruppe

Unge og voksne med forskellige typer vanskeligheder, herunder ADHD.



Metode

Formålet med indsatsen er at yde rådgivning for at forebygge udvikling af alvorlige problemer og for at afhjælpe akutte sociale problemstillinger.

Den åbne rådgivning tilbyder personlig samtale med en rådgiver om diverse forhold i livet, fx arbejde og uddannelse, parforhold, sygdom, sorg eller andre personlige problemer. Rådgivningen findes i forskellige udformninger, fx som telefonrådgivning eller en planlagt og personlig rådgivning i kommunen eller den regionale psykiatri. Rådgivningen findes også som åben familierådgivning (beskrevet i afsnittet om børn, indsats målrettet familien) og i form af den sociale døgnvagt, som dog primært varetager akut opståede sociale problemer. Indsatsen kan gå fra en enkelt samtale til et korterevarende forløb i fx en gruppe eller et mindre antal samtaler med en psykolog.

Henvendelser i forbindelse med åben rådgivning kan ske anonymt, men den åbne rådgivning kan også være indgangen til et videre forløb i socialforvaltningen, hvis det er relevant, og borgeren ønsker det.



Implementering

Indsatsen tilbydes i en række kommuner og dele af den regionale psykiatri. Indsatsen forudsætter en generel viden om ADHD og de funktionelle vanskeligheder, der kan være forbundet hermed.



Effekt

Et stort antal kommuner og den regionale psykiatri har gode erfaringer med denne type indsats som et generelt forebyggende tilbud i forhold til voksne, der befinder sig i socialt udsatte eller sårbare positioner. Se referencer under åben familierådgivning på børneområdet under indsats målrettet familien.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Åben Dialog B2 – Foregribende



Målgruppe

Unge og voksne med psykiske vanskeligheder, herunder ADHD.



Metode

Åben Dialog er en tværsektoriel tilgang, der fokuserer på at inddrage borgerens private og professionelle netværk i forbindelse med psykiske vanskeligheder. Tilgangen lægger vægt på, at borgerens netværk udgør en ressource, som kan anvendes som et element i indsatsen eller behandlingen.

Det centrale i Åben Dialog er netværksmødet mellem den person, der oplever psykiske vanskeligheder, og dennes private og professionelle netværk. Ved at inddrage borgerens netværk kan man mobilisere støtte til borgeren og aktivere netværkets ressourcer.

Åben Dialog baserer sig ikke på en stringent fremgangsmåde til løsning af en bestemt type problemstilling. Indsatsen kan nærmere karakteriseres som en tilgang til borgeren, hvor borgeren hjælpes til at tage ansvar for eget liv og bedring sammen med de nærmeste personer omkring borgeren. Som tilgang er Åben Dialog eklektisk, hvilket betyder, at Åben Dialog anvendes sammen med forskellige andre tilgange, såsom fx systemiske og psykoanalytiske tilgange.

Indsatsen tilpasses den enkelte borger og målgruppe. Der vil derfor være forskel i tilgangen, alt efter om målgruppen er voksne eller unge eller personer med svære eller mildere grader af psykiske vanskeligheder.



Implementering

Fem kommuner har i perioden 2014-2016 afprøvet metoden Åben Dialog med en målgruppe af borgere med svære psykiske

lidelser. Som afsæt for metodeafprøvningen er der udarbejdet en metodebeskrivelse og en manual²¹⁶.



Effekt

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (nu VIVE) har, i en forskningsoversigt over integrerede indsatser til mennesker med psykiske lidelser²¹⁷, karakteriseret Åben Dialog som en lovende tilgang.

En evaluering af metoden, anvendt over for borgere med svære psykiske lidelser, viser, at de borgere, der har indgået i Åben Dialog-forløb, udvikler sig positivt. For op mod halvdelen af borgerne er udviklingen i mental trivsel klinisk signifikant. Af analyserne fremgår det, at det især er de borgere, der har det dårligste udgangsniveau på måleinstrumenterne, der udvikler sig positivt²¹⁸.



Økonomi

En omkostningsanalyse i forhold til implementering og drift af Åben Dialog viser, at implementeringsomkostningerne pr. borger beløber sig til 49.624 kr. og driftsomkostninger til 11.968 kr.²¹⁹ Økonomien afhænger dog af, hvordan Åben Dialog bliver tilrettelagt i den enkelte kommune.

ADHD netværksrådslagning B2 – Foregribende/indgribende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD.



Metode

ADHD netværksrådslagning er en specifik metode, der er udviklet på baggrund af den traditionelle familierådslagningsmodel, men tilpasset mennesker med ADHD²²⁰.

Netværksrådslagning er en måde, hvorpå en ung med ADHD kan bede om hjælp, og den unges netværk kan blive involveret. Udgangspunktet er, at den unge formulerer det, han/hun gerne vil have hjælp til. En såkaldt samordner samler alle de mennesker i den unges private netværk, som kan have en rolle i at finde løsninger, og sørger for det praktiske i forbindelse med netværksmødet. Den unge og netværket gennemfører selv mødet, finder frem til, hvordan netværket kan hjælpe den unge med at løse problemerne, og sammen laver de en handleplan.

Netværksrådslagning består af et rådslagningsmøde og to obligatoriske opfølgninger for at fastholde beslutninger og samarbejde. Selve rådslagningsmødet varer tre-fire timer.

ADHD-samordnerne har en traditionel samordneruddannelse med en overbygning, som giver dem viden om ADHD og forståelse for, hvordan man kan tage højde for udfordringer pga. ADHD hos både den unge og dennes familie.



Implementering

Mange kommuner har i forvejen gode erfaringer med familierådslagning og et netværk af uddannede samordnere. ADHD-foreningen arrangerer temadage og uddannelse for kommunale medarbejdere og samordnere, som har lyst til at bruge netværksrådslagning

i indsatsen for unge og voksne med ADHD. Kommuner, som ikke selv har samordnere eller erfaring med rådslagning, kan også rekvirere et rådslagningsforløb hos ADHD-foreningen.



Effekt

Forskning har dokumenteret, at familierådslagning er virkningsfuld i forhold til udsatte voksne, både individuelt og i forhold til familier. Der er tillige gode projekterfaringer med netværksrådslagningen i forhold til udsatte og hjemløse borgere²²¹. Indsatsen har rod i den finske behandlingsmodel *Åben dialog (Laplandsmodellen)*, som har vist signifikante resultater i forhold til behandling af mennesker med andre psykiatriske diagnoser²²².

En evaluering viser, at 75 % af de unge, der har deltaget i ADHD netværksrådslagning, oplever en positiv forandring i deres liv og en øget forståelse fra netværket som en effekt af rådslagningen. Derudover oplever 75 % af den unges nærmeste netværk en positiv forandring i den unges liv som en effekt af rådslagningen. Halvdelen af de unge tror på, at netværket også i fremtiden vil kunne støtte ham/hende²²³.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Bostøtte – individuel og i gruppe

B2 – Foregribende/indgribende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD.



Metode

Bostøtte kan ydes både individuelt og i gruppe som supplement til eller i stedet for den individuelle bostøtte.

Der findes en række metoder til både individuel og gruppebaseret bostøtte. Formålet med et bostøtteforløb er at udvikle nogle færdigheder, så borgeren i videst muligt omfang selv kan overskue og håndtere dagligdagens udfordringer.

For voksne med ADHD vil indsatsen typisk omfatte støtte til at skabe struktur i hverdagen, få overblik over økonomien, træffe relevante beslutninger, danne nye relationer, pleje og opretholde gode relationer og samarbejde med kommunen.

I gruppebostøtten får deltagerne også mulighed for at tale med og udveksle erfaringer med andre, der kender til det at leve med ADHD.

Indsatsens varighed afhænger af, hvilken metode der anvendes, og af graden af de funktionelle vanskeligheder samt borgerens individuelle situation og behov. For nogle kan det være tilstrækkeligt med støtte et par gange om måneden. For andre vil der være behov for en mere intensiv indsats. Indsatsen kan være af både kortvarig og længerevarende karakter. Der findes en række forskellige metoder til både individuel bostøtte og gruppebostøtte.

Undersøgelser peger på, at det er vigtigt, i forhold til målgruppen, at der bliver taget udgangspunkt i borgerens individuelle behov og ønsker samt vanskeligheder, ressourcer og individuelle læringsstile. De professionelle, der varetager indsatsen, skal have den fornødne

viden om ADHD og den variation af vanskeligheder, der kan være forbundet hermed²²⁴.



Implementering

Mange kommuner har gode erfaringer med bostøtte i forskellige former. Indsatsen har flere betegnelser, fx hjemmevejledning, bostøtte, støtteperson i hjemmet eller gruppebostøtte. Fælles for dem er, at det er en indsats, der kan etableres, uanset boform.



Effekt

Kvalitativ forskning peger på denne type indsats som virkningsfuld i forhold til voksne med ADHD, både individuelt og i forhold til familier²²⁵. Der peges også på et stort potentiale i forhold til en systematisk opsamling og bearbejdning af de professionelle erfaringer med målgruppen²²⁶.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.



Eksempler på velfærdsteknologi, der kan understøtte mestring af hverdagen

Mennesker med ADHD kan have gavn af velfærdsteknologiske løsninger til bl.a. planlægning af hverdagen, påmindelser og afstresning. Teknologien kan også understøtte kommunikation, socialt samspil og deltagelse i samfundslivet. Velfærdsteknologien udvikler sig hele tiden og bør tilpasses den enkeltes behov.

I det følgende gives eksempler på lovende initiativer og erfaringer – anno 2017 – til inspiration for enkeltstående indsatser eller som supplement til eksisterende indsatser. Området er under konstant udvikling, og det er nødvendigt at sætte sig ind i, hvilken teknologi der er tilgængelig, og hvad behovene er, inden der bliver investeret i velfærdsteknologi.

Online-bostøtte

B1 – Foregribende/indgribende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD.



Metode

Online-bostøtte giver borgeren mulighed for at afholde samtaler med sin bostøttemedarbejder på egen pc, tablet eller smartphone. Det betyder, at borgeren kan modtage dele af den støtte, der er behov for, gennem videokommunikation.



Implementering

Online-bostøtte vinder frem i kommunerne, og for borgere med opmærksomhedsforstyrrelser ses en kvalitativ gevinst, når tilbuddet og teknologien bliver implementeret individuelt i samarbejde med borgeren. Bostøtteformen er blevet afprøvet i fem kommuner i forbindelse med projekt Virtuel bostøtte²²⁷.



Effekt

Online-bostøtte er ikke en metode, der kan løfte bostøtteindsatsen til alle borgere, men flere borgere med ADHD samt medarbejdere i bostøtten vurderer, at online-bostøtte virker, fordi onlinesamtalen bliver mere fokuseret. Det giver en større frihed for den enkelte, når besøgene kan foretages online²²⁸.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Smartphones

B1 – Foregribende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD.



Metode

Smartphones anvendes som hjælpemiddel til at støtte borgeren i at strukturere og planlægge deres hverdag. I Skanderborg Kommune, hvor smartphones er blevet afprøvet til målgruppen, har der været installeret et særligt program på telefonerne. Programmet hedder Multi-Comai1, som er specielt udviklet til borgere med kognitive vanskeligheder. Det indeholder en kalender, hvor bostøtte og andre med tilladelse direkte kan booke aftaler med borgeren, samt en lang række andre støtte- og strukturfunktioner. Derudover indeholder programmet en visuel prisberegner, en visuel angivelse af tidsforbrug (såkaldt Time Timer), medicinpåmindelser, kontakter, krisehåndteringsplan og diktafon.



Implementering

Smartphones er blevet afprøvet som hjælpemiddel til 18 borgere med opmærksomhedsforstyrrelse²²⁹.



Effekt

Afprøvningen har vist, at de fleste deltagere bliver mere selvhjulpne, og at flere oplever sig mere parate til at komme i beskæftigelse. Samtidig kan kommunen nedsætte antallet af støttetimer til borgerne²³⁰.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Indsatser målrettet uddannelse og beskæftigelse

Både uddannelse og job kan have stor betydning for den enkeltes selvforståelse og selvværd, og det kan være en betydningsfuld del af, hvordan man bliver opfattet og respekteret af andre mennesker. Vanskeligheder med at prioritere, fokusere, skabe overblik og indrette sig efter gældende arbejdsnormer kan hæmme voksne med ADHDs tilknytning til arbejdsmarkedet.

Generelt har voksne med ADHD svært ved at få fodfæste på arbejdsmarkedet. En undersøgelse fra Rockwool Fonden viser, at voksne, der er diagnosticeret med ADHD i voksenalderen, har et lavere uddannelsesniveau, højere ledighed og lavere indkomst end befolkningen generelt. Hvor voksne med ADHD har en gennemsnitlig lønindkomst på 195.000 kr., tjener den sammenlignelige gruppe 309.000 kr. om året. Det skyldes, at voksne med ADHD i større omfang end den samlede befolkning modtager overførselsindkomster, hvilket hænger sammen med lavere beskæftigelsesgrad. 33 % af voksne med ADHD er i beskæftigelse, mens tallet er 67 % for sammenligningsgruppen²³¹.

Borgere med ADHD vurderes imidlertid at have et langt større beskæftigelsespotentiale, der ikke i dag kommer i spil i tilstrækkelig grad. En af konklusionerne i *Socialpolitisk Redegørelse 2017* er, at flere med ADHD kan blive en del af arbejdsfællesskabet, hvis der bliver skabt en bedre sammenhæng mellem de socialfaglige og beskæftigelsesrettede indsatser²³².

Elementer, der kan være med til at understøtte fastholdelse i uddannelse og job, er egen viljestyrke og motivation, fleksibel tilrettelæggelse af arbejdet, meningsfulde arbejdsopgaver, kort transporttid, hjælp til at komme op om morgenen og forståelse fra ens ledelse. Flexibilitet i form af fx reduceret arbejdstid, skiftende mødetider, tilpassede opgaver og opgavetilrettelæggelse, baseret på kortere intervaller, er af stor betydning for succes. Uden flexibilitet er der stor risiko for, at arbejdet bliver for ressourcekrævende på bekostning af det private liv, hvor resultatet kan blive kaotiske hjemlige forhold²³³.

Et vigtigt element i indsatsen er også, at arbejdsgiver støttes i at have en ressourcefokuseret og anerkendende tilgang til den enkelte. Som arbejdsgiver til en person med ADHD kan man nemt komme til at fokusere på det, der er svært. Men som alle andre har personer med ADHD individuelle ressourcer, som er nemmere at få i spil, når kompleksiteten bliver mindre, fx er det ikke sjældent at møde mennesker med ADHD, der har en meget kreativ og opfindsom tilgang til problemløsning.

Anbefalinger

Det anbefales, at:

- **Der i forbindelse med målrettet støtte til uddannelse og job sikres en høj grad af samarbejde mellem forvaltningerne, og at der skabes sammenhæng mellem de forskellige indsatser, som den enkelte borger indgår i.**
- **Den enkelte borger – på baggrund af målgruppens behov for en koordineret, sammenhængende og meningsgivende indsats – har en koordinator/tovholder tilknyttet sin sag.**

Aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere og personer på ressourceforløb har efter gældende lovgivning ret til en koordinerende sagsbehandler. Andre målgrupper kan få det, hvis jobcentret vurderer, at der er behov. Kommunen har mulighed for at lade opgaven som koordinerende sagsbehandler blive varetaget af socialforvaltningen, så hvis det vurderes, at der er specialiseret ADHD-viden i socialforvaltningen, kan koordinatorfunktionen placeres der.
- **Voksne med ADHD får støtte til at mestre de udfordringer, arbejdslivet kan byde på, når man har vanskeligheder med struktur, koncentration, tidsestimering, kompleksitet mv.**
- **Der oparbejdes et fælles vidensfundament på jobcentrene i forhold til ADHD og variationen i de funktionelle vanskeligheder, der kan relatere sig til ADHD, samt egnede tilbud til målgruppen.**

Eksempler på indsatser målrettet uddannelse og beskæftigelse

Fælles viden om ADHD på jobcentre og i uddannelsestilbud

D1 – Forebyggende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD.



Metode

Formålet med indsatsen er at øge viden om ADHD blandt ansatte på jobcentre og i uddannelsestilbud, så de er i stand til at spotte, om en borger muligvis har ADHD og bør henvises til udredning. Hensigten er ikke kun at finde ud af, om en borger har diagnosen ADHD, men at få foretaget en helhedsorienteret vurdering af borgerens unikke vanskeligheder: hvordan, hvornår og i hvilket omfang kommer de funktionelle vanskeligheder udtryk?

Faglig opkvalificering, øget vidensniveau, en skærpet opmærksomhed omkring funktionelle vanskeligheder, der kan have relation til ADHD, og en generel viden om virksomme metoder og egnede tilbud i kommunen kan understøtte en ensartet tilgang til og forståelse for målgruppen og være med til at sikre et godt sagsforløb og en målrettet indsats.

Som del af denne type indsats kan der fx indgå samtaleguider eller enkle screeningsredskaber.



Implementering

Indsatsen kan indgå som en del af den almindelige kompetenceudvikling af medarbejdere, der har kontakten til unge og voksne.



Effekt

Flere kommuner har gode projekterfaringer med denne type indsats, som har vist sig virksom i forhold til at få borgere i uddannelse og beskæftigelse^{234 235}. Evalueringer peger dog også på et

udviklingspotentiale, fx i forhold til at sikre vidensniveauet ved ansættelse af nye medarbejdere.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Mening og Mestring med ADHD

C2 – Foregribende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD, som er tilknyttet jobcenteret.



Metode

Mening og Mestring med ADHD er et mestringsforløb, som har til formål at bringe mennesker med ADHD tættere på arbejdsmarkedet. Forløbet er udviklet og afprøvet af ADHD-foreningen som led i et større projekt med fokus på at udvikle psyko-udikation som metode for borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Deltagere i projektet har været ni handicaporganisationer og fire kommunale jobcentre.

Mening og Mestring ADHD indeholder:

- Et individuelt forforløb med fokus på afklaring og at skabe mening for borgeren
- Et hovedforløb, som består af et gruppeforløb på otte møde-gange. Hver mødegang varer 2,5 time, og der er fem-otte deltagere i hver gruppe. Gruppen mødes en gang om ugen i syv uger. Herefter holdes ca. to måneders pause, hvor der er mulighed for at afprøve de nye mestringsstrategier, inden man mødes ottende gang for at evaluere og tilrettelægge afslutningen. Netværket inviteres én af mødegangene for at få indsigt i de kognitive vanskeligheder, ADHD medfører, og dermed få bedre mulighed for at støtte indlæringen af de nye mestringsstrategier.
- En afslutning med vægt på forankring. Her er fokus på, hvordan borgeren og jobcenteret i fællesskab tilrettelægger en indsats, der bringer borgeren videre mod arbejdsmarkedet.



Implementering

Kommunerne kan rekvirere et mestringsforløb hos ADHD-foreningen. Forløbet afholdes af ADHD-foreningen, som varetager samtaler, undervisning og skriftlige forløbsbeskrivelser. Jobcentret stiller lokaler til rådighed for gruppeforløbet og henviser borgere i målgruppen.



Effekt

De ni organisationers mestringsforløb er evalueret og samlet af KORA.

Evalueringen kan ikke entydigt påvise, at flere af de deltagende borgere kom i arbejde i projektperioden, men evalueringen viser en række positive tendenser. Det ser ud til, at der i flere tilfælde er sket en afklaring, så borgeren er kommet tættere på arbejdsmarkedet. KORA konkluderer, at der er tale om lovende resultater, der passer ind i forhold til at udforme og modne indsatser på det sociale område²³⁶.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved denne indsats.

Mentorordning C1 – Foregribende



Målgruppe

Unge og voksne med psykiske vanskeligheder, der er i job. Indsatsen er også relevant i forhold til mennesker med ADHD.



Metode

Formålet med en mentorordning er at fremme, at unge og voksne med ADHD bliver fastholdt og får fodfæste på arbejdspladsen. Indsatsen kan fx omfatte støtte til at overskue arbejdsprocesser, strukturere arbejdet, forstå den sociale omgangstone og til at indgå i det sociale fællesskab.

En mentorordning indebærer, at et antal medarbejdere uddannes til at støtte mennesker med psykiske vanskeligheder, så den ansatte med fx ADHD får en særlig kollega at støtte sig til. En fleksibel tilpasning af arbejdsopgaver og en åben indstilling til at tilpasse arbejdspladsens forhold kan også være nødvendige. Ud over at hjælpe den ansatte aflaster en mentorordning ledelsen og de øvrige ansatte²³⁷.

Mentorordningen kan indebære en opfølgende indsats, hvis formål er at sikre løbende rådgivning af borgeren. I indsatsen indgår regelmæssige besøg på arbejdspladsen. Indsatsens varighed afhænger af den enkeltes funktionelle vanskeligheder, arbejdets karakter, arbejdsmiljøets kompleksitet og den situation, som den enkelte medarbejder befinder sig i.



Implementering

Mange private og offentlige arbejdspladser har gode erfaringer med mentorordninger.

Indsatsen forudsætter uddannelsesforløb til mentorerne og eventuelt en fast kontaktperson (fx en sagsbehandler), som har et godt

kendskab til borgeren og en solid viden om ADHD og de funktionelle vanskeligheder, der kan være forbundet hermed. Derudover skal der sikres de fornødne ressourcer til telefonisk kontakt og opfølgende besøg.

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering har udgivet håndbogen *Mentorkorps*, der handler om, hvilke overvejelser man med fordel kan gøre sig i et jobcenter, når man skal etablere og vedligeholde kompetencerne hos et mentorkorps²³⁸.



Effekt

Evalueringer af mentorordningen eller evalueringer af indsatser, hvori der indgår mentorstøtte, vurderer generelt, at mentorstøtte er et godt redskab i beskæftigelsesindsatsen²³⁹. Socialstyrelsen har ikke kendskab til effektevalueringer af mentorordninger til mennesker med ADHD, der er i job.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved indsatsen.

Individuel placering og støtte (IPS)

B3 - Indgribende



Målgruppe

Unge og voksne med ADHD.



Metode

IPS er en beskæftigelsesindsats, der er målrettet folk, som har et ønske om og er motiverede for at komme i job og uddannelse.

Formålet med indsatsen er at fremme inklusion på arbejdsmarkedet. Et kerneelement i metoden er hurtig jobplacering og derefter sideløbende træning og supplerende uddannelse – i modsætning til den mere traditionelle fremgangsmåde med træning først og så jobplacering²⁴⁰.

Inkluderingsprocessen i IPS bliver koordineret af en jobcoach, som hjælper borgeren til at få og beholde et lønnet job på det ordinære arbejdsmarked²⁴¹.

Indsatsen er ikke tidsafgrænset og afhænger af den enkelte borgers funktionelle vanskeligheder. Der kan være tale om længerevarende forløb, som kræver tæt opfølgning.



Implementering

IPS forudsætter et tæt samarbejde mellem borgeren, jobcentret, socialafdelingen og eventuelt den regionale psykiatri.

IPS afprøves i øjeblikket i både Danmark, Sverige og Norge²⁴². I Silkeborg Kommune er metoden ved at blive afprøvet på 14 voksne i alderen 18-30 år med en ADHD-diagnose.



Effekt

International forskning har dokumenteret en høj grad af effekt forbundet med IPS-metoden²⁴³. Metoden er p.t. ved at blive afprøvet

og evalueret i Danmark^{244 245}, bl.a. i et randomiseret effektstudie²⁴⁶. Resultaterne ligger klar i slutningen af 2017. De foreløbige resultater viser, at deltagere har glæde af IPS. 37 % var kommet i beskæftigelse og yderligere 11 % var i gang med virksomhedspraktik eller skånejob og kom fra kontanthjælp²⁴⁷.

Resultaterne af afprøvningen i Silkeborg i forhold til mennesker med ADHD ligger klar i 2018.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til økonomiske analyser af omkostningerne ved metoden i forhold til voksne med ADHD.

Social støtte i overgangen til og fastholdelse af job C3 - Indgribende



Målgruppe

Aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere over 30 år med mere end et års ledighed. Målgruppen er kendetegnet ved at have komplekse og sammensatte problemer.



Metode

Social støtte i overgangen til job og til fastholdelse af job er en koordineret, integreret og intensiv socialfaglig og beskæftigelsesrettet indsats, der skal hjælpe udsatte ledige, også på længere sigt.

Indsatsen indebærer, at jobcenteret og socialforvaltningen indgår et forpligtende samarbejde om en sammenhængende indsats i et helhedsorienteret, intensivt og tidsafgrænset forløb for borgeren ved hjælp af CTI-metoden (Critical Time Intervention). Opgaven løses i et samarbejde mellem den gennemgående støtteperson (CTI-medarbejder), borgerens sagsbehandlere og en jobcentermedarbejder med kendskab til de lokale virksomheder. Den sociale indsats til borgeren gives sammen med et virksomhedsrettet forløb, hvor borgeren støttes i at tro på egen arbejdsevne og i at falde til på arbejdspladsen, at mestre de problemer og udfordringer som borgeren oplever, er de væsentligste for at klare hverdagen med job og at opbygge og vedligeholde de private og professionelle relationer og netværk, der skal hjælpe med at fastholde den positive udvikling, efter indsatsen er ophørt. Som supplement til støtten er det muligt at anvende teknologibaserede løsninger.



Implementering

Indsatsen afprøves og evalueres i syv danske kommuner i perioden 2017-2020. Projektet gennemføres i et samarbejde mellem Socialstyrelsen og med Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.



Effekt

Evalueringen skal give viden om, om indsatsen har en bedre effekt over for målgruppen end den indsats, der ydes i jobcentre og socialforvaltninger i dag. Der gennemføres tre evalueringer: 1. Effekten for borgerne, 2. Økonomien, 3. Implementering i kommunerne.



Økonomi

Evalueringen giver viden om omkostninger ved indsatsen.

Indsatser målrettet sociale problemer

Situationen for voksne med ADHD kan være meget indviklet. Mange har andre samtidige problematikker som misbrug, kriminalitet, hjemløshed, prostitution eller andre psykiske vanskeligheder som fx depression eller angst. Disse problematikker kan være mere synlige, mere akutte eller have større tyngde i den aktuelle situation, end de vanskeligheder, der mere direkte hænger sammen med ADHD. Det kan derfor være relevant at have fokus på sociale indsatser, der ikke kun adresserer ADHD-relaterede problematikker, men er målrettet andre områder som fx misbrug, hjemløshed eller psykiske vanskeligheder. Hvilken type indsats, der skal tilbydes voksne med ADHD, som har dobbeltdiagnoser eller er belastede af sammensatte problematikker, afhænger derfor af den enkeltes samlede situation, herunder hvilke problemer der fylder mest for den enkelte.

I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at de forskellige vanskeligheder ikke kommer til at skygge for eller udgøre en barriere i forhold til en relevant indsats. Ofte kan indsatserne etableres parallelt og med et tværfagligt fokus. Et problematisk forbrug af rusmidler kan fx være en form for selvmedicinering ved ubehandlet ADHD, fordi stofferne kan dæmpe nogle af symptomerne ved ADHD, fx tankemylder og indre uro. Et misbrug bør derfor ikke udelukke relevante indsatser i forhold til ADHD eller omvendt.

Anbefalinger

Det anbefales, at:

- **Kommunen er opmærksom på, at voksne med ADHD samtidigt kan indgå i målgruppen for andre sociale indsatser.**
- **Indsatsen tager udgangspunkt i fx vanskeligheder i forhold til hjemløshed, misbrug eller andre psykiske vanskeligheder, men samtidig anerkender de vanskeligheder, der kan have tilknytning til ADHD.**
- **Kommunen indgår i et tæt samarbejde med regionen i de tilfælde, hvor en sundhedsfaglig udredning vil være relevant.**

Eksempler på indsatser målrettet sociale problemer

Opsøgende og kontaktskabende arbejde C2 – Forebyggende



Målgruppe

Voksne i udsatte positioner (psykiske vanskeligheder, isolation, misbrug, hjemløshed).



Metode

Formålet med indsatsen er at finde og motivere mennesker i udsatte positioner til at deltage i offentlige tilbud. Hensigten er at nå ud til de mennesker, der af forskellige årsager afviser eller ikke er i stand til at benytte tilbud i det etablerede sociale og behandlingsmæssige system.

Organisering og indhold af denne type indsats varierer mellem kommunerne. Flere steder er der etableret et opsøgende team, der har specialiseret viden på området. Det opsøgende og kontaktskabende arbejde kan fx omfatte at modtage og lytte til henvendelser omkring personer, der kan have behov for hjælp, og derpå opsøge dem, være synlige i lokalmiljøet og på gadeplansniveau samt indgå i tværfagligt samarbejde med andre professionelle.



Implementering

Indsatsen er ikke tidsbegrænset, men sker løbende over en længere periode.

Der er gode kommunale erfaringer med at oprette et opsøgende team, som kan omfatte både åben rådgivning/mulighed for henvendelser og opsøgende arbejde i lokalmiljøet. Der kan fx indgå socialrådgivere, pædagoger, sygeplejersker og frivillige i indsatsen.



Effekt

Flere kommuner har gode erfaringer med denne type indsats²⁴⁸.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved denne indsats.



Styrket samarbejde mellem væresteder og kommuner

B2 – Foregribende



Målgruppe

Unge og voksne i udsatte positioner.



Metode

Værestederne har gode forudsætninger for at spille en rolle i den tillidsskabende og motiverende indsats over for socialt udsatte borgere og som brobygger mellem borgerne og kommunens øvrige tilbud på social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. Værestederne er tæt på borgerne, og borgerne føler sig trygge og respekterede på værestederne.

På den baggrund har Socialstyrelsen i samarbejde med tre kommuner udviklet en model for et øget samarbejde mellem kommuner og væresteder, så socialt udsatte borgere, der benytter værestederne, kan få tilbud om en sammenhængende kommunal hjælp og støtte, der er tilpasset deres individuelle behov.

Indsatsen består af en samarbejdsmodel, der bygger på en række kommunalt fremskudte indsatser på værestederne og et tværgående implementeringsteam til sikring af det udvidede samarbejde²⁴⁹.



Implementering

Indsatsen er afprøvet i tre kommuner i perioden 2014-2016. Evalueringen viser, at det er vanskeligt at formulere specifikke retningslinjer for arbejdet med de fremskudte kommunale indsatser på tværs af værestederne²⁵⁰.



Effekt

Evalueringen fremhæver positive erfaringer med at arbejde med fremskudte indsatser på væresteder, herunder fremskudte sagsbehandlere og misbrugsbehandling²⁵¹.



Økonomi

I forbindelse med afprøvningen er der foretaget en analyse af omkostninger i projektet. Analysen viser, at der er store forskelle i enhedsudgifterne pr. borger for projektindsatsen. Enhedsudgifterne pr. borger, der har deltaget i projektet, varierer mellem 9.700 kr. til 23.700 kr.²⁵².

Udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling B3 – Indgribende



Målgruppe

De mest udsatte unge og voksne med et problematisk forbrug af rusmidler.



Metode

Socialstyrelsen har i samarbejde med to kommuner udviklet en model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling²⁵³. Modellen er bygget op om seks kerneelementer: Recovery-orientering, borgeren som omdrejningspunkt for behandlingen, rummelighed, helhedsperspektiv, udgående indsats, borgernes nærmiljø og brobygning.

Modellen består af tre faser med dertilhørende konkrete trin, der beskriver fremgangsmåden i arbejdet med modellen: 1) udgående og kontaktskabende indsats, 2) motivationsarbejde og 3) fortsat behandling og brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

Formålet med indsatsen er at motivere borgerne til at tage de første skridt mod recovery.



Implementering

Modellen er afprøvet i to kommuner i perioden 2014-2016.



Effekt

Evalueringen viser, at arbejdet med modellen har bidraget til at opspore en gruppe af de mest udsatte borgere med stofmisbrug, som ikke eller kun i ringe grad har kontakt til stofmisbrugsbehandlingen og andre sociale hjælpesystemer. Størstedelen af disse borgere vil gerne have hjælp til at løse deres problematikker og få en mere stabil livssituation, men de har vanskeligt ved at opnå og opretholde kontakt til systemet indenfor rammerne af de almindelige tilbud. Modellen kan hjælpe til at skabe kontakt og brobygge til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling²⁵⁴.



Økonomi

En økonomisk analyse i forbindelse med afprøvningen viser, at de direkte borgerrettede omkostninger har et omfang på 714.400 kr., svarende til 4.356 kr. per borger. De samlede indirekte borgerrettede omkostninger til implementering og drift af modellen beløber sig til 2.627.900 kr. Dette svarer til en gennemsnitlig omkostning per borger på 16.000 kr. Samlet svarer det til en gennemsnitlig omkostning per borger på ca. 20.000 kr.²⁵⁵.

Kombinationsbehandling i forbindelse med problematisk forbrug af rusmidler

B3 – Indgribende



Målgruppe

Unge med et problematisk forbrug af rusmidler, herunder unge med ADHD.



Metode

Kombination af evidensbaserede metoder i den individuelle stofmisbrugsbehandling af unge. Indsatsen består af motiverende samtale (motivational interviewing – MI) og kognitiv terapi i metodestringent og manualbaseret form, kombineret med forskellige former for belønning, fx gavekort for fremmøde og opfølgende behandling.



Implementering

Kombinationsindsatsen er blevet afprøvet i ni kommuner i forbindelse med et projekt, som er gennemført af Center for Rusmiddelforskning for Socialstyrelsen under det såkaldte *metodeprogram for stofmisbrugsbehandling*. Der har deltaget 460 unge mellem 15 og 25 år i undersøgelsen, heraf 105 kvinder. 33,9 % af de unge havde en psykiatrisk diagnose. Nogle af de unge modtog kun basisindsatsen, der består af motiverende samtale og kognitiv terapi i metodestringent og manualbaseret form, mens de øvrige unge også har fået forskellige kombinationer af strukturelle elementer som fx gavekort for fremmøde og opfølgende behandling.



Effekt

Effektevalueringen er gennemført som et randomiseret, kontrolleret forsøg. Evalueringen viser, at MI og kognitiv terapi er brugbare metoder til unge, der har et stofmisbrug. Effekten er imidlertid markant større, når behandlingen kombineres med både gavekort og opfølgende behandling. Kombinationen af elementer synes at skabe

en dynamik, som kan være afgørende for effekten. Man skal ikke forvente tilsvarende resultater ved at udvælge enkeltelementer.

Evalueringen viser, at 50 % af de unge, der har fået den mest effektive behandling, er stoffri ni måneder efter indskrivning. Det er en markant højere behandlingseffekt end i øvrig stofmisbrugsbehandling. Det er også et markant bedre resultat end i de øvrige grupper, der kun har modtaget projektets basisbehandling eller et af de supplerende elementer. Her er det mellem 30,6 og 36,6 %, der er stoffri ni måneder efter.

I den mest effektive behandlingsform afholdes flest samtaler, færrest udebliver undervejs, og flest gennemfører hele forløbet.

Metoden, hvor alle elementer kombineres, er desuden effektiv til at reducere kriminalitet og umiddelbart også til at fastholde de unge i uddannelse²⁵⁶.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til økonomiske analyser af omkostningerne ved metoden i forhold til voksne med ADHD.

Startbolig til udsatte unge

D3 – Foregribende



Målgruppe

Udsatte unge i alderen 18-24 år med forskellige udfordringer, som har behov for en bolig med tilhørende bostøtte. Udfordringerne kan bl.a. være hjemløshed, hashmisbrug, kriminalitet, angst og ADHD. De unge er typisk i en gråzone, hvor de ikke er tilstrækkeligt udfordrede til at være berettiget til kommunal støtte i henhold til serviceloven.



Metode

En startbolig er en ungdomsbolig med en tilknyttet såkaldt 'social vicevært'.

Målet med startboligerne er, at de unge formår at fastholde en bolig, og at de kommer i gang med eller fastholdes i uddannelse eller arbejde. Ordningen relaterer sig hermed - ud over det boligsociale område - til beskæftigelsesområdet og uddannelsesområdet²⁵⁷.

De sociale viceværter hjælper de unge med praktiske ting i hverdagen og med at fastholde uddannelse eller arbejde.

I startboligordningen lægges der vægt på, at en stabil boligsituation er en afgørende del af en generel stabilisering af livssituationen i kombination med støtte i boligen²⁵⁸.

Startboligtilgangen spiller sammen med andre øvrige boligsociale indsatser, fx *Housing First-tilgangen*.



Implementering

Startboligerne er forankret i almene boligorganisationer eller frivillige organisationer i samarbejde med kommunen. Ordningen har et socialt sigte og kan etableres enten som individuelle boliger i en større bebyggelse eller som små bofællesskaber.

I alt har 29 boligorganisationer fordelt på 26 kommuner i perioden 2012-2015 fået tilsagn om at etablere 335 startboliger med bostøtte, som forventes at løbe over de næste 15 år.



Effekt

På baggrund af projektperioden i 2012-2015 er der gennemført en evaluering af ordningen. Evalueringen bygger på en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse og en række kvalitative interview og peger på, at startboligerne lader til at ramme målgruppen:

- Indsatsen i startboligerne bidrager til en styrket indsats over for målgruppen og opleves som en ny, meningsfuld og værdiskabende indsats på tværs af de involverede boligorganisatoriske og kommunale aktører – samt ikke mindst af de unge selv.
- Både boligorganisationer og kommuner lader til at se god økonomi i at etablere startboliger.
- Der kan være basis for at etablere flere startboliger²⁵⁹.



Økonomi

Ifølge evalueringen er der på det foreliggende datagrundlag ikke basis for en egentlig samfundsøkonomisk vurdering, men evalueringen giver anledning til en række overvejelser som afsæt for videre drøftelse og yderligere undersøgelse vedrørende ordningens potentielle samfundsøkonomiske besparelser og langsigtede effekter²⁶⁰.

Housing First og evidensbaserede bostøttemetoder B3 – Foregribende

Målgruppe

Den primære målgruppe er hjemløse borgere eller borgere i risiko for at blive hjemløse. Målgruppen er kendetegnet ved, at der er tale om mennesker, der – ud over (risiko for) hjemløshed – har komplekse sociale problemstillinger, såsom psykiske problemer, dårligt helbred, misbrug, dårlig økonomi og manglende socialt netværk.

Hjemløshed i Danmark er stigende, og unge mellem 18 og 29 år udgør 37 % af de hjemløse. Mænd rammes oftere end kvinder af hjemløshed. Andelen af borgere i hjemløshed med ADHD udgør 9 %²⁶¹.

Metode

Housing First er en tilgang til at skabe en helhedsorienteret indsats til hjemløse borgere med psykisk sygdom, misbrug eller andre psykosociale vanskeligheder, og som samtidig med en bolig-løsning har brug for social støtte.

Housing First-tilgangen består i, at hjemløse borgere i starten af et indsatsforløb flytter i en permanent, selvstændig bolig, samtidig med at der gives en individuel og helhedsorienteret social støtte til borgeren med udgangspunkt i borgerens behov.

Den individuelle bostøtte er en forudsætning for, at borgeren kan bo i egen bolig, og består af social og praktisk bostøtte i hverdagen og støtte til at sikre en sammenhængende indsats gennem etablering og fastholdelse af kontakt til offentlige myndigheder, behandlingstilbud og sociale aktivitetstilbud. Gennem den sociale støtte arbejdes der med at styrke borgerens livssituation i en række dimensioner som bolig, økonomi, socialt netværk, daglige aktiviteter, fysisk og psykisk helbred, misbrug, uddannelse og arbejde.

Den individuelle sociale støtte følger evidensbaserede sociale metoder. De bostøttemetoder, der kan benyttes i en *Housing First-baseret tilgang* er *Intensive Case Management* (ICM), *Assertive Community Treatment* (ACT) og *Critical Time Intervention* (CTI).

Implementering

Housing First, kombineret med evidensbaserede bostøttemetoder, er blevet afprøvet i en række danske kommuner og er ved at blive udbredt og implementeret i forbindelse med projektet *Udbredelse af Housing First på hjemløseområdet*.

Som en del af implementeringen og forankringen af *Housing First*, kombineret med evidensbaserede bostøttemetoder, er der udarbejdet en manual, der beskriver værdigrundlaget og principperne for *Housing First-tilgangen*²⁶².

Effekt

Ved at understøtte kommunernes arbejde overfor hjemløse, med baggrund i *Housing First* og de evidensbaserede bostøttemetoder er det forventningen, at antallet af hjemløse borgere i de deltagende kommuner kan nedbringes.

Se i øvrigt under de enkelte bostøttemetoder.

Økonomi

Se under de enkelte bostøttemetoder.

Bostøtte: Intensive Case Management (ICM) B3 – Foregribende



Målgruppe

Hjemløse unge og voksne med komplekse problemstillinger, som skønnes at have brug for en langsigtet støtte, omsorg og koordinering.



Metode

ICM er en manualbaseret metode til bostøtte, som kan anvendes der, hvor den hjemløse borger opholder sig. I metoden ligger et fokus på vurdering og revurdering af en borgers behov for støtte. Metoden tilbyder et koordineret støtteforløb for borgere med komplekse problemstillinger.

Med afsæt i *Housing First-tilgangen* foregår arbejdet med ICM ud fra et recovery-perspektiv, hvor der fokuseres på at udvikle borgerens kompetencer ved at identificere og styrke borgerens ressourcer samt understøtte det at skabe sociale og familiære netværk. ICM kan både tilbydes borgere, som ikke har en bolig, og borgere, som har en bolig. ICM-bostøtten følger borgeren i de processer, der skal til for, at borgeren finder tryghed i boligen og bibeholder boligen²⁶³.



Implementering

ICM-metoden blev i forbindelse med *Hjemløsestrategien* afprøvet i en række danske kommuner. Implementeringserfaringerne peger på, at det bl.a. var afgørende for implementeringen, at der blev etableret en klar og tydelig visitationspraksis for tildelingen af ICM²⁶⁴.

Som en del af implementeringen og forankringen af *Hjemløsestrategiens* resultater er der udarbejdet en manual for ICM-metoden²⁶⁵.



Effekt

En evaluering af ICM-metoden påviser positiv effekt ift. forbedring af dagligdagsproblematikker, og at flere borgere kommer i egen bolig. Den positive effekt gør sig også gældende for gruppen af unge hjemløse²⁶⁶.



Økonomi

En samfundsøkonomisk analyse viser, at et ICM-forløb koster ca. 52.000 kr. eller ca. 93.000 kr. pr. borger, afhængigt af, hvor indsatsen forankres. Der er bruttogevinster at hente, særligt i forhold til at nedsætte anvendelsen af boformer og psykiatrisk behandling²⁶⁷.

Bostøtte: Critical Time Intervention (CTI)

B3 – Foregribende



Målgruppe

Unge og voksne i hjemløshed, som i overgangen fra et institutionsophold til egen bolig har brug for støtte til at fastholde boligen.



Metode

CTI er en case-management metode, der har til formål at sikre en vellykket overgang fra en institutionslignende bolig til egen bolig. Metoden er en tidsbegrænset indsats på ni måneder, fordelt på tre faser, der er baseret på *Housing First-tilgangen*.

Formålet med indsatsen er at gøre borgeren mere selvhjulpne, og det er CTI-medarbejderens opgave at sikre, at borgeren modtager de rette former for støtte, og at borgerens private og professionelle netværk aktiveres og kan fungere, også efter CTI-forløbets afslutning²⁶⁸.



Implementering

CTI-metoden er afprøvet i 13 danske kommuner, som deltog i *Hjemløsestrategien*. CTI-indsatsen blev enten forankret i SEL § 110 boformer eller i forvaltningen og som en del af kommunernes øvrige tilbud²⁶⁹.

Som en del af implementeringen og forankringen af Hjemløsestrategiens resultater er der udarbejdet en manual for CTI-metoden²⁷⁰.



Effekt

En evaluering af CTI-metoden påviser positiv effekt, især inden for dagligdagsproblematikker. Flere borgere kommer i egen bolig og opretholder stabile boligforhold efter forløbets afslutning. Den positive effekt gør sig også gældende for gruppen af unge hjemløse²⁷¹.



Økonomi

Socialstyrelsen har foretaget en omkostningsvurdering af *Critical Time Intervention* (CTI) og regnet på, hvad et forløb koster pr. deltagerforløb. Socialstyrelsen har anslået omkostningerne til CTI til ca. 49.000 kr. per deltagerforløb^{272 273}.

Bostøtte: Assertive Community Treatment (ACT) B3 – Foregribende



Målgruppe

Målgruppen for ACT-metoden er borgere med massive psykiske, sociale og/eller misbrugsproblemer, som er hjemløse, og som står overfor at skulle flytte i egen bolig eller har en bolig, men er i risiko for at blive hjemløse.



Metode

ACT anvendes inden for hjemløseområdet som en metode til at reducere og forebygge hjemløshed, herunder mindske psykiske og sociale problemer. ACT-metoden bygger på et tværfagligt, ambulanseteam af forskellige fagpersoner.

ACT er en fleksibel og tværfaglig bostøttemetode, der støtter de mest udsatte hjemløse borgere, der ikke kan benytte det eksisterende hjælpesystem. Formålet med metoden er at sikre, at de mest udsatte borgere får relevant social og behandlingsmæssig støtte.

ACT tager udgangspunkt i borgerens behov og gives i en tæt dialog med borgeren. Metoden gives som en udgående støtte, primært i borgerens eget hjem, eller hvor borgeren ønsker det²⁷⁴.



Implementering

ACT er afprøvet i Københavns og Aarhus Kommune som en del af *Hjemløsestrategien* i perioden fra 2009-2013. Implementeringserfaringer fra Københavns Kommune viser, at det er vigtigt, at medarbejderne er bevidste om støttemuligheden i servicelovens §110 og kravene til visitation²⁷⁵.

Som en del af implementeringen og forankringen af *Hjemløsestrategiens* resultater er der udarbejdet en manual for ACT-metoden²⁷⁶.



Effekt

En evaluering af ACT-metoden viser, at 98 % af de borgere, der har modtaget ACT-bostøtte, er kommet i bolig. Evalueringen viser også, at der er forholdsvis få (2 %), der har mistet en bolig i forløbet²⁷⁷.



Økonomi

Socialstyrelsen har ikke kendskab til analyser af omkostninger ved denne indsats.





Implementering

Implementering af sociale indsatser

De præsenterede indsatser er meget varierede i forhold til metoder, intensitet, forudsætninger og økonomi. Nogle af indsatserne vil kunne implementeres forholdsvis let og indgå som en del af den eksisterende tilbudsvifte på det sociale område. Andre indsatser kræver et større implementeringsarbejde, der også kan involvere andre forvaltninger og sektorer. Uanset, hvilke typer indsatser en kommune vælger, er der en række forhold, som kan overvejes i forhold til at sikre en effektiv implementering af indsatserne.

Omsætning af viden (teori) til praksis kan udgøre en stor udfordring. Udfordringen afhænger af:

1. Hvor omfattende implementeringsopgaven er
2. I hvilket omfang det drejer sig om indsatser, som er velbeskrevne og strukturerede og dermed fordrer en høj grad af metodestrinjens (fidelitet)
3. Hvor parat organisationen er i forhold til forandringen.

Der er på nuværende tidspunkt ikke grundlag for at sige, at én specifik fremgangsmåde er bedre end andre i forhold til implementering, men der er forskningsmæssigt belæg for, at fokus på en række centrale områder er virkningsfuldt.

Socialstyrelsens implementeringsmodel er bygget op om fire implementeringsniveauer, der hver indeholder en række implementeringsfaktorer. Niveauerne og faktorerne beskriver det "landskab", implementeringsprocessen foregår i, og dermed de elementer, som både påvirker og bliver påvirket af implementeringsprocessen.

- *Det individuelle niveau* – kompetencer, dvs. den enkelte fagprofessionelles kompetencer, motivation og medejerskab til metoden

- *Det interpersonelle niveau* – kultur, dvs. de mere uformelle strukturer og arbejdsformer i den lokale organisation, eksempelvis vaner, værdier og normer
- *Det institutionelle niveau* – kommune, dvs. de formelle strukturer, særligt ledelses- og organisationsstrukturer, herunder de formelle rammer og betingelser for at lede og samarbejde omkring implementeringsprocesser internt i kommunen
- *Det infrastrukturelle niveau* – kontekst, dvs. det, som 'ligger udenfor' den enkelte kommunale forvaltning, og som udgør de kontekstbetingelser, implementeringsprocessen skal foregå i, fx ressortfordeling mellem ministerier, økonomisk ramme, særlige paradigmer etc.

Ud over implementeringsniveauerne er det væsentligt at holde sig for øje, hvad det er for en indsats, der skal implementeres.

Forhold forbundet med selve indsatsen

Det kan være afgørende at overveje, hvad det er, der kendetegner den indsats, man ønsker at implementere, og hvordan den passer ind i det set-up, som den skal være en del af. I forbindelse med implementering af evidensbaserede metoder kan det være relevant at undersøge:

- I hvor høj grad kræver indsatsen fidelitet over for det oprindelige design og de faglige standarder, som metoden fordrer? Hvilke dele af indsatsen er kerneprincipper, som kræver metodestrængens, og hvilke dele kan tilpasses de lokale forhold? Hvor fleksibel eller kompleks er indsatsen, og hvordan passer den ind i den kontekst, den skal være en del af?
- Er der taget stilling til, hvordan det sikres, at der kan rekrutteres nok borgere i målgruppen til at kunne implementere indsatsen? Er det tydeligt, hvilke borgere der er omfattet af indsatsen, og hvilke der ikke er?

Individuelt niveau – kompetencer

Der findes stort set ingen indsatser på det sociale område, som ikke leveres af et konkret menneske. I socialt arbejde er det derfor de fagprofessionelle, der er interventionen. Det individuelle implementeringsniveau handler om de kompetencer og den viden, som de fagprofessionelle, der skal udføre indsatsen, har²⁷⁸, og derfor vil det være relevant at undersøge:

- Hvor stor og indgående viden er der i forvejen blandt medarbejderne, og hvilken karakter har den?
- Hvilke og hvor mange medarbejdere skal indgå i en specifik kompetenceudvikling? Hvordan sikres efterfølgende opbakning? Hvordan sikres det, at den del af medarbejderne, der ikke uddannes specifikt, opnår kendskab til rationalerne og intentionerne bag metoden?
- Hvordan opleves forholdet mellem at anvende metoden og den arbejdsbyrde, som medarbejderne i forvejen har? Er der tid nok? Er der information nok? Er der en opfattelse af, at indsatsen kan løse problemet?

Interpersonelt niveau – kultur

Hvordan metoden eller indsatsen, der skal implementeres, passer ind i de normer og værdier og kommunens nuværende praksis vil påvirke implementeringsprocessen. Ved at fokusere på det interpersonelle niveau er det muligt at undersøge, hvordan de mere uformelle strukturer og arbejdsformer i kommunen påvirker implementeringen gennem spørgsmål som:

- Er medarbejderne indstillet på at arbejde ud fra definerede rammer og metoder frem for metodefrihed? Er der overensstemmelse mellem de værdier, der er dominerende i organisationen, og de værdier, der kan forbindes med en bestemt indsats?
- Er der tydelige fordele forbundet med indsatsen, sammenholdt med, hvad det kræver at implementere den? Kan der opnås syn-

“ De præsenterede indsatser er meget varierede i forhold til metoder, intensitet, forudsætninger og økonomi

lige resultater allerede tidligt i forløbet og undervejs i implementeringen? Hvordan kan dette anvendes motiverende for medarbejdere og deltagere?

- Hvor innovativ er man i organisationen? Er der generelt en positiv indstilling til forandringer?
- Hvordan sikres medinddragelse i processen og følelsen af ejerskab blandt alle medarbejderne?

Institutionelt niveau – kommunens organisering og ledelse

Det kan ofte betale sig at afdække grundigt, hvilke forhold i organisationen der kan virke fremmende og hæmmende for implementeringen af en bestemt indsats. Det institutionelle implementeringsniveau handler om det, der sker i kommunen, og fokus er på de ledelsesmæssige aspekter og de formelle organisationsstrukturer i kommunen, eksempelvis:

- Hvor engageret ledelsen er i at implementere fx en evidensbaseret metode? Ledelsen spiller en vigtig rolle i forhold til at initiere og fastholde hele implementeringsprocessen og i forhold til at sikre opbakning til indsatsen i organisationen.
- Hvor mange led og aktører er involveret i at træffe beslutninger? Er der tale om en central eller decentral beslutningsstruktur? Omfatter indsatsen hele organisationen eller kun enkelte afdelinger?
- Er det beskrevet, hvilke faglige funktioner som skal varetages i indsatsen, herunder: er det klart beskrevet, hvem der har ansvaret for at iværksætte og koordinere indsatsens/metodens kerneaktivitet(-er)?
- Er det tydeligt beskrevet, hvorvidt indsatsen forudsætter, at bestemte teknologier eller værktøjer skal anvendes (fx screeningsredskaber, skabeloner og vejledninger, it-redskaber, samtaleunderstøttende teknologi m.v.)?

- Hvilke erfaringer findes der allerede i forhold til fx systematisk dokumentation og vidensbrug?

Infrastrukturelt niveau - kontekst

Det infrastrukturelle niveau er den overordnede kontekst, som indsatserne skal implementeres i, og kan ud fra denne vinkel, beskrives som det, der *ligger udenfor* den enkelte kommunale forvaltning, eksempelvis:

- Er der taget stilling til, hvordan kommunens *fysiske rammer* (fx størrelse, boligmasse, beliggenhed til eksterne samarbejdspartnere etc.) vil kunne påvirke og eventuelt understøtte implementeringsprocessen?
- Er der taget stilling til, om indsatsen med fordel kunne foregå via et samarbejde mellem kommunerne, fx via rammeaftalesamarbejdet eller klyngesamarbejder?
- Hvilke samarbejdsmuligheder er der i og med civilsamfundet omkring indsatsen over for borgeren, og hvor mange interesser og perspektiver skal der tages højde for i implementeringen af indsatsen?







Litteraturliste og bilag

Litteraturliste

- 1 Mohr, Christina & Hans-Christoph Steinhausen (2015). *Time Trends in Incidence Rates of Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Across 16 Years in a Nationwide Danish Registry Study*. J Clin Psychiatry.
- 2 Due, P. et al. (2014). *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. Vidensråd for Forebyggelse.
- 3 Sundhedsstyrelsen (2008). *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter*.
- 4 Wang et al. (2016). *Personalized Treatment of Mothers With ADHD and Their Young AT-Risk Children: A SMART Pilot*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.
- 5 Thapar, A. et al. (2011). *What causes attention deficit hyperactivity disorder?* Department of Psychological Medicine and Neurology, Cardiff University.
- 6 Østergaard, S. D. et al. (2016). *Predicting ADHD by Assessment of Rutter's Indicators of Adversity in Infancy*.
- 7 LeMoine et al. (2015). *Paternal Antisocial Behavior (But not Parental ADHD) is associated with Negative Parenting and Child Conduct Problems*. Journal of Attention Disorders.
- 8 Østergaard, S. D. et al. (2016). *Predicting ADHD by Assessment of Rutter's Indicators of Adversity in Infancy*.
- 9 Mikkelsen et al. (2016). *Parental age and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*. International Journal of Epidemiology, 1-12.
- 10 Thapar, A. et al. (2011). *What causes attention deficit hyperactivity disorder?* Department of Psychological Medicine and Neurology, Cardiff University.
- 11 Shaw et al. (2007). *Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation*. Proc Natl Acad Sci U S A. 2007 Dec 4;104(49):19649-54. Epub 2007 Nov 16.
- 12 Daley, David et al. (2014). *Private and Social Costs of ADHD: Cost Analysis*. Study paper No. 69. University Press of Southern Denmark.
- 13 Piñeiro-Dieguez, Balanzá et al. (2014). *Psychiatric Comorbidity at the Time of Diagnosis in Adults With ADHD: The CAT Study*. Journal of Attention Disorders, 1-10.
- 14 Tsang, Vicky et al. (2016). *A paradigm shift in intervention approaches for children with attention-deficits/ hyperactivity disorders: A systematic review of psycho-behavioral interventions*. Insight medical publishing. <http://psychopathology.imedpub.com/a-paradigm-shift-in-intervention-approaches-for-children-with-attention-deficits-hyperactivity-disorders-a-systematic-review-of-psy.php?aid=9187>
- 15 Socialpolitisk Redegørelse (2017).
- 16 Sundhedsstyrelsen (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med ADHD*.

- 17 Sundhedsstyrelsen (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med ADHD*.
- 18 Berger, Nichlas Permin et al. (2017). *Resocialisering af indsatte og tilsynsklienter med opmærksomhedsforstyrrelse - Viden og anbefalinger*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- 19 Daley, David et al. (2015). *Costing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Impact on the Individual and Society*. Oxford University Press and Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- 20 Høgsbro, Kjeld et al. (2013). *ADHD-problematikkens sociale aspekter Sammenfatning af resultaterne fra undersøgelsen af den sociale indsats over for familier og voksne med ADHD*. Aalborg Universitet og KORA.
- 21 Christoffersen, Mogens & Hammen, Ida (2011). *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.
- 22 Høgsbro, Kjeld et al. (2013). *ADHD-problematikkens sociale aspekter Sammenfatning af resultaterne fra undersøgelsen af den sociale indsats over for familier og voksne med ADHD*. Aalborg Universitet og KORA.
- 23 Sundhedsstyrelsen (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med ADHD*.
- 24 Socialstyrelsen (2013). *Voksenudredningsmetoden. Metodehåndbog*. 3. udgave, marts 2013. Udarbejdet af Deloitte Business Consulting i forbindelse med projekt Digitalisering af Handicap og Udsatte Voksenområdet (DHUV).
- 25 <https://vidensportal.dk/temaer/styring-og-sagsbehandling/indsatser/ics-integrated-childrens-system-1>
- 26 SkolesundhedPLUS: <https://www.skolesundhed.dk/Public/SkolesundhedPLUS/default.aspx>
- 27 Sundhedsstyrelsen (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med ADHD*.
- 28 Center for Kvalitetsudvikling (2008). *Anbefalinger for ADHD-behandling på specialinstitutioner for børn og unge*. Region Midtjylland.
- 29 <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/vidensdeklaration>
- 30 Jensen, Didde Cramer et al. (2016). *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*. SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.
- 31 Amilion, Anna et al. (2016). *Kort og klart: Lovende praksis på det specialiserede socialområde*. SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.
- 32 Socialstyrelsen (2016). *Resultatdokumentation og evaluering - håndbog for sociale tilbud*. Indhold udarbejdet af Rambøll Management Consulting og KORA.
- 33 <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/socialokonomisk-investeringsmodel>
- 34 Due, P. et al. (2014). *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. Vidensråd for Forebyggelse.
- 35 Polanczyk, G. M. S. de Lima et al. (2007). *The worldwide prevalence of ADHD, a systematic review and meta-regression analysis*. American Journal of Psychiatry 164, p. 942-948.
- 36 Due, P. et al. (2014). *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. Vidensråd for Forebyggelse.
- 37 Regeringens Udvalg om Psykiatri (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. Sundheds- og Ældreministeriet.
- 38 Mohr, Christina & Steinhausen, Hans-Christoph (2015). *Time Trends in Incidence Rates of Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Across 16 Years in a Nationwide Danish Registry Study*. J Clin Psychiatry
- 39 Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA & Kieling C, Rohde LA. (2014). *ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis*. Int J Epidemiol. 2014 Apr;43(2):434-42. doi: 10.1093/ije/dyt261. Epub 2014 Jan 24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24464188>
- 40 Shaw et al. (2007). *Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation*. Proc Natl Acad Sci U S A. 2007 Dec 4;104(49):19649-54. Epub 2007 Nov 16.
- 41 Sundhedsstyrelsen (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med ADHD*.
- 42 Sundhedsstyrelsen (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med ADHD*.
- 43 Tønnesen et al. (2005). *Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. Sundhedsstyrelsen.
- 44 Maniadaki, Katerina, Sonuga-Barke, Edmund & Kakouros, Efthymios (2006). *Adults' self-efficacy beliefs and referral attitudes for boys and girls with AD/HD*. European Child & Adolescent Psychiatry, 15, (3), 132-140. (doi:10.1007/s00787-005-0514-3).
- 45 Schultz, Jerome J. (2011). *Nowhere to Hide: Why Kids with ADHD and LD Hate School and What We Can Do About It*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 46 Folkeskolen (2017). *Amerikansk specialist: Børn med ADHD er skolens svar på kulminens kanarieflugt*. <https://www.folkeskolen.dk/615947/amerikansk-specialist-boern-med-adhd-er-skolens-svar-paa-kulminens-kanarieflugt>
- 47 Schultz, Jerome J. (2011). *Nowhere to Hide: Why Kids with ADHD and LD Hate School and What We Can Do About It*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 48 Socialstyrelsen (2015). *MST guide til arbejdet med ADHD*.
- 49 Socialstyrelsen (2015). *MST guide til arbejdet med ADHD*.
- 50 Socialstyrelsen (2015). *MST guide til arbejdet med ADHD*.
- 51 Socialstyrelsen (2015). *MST guide til arbejdet med ADHD*.

- 52 Spencer et al. (2007), Taylor (2010), Booster et al. (2012) og Vidensråd for Forebyggelse (2014). *Børn og unges mentale helbred*.
- 53 Due, P. et al. (2014). *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. Vidensråd for Forebyggelse.
- 54 <https://vidensportal.dk/temaer/styring-og-sagsbehandling/indsatser/ics-integrated-childrens-system-1>
- 55 Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. P. (2013). *One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42(2), 251-261.
- 56 Sayal, K., Taylor, J. A., Valentine, A., Guo, B., Sampson, C. J., Sellman, E. & Daley, D. (2016). *Effectiveness and cost-effectiveness of a brief school-based group programme for parents of children at risk of ADHD: A cluster randomised controlled trial*. Child: Care, Health and Development, 42(4).
- 57 Gerber, Sarah-Jane, Sharry, John & Streek, Adrienne (2016). *Parent training: effectiveness of the Parents Plus Early Years programme in community preschool settings*. European Early Childhood Education Research Journal.
- 58 Christoffersen, Mogens & Hammen, Ida (2011). *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- 59 Due, P. et al. (2014). *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. Vidensråd for Forebyggelse.
- 60 Kvist, Primdal Anette, Nielsen, Skyt Helena & Simonsen, Marianne (2011). *The effects of Children's ADHD on Parents' relationship Dissolution and Labor Supply*. Department of Economics and Business. Aarhus Universitet.
- 61 Illeris, Knud et al. (2009). *Mellem individualisering og standardisering, Ungdomsliv*. Samfundslitteratur.
- 62 Tømmerås, T., & Kjøbli, J. (2017). *Family resources and effects on child behavior problem interventions: A cumulative risk approach*. Journal of child and family studies.
- 63 Reedtz, Charlotte & Klest, Sihü (2016). *Improved parenting maintained four years following a brief parent training intervention in a non-clinical sample*. BioMed Central Psychology.
- 64 Webster-Stratton, C. (2011). *The Incredible Years Parents, Teachers, and Children's Training Series*. Seattle: Incredible Years Inc.
- 65 Socialstyrelsen (2011). *Evaluering af De Utrolige År. Slutrapport*. Rambøll Management Consulting A/S.
- 66 Rambøll Management (2012). *Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge*.
- 67 Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. P. (2013). *One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42(2), 251-261.
- 68 Trillingsgaard, Tea (2014). *Assessing the effectiveness of the 'Incredible Years® parent training' to parents of young children with ADHD symptoms – a preliminary report*. Scandinavian Journal of Psychology.
- 69 Rambøll Management (2012). *Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge*.
- 70 Socialstyrelsen (2016). *Omkostningsvurdering af de Utrolige År – småbørn*.
- 71 Forgatch, Marion & Kjøbli, John (2016). *Parent Management Training—Oregon Model: Adapting Intervention with Rigorous Research*. Family Process.
- 72 Bjornebekk, G., Kjøbli, J., & Ogden, T. (2015). *Children with conduct problems and co-occurring ADHD: Behavioral improvements following parent management training*. Child & Family Behavior Therapy, 37(1), 1-19.
- 73 Socialstyrelsen (2015). *Omkostningsvurdering af PMTO gruppe*.
- 74 https://pure.sfi.dk/ws/files/255055/1519_KIK.pdf
- 75 Chacko, A. & Scavenius, C. (2017). *Bending the Curve: A Community-Based Behavioral Parent Training Model to Address ADHD-Related Concerns in the Voluntary Sector in Denmark*. Springer Science+Business Media New York.
- 76 Socialstyrelsen (2016). *Omkostningsvurdering af Kærlighed i kaos*.
- 77 Escobar Doran C. & Jacobs P., Dewa, C.S. (2011). *Return on investment for mental health promotion: parenting programs and early childhood development*. Edmonton: Institute of Health Economics.
- 78 Young, Susan (2017). *The Star Detective Facilitator Manual. A cognitive Behavioral Group Intervention to Develop Skilled Thinking and Reasoning for Children with Cognitive, Emotional and Social Problems*. Jessica Kingsley Publishers.
- 79 <https://adhd.dk/wp-content/uploads/sites/2/2014/11/Metodekata-log-til-Netv%3a6rksr%3a5dslagning-3.0.pdf>
- 80 Omre & Schelderup (2009). *Barn i barnevernet: en studie om barns deltagelse og styrkeprocesser i familieråd*. Tapir Akademisk forlag.
- 81 Socialstyrelsen (2016). *Omkostningsvurdering Familierådslagning*.
- 82 <http://www.blueprintsprograms.com>
- 83 <http://www.cebc4cw.org/program/the-oregon-model-parent-management-training-pmto/>
- 84 Henggeler, Scott W. & Ashli J. Sheidow (2013). *Empirically Supported Family-Based Treatments for Conduct Disorder and Delinquency in Adolescents*. I: NIH Public Access.
- 85 Henggeler, Scott W. & Ashli J. Sheidow (2013). *Empirically Supported Family-Based Treatments for Conduct Disorder and Delinquency in Adolescents*. I: NIH Public Access.

- 86 Schawo, Saskia J. et al. (2012). *Framework for Modelling the Cost-effectiveness of Systemic Interventions Aimed to Reduce Youth Delinquency*. I: The Journal of Mental Health Policy and Economics, 15.
- 87 Stout, Bruce D. & Holleran, David (2013). *The impact of the Evidence-Based Practices on the Request for Out-of-Home Placements in the Context of a System Reform*. I: Journal of Children and Family Studies, 2013, 22.
- 88 Forgatch, M. S., & Kjøbli, J. (2016). *Parent management Training—Oregon model: Adapting intervention with rigorous research*. Family Process, 55(3), 500-513.
- 89 Socialstyrelsens PMTO-database. Udtræk 2014.
- 90 Vicky Tsang, Ka-Lam Sam, Wik-Ki Wong, Wai-Kuen Libby Cheng, Kuen-Fung Kenneth Sin & Fuk Chuen Ho (2016). *A paradigm shift in intervention approaches for children with attention-deficits/ hyperactivity disorders: A systematic review of psycho-behavioral interventions*. Insight medical publishing. <http://psychopathology.imedpub.com/a-paradigm-shift-in-intervention-approaches-for-children-with-attentiondeficits-hyperactivity-disorders-a-systematic-review-of-psy.php?aid=9187>
- 91 Socialstyrelsens PMTO-database.
- 92 Lindberg, M. R. et al. (2017): *Midtvejsevaluering af bedre familiebehandling. Et randomiseret kontrolleret forsøg med Parent Management Training - Oregon og anden familiebehandling*. SFI.
- 93 Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., & Ogden, T. (2015). *Children with conduct problems and co-occurring ADHD: Behavioral improvements following Parent Management Training*. Child & Family Behavior Therapy 37, 1–19.
- 94 Socialstyrelsen (2015). *Omkostningsvurdering af PMTO individuel*.
- 95 Daley et al. (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: Current findings, recommended interventions and future directions*. Child: Care, Health and Development, 35 (6), pp. 754-766.
- 96 Thompson, Margaret J J., Au, Alma., Laver-Bradbury, Cathy., Tripp, Gail, Shimabukuro, Shizuka, Zhang, Jin S, Shuai, Lan, Thompson, Catherine E, Daley, David & Sonuga-Barke, Edmund J. (2017). *Adapting an attention-deficit hyperactivity disorder parent training intervention to different cultural contexts: The experience of implementing the new forest parenting programme in China, Denmark, Hong-kong, Japan, and the United Kingdom*. I PsyCh Journal, Bind 6, Nr. 1, 03.2017, s. 83-97.
- 97 Vicky Tsang, Ka-Lam Sam, Wik-Ki Wong, Wai-Kuen Libby Cheng, Kuen-Fung Kenneth Sin & Fuk Chuen Ho (2016). *A paradigm shift in intervention approaches for children with attention-deficits/ hyperactivity disorders: A systematic review of psycho-behavioral interventions*. Insight medical publishing. <http://psychopathology.imedpub.com/a-paradigm-shift-in-intervention-approaches-for-children-with-attentiondeficits-hyperactivity-disorders-a-systematic-review-of-psy.php?aid=9187>
- 98 Lange, Anne-Mette, Daley, D., Frydenberg, M., Rask, C. U., Sonuga-Barke, E., & Thomsen, P. H. (2016). *The effectiveness of parent training as a treatment for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: Study protocol for a randomized controlled, multicenter trial of the New Forest Parenting Program in everyday clinical practice*. JMIR Research Protocols, 5(2), e51.
- 99 Abikoff, H. B., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Long, N., Forehand, R. L., Miller Brotman, L. & Sonuga-Barke, E. (2015). *Parent training for preschool ADHD: A randomized controlled trial of specialized and generic programs*. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- 100 Sonuga-Barke, E.J.S., Barton, J., Daley, D. (2017). *A comparison of the clinical effectiveness and cost of specialized individually delivered parent training for preschool attention deficit/hyperactivity disorder and a generic, group-based programme: a multi-centre, randomised controlled trial of the New Forest Parenting Programme versus Incredible Years*. European Child & Adolescent Psychiatry. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1054-3> Springer Berlin Heidelberg.
- 101 KORA & Mehlbye, Jill (2015). *Guide til tidlig opsporing af børn i en udsat position. Anvendelse af opsporingsmodellen*.
- 102 Lekhal, Ratib (2015). *Evaluering av LP-modellen med hensyn til barns utvikling og læring i daginstitusjonene*. Høgskolen i Hedmark, Senter for parksisrettet utdanningsforskning.
- 103 <https://socialstyrelsen.dk/tvaergraende-omrader/dokumenterede-metoder-born-og-unge/om-dokumenterede-metoder/dua/resultater-og-erfaringer>
- 104 <http://www.blueprintsprograms.com/factsheet/incredible-years-teacher-classroom-management>
- 105 [http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i11432/Systematisk-review-af-effektviden-om-E2%80%9DDe-Utrolige-C3%85r-E2%80%9D-\(DU-C3%85\)](http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i11432/Systematisk-review-af-effektviden-om-E2%80%9DDe-Utrolige-C3%85r-E2%80%9D-(DU-C3%85))
- 106 Danmarks Evalueringsinstitut (2010). *Pædagogiske indsatser og nye initiativer på dagtilbudsområdet. Evaluering af Socialministeriets ansøgningspulje til "Bedre kvalitet i dagtilbud"*.
- 107 Fried, Ronna, Petty, Carter, Faraone, Stephen V., Hyder, Laran L., Day, Helen & Biederman, Joseph (2016). *Is ADHD a Risk Factor for High School Dropout? A Controlled Study*. Journal of Attention Disorders.
- 108 Taanila, A., Ebeling, H., Tiihala, M., Kaakinen, M., Moilanen, I., Hurtig, T., & Yliherva, A. (2014). *Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms*. J Atten Disord, 18(1), 61-72. doi:10.1177/1087054712446813.
- 109 Wei, X., Yu, J. W., & Shaver, D. (2014). *Longitudinal effects of ADHD in children with learning disabilities or emotional disturbances*. Exceptional Children, 80(2), 205-219. doi:10.1177/001440291408000205.
- 110 Stanek, H. (2017). *Amerikansk specialist: Børn med ADHD er kulminens svar på kanarifuglen*. Artikel i Folkeskolen, 26. september 2017.

- 111 Egelund, N., Nordahl, T., Hansen, O., Andersen, P. G. & Qvortrup, L. (2017). *Portræt af elever med særlige behov. Supplerende undervisning og specialundervisning i 13 kommuner*. Aarhus Universitetsforlag. Nationalt Center for Skoleforskning.
- 112 Dyssegaard & Egelund, N. (2015) og Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling (2016) i Egelund, N., Nordahl, T., Hansen, O., Andersen, P. G. & Qvortrup, L. (2017). *Portræt af elever med særlige behov. Supplerende undervisning og specialundervisning i 13 kommuner*. Aarhus Universitetsforlag. Nationalt Center for Skoleforskning.
- 113 Colomer, C., Berenguer, C., Rosello, B., Baixauli, I. & Miranda, A. (2017). *The impact of inattention, Hyperactivity/Impulsivity symptoms, and executive functions on learning behaviors of children with ADHD*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5388736/>
- 114 Undervisningsministeriet (2017). Notat vedr. *Satspuljeprojektet Mestring af skoledag og hverdagsliv*. Styrelsen for Undervisning og Kvalitet.
- 115 Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling (2016). *Afrapportering af inklusionseftersynet. Et overblik over den samlede afrapportering*.
- 116 Sundhedsstyrelsen (2016). *Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge. Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser*.
- 117 Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling (2016). *Afrapportering af inklusionseftersynet. Et overblik over den samlede afrapportering*.
- 118 Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling (2016). *Afrapportering af inklusionseftersynet. Et overblik over den samlede afrapportering*.
- 119 Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling (2016). *Afrapportering af inklusionseftersynet. Et overblik over den samlede afrapportering*.
- 120 Barkley, R. A. (Ed.) (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder. Fourth edition. A handbook for diagnosis and treatment*. 4th ed. Guilford Press.
- 121 DuPaul, G. J., Kern, L., Caskie, G. I. L., & Volpe, R. J. (2015). *Early intervention for young children with attention deficit hyperactivity disorder: Prediction of academic and behavioral outcomes*. *School Psychology Review*, 44(1), 3-20. doi:10.17105/SPR44-1.3-20
- 122 Colomer, C., Berenguer, C., Rosello, B., Baixauli, I. & Miranda, A. (2017). *The impact of inattention, Hyperactivity/Impulsivity symptoms, and executive functions on learning behaviors of children with ADHD*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5388736/>
- 123 Bastiansen, G. (2011) i Mølgaard L. K. (Ed.). *Små skridt*. Denmark. Dafolo.
- 124 Søndergaard, D. M. et al. (2014). *Ro og klasseledelse i Folkeskolen*. Rapport fra ekspertgruppen om ro og klasseledelse. Undervisningsministeriet.
- 125 Klinge, Louise (2016). *Lærereens relationskompetence. En empirisk undersøgelse af, hvordan lærereens relationskompetence viser sig i interaktioner med elever og klasser i almenundervisningen i folkeskolen*. Ph.d. afhandling ved Københavns Universitet.
- 126 Søndergaard, D. M. et al. (2014). *Ro og klasseledelse i Folkeskolen*. Rapport fra ekspertgruppen om ro og klasseledelse. Undervisningsministeriet.
- 127 Klinge, Louise (2016). *Lærereens relationskompetence. En empirisk undersøgelse af, hvordan lærereens relationskompetence viser sig i interaktioner med elever og klasser i almenundervisningen i folkeskolen*. Ph.d. afhandling ved Københavns Universitet.
- 128 Nordenbo, S. E., Larsen, M. S., Tirtkci, N., Wendt, R. E., & Østergaard, S. (2008). *Lærerkompetanser og elevers læring i barnehage og skole - et systematisk review utført for kunnskabsdepartementet, oslo*. (No. 1.2). Danmarks Pædagogiske Universitet og Dansk Clearinghouse for Uddannelsesforskning.
- 129 Owens, Holdaway & Smith (2017). *Rates of Common Classroom Behavior Management Strategies and Their Associations With Challenging Student Behavior in elementary School*. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*.
- 130 http://www.lp-modellen.dk/LP-modellen/Hvad_er_LP-modellen.aspx
- 131 <http://laeringsledelse.dk/>
- 132 <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-born-og-unge/om-dokumenterede-metoder/pals>
- 133 Andresen, B.B. (2014): *Professionel udvikling indefra – følgeforskning om LP-arbejdet i skolen*. Aarhus Universitet.
- 134 Nordahl, T. & Sunnevåg, A. (2013). *Social, faglig og oplevet inklusion for forskellige elevgrupper i skolen*. UCN. Act2learn
- 135 Rasmussen, P. S., & Olsen, P. S. (2012). *Positiv adfærd i læring og samspil (PALS)*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 136 Skov, P. R., Jensen, V. M., & Christoffersen, M. N. (2017, under udgivelse). *Notat: Opfølgning på skoleprogrammet positiv adfærd i læring og samspil (PALS)*. København. SFI.
- 137 Sørli, M., & Ogden, T. (2015). *School-wide positive behavior Support-Norway: Impacts on problem behavior and classroom climate*. *International Journal of School & Educational Psychology*, 3(3), 202-217. doi:10.1080/21683603.2015.1060912
- 138 Sugai, G., & Simonsen, B. (2012). *Positive behavioural interventions and supports: History, defining features, and misconceptions*. Center for Positive Behavioral Interventions and Supports.

- 139 Blonigen, B. A., Harbaugh, W. T., Singell, L. D., Horner, R. H., Irvin, L. K., & Smolkowski, K. (2008). *Application of economic analysis to school-wide positive behavior support programs*. Journal of Positive Behavior Interventions, 10(1), 5-19.
- 140 Dyssegaard, Camilla Brørup & Larsen, Michael Søgaaard (2013). *Viden om inklusion*. Dansk Clearinghouse for Uddannelsesforskning. Århus Universitet.
- 141 <https://www.folkeskolen.dk/592193/familieklasser-kan-styrke-udsatte-elevers-selvvaerd>
- 142 Socialstyrelsen (2011). *Inspirationskatalog om Forældreprogrammer – 18 evidensbaserede indsatser til familiebehandling*.
- 143 Hertz, Søren (2005). *Marlborough-konceptet i en dansk sammenhæng – et konkret eksempel på ideen om at skabe oplevelse af sammenhæng*. Psykologisk Pædagogisk Rådgivning 5-6, 663-79.
- 144 Illeris, Knud m.fl. (2009). *Mellem individualisering og standardisering, Ungdomsliv*. Samfundslitteratur.
- 145 Socialstyrelsen (2015). *MST guide til arbejdet med ADHD*.
- 146 Socialstyrelsen (2015). *MST guide til arbejdet med ADHD*.
- 147 Epinion, Pluss leadership & Center for ungdomsforskning (CeFU) (2012). *Evaluering af ungepakke II. De unges vej til ungdomsuddannelserne – uddannelsessystemets vej til de 95 pct. Hovedrapport: konklusioner, anbefalinger, opsummering*. Ministeriet for børn og undervisning.
- 148 <https://uvm.dk/vejledning-og-stoette/muligheder/vejledning/ansvar-og-aktorer/ungdommens-uddannelsesvejledning>
- 149 Danmarks IT-center for Uddannelse og Forskning (2012). *UU-centrenes vejledning. Brugerundersøgelse blandt elever i 9. klasse, 10. klasse og specialklasse*. UNI C.
- 150 Rambøll Management (2013). *Evaluering af ADHD-udviklingsprojekter. Slutrapport*.
- 151 Hans Knudsen Institutet. *Ordinær erhvervsuddannelse med særlig støtte*.
- 152 Undervisningsministeriet. Styrelsen for IT og Læring. Uni-c.dk.
- 153 <https://uvm.dk/saerligt-tilrettelagt-ungdomsuddannelse>
- 154 <https://uvm.dk/saerligt-tilrettelagt-ungdomsuddannelse>
- 155 Epinion (2017). *Evaluering af særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse*. Udarbejdet for Undervisningsministeriet og Finansministeriet.
- 156 Epinion (2017). *Evaluering af særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse*. Udarbejdet for Undervisningsministeriet og Finansministeriet.
- 157 Christoffersen, Mogens & Hammen, Ida (2011). *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- 158 Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M. & Thomsen, P. H. (2014). *ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood – a naturalistic longterm follow-up study*. Addictive behaviours, 39 (1) 325-328.
- 159 Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M & Thomsen, P. H.: Long-term criminal outcome of children with attention deficit hyperactivity disorder, Criminal Behavior and Mental Health 23(2), 86-98
- 160 Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Sigfusdottir, I. D., Youngm S: *A National Epidemiological Study of Offending and its Relation with ADHD Symptoms and Associated Risk Factors*. Journal of Attention Disorders 2014, Vol. 18(1) 3 – 13.
- 161 Meinzer, MC., Pettit, JW., Viswesvaran, C. (2015). *The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: a meta-analytic review*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Apr; 54(4):275-82. doi: 10.1016/j.jaac.2014.12.016. Epub 2015 Jan 26.
- 162 Allely, CS. (2014). *The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: a systematic PRISMA review*. J Atten Disord. 2014 Aug;18(6):483-95. doi: 10.1177/1087054712443155. Epub 2012 May 24.
- 163 Furczyk, K. & Thome, J. (2014). *Adult ADHD and suicide*. Clin Psychol. Rev. 2014 Dec; 34(8):595-607. doi: 0.1016/j.cpr.2014.10.002. Epub 2014 Oct 13.
- 164 Ljung, T., Chen, Q., Lichtenstein, P. & Larsson, H. (2014). *Common etiological factors of attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behavior: a population-based study in Sweden*. Atten Defic Hyperact Disord. 2014 Sep;6(3):153-8. doi: 10.1007/s12402-014-0150-1. Epub 2014 Jul 26.
- 165 Chang, Z., D’Onofrio, BM., Quinn, PD., Lichtenstein, P., Larsson, H. (2014). *Medication for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Risk for Depression: A Nationwide Longitudinal Cohort Study*. BMJ. 2014 Jun 18;348:g3769. doi: 10.1136/bmj.g3769.
- 166 Chen, Q., Sjölander, A., Runeson, B., D’Onofrio, BM., Lichtenstein, P. & Larsson H. (2014). *Drug treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behaviour: register based study*. JAMA Psychiatry. 2014 Aug; 71(8):958-64. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.363.
- 167 Ljung T, Chen Q, Lichtenstein P, Larsson H. (2014). *Common etiological factors of attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behavior: a population-based study in Sweden*. Atten Defic Hyperact Disord. 2014 Sep;6(3):153-8. doi: 10.1007/s12402-014-0150-1. Epub 2014 Jul 26.
- 168 <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-born-og-unge/radgivning-og-stotte/radgivning-om-dokumenterede-metoder>
- 169 Lystoft, Mette, Olsen, Jens & Odgaard, Thomas (2017). *Økonomiske gevinster ved at investere i headspace*. Incentive.
- 170 Greve, Morten (2014). *Forebyggelse af kriminalitet blandt børn og unge. En metode- og implementeringsguide*. Socialstyrelsen.
- 171 <http://www.dkr.dk/lokalt-samarbejde/ssp-og-forebyggelsesmodellen/>

- 172 Høgsbro, Kjeld, Eskelinen, Leena, Andersen, Maja Lundemark & Berger, Nichlas Permin (2013). *ADHD-problematikkens sociale aspekter Sammenfatning af resultaterne fra undersøgelsen af den sociale indsats over for familier og voksne med ADHD*. Aalborg universitet og KORA.
- 173 Socialstyrelsen (2015). *MST GUIDE til arbejdet med ADHD*.
- 174 Kora (2017). *Effekter af Multi-Systemisk Terapi for unge med adfærdsproblemer*.
- 175 Rambøll Management (2012). *Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge*.
- 176 Bengtsson, Steen, Hansen, Helle & Røgeskov, Maria (2011). *Børn med funktionsnedsættelser og deres familier*. SFI.
- 177 Christoffersen, Mogens & Hammen, Ida (2011). *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- 178 Christoffersen, Mogens & Hammen, Ida (2011). *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- 179 *Børn, unge og fysisk aktivitet – en konsensuskonference* (2016). Københavns universitet.
- 180 Schneckloth Søberg, Merete & Felland Gunnløgsson, Katrine (2016). *Ildræt for børn med særlige behov*. En håndbog. DGI.
- 181 Benthholm, Anette (2013). *Ildræt flytter grænser*. Handicapidrættens Videnscenter.
- 182 Harrison et al. (2004), Zylowska et al. (2008), Singh et al. (2010), Carboni (2012), Haydicky et al. (2012), Bögels et al. (2008), Van der Oord et al. (2012), Haydicky et al. (2013).
- 183 Meppelink et al. (2016). *Meditation or Medication? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD: a randomized controlled trial*. BMC Psychiatry.
- 184 Meppelink et al. (2016). *Meditation or Medication? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD: a randomized controlled trial*. BMC Psychiatry.
- 185 <https://www.dgi.dk/media/13274/et-sted-at-starte.pdf>.
- 186 Kommunernes Landsforening (2015). *Afdækning af IKT-løsninger på det sociale område*.
- 187 Digitaliseringsstyrelsen (2016). <https://www.digst.dk/~media/Files/Velfaerdsteknologi/Afslutningsrapporter/Slutrapport-velfaerdsteknologi/slutrapport-33bdocx.pdf>.
- 188 Sundhedsstyrelsen (2014). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge – med fokus på diagnoserne "Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed" og "Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet" i henhold til ICD-10*.
- 189 <https://adhd.dk/neurofeedback-og-adhd/>
- 190 Sonuga-Barke, E., Brandeis, D., Holtmann, M. & Cortese, S. (2014). *Computer-based Cognitive Training for ADHD. A review of current evidence*. Child & Adolescent Psychiatric Clinics.
- 191 Sonne, Tobias (2016). *Assistive Technologies to Empower Children with ADHD: Conceptual Framework and Technological Solutions*. Ph.d. afhandling.
- 192 Sonne, Tobias (2016). *Assistive Technologies to Empower Children with ADHD: Conceptual Framework and Technological Solutions*. Ph.d. afhandling.
- 193 Socialstyrelsen (2012). *Evaluering af 'Teknologi til understøttelse af hverdagen for børn og unge med autismspektrumsforstyrrelser og ADHD'*.
- 194 Socialstyrelsen (2012). *Evaluering af 'Teknologi til understøttelse af hverdagen for børn og unge med autismspektrumsforstyrrelser og ADHD'*.
- 195 Sundhedsstyrelsen (2015). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos voksne – med forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed samt opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet*.
- 196 Mohr, Christina & Steinhausen, Hans-Christoph (2015). *Time Trends in Incidence Rates of Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Across 16 Years in a Nationwide Danish Registry Study*. J Clin Psychiatry.
- 197 Fayyad, J. et al. (2007). *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. British Journal of Psychiatry.
- 198 Mohr, Christina & Steinhausen, Hans-Christoph (2015). *Time Trends in Incidence Rates of Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Across 16 Years in a Nationwide Danish Registry Study*. J Clin Psychiatry.
- 199 Mohr, Christina & Steinhausen, Hans-Christoph (2015). *Time Trends in Incidence Rates of Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Across 16 Years in a Nationwide Danish Registry Study*. J Clin Psychiatry.
- 200 Mowlem, Florence D. et al. (2016). *Validation of the Mind Excessively Wandering Scale and the Relationship of Mind Wandering to Impairment in Adult ADHD*. Journal of Attention Disorders 1–11, SAGE.
- 201 Sexton, C. et al. (2012) *The Co-occurrence of Reading Disorder and ADHD: Epidemiology, Treatment, Psychological Impact and Economic Burden*, Journal of Learning Disabilities 45(6), 538-564
- 202 Willcutt, E. et al. (2005) *Neuropsychological Analyses of Comorbidity Between Reading Disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: In Search of the Common Deficit*. Developmental Neuropsychology, 27(1), 35–78
- 203 Willcutt, E. et al. (2010) *Etiology And Neuropsychology Of Comorbidity Between RD And ADHD: The Case For Multiple-Deficit Models*, Cortex. 2010; 46(10): 1345-1361.
- 204 Sundhedsstyrelsen (2015). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos voksne – med forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed samt opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet*.

- 205 Daley, Davis, Højbjerg Jacobsen, Rasmus Lange, Anne-Mette, Sørensen, Anders & Walldorf, Jeanette (2015). *Costing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Impact on the Individual and Society*. Oxford University Press and Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- 206 Daley, Davis, Højbjerg Jacobsen, Rasmus Lange, Anne-Mette, Sørensen, Anders & Walldorf, Jeanette (2015). *Costing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Impact on the Individual and Society*. Oxford University Press and Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- 207 Daley, Davis, Højbjerg Jacobsen, Rasmus Lange, Anne-Mette, Sørensen, Anders & Walldorf, Jeanette (2015). *Costing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Impact on the Individual and Society*. Oxford University Press and Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- 208 Børne- og Socialministeriet (2017). *Socialpolitisk Redegørelse 2017*.
- 209 <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/adhd/behandling-af-adhd-hos-voksne.aspx>
- 210 Høgsbro, Kjeld, Eskelinen, Leena, Lundemark Andersen, Maja & Permin Berger, Nichlas (2013). *ADHD-problematikkens sociale aspekter. Sammenfatning af resultaterne fra undersøgelsen af den sociale indsats over for familier og voksne med ADHD*. Aalborg Universitet og KORA.
- 211 Jensen, Christina Mohr et al. (2016). *Cognitive behavioural therapy for ADHD in adults: Systematic review and meta-analyses*. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, march 2016, Volume 8, Issue 1, pp. 3–11. Springer Link.
- 212 Mongia, M. & Hechtman, L. (2012). *Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials*. Current Psychiatry Reports, october 2012, Volume 14, Issue 5, pp. 561–567.
- 213 Emilsson, Brynjar et al. (2011). *Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent Symptoms: A randomized controlled trial*. BMC Psychiatry 2011, 11:116
- 214 Sundhedsstyrelsen (2015). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos voksne - med forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed samt opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet*. Sundhedsstyrelsen.
- 215 Sundhedsstyrelsen (2015). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos voksne - med forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed samt opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet*. Sundhedsstyrelsen.
- 216 DEFACTUM (2017). *Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser. Åben Dialog*. Evalueringsrapport udarbejdet for Socialstyrelsen.
- 217 Bengtsson, Steen & Ørkeby Gregersen, Signe (2013). *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser*. En forskningsoversigt. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 218 DEFACTUM (2017). *Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser. Åben Dialog*. Evalueringsrapport udarbejdet for Socialstyrelsen.
- 219 DEFACTUM (2017). *Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser. Åben Dialog*. Evalueringsrapport udarbejdet for Socialstyrelsen.
- 220 www.adhd.dk/projekter
- 221 Jensen, Bernhard, Kirk Muff, Elsebeth, Faureholm, Jytte & Pedersen, Karen (2008). *Netværksrådslagning - Erfaringer, fortællinger og refleksioner fra et udviklingsprojekt om netværksrådslagning for hjemløse*. Socialt Udviklingscenter SUS.
- 222 Seikkula, Jaakko & Erik Arnkil, Tom (2008). *Sociale netværk i dialog*. Akademisk Forlag.
- 223 DEFACTUM (2017). *Evalueringsrapport: Netværket i spil - et rådslagningsprojekt for unge med ADHD*. Rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland for ADHD-foreningen og Fonden Vita.
- 224 Petersen, Christiane Bundegaard & Falkesgaard Højen, Betina (2012). *Evaluering af Støttepersonuddannelsen - Uddannelse for støttepersoner til voksne med ADHD*. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- 225 Høgsbro, Kjeld, Eskelinen, Leena, Lundemark Andersen, Maja & Permin Berger, Nichlas (2013). *ADHD-problematikkens sociale aspekter Sammenfatning af resultaterne fra undersøgelsen af den sociale indsats over for familier og voksne med ADHD*. Aalborg universitet og KORA.
- 226 Petersen, Christiane Bundegaard & Falkesgaard Højen, Betina (2012). *Evaluering af Støttepersonuddannelsen - Uddannelse for støttepersoner til voksne med ADHD*. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- 227 Thomsen, Rikke et al. (2015) *Evaluering af Projekt Virtuel Bostøtte*. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Evalueringen er finansieret af Metodecenteret, Region Midtjylland. Rapporten kan læses og downloades på www.cfk.rm.dk.
- 228 Thomsen, Rikke et al. (2015) *Evaluering af Projekt Virtuel Bostøtte*. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Evalueringen er finansieret af Metodecenteret, Region Midtjylland. Rapporten kan læses og downloades på www.cfk.rm.dk.
- 229 Petersen, Christiane Bundegaard (2013). *Smartphones til borgere med ADHD. Evaluering af Remind-forsøget i Skanderborg Kommune*. Metodecentret, Aarhus. Rapporten kan læses og downloades på www.metodecentret.dk.
- 230 Petersen, Christiane Bundegaard (2013). *Smartphones til borgere med ADHD. Evaluering af Remind-forsøget i Skanderborg Kommune*. Metodecentret, Aarhus. Rapporten kan læses og downloades på www.metodecentret.dk.

- 231 Daley, Davis, Højbjerg Jacobsen, Rasmus Lange, Anne-Mette, Sørensen, Anders & Walldorf, Jeanette (2015). *Costing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Impact on the Individual and Society*. Oxford University Press and Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- 232 Børne- og Socialministeriet (2017). *Socialpolitisk redegørelse 2017*.
- 233 Socialstyrelsen (2011). *Jeg er jo den, jeg er. En interviewundersøgelse om ADHD og udsathed*.
- 234 Kyllingsbæk, Lise Bjerre, Marie Therese Dyrbye & Carrie Lynne Lautrup (2011). *Opsporing af ADHD blandt udsatte voksne. Evalueringsrapport*. Socialstyrelsen.
- 235 Eskelinen, Leena (2013). *ADHD-problematikkens sociale aspekter – Beskæftigelsesrettet indsats*. Aalborg Universitetsforlag.
- 236 Olsen, Leif & Eskelinen, Leena (2017). *Evaluering af mestringsforløb for mennesker med kognitive funktionsnedsættelser. Danske Handicaporganisationers projekt Mening og Mestring*. KORA
- 237 Christoffersen, Mogens & Hammen, Ida (2011). *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 238 Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2014). *Mentorkorps. Håndbog om etablering, opkvalificering og vedligeholdelse af mentorkorps i beskæftigelsesindsatsen*
- 239 Albæk, Karsten et al. (2015). *Evaluering af mentorordningen*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 240 CABI (2012). *Unge med mentale helbredsproblemer – vejen til arbejdsmarkedet – idékatalog*. CABI
- 241 Christensen, Thomas & Merete Nordentoft (2011). *Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom*. Forskningsenheden, Psykiatrisk Center København
- 242 Larsen, Malene Rode & Høgelund, Jan (2014). *Litteraturstudie af handicap og beskæftigelse*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 243 Christensen, Thomas & Nordentoft, Merete (2011). *Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom*. Forskningsenheden, Psykiatrisk Center København
- 244 <https://www.psykiatri-regionh.dk/IPS/IPS-baggrund-og-fakta/Sider/default.aspx>
- 245 <https://www.phmetropol.dk/forskning/institutter/det+samfundsaglige+og+paedagogiske+fakultet/institut+for+socialt+arbejde/foumiljoe++beskaeftigelse+og+beskaeftigelsesindsatsen/ips+forskning+i+implementering+i+4+kommuner>
- 246 <https://www.psykiatri-regionh.dk/IPS/Sider/default.aspx>
- 247 <https://www.psykiatri-regionh.dk/IPS/IPS-baggrund-og-fakta/Sider/default.aspx>
- 248 Socialministeriet. *Det opsøgende og kontaktskabende arbejde*. <http://www.statensnet.dk/pligtarkiv/fremvis.pl?værkid=21606&repid=0&filid=12&iarkiv=1>
- 249 Hjelmar, Ulf et al. (2016). *Styrkelse af værestedernes rolle i den sociale indsats i kommunerne. En evaluering af erfaringer i tre kommuner med en samarbejdsmodel*. KORA.
- 250 Hjelmar, Ulf et al. (2016). *Styrkelse af værestedernes rolle i den sociale indsats i kommunerne. En evaluering af erfaringer i tre kommuner med en samarbejdsmodel*. KORA.
- 251 Hjelmar, Ulf et al. (2016). *Styrkelse af værestedernes rolle i den sociale indsats i kommunerne. En evaluering af erfaringer i tre kommuner med en samarbejdsmodel*. KORA.
- 252 Hjelmar, Ulf et al. (2016). *Styrkelse af værestedernes rolle i den sociale indsats i kommunerne. En evaluering af erfaringer i tre kommuner med en samarbejdsmodel*. KORA.
- 253 Socialstyrelsen (2017). *Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere*.
- 254 Rambøll (2017). *Evaluering af udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug – slutrapport*. Udarbejdet for Socialstyrelsen.
- 255 Rambøll (2017). *Evaluering af udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug – slutrapport*. Udarbejdet for Socialstyrelsen.
- 256 Pedersen, Mads Uffe et al. (2017). *Behandling af unge der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*. Rapport fra Center for Rusmiddelforskning
- 257 Udlændinge- Integrations- og Boligministeriet (2016). *Startboligordningen. Evalueringsrapport*. PLUSS.
- 258 Udlændinge- Integrations- og Boligministeriet (2016). *Startboligordningen. Evalueringsrapport*. PLUSS.
- 259 Udlændinge- Integrations- og Boligministeriet (2016). *Startboligordningen. Evalueringsrapport*. PLUSS.
- 260 Udlændinge- Integrations- og Boligministeriet (2016). *Startboligordningen. Evalueringsrapport*. PLUSS.
- 261 Benjaminsen, Lars & Enemark, Morten Holm (2017). *Veje ind og ud af hjemløshed. En undersøgelse af hjemløshedens forløb og dynamik*. VIVE – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
- 262 Benjaminsen, Lars (2014). *Housing First – En permanent bolig og en helhedsorienteret social indsats*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Socialstyrelsen.

- 263 <http://www.hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne>
- 264 Rambøll & SFI (2013). *Hjemløsestrategien: Afsluttende rapport*, Rambøll og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Social- og Integrationsministeriet.
- 265 Benjaminsen, Lars (2015). *Intensive Case Management (ICM) – Manual*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Socialstyrelsen.
- 266 Rambøll & SFI (2013). *Hjemløsestrategien: Afsluttende rapport*, Rambøll og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Social- og Integrationsministeriet.
- 267 Rambøll & SFI (2013). *Samfundsøkonomisk analyse af metoder – Hjemløsestrategien*. Rambøll og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Social- og Indenrigsministeriet.
- 268 <http://www.hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne>
- 269 Rambøll & SFI (2013). *Hjemløsestrategien: Afsluttende rapport*, Rambøll og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Social- og Integrationsministeriet.
- 270 Benjaminsen, Lars (2015). *Critical Time Intervention (CTI) – Manual*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Socialstyrelsen.
- 271 Rambøll & SFI (2013). *Hjemløsestrategien: Afsluttende rapport*, Rambøll og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Social- og Integrationsministeriet.
- 272 Socialstyrelsen (2017). *Omkostningsvurdering af CTI*. (www.vidensportal.dk)
- 273 Rambøll & SFI (2013). *Samfundsøkonomisk analyse af metoder – Hjemløsestrategien*. Rambøll og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Social- og Indenrigsministeriet.
- 274 <http://www.hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne>
- 275 Rambøll & SFI (2013). *Hjemløsestrategien: Afsluttende rapport*, Rambøll og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Social- og Integrationsministeriet.
- 276 Benjaminsen, Lars (2015). *Assertive Community Treatment (ACT) Manual*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Socialstyrelsen.
- 277 Rambøll & SFI (2013). *Hjemløsestrategien: Afsluttende rapport*, Rambøll og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Udarbejdet for Social- og Integrationsministeriet.
- 278 Fixsen et. al, 2005: 72
- 279 Sundhedsstyrelsen (2014). *National Klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge – med fokus på diagnoserne "Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed" og "Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet" i henhold til ICD-10*.
- 280 Sundhedsstyrelsen (2014). *National Klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge – med fokus på diagnoserne "Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed" og "Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet" i henhold til ICD-10*.
- 281 Sundhedsstyrelsen (2015). *National Klinisk Retningslinje for Udredning og behandling af ADHD hos voksne – med forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed samt opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet*.
- 282 Regeringens udvalg om psykiatri (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. Sundheds- og ældreministeriet.
- 283 Sundhedsstyrelsen (2015). *National Klinisk Retningslinje for Udredning og behandling af ADHD hos voksne – med forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed samt opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet*.
- 284 Sundhedsstyrelsen (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med ADHD*.
- 285 Sundhedsstyrelsen (2015). *National Klinisk Retningslinje for Udredning og behandling af ADHD hos voksne – med forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed samt opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet*.
- 286 Regeringens udvalg om psykiatri (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. Sundheds- og ældreministeriet.
- 287 Daley, D. et al. (2014). *Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains*.
- 288 Sundhedsstyrelsen (2015). *National Klinisk Retningslinje for Udredning og behandling af ADHD hos voksne – med forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed samt opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet*.
- 289 Thapar, A. et al. (2013). *Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD?* J Child Psychol Psychiatry.
- 290 Muskens, Velders & Staal (2017). *Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review*. European Child and Adolescent Psychiatry. September 2017, Volume 26, Issue 9, pp. 1093–1103.

Bilag

Bilag 1 – Om diagnosen ADHD

Diagnosen

ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ADHD er en diagnose i det amerikanske diagnosesystem DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994). I Danmark er den officielle klassifikation det internationale diagnosesystem WHO's ICD-10 (*World Health Organization*, 1993). I ICD-10 er den relevante diagnose Hyperkinetisk forstyrrelse (HKF). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) og Hyperkinetisk forstyrrelse (HKF) er begge karakteriseret ved kernesymptomerne opmærksomhedsvanskeligheder, hyperaktivitet og impulsivitet²⁷⁹.

Samlet set er definitionen i DSM-IV noget bredere end i ICD-10, og for at kunne opfylde de diagnostiske kriterier for Hyperkinetisk forstyrrelse i ICD-10 skal der være samtidig tilstedeværelse af alle kernesymptomer²⁸⁰.

Ifølge *National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos voksne*, kan stringent brug af de diagnostiske kriterier ved diagnosticering af ADHD i voksenlivet være utilstrækkelig og medføre underdiagnosticering, fordi de diagnostiske kriterier fokuserer på vanskeligheder i barndommen og ikke tager højde for de ændringer i ADHD-symptomer, der kan ske med alderen. Diagnosticering af ADHD i voksenlivet bør derfor inkludere en alderssvarende tilpasning ved vurderingen af diagnosekriterierne²⁸¹.

Forekomst

ADHD er den hyppigst registrerede psykiatriske diagnose blandt børn og unge. Studier af forekomsten af ADHD viser forskellige estimater, men der er udpræget konsensus om, at diagnosen kan stilles hos 3-5 % af en børneårgang. En mindre del af børn og unge, ca. 1-2 %, vil have ADHD i svær grad²⁸².

En række internationale studier peger på, at mellem 3,4 - 4,4 % af den voksne befolkning har ADHD²⁸³.

De nyeste tal fra Landspatientregisteret viser, at forekomsten af ADHD blandt børn og unge (0-18 år) er steget væsentligt over en tiårig periode, således at forekomsten i 2016 var 25.029 diagnosticerede børn og unge, mens det tilsvarende tal for 2006 var 7.186 diagnosticerede børn og unge (prævalens)²⁸⁴.

I 2001 var der næsten ingen voksne danskere, der havde diagnosen hyperkinetisk syndrom (F90) (som omfatter flere mindre grupper patienter ud over F90.0 og F98.8C), mens antallet af voksne registreret med hyperkinetisk syndrom ti år senere var næsten 3.000 personer²⁸⁵.

I løbet af de sidste 20 år er der sket en markant ændring i henvisningspraksis, der har medført en stigning i andelen af børn og unge, der får ADHD-medicin og i antallet af børn og unge med ADHD, der får behandling i børne- og ungdomspsykiatrien²⁸⁶. Andelen af børn i Danmark, der modtager ADHD-medicin, er således steget fra 0,1 % i 1999 til 1,4 % i 2013²⁸⁷. Der har i samme periode været en stor stigning i antallet af voksne i behandling for ADHD, og ca. 20.000 personer over 20 år har i 2013 indløst mindst én recept på enten methylphenidat, atomoxetin eller lisdexamfetamin²⁸⁸.

Komorbiditet

For både børn, unge og voksne med ADHD er der påvist en øget samtidig forekomst af kognitive forstyrrelser, herunder specifikke motoriske eller sproglige forstyrrelser og indlæringsvanskeligheder. Mange mennesker med ADHD/HKF vil endvidere have komorbiditet i form af andre psykiske og/eller adfærdsmæssige vanskeligheder såsom søvnforstyrrelser, adfærdforstyrrelser, andre udviklingsforstyrrelser, angst og depression.

Baggrunden for at ADHD ofte sameksisterer med andre psykiske vanskeligheder skyldes dels, at de forhold, der øger risikoen for at et barn udvikler ADHD (bl.a. gener, fødselskomplikationer mv.),

også øger risikoen for andre udviklingsforstyrrelser (fx autisme spektrum forstyrrelse, specifikke indlæringsvanskeligheder og generel udviklingshæmning) og dels, at børn, unge og voksne med ADHD, grundet stress og belastning, kan udvikle andre psykiske vanskeligheder på længere sigt (fx belastningsreaktioner, angst, stof- og alkoholmisbrug)²⁸⁹.

Derudover kan ADHD også sameksistere med fysiske lidelser såsom søvnforstyrrelser, astma, allergi og diabetes, som yderligere kan komplicere personens livssituation²⁹⁰.



ADHD er den hyppigst registrerede psykiatriske diagnose blandt børn og unge

Bilag 2 Model for sammenhængen mellem indsatser på tværs af sektorer

Indsatsniveauer	Fokus	Involverede fagprofessionelle	Socialfaglig/pædagogisk indsats	Sundhedsfaglig indsats
Forebyggende indsats				Alment forebyggende indsats
Alle børn	Trivsel, adfærd og socialt samspil/tidlige tegn på mistrivsel	Sundhedsplejerske Dagpleje Pædagog Lærer	Almene tilbud gøres tilgængelige, fx inkluderende miljøer i dagtilbud og skoler. Målrettet arbejde med sociale kompetencer	Generel viden/information om og opmærksomhed på tidlige tegn på mistrivsel, så der kan reageres herpå
Foregribende indsats				Trin 1: Tidlig indsats
Børn der vurderes at være i risikogruppe og udviser tidlige tegn på mistrivsel Problemer i forhold til opmærksomhed, hyperaktivitet, impulsivitet	Tegn på mistrivsel/tidlige tegn på ADHD-symptomer	Sundhedsplejerske Praktiserende læge Dagpleje Pædagog Lærer PPR eller tilsvarende Psykolog Sagsbehandler Fysio- og ergoterapeuter	Indsatser der er målrettet barnet, familien og institution. Fokus på at identificere risikofaktorer og styrke beskyttende faktorer hos personen selv og nærmeste netværk/omgivelser, f.eks. adfærdshåndteringsstrategier, forældretræning, AKT/klasseintervention	Undersøgelse for symptomer Generel viden/information om og opmærksomhed på tidlige tegn på mistrivsel, så der kan reageres herpå
Indgribende indsats				Trin 2 og 3: Uddybende vurdering og indsats samt udredning, diagnostik og behandling
Børn der er i højrisiko, har mange symptomer og nedsat funktionsevneniveau. Børn som ikke profiterer af indsatser på tidligere interventionsniveau Børn med sammensatte problemstillinger, fortsat nedsat funktionsniveau, svære symptomer og/eller børn i alvorlig mistrivsel	Betydelige og gennemgribende funktionelle vanskeligheder og svære symptomer på ADHD Komplekse problemstillinger Udredning og diagnostik	Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere Pædiatere Praktiserende læge Specialiserede fagprofessionelle i kommunen, f.eks. PPR eller tilsvarende, psykolog (både kommunal og privatpraktiserende) eller lærere/pædagoger med særlig viden og kompetence Børne- og ungdomspsykiatri	Indsatser målrettet det enkelte barn/ung med alvorlige vanskeligheder, fx støtteperson, et pædagogisk støtteforløb, et specialskoletilbud eller aflastning. Vurdering af PPR	Vurdering hos egen læge Evt. rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien til kommunen Diagnostisk vurdering, indsats i børne- og ungdomspsykiatri, flere samtidige behandlingsindsatser Formidling af udredning til forældre og kommune og/eller almen praksis og formulering af anbefalinger til pædagogisk og socialfaglig indsats
Opfølgning				Trin 4: Opfølgning





Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

December 2017

