

Redaktionelt forord

Socialområdet er det største offentlige udgiftsområde. Det udgør 44%, hvilket er næsten tre gange så meget som det næststørste, sundhedsområdet, der udgør 16%.

Der er almindelig enighed om, at det samtidig er det område, der er mindst bygget på evidens og systematisk viden. Det må siges at være en ret uheldig kombination. Kontrasten til sundhedsområdet er enorm. På sundhedsområdet er det et grundlæggende princip, at de indsatser og behandlinger, der leveres, er baseret på viden om, at man ved det virker i forhold til de relevante patientgrupper. Den daglige praksis er reguleret efter konkrete retningslinjer, og det er en selvfølge, at de følges. De faglige skøn bygger ovenpå, de erstatter ikke evidensgrundlaget, men supplerer det. De bagvedliggende forskningsbudgetter er enorme, og der opsamles hvert eneste år ny viden, der formidles globalt.

På socialområdet er det anderledes. Der er en masse lovmæssigt arbejde, der handler om at få borgerne til at forstå deres rettigheder og følge deres pligter. Så er der rådgivende arbejde, der især har været hæmmet af, at den offentlige sektors siloer har svært ved at koordinere på tværs og løse opgaver i samarbejde mellem siloerne. Men borgernes problemer ved desværre ikke, hvordan den offentlige sektor er opbygget. Problemerne går netop på tværs af siloerne og rummer både sociale, sundhedsmæssige, uddannelsesmæssige og beskæftigelsesmæssige dimensioner.

Og så er der, vigtigst af alt, selve indsatserne. Hvad er det for tilbud, den enkelte borger skal have, og i hvilken rækkefølge? Hvad virker for et udsat barn? Hvordan hjælper vi de hjemløse og misbrugerne, der ofte også er psykisk syge? Hvordan støtter vi de mest marginaliserede på arbejdsmarkedet? Hvordan bryder vi den sociale arv?

Svaret blæser i vinden. Vi prøver os frem efter bedste evne, forsøger at fremhæve ”det gode eksempel” fra XXkøbing kommune. Det har intet med evidens at gøre. Det er anekdotisk. Vi ved ikke, om det virker uden for XXkøbing kommune, vi ved ikke en gang, om det virker næste år. Vi kommer aldrig til at flytte noget som helst på den måde.

Hvorfor er socialområdet så ringe evidensfunderet? Folk er gennem tiden kommet med mange forklaringer. De fagprofessionelles forklaring er, at feltets natur forhindrer evidensopbygning, fordi det er kontekstafhængigt og der ikke kan generaliseres. Der er flere veje til generaliserbar viden, og en af de mere kendte er lodtrækningsforsøg. Det betragtes imidlertid både som alt for dyrt og i nogle tilfælde uetisk i forhold til socialt udsatte, selvom det er helt almindeligt accepteret at lave lodtrækningsforsøg overfor syge mennesker. Indvendingen er på sin vis ulogisk: Så længe vi ikke ved, hvad der virker, kan de fleste jo godt blive enige om, at det under alle omstændigheder nødvendigvis må være tilfældigt, hvilken indsats der tilbydes – og så det er svært at få øje på det uetiske element.

En anden forklaring kan hænge sammen med den måde, det sociale område er organiseret på. Det meste ligger i kommunalt regi og er præget af stor variation i forhold til, hvordan den organiseres, tænkes og ledes. Hvis den enkelte enhed er lille og lokalt orienteret, er den måske slet ikke gearret til at optage og anvende viden udefra. Sundheds- og beskæftigelsesområdet er til sammenligning langt mere standardiseret og ensartet og forankret i meget større institutionelle enheder.

En tredje forklaring er, at der, i modsætning til sundhedsområdet, ikke er store private kommercielle interesser, der støtter forskning og evidensopbygning. Og det er nok en del af forklaringen, men ikke den hele. Tænk på forebyggende tandsundhed, der heller ikke har medicinalindustrien i ryggen: I 1971 blev det pligtigt for alle kommuner at tilbyde gratis forebyggende undersøgelser og behandlinger for alle børn og unge. En kæmpe og meget dyr indsats med gevinster, der først ville vise sig på langt sigt. Men evidensgrundlaget var der, så alle kunne se rationalet.

Andre peger på, at det manglende evidensfokus på socialområdet handler om, at området er forfærdelig dyrt allerede. Hvis man først begynder at opbygge evidens, vil man jo ligesom på sundhedsområdet opleve et stærkt ønske fra borgernes side om, at de evidensbaserede indsatser tilbydes som standard. Og disse indsatser kan jo være dyre, meget dyrere end det, der foregår i dag. Udover at tankegangen er indlysende umoralsk, forekommer dette perspektiv dog også at være en kortsigtsproblematik. En del af evidensstænkningen er jo også at kigge på omkostningseffektivitet, og hvis indsatserne virker, vil udgifterne jo på langt sigt blive mindre.

Og endelig er der den indlysende forklaring. Vi skal alle dø, og sygdom er hver mands herre. Men sociale problemer er måske mere noget, der rammer ”de andre”. Særligt hvis man hører til blandt de, der tager beslutningerne i vores samfund.

Hvordan kommer vi videre, sådan for alvor? Der er grøde i området og der er kommet et stærkt og velunderbygget fokus på de tidligere indsatser i forhold til børn, også de helt små, i skolerne og før problemerne vokser sig store. Anerkendelsen af nødvendigheden af evidensunderbyggede og omkostningseffektive indsatser bliver trods alt stadig mere udbredt.

I dette nummer af Samfundsøkonomen kommer en række bidragsydere med gode bud. Både Børne- og Socialministeriet og Danmarks Statistik peger på behovet for systematisk dataindsamling. Ministeriet peger derudover på den offentlige sektors vanskeligheder med at udføre indsatser på tværs af sektorområder. Niels Ploug sætter spørgsmålstegn ved socialpolitikens bagvedliggende idegrundlag og kalder på en debat om, hvad socialpolitik grundlæggende er, og hvad vi vil med den.

Knud Årup har en række dybt originale pointer. En af dem er, at de sociale problemer i vidt omfang skyldes sundhedsmæssige problemer i form af de store handicaps som ADHD, autisme, angst og ordblindhed. Og heri ligger inspirationen til dette nummer. For hvis en stor del af vores sociale problemer bunder i sundhedsproblemer, så bunder det også i problemer, hvor der faktisk er opbygget evidens for, hvilke indsatser, der virker. Simpelthen, fordi de ligger i sundhedssiloen. Og det betyder, at vi positivt ved, hvad vi kan gøre, særligt når det gøres tidligt.

Dvs. at en stor del af de sociale udfordringer kan løses allerede nu, fordi vi har den viden, der skal til. Vi behøver ikke at vente på store dataindsamlinger og lodtrækningsforsøg. Indsatserne ligger i stort omfang uden for det sociale områdes regi, og derfor har man ikke øje for dem. Og når det er sagt, er der også en hel del viden på det sociale område, der er klar til brug, men som heller ikke altid anvendes.

I nummeret præsenterer vi en perlerække af forskningsresultater. De omhandler handicaps som ADHD, ordblindhed, angst og børn af psykisk syge forældre. Og indsatser overfor seksuelt misbrug, nyfødte, der mistrives, børn, der omsorgssvigtes, og skolebørn, der ikke passer skolen og starter misbrug. I alle tilfælde findes modeller for, hvordan man opsporer de, der skal have tilbuddene, og anbefalinger til de indsatser, der bør tilbydes.

Lad os komme i gang og bruge den viden vi allerede har. Selvom den er skabt på det ene område, kan den løse problemer på et andet. Og lad os løbende måle effekterne og kontinuerligt opbygge yderligere evidens, så vi kan hjælpe så mange borgere som muligt for de penge, vi har.

God læselyst!

Lisbeth Pedersen, Niels Ploug og Mette Wier
Temaredaktører

Socialpolitik – velfærdssamfundets lim

De sidste 30 år er mere end 200.000 16-64-årige presset ud i udenforskab, fordi velfærdssamfundets forskellige institutioner ikke har givet den fagligt rigtige og rettidige støtte. Det gælder ikke mindst store grupper som fx mennesker med ordblindhed, ADHD eller autisme. De får ikke den rigtige støtte som børn, og derfor oplever de fiasko i grundskolen og ungdomsuddannelsessystemet. Det koster i sidste ende de offentlige kasser mere end 100 mia. kr. årligt. Samtidig skaber det en generel usikkerhed og utryghed i samfundet og en manglende tro på, at velfærdssamfundet holder en hjælpende hånd under den enkelte. Den udvikling skyldes først og fremmest, at socialpolitik er blevet en særlig silo, som er adskilt fra andre velfærds-politikker. Anderledes formuleret har velfærdssamfundet glemt socialpolitikens betydning som den lim, der binder samfundet sammen. Artiklen redegør for udviklingen og beskriver konsekvensen for socialpolitik.



KNUD AARUP¹

Cand. Scient.pol
Uafhængig, tidligere direktør for Socialstyrelsen
E-mail: knudaarup@outlook.dk

Velfærdssamfundet hyldes ved passende lejligheder af ledende politikere og fremhæves af de fleste danskere som en væsentlig værdi ved Danmark. Problemet er imidlertid, at velfærdssamfundet kun er et velfærdssamfund for de bedst stillede 80% af befolkningen. Utrygheden er ved at brede sig, og et stigende antal almindelige danskere er ved at miste troen på, at fællesskabet holder en hånd under den enkelte, så man kan komme videre i tilværelsen, hvis livet går i stykker. Det har vist sig som en stigende generel utryghed siden midten af 00'erne. I 2004 var kun knap 3% af danskerne generelt utrygge. I 2017 er det mere end 17%. 34% er i dag bange for, hvordan de skal klare uforudsete udgifter, og hele 54% er bange for ikke at få den nødvendige hjælp, når de bliver ældre (Trygfonden; Aarup 2016).

Samtidig er velfærdssamfundet heller ikke i stand til at tage vare på samfundets dårligst stillede. Socialt udsatte børn og unge, udsatte voksne og mennesker med særlige behov som følge af handicap eller psykisk sårbarhed får i dag ikke den støtte og lærer ikke de strategier, som kan give den enkelte mulighed for at mestre deres eget liv. Resultatet er, at mange, som ellers kunne tage vare på sig selv, bliver henvist til et liv på offentlig forsørgelse og mange af dem uden, at det var nødvendigt.

Oven i det skal så lægges, at velfærdssamfundet er blevet utrolig dyrt. Årligt bruges der mere end 800 mia. kr. på social-, uddannelses- og sundhedsopgaver. Det svarer til mere end 75% af de samlede offentlige udgifter. Antallet af offentligt ansatte, som arbejder med velfærdsopgaver, er vokset, og der er i dag mere end 600.000 veluddannede fagprofessionelle, hvis opgave det skulle være at skabe udviklingsmulighed for hver enkelt borger således, at der bliver lige mulighed for livsudfoldelse i samfundet. Det er hele ideen med velfærdssamfundet, og det er formålet med de mange velfærdsprofessioner. Det sker bare ikke.

Udenforskab koster samfundet 100 mia. kr. årligt.

Resultatet af velfærdssamfundets manglende evne til at give den rettidige og rigtige støtte viser sig i form af, at der mindst er 200.000 danskere på mere eller mindre permanent overførselsindkomst, som med den rette og den rettidige socialfaglige støtte ville kunne mestre livet og i langt højere grad klare sig selv. Mange ville kunne få den uddannelse, som passede til dem, og livsperspektivet ville se helt anderledes ud. De mangler bare at lære, hvordan de mestrer livets udfordringer.

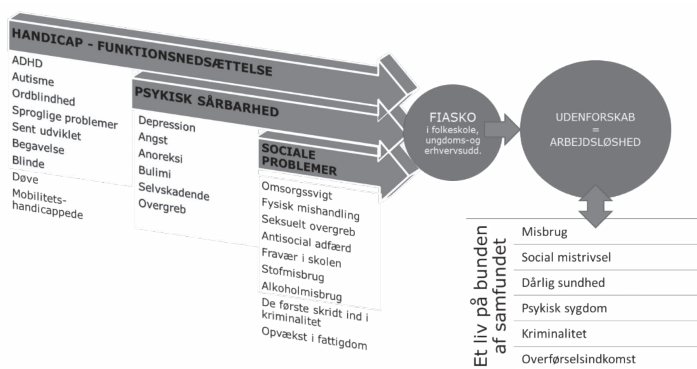
Sat på spidsen har det danske velfærdssamfund i løbet af de sidste 30 år ødelagt livet eller i det mindste begrænset livsmu-

NOTE 1 Artiklen bygger i al væsentlighed på analyser og dokumentation fra min bog *Fra udenforskab til fællesskab* (Aarup 2017).

lighederne for utrolig mange mennesker – mennesker, hvis livsmuligheder, som det netop var velfærdssamfundets opgave at sikre. Alle disse mennesker kunne have bidraget til fællesskabet. Den forandring handler også om synet på socialpolitik og socialpolitikens rolle i samfundet.

I Sverige har man et begreb, som vi mangler i Danmark: *Utanförskab* (Nilsson 2015). Udenforskab kan vi bruge på dansk til at betegne den situation, som det enkelte menneske havner i, når det ikke får den støtte eller lærer de livsstrategier, som gør personen i stand til at leve et liv som voksen med de udfordringer af fysisk, psykisk eller social karakter, som enten er ens udgangspunkt, eller som er et resultat af det liv, man har levet. Udenforskab er resultatet af en aktiv eksklusion af mennesker fra det at være en del af samfundet. Udenforskab er ikke noget, den enkelte vælger, men et resultat af samspillet mellem den enkelte og de samfundsmæssige processer. Det samfundsmæssige medansvar fratager ikke den enkelte et eget ansvar – et personligt ansvar. Men eget-ansvaret er heller ikke noget, som den enkelte skal stå alene med. Vi har alle som medborgere i samfundet et medansvar, når andre medborgere presses ud i udenforskab (Nilsson 2008; Nilsson 2015).

Der er i dag en lang række børn og unge, som ikke får den nødvendige og rettidige støtte, som kan sikre dem en livsudvikling svarende til deres potentialer. De oplever en grundlæggende fiasko i grund-, ungdoms- og erhvervsuddannelsessystemet. For mange betyder det, at vejen til et liv i arbejdsløshed og udenforskab med social nød som voksen ligger lige for. Det er de manglende indsatser i dagtilbuds- og skolesystemet, som er afgørende for den senere ulighed i livsmuligheder og levet liv. Dynamikken kan illustreres således:



Figur 1 Udenforskabets dynamik (Egen bearbejdning på baggrund af (Nilsson 2015, side 42))

Figur 1 viser, hvordan alt det, som vi ikke gør for dem, som har særlige behov, resulterer i fiasko i folkeskole- og ungdomsuddannelsesverdenen, og hvordan den fiasko fører til et liv i udenforskab og for nogle voksne også til et liv på bunden af samfundet. Det koster for den enkelte, og det koster for samfundet.

De sociale dræbere – et eksempel

Hvis man i Danmark er ramt af ordblindhed, ADHD eller autismspekterforstyrrelse, er der stor sandsynlighed for, at man ender i udenforskab. Livsvilkårene for netop disse grupper er så dårlige på alle målelige områder, at jeg har valgt at kalde dem for velfærdssamfundets største sociale dræbere. Det er også de tre grupper af funktionsnedsættelser, som antalsmæssigt fylder mest.

Ordblindhed og talblindhed (dysleksi/ dyscalculi) er en vedvarende funktionsnedsættelse, som hører til gruppen af funktionsnedsættelser med *tale-, sprog- og læsevanskeligheder*. Antalsmæssigt udgør de ca 5% af en ungdomsårgang². Det svarer til mere 35.000 af skoleeleverne og mere end 180.000 af de 16-64-årige.

ADHD og autisme hører til gruppen af funktionsnedsættelser, som kaldes *udviklingsforstyrrelser*. Børn med ADHD udgør ca 2%³ svarende til 13.500 elever og godt 70.000 af de 16-19-årige. Endelig er der børn med autisme, som udgør ca 1%⁴ svarende til 6-7.000 elever og godt 35.000 af de 16-19-årige.

Samlet set taler vi om et meget stort antal mennesker. I alt 288.000 personer mellem 16 og 64 år er berørt af disse funktionsnedsættelser. Det er et svimlende tal, og det fortjener et helt andet fokus, end det får i dag – politisk, forskningsmæssigt og indsatsmæssigt.

For alle tre grupper gælder, at der er tale om forskellige former for kognitive funktionsnedsættelser, som giver den enkelte person særlige udfordringer og behov for specialiseret støtte og sociale behov for at kunne fungere. Der er hovedsageligt tale om såkaldte skjulte handicap, dvs. man ikke umiddelbart kan se funktionsnedsættelsen. Den viser sig i samspillet med omgivelserne. Det betyder også, at mennesker med disse funktionsnedsættelser er helt afhængige af andre for at kunne lære at håndtere deres udfordringer og afhængige af, at omgivelserne giver plads og støtte. Det sker bare ikke.

Ser vi på, hvordan mennesker ramt af de sociale dræbere klarer sig i uddannelsessystemet, tegner der sig et bedrøveligt

NOTE 2 Der er forskellige opgørelser over andelen af ordblinde. Socialstyrelsen henviser til danske undersøgelser, som opgør andelen til 7%, og til udenlandske undersøgelser, som vurderer andelen til 2-5%. Jeg har af forsigtighedshensyn anvendt 5% i mine beregninger.

NOTE 3 ADHD opgøres ligeledes forskelligt afhængig af, hvilke opgørelser som anvendes. Socialstyrelsen skriver i den nye nationale ADHD-handleplan, at diagnosen ADHD kan stilles hos 3-5 % af en børneårgang, hvoraf ca. 1-2% vil have det i svær grad (Socialstyrelsen 2017, side 30). Sundhedsdatastyrelsen har i december offentliggjort en konkret opgørelse over antal diagnosticerede og når et tal på 20,21 ud af 1.000 børn og unge. Det svarer til godt 2%. Jeg har igen af forsigtighedshensyn anvendt 2% i mine beregninger (Sundhedsdatastyrelsen 2017, side 12).

NOTE 4 Der er generel enighed om, at autismspekterforstyrrelser rammer omkring 1%. Det amerikanske sundhedsagentur CDC, Center for Disease Control and Prevention, offentliggjorde i 2016 en oversigt over forskellige amerikanske og internationale studier. CDC konkluderer, at forekomsten af autismspekter forstyrrelser blandt børn ligger på en ud af 68, dvs. mellem 1-2% (CDC 2016). Jeg har igen af forsigtighedshensyn anvendt 1% i mine beregninger.

billede: Andelen af børn med ordblindhed som ikke gennemfører grundskolen, ligger på 21%. Tilsvarende tal for børn med ADHD er på 31% og med autisme på 33%. Billedet fortsætter, når man ser på, hvor mange der ikke starter på en ungdomsuddannelse. Hele 85% med autisme og 81% med ADHD påbegynder ikke en ungdomsuddannelse. For ordblinde er det noget flere, nemlig 49%, som ikke påbegynder en ungdomsuddannelse (Capacent 2009).

Det er således forbundet med store menneskelige omkostninger at være ramt af en eller flere af de sociale dræbere. Når man ikke får folkeskolens afgangseksamen i 2018, er livsmulighederne på forhånd utroligt begrænsede. Det kan aflæses i beskæftigelsesgraden for mennesker generelt med grundskolen som højeste uddannelse. Den er i dag ca 47% (Rode Larsen 2014; 2016). Men ud over de menneskelige omkostninger er der også en samfundsøkonomisk pris. Den har jeg i *Fra ulykkesforskning til fællesskab* forsøgt at sætte tal på ved bl.a. at læne mig op ad de svenske Skandia-beregninger. For hver person, som flyttes fra et liv i udenforskab til at bidrage til fællesskabet, forbedres den samlede samfundsøkonomi med 725.000 kr årligt. Det beløb består af personens bidrag til produktion med 225.000 kr. samt mindre omkostninger for det offentlige i form af sparet overførselsindkomst på 170.000 kr. og sparet offentlige indsatser på 330.000 kr. Samlet offentlige besparelse er således årligt 500.000 kr.

Med udgangspunkt i det regnestykker kan omkostningerne ved de sociale dræbere opgøres således:

Tabel 1 Socioøkonomiske omkostninger ved de sociale dræbere (Aarup 2017, side 169)

Samfundsøkonomiske omkostninger ved de sociale dræbere (Antal 16-64 årige i alt 3,6 mill)	Andel i alt	Heraf i beskæftigelse eller uddannelse	Antal i udenforskab	Samfundsøkonomisk omkostning (mia.kr.årligt)	Belastning af de offentlige budgetter (mia.kr.årligt)
*Ordblindhed (5%)	180.000	132.300	47.700	35 kr.	24 kr.
* ADHD (2%)	72.000	46.400	25.600	19 kr.	13 kr.
* Autismen (1%)	36.000	23.200	12.800	9 kr.	6 kr.
De sociale dræbere i alt	288.000	201.900	86.100	62 kr.	43 kr.

De sociale dræbere koster samfundsøkonomien 62 mia. kr. årligt og belaster den offentlige økonomi med 43 mia. kr. årligt. Her er tale om grupper af mennesker, som med den fagligt rigtige og rettidige støtte i velfærdssamfundets institutioner ville kunne bidrage og dermed frigøre midler til de formål, som man politisk måtte ønske. I *Fra ulykkesforskning til fællesskab* har jeg medtaget de tilsvarende omkostninger for henholdsvis de anbragte børn og de ikke-vestlige drenge. Den samlede regning for velfærdssamfundets manglende indsats har jeg på den baggrund beregnet til mere end 100 mia. kr. årligt. Det er således dyrt, at velfærdssamfundet ikke fungerer godt nok.

En ny socialpolitik skal sikre et trygt og fredeligt Danmark

Willy Brandt sagde i slutningen af 60'erne, at hvis socialpolitikken ikke virkede, er grundlaget for demokratiet i fare, og derfor

er socialpolitik en del af fredssikringen indadtil og udadtil. Brandts forståelse af socialpolitik var således meget mere omfattende, end den måde vi ser socialpolitikken i dag (Boeckh 2006). I dag handler socialpolitik om sociale indsatser i forhold til udsatte børn og unge, de udsatte voksne og handicappede. Det drejer sig ikke om fattigdom og overførselsindkomst, om skævhed i uddannelsessystemet, om den almene boligsektors udvikling, om bandekriminalitet eller om ulighed i sundhed. Alle de politikker ligger på andre områder i samfundet. Socialpolitik er blevet den lille politik.

For Willy Brandt derimod drejer socialpolitik sig om den store sammenhæng i samfundet. Socialpolitikken er for ham en afgørende byggesten i velfærdssamfundet. Det er gennem socialpolitikken, at sammenhængskraften i samfundet sikres, og det er socialpolitikken, som er bestemmende for de øvrige politikkers gennemslagskraft. Socialpolitik er samfundets lim i et velfærdssamfund. Socialpolitik handler om sikring af freden i et samfund – indadtil og udadtil. Det er kun gennem en langsigtet socialpolitik, at Danmark også i fremtiden vil være et trygt og fredeligt land.

Derfor skal der tænkes nyt, helhedsorienteret og sammenhængende, når fremtidens socialpolitik skal formuleres. Det er socialpolitikken, som skal sikre, at ordblind får uddannelse og beskæftigelse som alle andre i samfundet. Det er socialpolitikken, som skal sikre, at flere med ADHD og autisme får livsmuligheder som andre og en mulighed for at bidrage. Det er socialpolitikken, som skal give de anbragte børn eller dem, som

har en familiesag, bedre og tidlig støtte, så de i højere grad kan få uddannelse og arbejde. Det er socialpolitik, som skal sikre, at drenge af ikke-vestlig herkomst ikke efterlades uden tilstrækkelige sprogkunderskaber på samfundets bund. Det er socialpolitik, som skal give mennesker ramt af psykisk sygdom en billet retur til uddannelse og beskæftigelse, og det er socialpolitik, som skal sikre, at handicappede børn, unge og voksne får den rigtige og rettidige støtte til at kunne være herre i eget hus – så langt som overhovedet muligt.

På den måde kan socialpolitik – som den ”store” socialpolitik – igen blive limen, som binder det danske samfund sammen. På den måde kan Danmark igen blive til et socialt foregangsland, som giver udviklingsmuligheder for mennesker med sociale problemer eller funktionsnedsættelser og tryghed og fred til os alle sammen.

LITTERATUR

(Boeckh, 2006); Boeckh, J., Huster, E., Benz, B., Sozialpolitik in Deutschland, Verlag für Sozialwissenschaft 2006

(Capacent, 2009); Capacent, Uddannelsesresultater og -mønstre for børn og unge med handicap, Capacent 2009

(CDC, 2016); <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/documents/ASDPrevalenceDataTable2016.pdf>

(Nilsson, 2008); Nilsson, I., Wadeskog, A., Det är bättre att stämma i bäcken än i åen, Skandia, 2008

(Nilsson, 2015); Nilsson, I. m.fl., Utanförskabets pris, Studenlitteratur 2015

(Rode Larsen, 2014); Rode Larsen, M., Høgelund, J., Handicap, uddannelse og beskæftigelse, SFI, 2014

(Rode Larsen, 2016); Rode Larsen, M., Høgelund, J., Handicap og beskæftigelse, SFI, 2016

(Socialstyrelsen); www.socialstyrelsen.dk/handicap/ordblindhed

(Socialstyrelsen, 2017); National ADHD-handleplan. Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område, Socialstyrelsen, 2017

(Sundhedsdatastyrelsen); Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser, 2017

(Trygfonden); Trygfonden, 2004-2017, Tryghedsmålinger, www.trygfonden.dk

(Aarup, 2016); Aarup, K., Et 80% velfærdssamfund er en udfordring for professionerne og deres uddannelser, Vera nr 75, 2016, side 54-56

(Aarup, 2017); Aarup, K., Fra udenforskab til fællesskab – seks bud på et bedre velfærdssamfund, DJØF Forlag, 2017

En mere vidensbaseret socialpolitik

Hvert år bruger vi omkring 45 mia. kr. på sociale indsatser i Danmark. Men indsatserne gør i for mange tilfælde ikke en tilstrækkelig stor forskel, og der er derfor brug for mere viden om, hvad der virker. Denne artikel præsenterer Børne- og Socialministeriets arbejde med en mere vidensbaseret socialpolitik.



EMIL HERSKIND
Afdelingschef, Børne- og Socialministeriet
Afdeling for koncern
E-mail: emhe@sm.dk



ELLEN KLARSKOV
Afdelingschef, Børne- og Socialministeriet
Afdeling for Analyse og Datastrategi
E-mail: ekh@sm.dk

Intro

Børne- og Socialministeriet gør årligt rede for den socialpolitiske indsats i Danmark i Socialpolitisk Redegørelse, der blandt andet følger op på regeringens sociale mål (Børne- og Socialministeriet, 2016 og 2017). Resultaterne i redegørelsen peger på, at de sociale indsatser i for mange tilfælde ikke gør en tilstrækkeligt stor forskel.

Hvis der skal sikres større effekt af de omkring 45 mia. kr., der hvert år bruges på sociale indsatser inden for rammerne af serviceloven, kræver det blandt andet, at de sociale indsatser i højere grad baseres på metoder med dokumenteret effekt. Samtidig er der behov for mere sammenhængende indsatser, hvor alle aktører løfter deres del af ansvaret for opgaveløsningen i et tæt samarbejde på tværs af myndigheder og kommunale forvaltninger, da sociale problemer ofte skal løses på tværs af områder. Det samme gælder et skærpet fokus på tidlig opsporing og forebyggende indsatser over for børn og unge. Samlet set er der brug for mere viden om, hvad der virker, og det er derfor omdrejningspunktet for Børne- og Socialministeriets arbejde med en mere vidensbaseret socialpolitik.

Strategier for en mere vidensbaseret socialpolitik

Vidensdagsordenen på socialområdet er ikke ny. Viden om, hvad der virker, har længe været efterspurgt bredt blandt aktører og interessenter på området, både lokalt i kommunerne og på nationalt niveau. Med afsæt i de seneste to regeringsgrundlag har Børne- og Socialministeriet (tidligere Social- og Indenrigsministeriet) derfor opprioriteret og systematiseret arbejdet med en mere vidensbaseret socialpolitik de seneste år, både organisatorisk og politisk. Dette arbejde tager udgangspunkt i implementeringen af flere strategier:

- Strategi for udvikling af sociale indsatser
- Datastrategi
- Analysestrategi

Desuden pågår i øjeblikket et arbejde med at udarbejde en implementeringsstrategi, som skal styrke implementeringen af mål, policy og lovgivning på ministerområdet. Der har ikke tidligere på ministerområdet været en sådan implementeringsstrategi. Strategien skal bidrage til at skabe større effekt af eksisterende indsatser, viden og redskaber på området, samtidig med at den skal klarlægge behovet for eventuelle nye implementeringstiltag på området.

Den samlede ramme for arbejdet med strategierne på socialområdet er regeringens 10 mål for social mobilitet (Regeringen, 2016), der handler om, at flere skal være en del af arbejdsmarkedet, og at færre skal være socialt udsatte, jf. tabel 1.

Tabel 1. 10 mål for social mobilitet

1. Udsatte børn og unges faglige niveau i læsning og matematik i folkeskolen skal forbedres
2. Flere 18-21-årige, der har modtaget en social foranstaltning inden for de seneste fem år, skal være i gang med eller have gennemført en ungdomsuddannelse
3. Flere personer, som får en social indsats som følge af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal i uddannelse og beskæftigelse
4. Flere personer, som modtager en indsats for sociale problemer eller psykiske vanskeligheder efter serviceloven, skal i uddannelse og beskæftigelse
5. Flere personer udsat for vold i nære relationer skal i uddannelse og beskæftigelse
6. Færre 15-17-årige udsatte unge skal modtage en fældende strafferetlig afgørelse

7. Færre skal være hjemløse
8. Flere af de personer, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, skal være stoffrie eller have et reduceret eller et stabiliseret stofmisbrug
9. Flere personer i offentlig alkoholbehandling skal afslutte et behandlingsforløb som alkoholfri, med en reduktion i alkoholforbruget eller med relevant henvisning
10. Flere mennesker, som står uden for arbejdsmarkedet og som ikke er under uddannelse, skal være en del af den frivillige indsats

De sociale mål sætter retningen for udviklingen af den sociale indsats både nationalt og kommunalt. Målene sætter fokus på en række af de områder, hvor store målgrupper på socialområdet i dag oplever, at indsatsen gør for lille forskel i forhold til at skabe progression for dem. En succesfuld social indsats kræver i mange tilfælde et tæt samarbejde på tværs af kommunale forvaltninger og myndigheder, der kan sikre en sammenhængende indsats, fx i beskæftigelsessystemet, uddannelsessystemet og sundhedsvæsenet. Derfor er det også kendetegnende for målene, at de går på tværs af velfærdsområderne. Jo bedre samarbejdet er på tværs, jo bedre de forskellige indsatser koordineres, jo større vil sandsynligheden alt andet lige være for, at de sociale indsatser lykkes.

Regeringen og KL har forpligtiget sig til at sikre et løbende politisk og ledelsesmæssigt fokus på opfølgning på målene, der skal understøtte et kommunalt fokus på løsninger, der virker. Arbejdet med de sociale mål kan blandt andet belyse, hvilke kommuner, der har særligt gode løsninger, som kan blive udviklet og udbredt til andre kommuner. Og med de sociale mål som baggrund vil gode resultater i de sociale aktørers arbejde kunne stå tydeligere frem, hvad enten der er tale om offentlige, private eller frivillige aktører.

De sociale mål kan kun bruges til at følge udviklingen i den sociale indsats, hvis der er data at måle på. Målene er derfor udpeget på områder, hvor pålidelige data enten allerede findes eller let kan tilvejebringes. Det betyder, at ellers relevante mål om fx bedre livskvalitet og trivsel ikke er en del af de sociale mål, ligesom der ikke er specifikke mål for forebyggelse, selvom den forebyggende indsats er helt central i socialpolitikken.

Men i en stor del af landets kommuner er der igangsat en strategisk omlægning af indsatsen for socialt udsatte børn og unge i retning mod en tidligere forebyggende og mere effektiv indsats – flere steder også benævnt ”Herning-modellen” (Møller, Schmidt, Kloppenborg og Pedersen, 2015; Pedersen og Kloppenborg, 2017). Det indebærer, at indsatsen tænkes på tværs af sagsbehandling og tilbudsvifte og med fokus på sammenhængen til den tidlige indsats i almenmiljøet. Hensigten er, at der sættes ind med en indsats tidligt i problemudviklingen, at der arbejdes forebyggende, og at indsatsen rummer kvalitet

og skaber udvikling for barn og familie. Det kræver en organisatorisk og helhedsorienteret omlægning med fokus på tværfagligt samarbejde omkring tidlig opsporing, den rette indsats og opfølgning på barnets udvikling i den kommunale sagsbehandling. Et andet centralt element er hverdagslivsperspektivet, der indebærer, at indsatsen og den specialiserede støtte så vidt muligt tilrettelægges, så det enkelte barn bevarer tilknytningen til et almindeligt hverdagslivsmiljø, herunder familie, skole, fritidsinteresser, venner og netværk. Socialstyrelsen understøtter kommunernes omlægning af indsatsen gennem flere initiativer finansieret via satspuljen, herunder findes blandt andet muligheden for rådgivning.

Strategi for udvikling af sociale indsatser

Et centralt element i arbejdet med en mere virksom socialpolitik er arbejdet med at udvikle og udbrede virksomme metoder på socialområdet. Børne- og Socialministeriet har derfor i 2017 lanceret en strategi, som skal sikre et større afkast af investeringerne i at udvikle indsatser med dokumenteret effekt (Børne- og Socialministeriet, 2017).

Kernen i den nye strategi er en fasemodel, der klart definerer vejen fra, en problemstilling identificeres, og til der findes en idé til en løsning, og hvilke efterfølgende faser som skal gennemføres, indtil idéen er udviklet til en veldokumenteret metode, som kan udbredes.

Strategien har som udgangspunkt, at modning, afprøvning og udbredelse er nødvendige faser i arbejdet med udviklingen af indsatser på socialområdet. Men hvis flere projekter skal blive en succes, er der brug for en bedre kobling til det, der ofte er inspirationskilden til nye metoder.

En af de vigtigste inspirationskilder er lovende praksis, som ofte er udviklet lokalt (Jensen, Pedersen, Pejtersen og Amilon, 2017). Det er centralt, at et sådant arbejde har mulighed for at føde ind i den nationale metodeudvikling, hvis socialindsatsen skal have større effekt. Her er vi derfor også inde i kernen af, hvad der skal til, hvis vi skal lykkes med at flytte socialpolitikken i en mere vidensbaseret retning: Det skal ske sammen med praksis – nemlig kommunerne.

Selvom der principielt findes dokumenteret virksomme metoder for en bestemt gruppe af modtagere, er det imidlertid ikke ensbetydende med, at metoden anvendes i praksis. Baggrunden herfor kan fx være, at der er tale om metoder, som økonomisk, fagligt eller kulturelt ikke passer til praksis og situationen i kommunerne. Eller at der er tale om metoder, som reelt ikke er efterspurgt af kommunerne, eller som de ikke har kapacitet til at implementere.

Der er med de seneste satspuljeaftaler iværksat en række tiltag med henblik på at udvikle virksomme metoder og indsatser på socialområdet. For eksempel er det med satspuljeaftalen for 2017 aftalt at iværksætte Udviklings- og Investeringsprogrammet, som har til formål at udvikle indsatser for grupper af udsatte voksne med effekt for den enkelte borger. Her vurderes

hver enkelt metode op mod et sæt af kriterier for at fastslå, hvorvidt en given indsats er af tilstrækkelig høj kvalitet til at blive yderligere udviklet. Der er i regi af Udviklings- og Investeringsprogrammet nedsat en faglig styregruppe bestående af Børne- og Socialministeriet, Socialstyrelsen, KL, konkrete kommuner, faglige organisationer og vidensinstitutioner, der drøfter, hvor behovet for at sætte ind er størst. Netop for at komme tættere på praksis.

Ministeriets arbejde med virksomme metoder drejer sig ikke udelukkende om at udvikle konkrete, vidensbaserede borgerrettede metoder. Det dækker også over fx implementering af viden om organisationsformer, der understøtter en helhedsorienteret og koordineret indsats i kommunerne eller effektive måder at indrette den kommunale sagsbehandling på, så den understøtter, at borgerne får den mest effektive indsats.

Samtidig udvikles der via de nye sociale investeringspuljer, lanceringen og videreudviklingen af den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) samt ved etableringen af den nye Sociale Investeringsfond nye redskaber og strukturer for understøttelsen af en mere vidensbaseret og omkostningseffektiv indsats på socialområdet.

SØM-modellen er udviklet for Socialstyrelsen af et konsortium bestående af VIVE og Incentive og finansieret af satspuljen for 2016 (Jacobsen, Arendt, Verner, Kollin, Halling og Kolstrup, 2018). Modellen skal fremme investeringstankegangen på socialområdet, blandt andet ved at synliggøre de økonomiske gevinster og omkostninger, der kan være forbundet med investeringer i forebyggelse og vidensbaserede indsatser.

Med modellen får kommuner og andre aktører på socialområdet et beregningsværktøj til vurdering af de økonomiske konsekvenser ved investeringer i sociale indsatser. SØM består af to dele: En beregningsramme, hvori man kan beregne nettogevinsten af en social indsats for den offentlige økonomi, og en vidensdatabase, der samler eksisterende viden om effekter, konsekvenser og priser om sociale indsatser. SØM kan bruges til en række forskellige økonomiske analyser, afhængig af viden om indsatsens effekt og er således et understøttende redskab, der kan styrke dialogen og det faglige grundlag for lokalpolitiske beslutninger om investeringer i forebyggende og vidensbaserede sociale indsatser.

Den nuværende version af SØM er udviklet for voksenområdet. Medio 2018 forventes en udvidet version af modellen, der også dækker børn og unge, at være klar til brug, da der med aftalen om satspuljen for 2017 blev afsat midler til at udvide modellen med børneområdet. Med satspuljeaftalen for 2018 blev der afsat yderligere midler til blandt andet kursus- og formidlingsaktiviteter i relation til modellen, til udgående rådgivningsteams samt til erfarings- og vidensopsamling. Målet er at understøtte udbredelsen og forankringen af SØM som et brugbart og nyttigt værktøj i kommunerne og at opsamle erfaringer og viden på området.

Ved den seneste satspuljeaftale har regeringen og satspuljepartierne også aftalt at etablere Den Sociale Investeringsfond, der skal fremme brugen af sociale investeringer og skabe innovation på socialområdet. Fonden danner ramme for nye offentligt-private samarbejder og skal blandt andet bidrage med ny og ekstern kapital til sociale investeringer. Fonden skal dels investere i udbredelsen af tidlige og helhedsorienterede indsatser, som vi ved virker, dels finansiere sociale investeringsprogrammer, der udvikle og modne nye former for indsatser. Fonden vil blandt andet trække på SØM-modellen i arbejdet med at udforme de konkrete sociale investeringsprogrammer.

Datastrategi: Flere og bedre data på socialområdet

Børne- og Socialministeriets datastrategi blev iværksat i 2016 og skal understøtte, at der er et tilstrækkeligt datagrundlag til rådighed for kommuner, stat, forskere og andre aktører på socialområdet til at udføre en mere vidensbaseret socialpolitik. Et centralt element i datastrategien er, at data på socialområdet let kan kobles til andre registerdata om fx beskæftigelse, uddannelse, sundhed og familieforhold via Danmarks Statistiks forskerordning. Bedre data skal således styrke grundlaget for politikudvikling, implementering og forskning, og det skal give kommunerne bedre muligheder for sammenligning og erfaringsudveksling på tværs af ministerområderne og herigennem understøtte lokal kvalitetsudvikling og styring med udgangspunkt i data.

Med implementeringen af Børne- og Socialministeriets datastrategi er der for alle væsentlige målgrupper på socialområdet de seneste to år blevet tilvejebragt et langt mere aktuelt og dækkende datagrundlag om, hvem der modtager ydelser på socialområdet og hvornår. Fx er der for første gang indsamlet information om ydelser til udsatte voksne og handicappede, som ikke tidligere har eksisteret centralt tilgængeligt på individniveau. Frem mod 2020 er det også ambitionen for et udvalg af kommuner at tilvejebringe sammenlignelige data om personrettede udgifter til ydelser.

En central præmis i Børne- og Socialministeriets arbejde for at sikre bedre data er, at det kun er de mest nødvendige data, der indsamles centralt. Sideløbende med, at der arbejdes på at skabe data på nye områder, er der derfor også besluttet betydelige saneringer på de eksisterende statistikker på socialområdet, som letter indberetningsbyrden for kommunerne markant. Det gælder fx på området for udsatte børn og unge, hvor der nu skal indberettes ca. 50 pct. færre oplysninger til anbringelses- og underretningsstatistikken. Blandt andet skal nogle af de data, der kun vedrører processen frem for selve anbringelsen, ikke længere indberettes til statistikken.

For flere målgrupper findes der ikke individbaserede nationale statistikker i dag. Det gælder fx kvinder og børn på krisecentre og modtagere af hjælpemidler. Nye nationale statistikker på disse områder forventes lanceret i løbet af 2018. På andre områder er der behov for at løfte datakvaliteten eller sikre indberetninger fra alle kommuner. I løbet af 2017 og 2018 gennemgår den eksisterende stofmisbrugsstatistik således et eftersyn,

der skal sikre øget kvalitet i data omkring stofmisbrugsbehandling i Danmark.

Kommunernes arbejde med at indberette data bliver desuden hjulpet på vej af en ny databekendtgørelse, som trådte i kraft 1. januar 2018. Bekendtgørelsen samler for første gang nogen- sinde alle regler og informationer om dataindberetningen på det sociale område ét sted. Databekendtgørelsen skal gøre det helt klart, hvori indberetningspligten består, så formålet med indberetningerne i højere grad er synligt og forståeligt, og så det sikres, at alle ønskede data indberettes med tilstrækkelig kvalitet. Baseret på erfaringer fra blandt andet beskæftigelses- området forventes det, at en databekendtgørelse relativt hurtigt vil kunne få en positiv effekt på kommunernes registrering og indberetningspraksis.

Analysestrategi: Hvem er socialt udsatte i Danmark, og hvordan hjælper man dem bedst?

Arbejdet med datastrategien udgør fundamentet for ministeriets analysestrategi, som sigter på at anvende de indsamlede registerdata til analyser af målgruppernes karakteristika og indsatser i socialpolitikken. Analyserne kan blandt andet pege på, hvor den nuværende socialpolitik ikke lykkes, og hvor der derfor kan være et behov for andre metoder eller nye måder at organisere eller implementere indsatsen på.

Dette arbejde formidles blandt andet i ministeriets analyseserie Velfærdspolitiske Analyse og i en årlig Socialpolitisk Redegørelse, der kortlægger og analyserer den socialpolitiske indsats i Danmark. Redegørelsen følger også analytisk op på udviklingen i regeringens 10 mål for social mobilitet.

Kendetegnende for både de sociale mål og Socialpolitisk Redegørelse er, at der er fokus på sammenspillet på tværs

af kommunale myndigheder og forvaltninger. En succesfuld social indsats kræver i mange tilfælde en sammenhængende indsats, fx i beskæftigelsessystemet, uddannelsessystemet og sundhedsvæsenet.

Et eksempel kan være en hjemløs borger, der samtidigt har problemer med fysisk eller psykisk sygdom, og som står uden for arbejdsmarkedet. Det sociale system vil yde støtte til at afhjælpe det akutte behov for en bolig, mens det er jobcentret, der yder bistand i forhold til at komme nærmere beskæftigelse. Og hjælpen i forhold til sygdomsbehandling leveres først og fremmest inden for sundhedssystemet. De nye registerdata, som er tilvejebragt på socialområdet de senere år, har været et mærkbart skridt i retning af at kunne understøtte et tværgående samarbejde analytisk ved at koble registerdata med data fra andre velfærdsområder.

Eksempelvis sætter den senest offentliggjorte velfærdspolitiske analyse fokus på ”Modtagere af kontanthjælp med handicap” ved at koble de nyligt tilvejebragte registerdata om personer med handicap med registerdata fra sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet (Børne- og Socialministeriet, 2018). Analysen viser blandt andet, at modtagerne af kontanthjælp med handicap er væsentligt yngre end øvrige personer med handicap, og at relativt mange har ADHD eller autisme. Sammenlignet med andre personer, der har modtaget kontanthjælp, ser gruppen af kontanthjælpsmodtagere med handicap ud til at få ydelsen i relativt lang tid, ligesom modtagere af kontanthjælp med handicap i mindre grad overgår til beskæftigelse eller uddannelse. Analysen peger på, at der er udfordringer i forhold at løfte flere kontanthjælpsmodtagere med handicap i ordinær uddannelse og beskæftigelse, men den indikerer også, at der er et klart potentiale for at hjælpe flere mennesker med handicap fra kontanthjælp til uddannelse eller beskæftigelse.

LITTERATUR

Børne- og Socialministeriet, 2016: Socialpolitisk Redegørelse 2016, <http://socialministeriet.dk/publikationer/2016/jun/socialpolitisk-redegørelse-2016/>

Børne- og Socialministeriet, 2017: Socialpolitisk Redegørelse 2017, <http://socialministeriet.dk/publikationer/2017/jun/socialpolitisk-redegørelse-2017/>

Børne- og Socialministeriet, 2017: Strategi for udvikling af sociale indsatser, <http://socialministeriet.dk/publikationer/2017/jan/strategi-for-udvikling-af-sociale-indsatser/>

Børne- og Socialministeriet, 2018: Velfærdspolitisk Analyse: Modtagere af kontant-hjælp med handicap, <http://socialministeriet.dk/media/19058/modtagere-af-kontanthjaelp-med-handicap.pdf>

R. H. Jacobsen, J. N. Arendt, M. Verner, M. S. Kollin, C. Halling og K. Kolstrup, 2018: socialøkonomisk investeringsmodel (SØM) - Dokumentation, VIVE

D. C. Jensen, M. J. Pedersen, J. H. Pejtersen og A. Amilon, 2017: Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde, SFI 16:26

S. Ø. Møller, F. Schmidt, H. S. Kloppenborg og H. S. Pedersen, 2015: Sveriges-modellen i praksis, KORA

H. S. Pedersen og H. S. Kloppenborg, 2017: Slutevaluering af Hernings Kommunes Sverigesprogram, KORA

Regeringen, 2016: 10 mål for social mobilitet, <https://www.regeringen.dk/publikationer/10-maal-for-social-mobilitet/>

Socialstyrelsen 2018: SØM, <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omraeder/socialstyrelsens-viden/som>

Den socialstatistiske udfordring

Den socialstatistiske udfordring er en kort oversigtartikel over de socialstatistiske tiltag, som Danmarks Statistik har foretaget i de senere år.

En lang række nye tiltag forsøger at dække et længe næret ønske om bedre at få belyst forholdene inden for ældrepleje, børneanbringelser, handicapydelse og sundhed generelt.

Statistikens fokus har været at bryde statistikkerne ned på personniveau, så de bl.a. kan knyttes sammen med personens tilknytning til familierelationer, den offentlige sektor i øvrigt, til sundhedssektoren, arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet.



PREBEN ETWIL
Chefkonsulent
Danmarks Statistik
E-mail: pet@dst.dk

Danmarks Statistik har i mange år udarbejdet forskellige former for socialstatistikker, men de har ikke altid været sammenhængende og konsistente. En af årsagerne har været, at ydelser på socialområdet er uhomogene og dermed svære at måle. I de senere år er der imidlertid blevet rettet noget op på flere af fortidens mangler, hvilket bl.a. skyldes muligheden for at basere statistikkerne på individbaserede indberetninger.

Mange socialpolitiske tiltag er både komplekse, sammenhængende og påvirkes over tid. Med personidentificerbare oplysninger er det muligt på sigt at konstruere socialstatistikker, hvor en udvalgt persongruppe kan følges gennem de forskellige socialpolitiske tiltag – både nu og over tid. Derudover kan der konstrueres statistikker, hvor forskellige sociale hændelser kan sammenholdes med personernes uddannelsesmæssige baggrund, deres tilknytning til arbejdsmarkedet eller mangel på samme, familierelationer, uddannelse eller mangel på samme, indkomst og formue, kriminalitet eller herkomst.

Lidt historie

Siden 1972 har Danmarks Statistik udarbejdet en såkaldt social ressourceopgørelse, hvor antal personer, ydelser og institutioner inden for det sociale område har været opgjort. Disse oplysninger bygger på ikke-individbaserede skemaoplysninger fra institutioner og kommuner, og i realiteten var der kun tale om en opgørelse for en enkelt uge i året. Tilbage i 2006 indgik regeringen og KL en aftale om at igangsætte et tværoffentligt samarbejde med det formål at forbedre, forenkle og sikre en mere sammenhængende dokumentation på de væsentligste kommunale serviceområder inden for blandt andet:

- Ældreområdet
- Børneområdet
- Handicapområdet
- Sundhedsområdet

Siden 2015 er boformer, biler til handicappede og stofmisbrugere i behandling blevet inkluderet i Danmarks Statistiks forpligtelser. Disse opgaver er overtaget fra henholdsvis Ankestyrelsen og Socialstyrelsen.

Det fundamentalt nye i forhold til tidligere er, at der til hver indberetning skal være knyttet individbaserede oplysninger – typisk cpr.– som straks ved indsendelse til Danmarks Statistik bliver omdannet til et rent statistisk personidentnummer for at sikre den enkelte borgers diskretion.

Ældreområdet

Under de nye statistikprincipper var det Ældreområdet, der først blev etableret. Der foreligger offentliggjorte tal for året 2008 og frem. Statistiksystemet består af en række indikatorer, der indsamles månedligt og årligt via kommunerne.

Indikatorerne offentliggøres én gang årligt. Statistikken giver oplysninger om antal modtagere af hjemmehjælp i henholdsvis egen bolig og på plejehjem, rehabilitering, træning og forebyggende hjemmebesøg samt antal timers hjemmehjælp.

Børneområdet

Arbejdet med indikatorerne startede i 2009. Indikatorerne udgives årligt og indeholder ud over demografiske karakteristika

for udsatte børn og unge, årsager til anbringelse samt fordelinger over, hvilke støtteforanstaltninger kommunerne yder. Nogle af indikatorerne er koblet sammen med andre statistiske registre – fx kriminalitet, uddannelse, ulovligt fravær i folkeskolen, nationale test, misbrug, dødsårsager og trivselsundersøgelser.

Fra 2013 begyndte kommunerne at indberette de familierettede foranstaltninger på cpr-niveau, hvor de før havde indberettet aggregerede tal.

Handicapområdet

Fra 2013 blev arbejdet med at opstille en egentlig handicapstatistik intensiveret, og der blev indført et fælles begrebsapparat, der både kunne lette indberetningerne og styrke kommunernes styring. Der blev stillet krav om, at alle kommuner skulle indberette oplysninger om ydelser og målgrupper på individniveau til Danmarks Statistik.

Den første statistik på dette område skete i sommeren 2015, men indeholdt på dette tidspunkt kun indberetninger fra 12 kommuner. I dag er der opnået indberetninger fra 80 kommuner.

Sundhedsområdet

I 2009 fastlagde Sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik i fællesskab indholdet af 27 indikatorer, der dækkede seks områder: Forebyggende sundhedsfremme, genoptræning efter udskrivning, hjemmesygepleje, børnesundhed samt alkohol- og stofmisbrug. I 2010 blev den første snes af indikatorerne offentliggjort i Statistikbanken, mens de resterende indikatorer om bl.a. hjemmesygepleje udkom i 2011.

I december 2017 udgav Danmarks Statistik data for stofmisbrugere i behandling.

Giv tid, giv tid

Det er en indiskutabel sandhed, at ingen statistik er bedre end sit indberetningsgrundlag. Mange problemer og udfordringer er bundet til denne kendsgerning. Kilderne til et fejlagtigt datasæt er uendelige: Uklarhed om begreber/terminologi, skiftende it-leverandører, manglende indberetninger af rigtige cpr-numre, manglende eller fejlagtige indrapporteringer af ændringer i personers ophold på bosteder, plejehjem o.l., manglende udskrivning- og indlæggelsesoplysninger, åbning og lukning af institutioner, fejlagtige eller mangelfulde oplysninger om behandlingsformer - for ikke at tale om total manglende indberetninger fra kommunerne i det hele taget.

Folk, der ikke dagligt arbejder med disse problemer, kan sikkert ikke forestille sig, hvor lang tid det tager at rette op på sådanne fejl og mangler. Først skal fejl, mangler og inkonsistens findes. Derefter skal der rettes – meget ofte ved personlig - henvendelse til informanten, og nye dataleverancer skal aftales, produceres og leveres.

Det tager typisk kun et splitsekund at producere en statistik på et fejlfrit datagrundlag, men det tager nærmest en krig at få en

statistik op at stå på et fejlbehæftet eller mangelfuldt indberetningsgrundlag. Alligevel er der i de senere år sket en betydelig forbedring i dataleverancerne. Det skyldes flere ting. For det første, fordi at der både i ministerier og ude i kommunerne er kommet mere fokus på nødvendigheden af både rettidige og retvisende dataleverancer til Danmarks Statistik. For det andet har moderne it-teknologi både muliggjort lettere indberetningsformer og hurtigere fejlsøgningsprocedurer.

Fremtiden er lyserød

På ældreområdet er man stort set nået i mål med udviklingen af nye statistikker. Det, der står tilbage, er yderligere at konsolidere og smidiggøre hele statistikproduktionen. Dette sker gennem udvikling af bedre fejlsøgningsystemer, kontakt med kommunernes systemleverandører, udarbejdelse af tilbagemeldingsrapporter og løbende dialog mellem KL, ministerierne og andre brugere.

På børneområdet arbejdes der i den nærmeste fremtid på at få igangsat etableringen af et fælles kommunalt dialog- og indberetningssystem, hvor kommunerne selv kan se og rette direkte i alt, hvad de har indberettet via deres egne fagsystemer. Det er allerede planlagt i 2018 at offentliggøre ny statistik om udsatte børn og unges sundhed. Ligeledes vil Danmark Statistik løbende arbejde på at kunne udgive underretningsstatistikken tidligere, end det skete i 2017.

På handicapområdet blev der i 2017 taget hul på arbejdet med at sanere statistikken. Dette arbejde fortsætter i 2018. Saneeringen indebærer, at indberetningskravene forenkles med den hensigt at forbedre datakvaliteten.

På sundhedsområdet arbejdes der for tiden på at etablere en bedre fejlsøgningsprocedure, således at den foretages på samme måde som for ældreområdet.

Den nærmeste fremtid indeholder også en række helt nye tiltag, som Danmarks Statistik er påbegyndt og som sigter mod at give et fuldt dækkende statistisk billede af de socialt udsatte i Danmark.

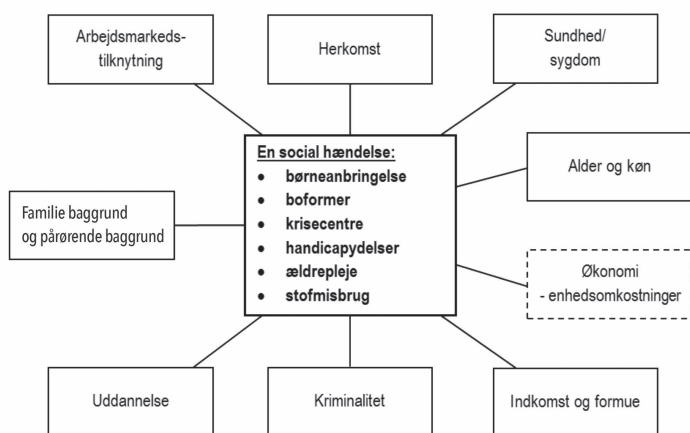
Nogle af de nye tiltag handler om at udvikle statistikker og indikatorer over kvindekrisecentrene samt hjælpemidler til ældre og handicappede. Derudover overvejes det at indsamle data om børn og unge med handicap.

En af de helt store udfordringer, der arbejdes med, er at koble de individuelle sociale ydelsesdata til økonomidata, så der kan gives et retvisende billede af, hvilke omkostninger, der er knyttet til de forskellige socialpolitiske tiltag. Det er dog denne del af statistikprojektet, der ikke er fuldt udbygget, da mange af kommunernes økonomirapporteringer ikke direkte flugter med ydelsesinformationerne.

Sammenhængende socialstatistik

Målet er, at alle socialstatistikkerne kan integreres med hinanden som fx ældrepleje med sygehusindlæggelser, botilbud med

stofmisbrug eller handicapydelse med lægebesøg. Derudover kan de sammenstilles med Danmarks Statistiks omfangsrige individbaserede registre og statistikker om væsentlige samfundsforhold fx børneanbringelser og forældrebaggrund eller uddannelseskompetencer. Muligheder for statistik og analyser er nærmest uendelig – og flere tiltag er allerede taget fx inden for ældre- og børneområdet. I den nærmeste fremtid vil der komme flere til, som i videst muligt omfang vil dække hele viften af muligheder.



Figur 1: Sammenhængende socialstatistik via personidenter

I figuren er bare løftet en lille flig af alle de muligheder, som Danmarks Statistik arbejder med. En socialstatistisk information kan via cpr-oplysninger sammenstilles med en eller flere af de nævnte statistikregistre. En stor udfordring, der skal arbejdes med i den kommende tid, er at få etableret en sikker statistisk sammenhæng mellem de sociale ydelser og den økonomi, det afstedkommer. Den ideelle målsætning er at kunne belyse enhedsomkostningerne ved ethvert givent socialpolitisk tiltag – derudover at kunne se det bagvedliggende ressourcetræk i form af personaleforbrug mm. I figuren er denne kasse punkteret, da det er denne del af statistikprojektet, der ikke er fuldt udbygget, da mange af kommunernes økonomirapporteringer ikke direkte flugter med ydelsesinformationerne.

Med denne integration af de forskellige statistikregistre, er vi kommet et skridt nærmere den ønskeposition at kunne frembringe evidensbaseret socialpolitisk viden.

Målsætningen er at kunne opnå en sikker statistisk viden om, hvilke indsatser på socialområdet, der rent faktisk virker.

Hvilke befolkningsgrupper kommer mest i kontakt med stofmisbruget, og hvem kommer fx lettest ud af stofmisbrug, og er der nogle behandlingstilbud, der virker bedre end andre?

Det kan statistikken give svar på.

Med de nye socialstatistikker – både dem, der er, og ikke mindst dem, der kommer – bliver det ulige lettere at basere socialpolitikken på et faktisk grundlag.

ADHD er dyrt for både den enkelte og samfundet

ADHD optræder både hos børn og voksne. Hvis ADHD ikke diagnosticeres og behandles allerede i barndommen, kan det have det alvorlige konsekvenser for borgernes videre liv. Det er centralt, at pædagoger og lærere uddannes til at genkende tegn på sygdommen, så tidlige indsatser kan iværksættes.



SIGNE VANGKILDE

Københavns Universitet

Institut for Psykologi

E-mail: signe.vangkilde@psy.ku.dk

Forældrene til en niårig dreng henvender sig til deres egen læge, fordi deres søn over det sidste lange stykke tid har fået det sværere i sin skoleklasse og derhjemme. De fortæller, at han har svært ved at sove, virker urolig og indimellem får raserianfald over selv de mindste ting. De mener, at deres søn altid har være meget aktiv og urolig, og hans lærere har siden børnehaveklassen givet udtryk for, at det er vanskeligt at have ham i klassen, fordi han er impulsiv, afbryder og aldrig synes at blive ved én ting særlig længe ad gangen. Han har efterhånden lært at stave og kan løse sine opgaver i matematik, men det kræver næsten, at der sidder en voksen ved siden af ham, når han gør det. Han er rigtig glad for at spille computer og kan gøre det i timevis derhjemme. Men når han bliver bedt om at gøre noget, der ikke umiddelbart interesserer ham, ender det oftest i skænderier.

De fleste vil kunne nikke genkendende til denne beskrivelse af en dreng med ADHD, men de færreste ved, at ADHD, der først diagnosticeres og behandles, når man er blevet voksen, er forbundet med store personlige omkostninger og kan koste det danske samfund op til 2,8 milliarder kroner om året.

ADHD hos børn og voksne - forekomst

ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) er den mest udbredte neuropsykiatriske forstyrrelse blandt børn og unge. I Danmark bruges bl.a. betegnelsen hyperkinetisk forstyrrelse, hvis kernesymptomer er opmærksomhedsvanskeligheder, hyperaktivitet og impulsivitet. Centralt er, at disse symptomer nedsætter barnets generelle funktion og ses i flere forskellige kontekster (fx både i skolen og hjemme). Det vurderes, at 2-3 % af alle danske skolebørn, langt de fleste drenge, opfylder kriterierne for en hyperkinetisk forstyrrelse, selvom ikke alle er i behandling. ADHD, som stilles på baggrund af den amerikanske diagnosemanual DSM-5 (APA, 2013), har en lidt bre-

dere definition, hvorfor flere børn (ca. 7 %) og unge (ca. 3 %) opfylder kriterierne for ADHD. I det følgende bruges ADHD-begrebet, da dette er langt det mest velkendte i Danmark.

Indtil for få årtier siden blev ADHD betragtet som en lidelse, der hørte barndommen til. I dag ved vi, at det ikke er rigtigt, og der er god grund til at være langt mere opmærksom på voksne med ADHD. Selvom symptombilledet ofte ændrer sig, så impulsiviteten bliver mindre fremtrædende med alderen, så opfylder en tredjedel af alle med ADHD også kriterierne som voksne. Der er imidlertid også en stor del, som stadig oplever vanskeligheder, selvom de ikke længere opfylder diagnosekriterierne, og kun ca. 20 % er symptomfri som voksne. ADHD er med andre ord en livslang lidelse for rigtig mange af patienterne, og der er store omkostninger forbundet med en ADHD-diagnose (Buitelaar et al., 2011).

Vi ved ikke med sikkerhed, hvorfor nogle udvikler ADHD, men lidelsen opstår efter al sandsynlighed i et samspil mellem mange forskellige biologiske og sociale faktorer, hvor særligt arvelige, genetiske risikofaktorer er afgørende. Det er således langt mere sandsynligt at udvikle ADHD, hvis en af dine forældre også har det, ligesom forældres ADHD også forhøjer risikoen for, at børns ADHD-symptomer stadig er fremtrædende, når de selv bliver voksne (Franke et al., 2012). Men én ting er sikkert – det er ikke nogens skyld, når et barn udvikler ADHD.

Problemer med styringsfunktioner og med andre lidelser

Selvom ADHD ofte omtales som en opmærksomhedsforstyrrelse, er det ofte problemer med eksekutive funktioner, der afspejler det centrale i lidelsen. Dette brede, psykologiske begreb dækker over vigtige kognitive styringsfunktioner som det at kunne fastholde opmærksomhed og fokus, kunne holde information i hukommelsen, være fleksibel i tanke og handling

og ikke mindst have selvkontrol i en grad, så man kan fastholde en opgave eller plan, selvom man måske ikke altid er motiveret for det.

Disse styringsfunktioner udvikles og modnes gennem hele barndommen og op gennem de tidligere voksenår. Overgangen til voksenlivet stiller store krav til vores eksekutive funktioner, fordi vi nu selv skal planlægge, hvad der skal til for at nå vores umiddelbare mål (at købe en gave til en fødselsdag i weekenden) eller de mere abstrakte og fjerne mål (at passe vores uddannelse, så vi i sidste ende kan få et arbejde). Netop fordi de eksekutive funktioner er så vigtige for alle dele af vores tanker og handlinger, kommer problemer med disse funktioner til udtryk i stort set alle livets sammenhænge – hvad enten man er barn eller voksen.

Det er ikke kun opmærksomheds- og styringsproblemer, der kan være udfordrende for personer med ADHD, for risikoen for andre psykiske lidelser er stærkt forhøjet. Langt over halvdelen af alle med ADHD har mindst én og typisk flere andre lidelser. Hos børn ses ofte også adfærds- og indlæringsvanskeligheder, hvor børnene kan være meget udadreagerende eller har svært ved at følge med og tilegne sig viden i samme tempo som deres jævnaldrende. Angst og depression er typisk mere fremtrædende hos unge og voksne med ADHD, og misbrugs-lidelser er også overrepræsenteret. Det er derfor afgørende, at personer med ADHD gennem hele deres liv ikke kun støttes i at håndtere deres primære lidelse, men også får hjælp til behandling af andre lidelser, der udfordrer dem.

Alvorlige konsekvenser af ADHD i voksenlivet

Når man har vanskeligt ved at planlægge, besvær med at huske og overholde aftaler og er impulsiv og risikosøgende, er det ikke overraskende, at ADHD er forbundet med dårligere resultater i skolen, kortere uddannelse, højere arbejdsløshed og langt større risiko for både psykisk og fysisk sygdom end resten af befolkningen. Voksne med ADHD er for eksempel i gennemsnit indlagt 4,5 dage på et år mod kun 2,4 dage i den øvrige befolkning (Rockwoolfondens forskningsenhed, 2014). En anden alvorlig konsekvens for mange voksne med ADHD er en større risiko for stofmisbrug, og en del undersøgelser peger på, at op mod 25 % af alle misbrugere faktisk har ADHD (van de Glind et al., 2014).

I de senere år er der endvidere blevet sat særligt fokus på ADHD og kriminalitet, og det har vist sig, at ADHD er en markant risikofaktor for både tidlig involvering i kriminelle handlinger og for enkeltstående og gentagende kriminalitet, som fører til dom og fængsling. Dette betyder også, at der ses voldsom overvægt af ADHD blandt indsatte i de danske fængsler. En ny undersøgelse udført af det Nationale forsknings- og analysecenter for velfærd (Berger et al., 2017) har netop påvist, at har man én gang siddet i fængsel, er risikoen for, at man senere bliver idømt endnu en fængselsstraf, markant forhøjet,

hvis man har en ADHD-diagnose. Undersøgelsen fastslår også, at der med fordel kunne fokuseres mere på de særlige problemstillinger, som er karakteristiske for mennesker med ADHD, så de i højere grad kunne tilbydes relevant individuel behandling. Samtidig fremhæves det, at der i langt højere grad skal sikres efteruddannelse af personalet i fængselsvæsnet, så de får både viden og værktøjer til at håndtere disse problemstillinger hos de indsatte. Dette er afgørende for at give de indsatte de bedst mulige vilkår for at bryde den kedelige statistik for gentagende kriminalitet, som både er menneskeligt og samfundsmæssigt bekosteligt.

Opsporing og behandling af ADHD

Personer med ADHD skal igennem en grundig udredning, der typisk foregår i specialiserede teams i psykiatrien, og som munder ud i en eventuel diagnose og en række anbefalinger til behandlingstiltag. Det er imidlertid vigtigt at huske, at en diagnose blot forholder sig til, hvorvidt bestemte symptomer er til stede. Derfor skal udredningen også give et mere fyldestgørende billede af barnets eller den voksnes samlede ressourcer, udfordringer og livskvalitet. Det er nemlig med udgangspunkt i disse, at den bedst mulige, individuelle behandling bør planlægges, og at børn og forældre eller den voksne patient kan rådgives om at håndtere de udfordringer, der følger med ADHD.

Hvilken behandling, der anbefales til børn, afhænger i høj grad af, hvor stor en funktionsnedsættelse barnets symptomer medfører. I lettere tilfælde og til yngre børn anbefales forældretræning og specialpædagogiske tiltag i institutioner eller skoler. Standardiserede forældretræningsprogrammer, der er tilpasset netop problemer med at fastholde opmærksomhed og motivation, synes i nogen grad at kunne sænke symptomniveauet og i særlig grad at styrke relationen mellem forældre og børn med ADHD (Forehand et al., 2016). De specialpædagogiske tiltag kan hjælpe til gøre at barnets skoledag og indlæring bedre ved at skabe overblik samt større forudsigelighed og kontinuitet i forskellige pædagogiske situationer. Dette fordrer imidlertid, at der afsættes både tid og midler til specialundervisning, som ligger udover en normal timenormering for et barn.

I sværere tilfælde af ADHD, hvor barnet oplever en væsentlig funktionsnedsættelse, anbefales farmakologisk behandling i til-læg til de psykosociale tiltag. Der er evidens for, at den farmakologiske behandling sænker kernesymptomerne ved ADHD, og Sundhedsstyrelsen anbefaler netop en kombination af farmakologisk og psykosocial behandling (Sundhedsstyrelsen, 2014), selvom sidstnævnte ikke synes at ændre kernesymptomer hos børn og unge i alderen 6-18 år med ADHD ud over virkningen af den farmakologiske behandling alene.

Afsluttende anbefalinger

Selvom det ofte i medierne bliver problematiseret, at et stigende antal børn diagnosticeres med ADHD, er det helt afgø-

rende, at ADHD opspores og behandles så tidligt som muligt. Særligt problematisk er det, når ADHD ikke opdages og behandles i barndommen, for diagnosticeres lidelsen først senere, er konsekvenserne store for både den enkelte og for samfundet som helhed. Rockwoolfonden (2014) kom i en nyere undersøgelse frem til, at ubehandlet ADHD, som først opdages, når folk er blevet voksne, tegner sig for en samlet pris på 150.000 kr. per individ om året. Dertil kommer de alvorlige konsekvenser af ADHD for den enkelte, hvoraf mange faktisk synes at mindske, hvis folk har været i tidlig behandling for deres lidelse. For eksempel har det vist sig, at børn med ADHD, som modtager medicinsk behandling, går ud af niende klasse med signifikant bedre karakterer end de børn, der har afbrudt deres behandling helt eller delvist i løbet af skolegangen (Keilow et al., 2015). På en lignende måde synes tidlig medicinsk behandling faktisk at beskytte mod udviklingen af et senere stofmisbrug (Dalsgaard et al., 2014).

For at fremme den tidlige opsporing er det vigtigt med et øget fokus på at uddanne fx pædagoger og lærere til genkende opmærksomheds- og indlæringsvanskeligheder og hyperaktivitet, der kan være tegn på for eksempel ADHD hos børnene, så disse ikke blot bliver set som besværlige, kontrære eller dårligt opdragede (Harvard University, 2014). Ved at uddanne fagfolk og afsætte midler til de evidensbaserede træningsprogrammer, specialepædagogisk tiltag og behandlinger, som allerede nu findes, kan vi forhåbentlig sikre hurtigere behandling, bedre muligheder for børn og voksne med ADHD og på længere sigt mindske en del af de markante samfundsudgifter, der er forbundet med ADHD.

REFERENCER

- APA, American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Berger, N. P., Høygaard Lindeberg, N., & Mohr Jensen, C. (2017). Resocialisering af indsatte og tilsynsklienter med opmærksomhedsforstyrrelse. Viden og anbefalinger. København: VIVE.
- Buitelaar, J. K., Kan, C. C., & Asherson, P. (Eds.). (2011). *ADHD in adults: Characterization, diagnosis, and treatment*. Cambridge University Press.
- Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. (2014). ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood—a naturalistic long-term follow-up study. *Addictive Behaviors*, 39(1), 325-328.
- Forehand, R., Parent, J., Sonuga-Barke, E., Peisch, V. D., Long, N., & Abikoff, H. B. (2016). Which type of parent training works best for preschoolers with comorbid ADHD and ODD? A secondary analysis of a randomized controlled trial comparing generic and specialized programs. *Journal of abnormal child psychology*, 44(8), 1503-1513.
- Franke, B., Faraone, S. V., Asherson, P., Buitelaar, J., Bau, C. H. D., Ramos-Quiroga, J. A., ... & Lesch, K. P. (2012). The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular psychiatry*, 17(10), 960.
- Harvard University: Center on the Developing Child (2014). *Enhancing and Practicing Executive Function Skills with Children from Infancy to Adolescence*. <http://www.developingchild.harvard.edu>
- Keilow, M., Holm, A., & Fallesen, P. (2015). The Effects of Medical Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) on Children's Academic Achievement. København: Rockwool Fondens Forskningsenhed, Study Paper nr. 82.
- Rockwool Fondens Forskningsenhed (2014). ADHD koster ubehandlet knap 3 mia. kroner om året. *Nyt fra Rockwool Fondens Forskningsenhed*, September.
- 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*. Elektronisk ISBN: 978-87-7104-033-3.
- van de Glind, G., Konstenius, M., Koeter, M. W., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, P. J., Kaye, S., ... & Moggi, F. (2014). Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug & Alcohol Dependence*, 134, 158-166.

Autisme – specielle børn kræver højt specialiseret viden

Autisme er en sygdom med store og alvorlige konsekvenser for barnet, for familien, for klassekammeraterne, for fars og mors job – for hele samfundet. Der findes ingen behandling, så det autistiske barn bliver til en voksen med autisme. Men specialiseret viden og støtteindsatser kan afbøde konsekvenserne markant.



SIMONE PLEINERT
Københavns Universitet
Institut for Psykologi
E-mail: sp@psy.ku.dk



SIGNE VANGKILDE
Københavns Universitet
Institut for Psykologi
E-mail: signe.vangkilde@psy.ku.dk

Mange kan nok huske scenen fra filmen *Rain Man*, hvor en servitricer taber en æske tandstikker på gulvet, og Raymond, spillet af Dustin Hoffman, i løbet af et splitsekund har optalt det nøjagtige antal tandstikker; 146. Autisme bliver af mange forbundet med Raymond-karakteren, der er socialt aparte, har rokkende bevægelser, men til gengæld besidder enestående evner til at huske telefonnumre og udregne kvadratrødder. Denne gængse opfattelse af autisme er imidlertid baseret på fiktion og en kultfilm fra slutningen af 1980'erne. Nok er *Rain Man* inspireret af en virkelig person eller rettere flere personer. Hoffmans rolle er nemlig baseret på en person med autisme og på flere personer med det såkaldte *savant syndrom*, der betyder, at personen besidder nogle helt særlige, mentale evner.

Men denne forestilling om autisme stemmer ikke særlig godt overens med virkeligheden, og de fleste med autisme har bestemt ikke superevner, og kun en mindre del er normalt begavede. Autisme er derimod en lidelse, der giver børn og voksne nogle helt særlige behov, som det kræver højt specialiseret viden at tage hånd om. Manglende specialviden har alvorlige konsekvenser for det enkelte menneske med autisme og for vedkommendes familie, og manglende viden kan i sidste ende koste det danske samfund dyrt.

Men hvad er autisme så?

Autisme er en af de alvorligste psykiske udviklingsforstyrrelser blandt børn og unge (Due et al., 2014). Det er en såkaldt neuropsykiatrisk udviklingsforstyrrelse, som er karakteriseret ved vanskeligheder med socialt samspil, kommunikation og en tendens til indsnævrede, stereotype interesser og adfærd (WHO, 1992). Centralt er det, at disse vanskeligheder præger barnets eller den unges funktion og udvikling i alle situationer. En autismediagnose handler derfor ikke om at have svært ved

nogle ting og være ekstremt dygtig til andre. Der er derimod tale om en *gennemgribende udviklingsforstyrrelse*, som påvirker alle aspekter af personens liv, hvorfor det kan være svært at mestre, hvad der for mange andre er helt almindelige daglige udfordringer. Diagnosen stilles derfor i mange tilfælde i den tidlige barndom, da barnets gennemgribende vanskeligheder oftest vil vise sig tidligt, mens lettere grader af autisme først diagnosticeres senere eller slet ikke. Således er der set en stigende forekomst op gennem barndommen, hvilket formentlig skyldes, at barnets begrænsede sociale og kommunikative færdigheder kommer til kort, når krav til barnet begynder at stige (Due et al., 2014). Nogle af de nyeste tal viser, at 1,3 % af danske børn mellem fem og syv år lider af autisme, og af disse er fire ud af fem drenge (Elberling et al., 2016).

Autisme er desuden ofte ledsaget af andre psykiske vanskeligheder, og tre ud af fire med autisme har komorbide lidelser, særligt ADHD, angst og depression (Houghton, Ong & Bolognani, 2017). Hertil kommer, at mange børn med autisme har kognitive vanskeligheder eller mental retardering i større eller mindre grad, hvilket har affødt idéen om ”højtfungerende autisme” i de tilfælde, hvor barnet er normalt begavet (fx Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin & Clubley, 2001). Dette udtryk er dog noget misvisende, da der stadig er tale om en lidelse, der giver det enkelte barn og familien store udfordringer, og udtrykket dækker derfor snarere over, at barnet kan være bedre end ellers forventet med en autismediagnose. Det er imidlertid også vigtigt at pointere, at der er personer med autisme, som klarer sig overraskende godt i både skole og senere på arbejdsmarkedet, hvorfor autisme bør betragtes som en forstyrrelse, der befinder sig på et spektrum og ikke blot forekommer i en højtfungerende eller lavtfungerende form. Dette er også udviklingen i den nyeste version af

det amerikanske diagnosesystem, DSM-V, hvor betegnelsen ”Autism Spectrum Disorder” bruges (APA, 2013), og i langt de fleste sammenhænge i Danmark taler man da også om *autismespektrumforstyrrelser*.

En rapport fra Vidensråd for Forebyggelse om børn og unges mentale helbred viser, at andelen er diagnosticerede med autisme igennem en årrække har været stigende (Due et al., 2014). Denne stigning er formentlig udtryk for mere opmærksomhed på og øget viden om lidelsen, hvilket bør ses som en positiv udvikling. En diagnose alene hjælper dog sjældent i sig selv, og en øget opmærksomhed på børn med anderledes og særlige behov må nødvendigvis følges af kompetencer til at tage hånd om disse.

Store konsekvenser af manglende specialviden

Når man har problemer med socialt samspil og kommunikation og har en anderledes og repetitiv adfærd i mange situationer, er det ikke overraskende, at man vil have svært ved at fungere i en almindelig skoleklasse. Dette afspejles i de senere års fokus på inklusion og de mange historier fra medierne om børn med autisme, der forsøges inkluderet i folkeskolen med store psykiske skader til følge. Tal fra Landsforeningen Autisme viser ligeledes, at hvert tredje barn med autisme, der er inkluderet i folkeskolen, faktisk ikke går i skole (Landsforeningen Autisme, 2017). Typisk har den fejlslagne inklusion også haft store konsekvenser for barnets familie i form af psykisk belastning af forældre og søskende, der har medført øget sygefravær. I Landsforeningen Autismes undersøgelse af forældresårbarhed fra 2017 påpeges eksempelvis, at kun 28% af forældrene til børn med autisme har bibeholdt deres normale job. En amerikansk undersøgelse viser da også, at en af de største økonomiske poster for samfundet forbundet med børn med autisme er dækning af tabt arbejdsfortjeneste til forældrene (Buescher, Cidav, Knapp & Mandell, 2014). Hertil kommer, at mistriivsel hos børn med autisme også har konsekvenser for andre elever i børnenes klasser. I en dansk undersøgelse vurderes det fx, at et enkelt inkluderet barn i en folkeskoleklasse svækker hele klassens læring, og mange lærere føler sig ikke tilstrækkeligt klædt på til at håndtere dette (Kristoffersen, Kraegpoth, Nielsen & Simonsen, 2015). Et manglende specialtilbud kan altså føre til manglende skolegang og derved manglende faglig og social udvikling, voldsom psykisk påvirkning hos barnet samt øgede sekundære samfundsøkonomiske udgifter gennem belastning af familien og barnets klassekammerater.

Manglende specialviden har ikke kun alvorlige konsekvenser for børn med autisme. Disse børn bliver til unge og voksne med autisme og vil hele livet igennem have brug for særlig hjælp og støtte, som de desværre ikke altid har adgang til. Ifølge Landsforeningen Autisme er der sket en stor stigning i antallet af unge og voksne med autisme, der af deres omsorgspersoner, politianmeldes for vold (Landsforeningen Autisme, 2018). Ifølge foreningens formand skyldes disse sager en såkaldt ”afspecialisering”, idet at fagpersonerne på fx bosteder

ikke længere har tilstrækkelig viden og kompetencer til at drage omsorg for mennesker med autisme.

Udredning og behandling af autisme

Ved mistanke om autisme henvises barnet typisk til specialiserede teams i psykiatrien, som foretager en grundig udredning, hvorefter der stilles en potentiel diagnose ud fra WHO’s klassificering af sygdomme, ICD-10 (WHO, 1992). Udredningen afsluttes med anbefalinger til behandlingstiltag, og anbefalingerne vil som oftest henstille til, at barnet placeres i et miljø med voksne, der har særlig viden om autisme. Det er således med udgangspunkt i anbefalingerne fra de specialiserede psykiatriske teams, at den bedst mulige individuelle behandling bør planlægges.

Autisme må betragtes som et livslangt handicap, og der findes ingen behandling, der kan gøre børn eller voksne ”frie for autisme”. Der findes heller ingen farmakologisk behandling af autisme, men er der samtidige, komorbide psykiatriske lidelser, kan en del af disse behandles terapeutisk eller medicinsk. Imidlertid kan man overordnet skrue på to knapper i forhold til at håndtere de udfordringer, den enkelte med autisme har. Dels kan man forsøge at lære barnet bestemte adfærdsmønstre, og dels kan man tilpasse barnets omgivelser, så det i højere grad matcher barnets kompetencer og udfordringer. Begge tilgange kræver langsigtede interventioner, som typiske bedst opnås gennem specialtilbud i tæt samarbejde med barnets familie.

Systematiserede programmer til adfærdstræning af det enkelte barn har i nogen grad vist sig at være effektive til specifikt at reducere en type adfærd og fremme en anden (Heyvaert, Saenen, Campbell, Maes & Onghena, 2014). Forskellige specialpædagogiske tiltag indbefatter, at det omkringliggende miljø tilpasses barnets udfordringer gennem konkrete pædagogiske hjælpemidler som brug af visuelle strukturer og særlige visualiserede historiefortællinger om sociale situationer (Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013). En del af miljøtilpassningen består dog i høj grad af at sikre den rette forståelse af autisme og af det enkelte barn, således at børnene ikke bliver misforstået eller presses ud i situationer, hvor de ikke har evnerne til at handle. Dette kræver derfor specialpædagogisk uddannelse af lærere og pædagoger samt psykoedukation af forældre og søskende.

Børn med autisme er en specialistopgave

Selvom der med inklusionsloven fra 2012 er politiske argumenter og juridisk grundlag for at sende børn med autisme i en almindelig skoleklasse med 28 elever, er og bliver udfordringerne forbundet med autisme en specialistopgave, der bør varetages af folk med specialviden. Hvis ikke dette understøttes, har det i sidste ende alvorlige konsekvenser for det enkelte barn, dets fremtid, familie og samfundet som helhed.

En videnskabelig undersøgelse udarbejdet i 2017 af Center for Autisme viser, at specialtilbud til børn med autisme fremmer

muligheden for uddannelse og beskæftigelse efter grundskolen (Pedersen & Christiansen, 2016). Så selvom en specialskoleplads årligt koster omkring 400.000 kr. mere end en plads i folkeskolen (Frederiksberg Kommune, 2017), vil et specialtilbud, udover at spare samfundet for inklusionens høje pris, også give en markant besparelse i forhold til langt den største økonomiske udgift forbundet med autisme hos voksne: offentlig forsørgelse (Buescher, Cidav, Knapp & Mandell, 2014). Det er nemlig for nyligt vist, at en sådan inklusion på arbejdsmarkedet giver en budgetøkonomisk gevinst på godt 270.000 kr. årligt for hvert inkluderede individ (COWI, 2014), hvilket over tid fører til en besparelse, som langt overstiger udgiften til en plads i specialtilbud. Samtidig bør det understreges, at specialtilbud og ekstra ressourcer bør tildeles så tidligt som muligt, idet mislykket inklusion betyder, at specialskolerne bruger dyrebar tid på at råde bod på psykiske vanskeligheder, som potentielt kunne være undgået, samt at børnene forholdes evidensbase-rede interventioner i særligt vigtige perioder af deres liv.

Afsluttende anbefalinger

For at sikre en kompetent håndtering af den samfundsmæssige og etiske opgave det er at drage omsorg for og støtte og udvikle børn med autisme, er det derfor vigtigt, at børnene visiteres til specialtilbud så tidligt som muligt. Dette er selvsagt afhængig af en tidlig opsporing af børn inden for autismspektret samt grundig uddannelse af de mennesker, der arbejder med autisme, så de har den fornødne viden og kompetencer. Ved at afsætte midler til specialtilbud og specialpædagogisk uddannelse af fagfolk, kan vi forhåbentlig sikre de bedste fremtidsmuligheder for børn med autisme og derigennem mindske de samfundsmæssige udgifter, der er forbundet med manglende ekspertise og mislykket inklusion både i folkeskolen og i samfundet senere hen.

REFERENCER

- APA, American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5-17.
- Buescher, A. V. S., Cidav, Z., Knapp, M., & Mandell, D. S. (2014). Costs of Autism Spectrum Disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA Pediatr.* 168(8):721-728. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.210
- COWI (2014). *Samfundøkonomiske gevinster ved arbejdsmarkedrettede indsatser for personer med handicap*. Det Centrale Handicapråd, Rapport.
- Due, P., Diderichsen, F., Meilstrup, C., Nordentoft, M., Obel, C., & Sandbæk, A. (2014). Børn og unges mentale helbred – forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. Vidensråd for Forebyggelse
- Elberling, H., Linneberg, A., Rask, C. U., Houman, T., Goodman, R., & Skovgaard, A. M. (2016). Psychiatric disorders in Danish children aged 5–7 years: A general population study of prevalence and risk factors from the Copenhagen Child Cohort (CCC 2000). *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(2), 146-155.
- Frederiksberg Kommune (2017). Udviklingen på specialundervisningsområdet med særlig henblik på Skolen ved Nordens Plads. https://www.frederiksberg.dk/sites/default/files/meetings-appendices/1059/Punkt_360_Bilag_1_Rapport_udviklingen_paa_specialundervisningsområdet_SNP.pdf
- Heyvaert, M., Saenen, L., Campbell, J., Maes, B., & Onghena, P. (2014). Efficacy of behavioral interventions for reducing problem, behavior in persons with autism: An updated quantitative synthesis of single-subject research. *Research In Developmental Disabilities*, 35(10), 2463-2476.
- Houghton, R., Ong, R., & Bolognani, F. (2017). Psychiatric comorbidities and use of psychotropic medications in people with autism spectrum disorder in the United States. *Autism Research*, 10(12), 2037-2047.
- Kristoffersen, J., Kraegpoth, M., Nielsen, H., & Simonsen, M. (2015). Disruptive school peers and student outcomes. *Economics of Education Review*, 45, 1-13.
- Landsforeningen Autisme (2018). *Bosteder anmelder borgere med autisme til politiet*. <http://www.autismeforening.dk/nyhedSe.aspx?id=1624&linkId=11&sid=&>
- Landsforeningen Autisme (2017). *Sårbarhedsundersøgelse 2017*. <http://www.autismeforening.dk/log/Sårbarhedsundersøgelse%202017%20ny.pdf>
- Landsforeningen Autisme (2017). *Inklusion i folkeskolen*. http://www.autismeforening.dk/log/artikler/Hele%20undersøgelsen_færdig.pdf
- Pedersen, L. & Christiansen, J. (2016). Inklusion i Folkeskolen. Center for Autisme. http://www.centerforautisme.dk/media/250273/sammenfatning-og-diskussion-af-resultaterne__12-11-2017.pdf
- Virues-Ortega, J., Julio, F., & Pastor-Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 940-53.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Ordblindhed

Denne artikel giver en introduktion til ordblindhed. Der redegøres kort for, hvad ordblindhed er, hvor høj forekomsten er, og hvilke konsekvenser ordblindhed har. Derefter skitseres opsporing af og indsatser mod ordblindhed. Der er god evidens for, hvilket indhold der skal indgå i ordblindeundervisningen. Men denne viden kunne i højere grad formidles gennem efteruddannelse til fagpersonale, og der bør gennemføres flere undersøgelser af, hvilke indsatser for ordblinde der virker bedst i dansk sammenhæng, og hvordan sådanne indsatser bedst implementeres.



ANNA S. GELLERT
Center for Læseforskning
Københavns Universitet
E-mail: agellert@hum.ku.dk



MADS POULSEN
Center for Læseforskning
Københavns Universitet
E-mail: m.poulsen@hum.ku.dk



CARSTEN ELBRO
Center for Læseforskning
Københavns Universitet
E-mail: ce@hum.ku.dk

Definition og forekomst af ordblindhed

”Ordblindhed er markante vanskeligheder med at lære at læse og skrive, som beror på langsom og upræcis omsætning af bogstaver og bogstavfølger til sproglyde. Ordblinde har særlig svært ved ord, som de ikke har set før. Læse- og stavefejlene er ofte i modstrid med almindelige forbindelser mellem bogstav og lyd, fx *kulde* læst som *kunne*, og *dig* skrevet *din*. Ordblindhed skyldes hverken dårlig begavelse, synsvanskeligheder eller problemer med at kende forskel på venstre og højre. Derimod har ordblinde vanskeligt ved at opdele sammenhængende tale i de sproglyde (fonemer), som danner grundlaget for skriften.” (*Den Store Danske Encyklopædi*).

Denne definition er i overensstemmelse med det internationale dysleksiforbunds definition (IDA) og ligger til grund for Undervisningsministeriets praksis.

Ca. 7 procent af de voksne danskere beskrev sig selv som ordblinde i 1990. I 2014 modtog ca. 8 procent af eleverne i folkeskolen særlig støtte på grund af ordblindhed; og den nationale ordblindetest har netop en afgrænsning ved 8-percentilen på den relevante skala.

Konsekvenser i skolen og voksenlivet

Ordblinde børns vanskeligheder med at lære at læse påvirker ofte deres selvopfattelse negativt og kan fra et tidligt tidspunkt gå ud over deres motivation i skolen (Swalander, 2012). Efterhånden som ordblinde bliver ældre, vil deres basale vanskeligheder med at læse begrænse deres forståelse af teksters indhold. Det gør det vanskeligere for ordblinde at tilegne sig ordkendskab, viden og færdigheder i de skolefag, som kræver læsning.

Elevernes senere valg (eller fravalg) af ungdomsuddannelse påvirkes i høj grad af eventuelle læsevanskeligheder (fx Haven, 1998), og læseniveauet ved grundskolens afslutning er den stærkeste kendte prædikator for videre uddannelse (Rosdahl, 2014).

Den første undersøgelse af voksne danskeres læsefærdigheder fra 1990 (Elbro et al., 1995) gav indblik i sammenhænge, der sandsynligvis stadig er gyldige, selv om fx det gennemsnitlige uddannelsesniveau er blevet højere. Undersøgelsen viste markante sammenhænge mellem ordblindhed og lavt uddannelsesniveau. Blandt ordblinde voksne var der over 40 %, som havde mindre end ni års skolegang, hvilket var dobbelt så stor en andel som i befolkningen som helhed. Modsvarende var der kun 1 % af de ordblinde, som havde en lang videregående uddannelse, mod 18 % i befolkningen. De afledede effekter på job og socioøkonomisk status var betydelige, selv om der også var mange ordblinde, som havde klaret sig godt. Nyere danske undersøgelser har ikke registreret, om deltagerne var ordblinde, men har også vist, at voksne med svage læsefærdigheder er stærkt overrepræsenterede blandt kortuddannede, lavtlønnede og arbejdsløse (fx Rosdahl et al., 2013).

Opsporing af ordblindhed

I løbet af de sidste par år har Undervisningsministeriet stillet to testmaterialer til rådighed for skoler og uddannelsesinstitutioner mhp. at forbedre mulighederne for at identificere ordblinde personer og børn med forøget risiko for ordblindhed.

Ordblindetesten er et testmateriale til brug i hele uddannelsessystemet fra 3. klasse op til videregående uddannelse. På baggrund af elevens resultat på testen udregnes en score, der viser, om eleven har så store vanskeligheder med at bruge skriftens

basale lydprincip, at eleven kan karakteriseres som ordblind. Ordblindetesten anvendes nu ifølge Undervisningsministeriet i alle landets kommuner.

Ordblinderisikotesten retter sig mod elever i slutningen af børnehaveklassen samt i midten og slutningen af 1. klasse og har til formål at bidrage til en tidlig identifikation af elever, der har forøget risiko for ordblindhed (da det her endnu er for tidligt at afgøre, om der faktisk er tale om ordblindhed).

Indsatser mod ordblindhed

Ordblindhed er en indlæringsvanskelighed. Det vil sige, at ordblinde har markant vanskeligere ved at komme i gang med at lære at læse og stave end andre elever og til stadighed vanskeligere ved at forbedre deres læse- og stavefærdigheder. Effektive indsatser er derfor langvarige (over flere skoleår) og/eller gentagne i løbet af skolealderen (Connor et al., 2013).

Tidlige indsatser i 0.-1. klasse har vist sig effektive (Torgesen, 2005). Det er vigtigt at sætte tidligt ind for at forebygge tidlige nederlag, og fordi ordblinde elever ikke har så meget at skulle indhente lige i starten.

Dokumenterede effektive indsatser i indskolingen retter sig mod ordblindes kernevanskeligheder og deres umiddelbare årsager. Det er vanskeligheder med identifikation af de enkelte lyde i det talte sprog (sproglyds-opmærksomhed), tilegnelse af de enkelte bogstavers navne og standardlyde og sammenføjning af enkeltlyde til ord (lyd-syntese). Eftersom ordblinde er væsentlig længere tid om at tilegne sig disse kernefærdigheder, skal undervisningen være tilrettelagt i mindre trin, med flere varierede gentagelser og med præcis udpegning af fremgang. Der eksisterer effektive ”programmer” for en sådan indsats, fx PHAST (Lovett et al., 2017), som er bearbejdet til dansk til elever med læsevanskeligheder i 3. klasse (Arnbak og Borstrøm, 2009).

Indsatser på mellemtrinnet og senere retter sig normalt både mod kerneproblemerne (fortsat) og mod kompensatoriske læsestrategier, som fx genkendelse af hyppige, meningsfulde orddele (morfemer), udnyttelse af kendskab til tekstopbygning og brug af kompenserende it-hjælpemidler.

Effekterne af danske indsatser mod ordblindhed er kun i sjældne tilfælde dokumenteret på måder, som tillader generalisering til kommunal eller national skala.

En undtagelse er en dansk effektundersøgelse med børn af ordblinde forældre, der blev gennemført i hele børnehaveklasser med klassernes egne undervisere (Elbro & Petersen, 2004). Effekten af den tidlige forsøgsundervisning på senere læsefærdigheder i 2. klasse var stor (Cohens $d=0,5-0,7$). Effekten kunne ses frem til 7. klasse, hvor 31 % af kontrolgruppen havde vanskeligheder med ordlæsning, mod kun 9 % i forsøgsgruppen. Omkostningerne ved forsøgsundervisningen var i det væsentlige et 12-timers kursus for underviserne i forsøgsgruppen. Undervisningsmaterialet er publiceret og meget udbredt (Borstrøm & Petersen, 1996 og senere), men specifikke kurser

i forebyggende undervisning for undervisere anses for omkostningstunge og er ikke almindelige. Særundervisningen af risikoelever i de yngste klasser kan muligvis med fordel varetages i mindre grupper på tværs af klasser for at begrænse behovet for efteruddannelse, koncentrere erfaringsopbygningen og intensivere tilbuddet til risikoeleverne.

Hollandske effektundersøgelser af supplerende individuel undervisning af ordblinde elever i blandede aldersgrupper har vist, at 40+ % af stærkt ordblinde elever nåede op i normalområdet i læsning og stavning efter gennemsnitligt 40-60 timers individuel undervisning (og undersøgelse) efter veldefinerede metoder (fx Hakkaart-van Roijen et al., 2011). Omkostningen for implementering i Danmark ville bestå i lønudgifterne til uddannet personale og udgifter til udvikling af relevant materiale på dansk.

Ordblinde elever har vanskeligt ved at følge med i skriftbaseret undervisning, hvilket ofte søges kompenseret ved hjælp af it-støtte, fx oplæsningsprogrammer og ordforslagsprogrammer til stavning. It-støtte kan hjælpe ordblinde elever med at læse og skrive mere præcist, men bruges ofte ikke i hverdagen (Arnbak og Petersen, 2017). Årsagen er sandsynligvis til dels utilstrækkelig og ikke-vedvarende støtte til brug af redskaberne. Men teknologien er også stadig besværlig at bruge og forbundet med stigmatisering, så eleverne forsøger meget ofte at klare sig uden. It-støtten fjerner således ikke ordblinde elevers behov for læseundervisning og vedvarende opmærksomhed.

Afsluttende anbefalinger

Det er helt oplagt, at tidlig identifikation af elever med forøget risiko for ordblindhed og forebyggelse har et potentiale for at give betydelige menneskelige og økonomiske gevinster. I dag er der mulighed for temmelig pålidelig identifikation af risikoelever fra og med slutningen af børnehaveklassen. Men effekterne af danske indsatser mod ordblindhed er generelt ikke veldokumenterede. Derfor bør der gennemføres flere effektundersøgelser mhp. at afdække, hvilke indsatser for ordblinde der virker bedst i forskellige aldersgrupper i dansk sammenhæng, og hvordan sådanne indsatser kan implementeres.

Der er begrænsede muligheder for kvalificeret efteruddannelse i ordblindhed for lærere, læsevejledere og læsekonsulenter i Danmark. Udenlandske undersøgelser (fx McCutchen et al., 2009) har imidlertid vist, at lærere kan øge deres viden om sprog og læsning betydeligt, hvis de deltager i relevante, forskningsbaserede kurser, og at elever, der undervises af sådanne lærere, efterfølgende gennemsnitligt opnår større fremgang i læsning og stavning end elever, der undervises af lærere uden sådanne kurser bag sig. Det var vel at mærke eleverne med de ringeste læsefærdigheder, der havde størst fordel af at have velkvalificerede undervisere. Der ville således sandsynligvis være meget at vinde ved at opprioritere efteruddannelse på ordblindeområdet.

REFERENCER

- Arnbak, E., & Borstrøm, I. (2009). VAKS: Vejledning. København: Gyldendal.
- Arnbak, E., & Petersen, D. K. (2017). *Projekt It og ordblindhed. En undersøgelse af it-støtte til ordblinde elever på mellemtrinnet*. København: DPU, Aarhus Universitet.
- Borstrøm, I., & Petersen, D. K. (1996). *På vej til den første læsning*. København: Alinea.
- Connor, C. M., Morrison, F. J., Fishman, B., Crowe, E. C., Al Otaiba, S., & Schatschneider, C. (2013). A longitudinal cluster-randomized controlled study on the accumulating effects of individualized literacy instruction on students' reading from first through third grade. *Psychological Science*, 24, 1408-1419.
- Elbro, C., Møller, S., & Nielsen, E. M. (1995). Functional reading difficulties in Denmark. A study of adult reading of common texts. *Reading and Writing*, 7, 257-276.
- Elbro, C., & Petersen, D. K. (2004). Long-term effects of phoneme awareness and letter name training. An intervention study with children at risk of dyslexia. *Journal of Educational Psychology*, 96(4), 660-670.
- Hakkaart-van Roijen, L., Goettsch, W. G., Ekkebus, M., Gerretsen, P., & Stolk, E. A. (2011). The cost-effectiveness of an intensive treatment protocol for severe dyslexia in children. *Dyslexia*, 17, 256-267.
- Haven, D. (1998). Gode og dårlige læsere efter 9. klasse. Anden del af en efterundersøgelse. *Psykologisk Pædagogisk Rådgivning*, 35(5/6), 454-472.
- McCutchen, D., Green, L., Abbott, R. D., & Sanders, E. A. (2009). Further evidence for teacher knowledge: supporting struggling readers in grades three through five. *Reading and Writing*, 22, 401-423.
- Lovett, M. W., Frijters, J. C., Wolf, M., Steinbach, K. A., Sevcik, R. A., & Morris, R. D. (2017). Early intervention for children at risk for reading disabilities: the impact of grade at intervention and individual differences on intervention outcomes. *Journal of Educational Psychology*, 109, 889-914.
- Rosdahl, A. (2014). *Fra 15 til 27 år. PISA 2000-eleverne i 2011/12*. København: SFI.
- Rosdahl, A., Fridberg, T., Jakobsen, V., & Jørgensen, M. (2013). *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med it i Danmark*. København: SFI.
- Torgesen, J. K. (2005). Recent discoveries on remedial interventions for children with dyslexia. I: M. J. Snowling & C. Hulme (red.). *The Science of Reading* (s. 521-537). Malden, MA, US: Blackwell.
- Swalander, L. (2012). Selvbillede, motivation og dysleksi. I: S. Samuelson et al. (red.). *Dysleksi og andre vanskeligheder med skriftsproget* (s. 178-191). København: Dansk Psykologisk Forlag.

Forebyggelse af angst i barndommen

Angst er den hyppigst forekommende psykiske lidelse i barndommen. Ubehandlet angst i barndommen øger risikoen for en række negative konsekvenser herunder angst og depression i voksenlivet. Tidlig forebyggelse af angst i barndommen er nødvendig. Center for Angst har udviklet Hjælp til Selvhjælp, et gruppebaseret selvhjælpsprogram til forældre til moderat angste børn. Det har god effekt, kræver få ressourcer og er målrettet kommuner.



BARBARA HOFF ESBJØRN

Professor mso
Leder af Center for Angst
Institut for Psykologi
Københavns Universitet
E-mail: barbara.hoff@psy.ku.dk

Forekomst og konsekvenser

I de seneste år har vi i Danmark oplevet, at flere og flere børn bliver beskrevet som angste. Det er helt almindeligt at kunne føle angst, men når angsten griber ind i barnets hverdag og forhindrer barnet i at leve et normalt liv, bliver angsten til en psykisk lidelse, der kan diagnosticeres på baggrund af psykiatriske interview. Når angst bliver en psykisk lidelse, forstyrrer den ikke kun barnets, men også forældrenes hverdag. Børnene kan have svært ved at sove alene i egen seng, selvom de er teenagere, være bange for at befinde sig i skolen uden forældrene sidder i klassen eller på gangen, have svært ved at deltage i klasseundervisning, fordi de er bange for, at andre skal syntes, de er pinlige, eller bekymre sig dagligt om global opvarmning, økonomi eller politiske spørgsmål i en grad, så de ikke kan falde i søvn om aftenen, men skal tale alle tingene igennem med forældrene igen og igen, flere timer hver aften for at kunne slappe af. Men hvor mange børn drejer det sig egentligt om?

Vi ved, at angstlidelser er den hyppigst forekommende psykiske lidelse i barndommen. Forskning har vist, at 12% af de 9-11 årige og helt op til 23% af alle 26-årige vil have opfyldt kriterierne for minimum én angstlidelse i løbet af barn- eller ungdom (Copeland, Angold, Shanahan & Costello, 2014). Manglende viden blandt professionelle og forældre om, hvordan angst præsenterer sig i barndommen, og hvordan angst bedst afhjælpes, medfører, at mange angste børn ikke identificeres og derfor ikke modtager behandling. Selv hvis barnet identificeres, er der ikke en tilstrækkelig mængde af evidensbaserede behandlingstilbud, hvor behandlerne er tilstrækkeligt veluddannede i at udføre behandlingen til at dække behovet for behandling til denne børnegruppe. Da traditionel psykoterapi er ressourcekrævende, er der mange, der ikke får tilbudt behandling, selvom de har behov for det. Dette øger risikoen for negative konsekvenser for

barn, familie og samfund. Ubehandlet angst er en risikofaktor for skolevægring, skolefaglige vanskeligheder, social isolation og mobning i barndommen, samt for misbrug, angst og depression i voksenlivet (Moffitt et al., 2007; Reijntjes, Kamp-huis, Prinzie & Telch, 2010). Angst er den psykiske lidelse, der hyppigst udløser førtidspension i voksenlivet, og angst er hvert år skyld i, at vores samfund oplever et produktionstab for mere end 8,6 mia. kroner (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Indsatser og effekter

Dette er især beklageligt, da angst relativt let kan behandles af specialister i kognitiv adfærdsterapi, der har erfaring med at behandle angst i barndommen. En metaanalyse har vist, at terapeutleverede kognitivt adfærdsterapeutiske programmer fører til, at 58,9 % af de angste børn bliver fri for alle deres angstlidelser efter endt behandling (James, James, Cowdrey, Soler & Choke, 2015). Behandlingseffekten afhænger af, hvor behandlingen udføres. Man ser typisk bedre behandlingseffekt på universitetsklinikker med speciale i angstlidelser end i hverdagens kliniske praksis (Ischikawa, Okajima, Matsuoka & Sakano, 2007). En af årsagerne hertil er, at behandlere på universitetsklinikker er bedre uddannede og modtager løbende vejledning i at udføre behandlingerne korrekt i modsætning til hverdagens praksis, hvor uddannelse og vejledning ofte er sparsom. Dette er et problem, da størsteparten af de børn, der modtager behandling, modtager denne i primærsektoren, hvor ressourcerne er knappe. Der er derfor behov for 1) ressourcefattede evidensbaserede behandlingstilbud, der er målrettet en kommunal hverdag og kan implementeres forebyggende, og 2) tilstrækkelig uddannelse og vejledning til kommunale behandlere i at udføre sådanne tilbud.

I Center for Angst har vi derfor udviklet og afprøvet et gruppebaseret selvhjælpsprogram ”Hjælp til Selvhjælp”, der er målrettet til f.eks. PPR, eller tilsvarende instanser i kommunen. Målgruppen for denne forebyggende indsats er børn med op til moderate grader af angstlidelser. Hjælp til Selvhjælp består af to terapeutleverede forældreworkshops af to timer, selvhjælpsmanualer til barn og forældre samt løbende kontakt via en hemmelig Facebookgruppe. Programmet forløber over 12 uger, hvor første workshop ligger ved behandlingsstart og den anden midtvejs. Programmet tager udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi og i princippet om ”overdragelse af kontrol”, da behandlinger, der aktivt overdrager behandlingskontrol til forældre, så de lærer at træne modig adfærd og at udfordre angsten med deres barn, er signifikant mere effektive et år efter endt behandling end behandling uden dette fokus (Manassis et al., 2014). Forældrene udfører på denne måde behandling i eget hjem, hvilket reducerer behovet for at tage fri for arbejde for at følge barnet til eller deltage i terapeutleveret terapi. Terapeuterne modtager før udførelsen af programmet fire dages uddannelse og modtager vejledning efter hver workshop indtil en tilstrækkelig sikkerhed er opnået. Når terapeuterne er trænet i at udføre workshops, er den terapeuttid, der anvendes pr. familie, kun op mod 1½ time, hvilket er markant mindre end traditionel terapi.

En pilotundersøgelse af Hjælp til Selvhjælp udført ved Center for Angst viste, at programmet var effektivt. I alt 26 familier blev inkluderet i undersøgelsen. Børnene havde moderat angst, om end 57,7% af børnene opfyldte kriterierne for mere end en angstlidelse. Intent-to-treat-analyser viste, at 61,5% af børnene var fri for alle angstlidelser efter endt behandling (Esbjørn, Christiansen, Walczak, Østergaard & Breinholst, 2016). Disse resultater er foreløbige og bør derfor fortolkes varsomt, da det endnu er usikkert, i hvor høj grad samme resultater kan reproducere i en kommunal hverdag.

Ikke desto mindre har de gode resultater ført til, at Hjælp til Selvhjælp, med støtte fra VeluxFonden, er ved at blive afprøvet i Lyngby-Taarbæk kommune i et effectiveness studie. Kommunens PPR har udpeget en ”task-force” på fem psykologer. Center for Angst har uddannet og vejledt psykologerne i at udføre programmet med forældre til børn fra 1. til 6. klassetrin. Alle forældre til nævnte klassetrin i kommunens lokale folkeskoler modtog indbydelse til en temaaften om angst i barndommen for at lære dem at identificere eventuelle angstproblematikker hos deres eget barn. Hvis forældrene kunne genkende denne type vanskeligheder hos deres barn og mente, at de havde brug for hjælp til barnet, kunne de melde sig til at deltage i Hjælp til Selvhjælp. Endelige resultater forventes klar i efteråret 2018, men foreløbige oplevelser og resultater fra kommunen tyder på gode erfaringer med programmets gennemførelse og gode effektstørrelser af programmets effektivitet også i hverdagens praksis.

Afsluttende anbefalinger

Det anbefales fremadrettet, at flere kommuner uddanner professionelle og forældre i at genkende angstlidelser i barndommen, så børn med behandlingsbehov identificeres så tidligt i processen, at de kan have gavn af en forebyggende ressourcefattig indsats. Det anbefales sideløbende, at et udvalg af kommunale psykologer uddannes og vejledes i at udføre kognitive adfærdsterapeutiske teknikker og herunder at kunne implementere ressourcefattige interventioner som Hjælp til Selvhjælp. Disse tiltag skal ses som led i en samlet forebyggende indsats, der kan reducere antallet af børn med svære angstlidelser og de deraf følgende hyppige og invaliderende komplikationer som skolevægring, skolefaglige vanskeligheder og social isolation.

REFERENCER

- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33.
- Esbjørn, B. H., Christiansen, B. M., Walczak, M., Østergaard, S. W. & Breinholst, S. (2016). Can parents treat their anxious child using CBT? A brief report of a Self-help program. *Acta Psychopathologica*.
- Ischikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, H. & Sakano, Y. (2007). Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 12, s. 164-172.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *the cochrane library*.
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., Saini, M., Wilansky, P., Baer, S., Barret, P., Bodden, D., Cobham, V. E., Dadds, M. R., Flannery-Schroeder, E., Ginsburg, G., Heyne, D., Hudson, J. L., Kendall, P. C., Liber, J., Masia-Warner, C., Nauta, M. H., Rapee, R. M., Silverman, W., & Siqueland, L. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A Preliminary Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, s. 1-10.
- Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of general psychiatry*, 64(6), 651-660.
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child abuse & neglect*, 34(4), 244-252.
- Sundhedsstyrelsen (8. September 2015): <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/ny-rapport-sygdomsbyrden-i-danmark#>

Forebyggelse af seksuelle overgreb mod børn

Sammenhængen mellem forebyggelsesinitiativer og reduktionen af forekomsten af seksuelle overgreb mod børn er vanskelig endsige umulig at kortlægge. Derfor er en forskningsbaseret dialog mellem de voksne, der til dagligt arbejder med børn, og de fagpersoner, der er uddannet, specialiseret og har erfaring med at arbejde inden for feltet afgørende. Undervisningsmaterialet Spillerum præsenteres som et eksempel på et dialogbaseret forebyggelsesredskab.



KATRINE ZEUTHEN
Københavns Universitet
Institut for Psykologi
E-mail: katrine.zeuthen@psy.ku.dk



MARIE HAGELSKJÆR
Privatpraktiserende psykolog, konsulent og underviser
E-mail: marie.hagelskjaer@gmail.com

Omfang, opsporing og senfølger

Globalt såvel som nationalt udgør seksuelle overgreb mod børn et omfattende problem, der finder sted i alle etniske, sociale og kulturelle grupper, og som er forbundet med alvorlige psykiske senfølger som depression, misbrug og PTSD. Hvordan forekomsten af seksuelle overgreb mod børn estimeres, afhænger af, hvordan fænomenet defineres, og hvilke metoder, der anvendes i undersøgelserne. Opgørelserne udfordres yderligere af, at der er store mørketal forbundet med at afdække problemets omfang. Forskellige studier har vist, at piger mellem syv og 12 år, børn, der lever med misbrug og vold i familien, samt børn med fysisk og psykisk handicap er blandt de mest udsatte grupper. I den seneste danske undersøgelse fra SFI (2016) blandt 2000 elever i 8. klasse er de uønskede seksuelle oplevelser, som børnene rapporterer, opdelt i forskellige typer hændelser. Tallene fordeler sig således, at 12 % har oplevet "uønskede blottelser", 12 % "uønskede berøringer", og 6% af den samlede gruppe har oplevet "uønsket samleje eller forsøg herpå". Om relationen mellem barn og krænker beskrives, at ca. 75 % af de uønskede seksuelle hændelser sker med jævnaldrende, og omkring 25 % begås af familiemedlemmer eller andre voksne. Efterforskning af voksnes overgreb mod børn kompliceres af, at barnet er blevet udsat for en voksen seksualitet, som barnet ikke forstår betydningen af, og at krænker oftest er en, som barnet har en nær relation til, hvorfor barnet har svært ved at udtale sig om overgrebet på en sammenhængende og juridisk set troværdig måde. Bevisbyrden er også yderst kompliceret at løfte, da det udover barnets beskrivelser, kun er dna-spor, tilståelse fra gerningspersonen eller fotodokumentation af overgrebene, der kan stå alene. Derfor hersker der i sager med

mistanke om seksuelle overgreb også stor usikkerhed omkring, hvad barnet i virkeligheden er blevet udsat for, en usikkerhed, der udgør en præmis i arbejdet med disse sager. Denne usikkerhed har givet anledning til mange studier vedrørende sammenhængen mellem seksuelle overgreb og specifikke tegn, signaler og symptomer. Der er således et stort ønske om at afdække entydige forbindelser mellem barnets udtryk og barnets virkelighed, men fordi seksuelle overgreb netop ikke udtrykker sig utvetydigt eller i det åbne, præsenteres disse sammenhænge altid med en vis forsigtighed, idet andre oplevelser i det enkelte barns liv også kan udgøre årsagen til barnets bekymrende udtryk. Ønsket om at finde statistisk signifikante udtryk for seksuelle overgreb mod børn har bevirket en empirisk tilgang til fænomenet, hvor fokus er på barnet, og hvor teoretiske analyser af feltet, herunder den fagprofessionelle voksnes blik på barnet og på fænomenet seksuelle overgreb mod børn, synes sparsomme.

Forebyggelse generelt

På trods af at det som beskrevet er særlige grupper af børn, der er mest udsat for seksuelle overgreb, så er forebyggelsesindsatser overvejende organiseret som primær forebyggelse og derfor som interventioner rettet mod hele befolkningen. Indsatserne udfoldes først og fremmest i skoleregi og har til hensigt at give børn viden om, hvad seksuelle overgreb mod børn er og underviser i, hvordan børn kan beskytte sig selv og derved enten forebygge eller afsløre overgreb. Det er selvsagt forbundet med stor usikkerhed, hvorvidt at det, at man via undervisning kan skabe en ændring i børns viden og adfærd vedrørende seksuelle overgreb, rent faktisk reducerer forekomsten af overgreb.

Baggrund for Spillerum som forebyggende og udredende samtaleredskab

En stigende opmærksomhed på de mange og relevante problemstillinger, der er forbundet med at forebygge, opspore og afdække seksuelle overgreb mod børn, har ført til et øget fokus på tidlig indsats, hvilket også har afspejlet sig i en politisk opprioritering af området herhjemme. Som en del af opfølgningen på anbringelsesreformen af 1. januar 2006 igangsatte Socialstyrelsen i 2009 et fireårigt projekt med flere initiativer, der havde til formål at forebygge seksuelle overgreb mod børn anbragt uden for hjemmet, børn med fysisk og psykisk handicap samt børn i plejefamilier, da disse grupper vurderes at være de mest udsatte. Det forebyggende undervisningsmateriale Spillerum er finansieret af Socialministeriets satspuljemidler og er udviklet i årene 2009 - 2012 i et samarbejde mellem Videnscenteret for sociale indsatser ved vold og seksuelle overgreb mod børn (SISO) ved Socialstyrelsen og Institut for Psykologi, Københavns Universitet. Spillerum skriver sig ind under det initiativ, der omhandlede udvikling og afprøvning af undervisningsmateriale om børns læring om grænser, empati og seksualitet. Udviklingen af materialet var således fastlagt som en tredelt proces, hvor udvikling, afprøvning og evaluering af materialet skulle komplementere og mediere hinanden. Projektet resulterede i et færdigudviklet og produceret undervisningsmateriale, en uddannelse af undervisere i brugen af materialet og endelig en kursusvirksomhed målrettet udbredelsen af materialet og dets anvendelighed. Spillerum er udviklet som et samtaleredskab i tre udgaver til børn mellem hhv. 3-6, 7-10 og 11-14 år og består af 20 illustrationer med tilhørende strukturerende tekster. Illustrationerne er fordelt mellem de fem temaer: lyst/ulyst, aktiv/passiv, frivillighed/tvang, fantasi/realitet og omsorg/overgreb. Samtalen med barnet bevæger sig fra et deskriptivt niveau om billedernes indhold til mere abstrakte refleksioner om relationerne og intentionerne mellem menneskene på illustrationerne og barnets egne oplevelser med temaerne. Materialet skal bruges af en voksen med kendskab til det pågældende barn og som desuden har gennemgået en uddannelse på hhv. to, tre eller fire dage alt efter kurssets omfang og målretning i brugen af materialet. Under udviklingen af Spillerum viste vores analyser, at børn, hvor der var mistanke om, at de havde været udsat for seksuelle overgreb, indgik i dialogen om Spillerum på en anderledes måde end børn uden for sådan en mistanke. Denne opmærksomhed førte til, at Spillerums potentiale som psykologisk udredningsmetode efterfølgende er blevet undersøgt både kvantitativt og kvalitativt. I den kvantitative undersøgelse blev der benyttet en række konservative kriterier til at inkludere 11 børn udsat for

henholdsvis seksuelle overgreb og omsorgssvigt. Børnenes evne til at svare på den voksnes spørgsmål om Spillerumbillederne blev vurderet på en såkaldt AtA-skala, et mål, der blev udviklet til undersøgelsen. Analyser af de inkluderede børns AtA-scores viser, at de børn, der havde været udsat for seksuelle overgreb har en signifikant ($p < .01$) lavere AtA end børn udsat for omsorgssvigt og en kontrolgruppe. Selvom disse fund er tentative qua det lave deltagerantal, er det relevante og vigtige fund i relation til lignende og sammenlignelig forskning på området.

Spillerum og forebyggelse i dag

Satspuljepartierne har ved satspuljeforhandlinger for 2016-2018 besluttet at styrke indsatsen for beskyttelse af børn mod seksuelle overgreb med særligt fokus på børn i dagtilbud, hvilket gøres ved at udbrede Spillerum i dagtilbud i hele landet. Socialstyrelsen tilbyder et fagligt opkvalificeringsforløb, hvor pædagoger og andre relevante fagpersoner gennem introduktionen til Spillerum og materialets bagvedliggende teori styrker deres kompetencer til at tale med børn om grænser og grænseoverskridende adfærd. Derved udvikles børnenes empatiske kompetencer, og de støttes i at genkende, forstå, udvikle og sætte grænser, samt at opdage og respektere andres grænser, evner der kan forebygge seksuelle overgreb mod børn. Projektet gennemføres i et samarbejde mellem Socialstyrelsen og Institut for Psykologi på Københavns Universitet, hvor Socialstyrelsens undervisere i Spillerum parallelt med deres undervisning superviseres og opkvalificeres i at identificere, forstå og imødekomme de problemstillinger, som fagpersoner møder i deres hverdag i arbejdet med børn. Samtidig indsamler forskere fra Institut for Psykologi data fra undervisningen med henblik på at forstå og forbedre undervisningen og derved på vedvarende at opkvalificere en opmærksom og målrettet dialog omkring forebyggelse af seksuelle overgreb mod børn på dagsinstitutionsområdet.

Dialog mellem forskning og praksis

Vi indledte med at fastslå, at det er vanskeligt endsige umuligt at måle sammenhængen mellem forebyggelsesinitiativer og reduktionen af forekomsten af seksuelle overgreb mod børn. Netop derfor er det vigtigt at etablere og fastholde en forskningsbaseret dialog mellem de voksne, der til dagligt arbejder med børn, det være sig inden for normal- eller specialområdet, og de fagpersoner, der er uddannet, specialiseret og har erfaring med at arbejde inden for dette vanskelige felt. Kun gennem dialog kan forskning og praksis være gensidigt opkvalificerende og i sidste ende komme de børn til gavn, der har brug for at blive set og hørt af de voksne.

BAGGRUNDSLITTERATUR

Hagelskjær, M. (2017). Play Room as a psychological assessment method in cases of alleged child sexual abuse. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, vol 40, No 1, 43-53.

Hagelskjær, M. (2017). The said and the unsaid: a study of the potential connection between the ability to answer and exposure to child sexual abuse. In: *The Play Room study*. New

Psychoanalytic perspectives on prevention and assessment of child sexual abuse. PhD-thesis, University of Copenhagen, 75-94.

Zeuthen, K. & Hagelskjær, M. (2013). Prevention of Child Sexual Abuse: Analysis and Discussion of the Field. *J. Child Sex. Abuse* 22, 742-760.

Zeuthen, K. og M. Hagelskjær (2017). The body locked by a lack of meaning. In: *Psychoanalysis and the Unrepresentable. From culture to the clinic*. London: Routledge.

Zeuthen, K., Hagelskjær, M., Busck, A., Tækker, L. og Karpatschhof, B. (2013). Udvikling af Spillerum. <http://socialstyrelsen.dk/born/overgreb/materialer-og-redskaber/spillerum>.

Tidlig opsporing af psykisk mistrivsel hos spædbørn

Psykisk sundhed i den tidligste barndom er afgørende – ikke bare for det enkelte barns trivsel og udvikling og for barnets familie – men for folkesundheden generelt. Implementering af videnskabeligt baserede værktøjer i de fagprofessionelles praksis kan sikre en systematisk tidlig opsporing af psykisk mistrivsel hos spædbørn, således at børnene og deres familier kan tilbydes effektiv hjælp tidligere.



METTE SKOVGAARD VÆVER

Københavns Universitet
Center for Tidlig Indsats og Familieforskning,
Institut for Psykologi
E-mail: mette.vaever@psy.ku.dk

Introduktion

Denne artikel tematiserer vigtigheden af en systematisk og målrettet tidlig indsats til fremme af psykisk sundhed hos de helt små børn. En tidlig indsats indebærer to led: 1) At vi opdager de børn, der allerede i de første leveår mistrives og viser risikotegn, og 2) at vi tilbyder disse børn og deres forældre en målrettet og effektiv støtte, der kan hjælpe dem til at støtte deres barns udvikling og skabe en tryk tilknytningsrelation til barnet. Artiklen her fokuserer på det første led - specifikt tidlig opsporing af mistrivsel hos 0-1 årige børn, som er mere socialt usynlige end ældre børn, idet de ofte ikke er begyndt i institution endnu. Spædbørn er helt og aldeles afhængige af deres omsorgspersoner for deres overlevelse, hvilket gør dem mere sårbare og udsatte i forhold til psykiske risici. Samtidig er spædbørns sociale og følelsesmæssige trivsel vanskeligere at vurdere for de fagprofessionelle, som har savnet en mere systematisk tilgang og videnskabeligt baserede redskaber til monitorering og vejledning af spædbarnets sociale og følelsesmæssige udvikling. Artiklen præsenterer et konkret opsporings-værktøj ”Alarm Distress baby Scale” (ADBB), som aktuelt implementeres i en række danske kommuner.

Forekomst af mistrivsel

Mistrivsel og risikoudvikling hos et lille barn kan have mange årsager: Det kan være medfødte problemer, men kan også skyldes tilknytningsproblemer, der kan opstå, hvis barnet ikke får sine behov for tryk og omsorg mødt i tilstrækkelig grad. Danske studier viser, at 18 % af de halvandet-årige børn viser tegn på psykiske forstyrrelser (Skovgaard, 2010), at der i 15-20% af familierne er risiko for utilstrækkelige forældreressourcer og omsorgssvigt (Christensen og Jørgensen, 2008), og at 15 % af danske børn i alderen 3-19 år defineres som værende

i risiko eller marginaliserede (Ottosen et al., 2010). Tusinder af danske børn vokser med andre ord op i risiko for at udvikle tidlig psykisk mistrivsel, som kan føre til livslange problemer, og de danske kommuner bruger store summer - godt 14 mia. kr. årligt i 2014 - på sociale indsatser knyttet til udsatte børn - og unge (KL, 2014). Men ser vi på antallet af underretninger, så er det bekymrende lavt, når det gælder de yngste børn. Kun hver tiende underretning drejer sig om et barn under to år, mens hver fjerde drejer sig om en ung (Ankestyrelsen, 2016). Selvom underretningsstatistikken ikke fortæller den fulde historie om, hvad det sundhedsfaglige og pædagogiske personale evt. har gjort, når de har været bekymrede for et barn, så viser det lave antal af underretninger særligt for gruppen af 0-5 årige, at mange udsatte spæd- og småbørn enten helt bliver overset eller blot ikke bliver opfattet som værende i alvorlig risiko. Derfor er det en forudsætning for en tidlig indsats, at alle faggrupper, der arbejder med små børn, arbejder mere systematisk og standardiseret i forhold til opsporing og identifikation af psykiske vanskeligheder.

Konsekvenser af mistrivsel

Der er i dag omfattende evidens for, at tidlig psykisk mistrivsel i barndommen udgør en alvorlig risiko og kan have langsigtede, negative udviklingsmæssige konsekvenser på en lang række områder i individets livslange udvikling, såsom fysisk og psykisk sundhed, uddannelses- og arbejdsmarkedssucces, sociale netværk og etablering af familie (Garner et al, 2012). Særlig vigtig for barnets fremtidige udvikling er kvaliteten af den tilknytning, som er det stabile følelsesmæssige bånd, som barnet udvikler til sine forældre i løbet af de første leveår. Man skelner mellem trygt tilknyttede børn, utrygt tilknyttede børn, og de børn, som er særligt udsatte, betegnes som desorganise-

ret tilknyttede. En tryk tilknytning udgør en beskyttende faktor i barnets udvikling og fremmer barnets trivsel og læring. Utryk og i særdeleshed desorganiseret tilknytning udgør en risikofaktor for børns psykiske udvikling og psykopatologi – også på længere sigt. I en typisk population i lande sammenlignelige med Danmark vil 65-70 % udvikle en tryk tilknytning, 20-25 % vil udvikle en utryk og 5-10% en desorganiseret tilknytning (Ijzendorp et al, 1992). I udsatte og svært belastede befolkningsgrupper er prævalensen af utryk og desorganiseret tilknytning op til 40%, og i gruppen af omsorgssvigtede og mishandlede børn kan forekomsten af desorganiseret tilknytning være helt op til 80% (Barlow et al, 2016).

Tilknytningsrelationen er så vigtig for barnets udvikling, fordi den kommer til at fungere som en skabelon for barnets fremtidige sociale relationer og udgør den ramme, inden for hvilken barnet lærer at håndtere stressende situationer og at regulere de medfølgende negative følelser (Thompson, 2008). Barnets udvikling af evnen til at regulere sin stress og negative følelser (såkaldte non-kognitive kompetencer) er særlig afgørende, idet denne evne er vigtig for en bred vifte af sociale og følelsesmæssige funktioner, der spænder fra social kompetence (Eisenberg & Sulik, 2012), moralsk udvikling og empati (Feldman, 2012) til akademiske præstationer (Obradovic, 2010). De seneste meta-analyser viser, at utrygge børn er mere tilbøjelige end trygge børn til at udvikle problemer, såsom social tilbagetrækning, depressive symptomer (Groh et al, 2012), aggressivitet og adfærdsforstyrrelser, og risikoen for at udvikle adfærdsforstyrrelser er endnu højere for børn med desorganiseret tilknytning (Fearon et al, 2010).

Opsporing

I forhold til tidlig opsporing af mistrivsel hos spædbørn så udgør sundhedsplejerskerne en helt central faggruppe. Sundhedsplejen i Danmark er et universelt tilbud, som mere end 95 % af familierne takker ja til (Dansk Sygeplejeråd, 2010). Sundhedsplejerskerne er allerede dygtige til at følge og vejlede forældre om ernæring, søvn, barnets fysiske udvikling mv., men de har savnet en mere systematisk tilgang og videnskabeligt baserede redskaber til monitorering og vejledning af barnets sociale og følelsesmæssige udvikling i det første leveår.

Dette er dog aktuelt under forandring, idet 44 danske kommuner siden 2015 har valgt at prioritere deres efteruddannelsesmidler til at opkvalificere sundhedsplejerskerne i observationsmetoden Alarm Distress Baby Scale (ADBB, Guedeney & Fermian, 2001). ADBB er udviklet i Frankrig, og det er første gang, metoden anvendes og evalueres systematisk i Danmark. ADBB kan anvendes til børn i alderen 2-24 måneder, og den giver sundhedsplejersken et evidensbaseret og standardiseret redskab til systematisk at observere, monitorere og dokumentere spædbarnets sociale udvikling og specifikt til at opdage tidlige tegn på social tilbagetrækning. ADBB er ikke et diagnostisk redskab men et screenings-værktøj. Scorer barnet højt på skalaen og udviser tegn på at være socialt tilbagetrukket, så skal ADBB'en gentages for at se, om det er en vedvarende vanskelighed, og i så fald bør familien tilbydes støtte og barnet

evt undersøges nærmere. Det kan nemlig være et tidligt tegn på, at barnet har nogle medfødte vanskeligheder og/eller en begyndende forstyrrelse i sin sociale kontakt og tilknytning til omsorgspersonerne. Tegn på social tilbagetrækning kan være, når barnet gennemgående ikke viser positive udtryk som smil, lyde og øjenkontakt og/eller heller ikke græder eller på anden måde giver udtryk for negative følelser. Forskningen viser, at en høj ADBB-score udgør en alvorlig risikofaktor for barnets psykiske sundhed – også på lang sigt (Væver et al, 2016).

Indsatser i sundhedsplejen

Mere end 700 sundhedsplejersker er aktuelt certificeret i ADBB, og 800 sundhedsplejersker skal på kursus i løbet af 2018 i Center for Tidlig Indsats og familieforskning (CIF) ved Københavns Universitet. Dette betyder, at cirka to ud af tre af landets 2000 sundhedsplejersker snart er uddannet i at bruge ADBB-metoden, og de har dermed fået en fælles metode og fælles kriterier at arbejde med, når de vurderer det enkelte barns sociale kontakt. I praksis betyder det, at når sundhedsplejersken kommer tilbage fra et hjemmebesøg og rapporterer, at et barn har fået en høj ADBB-score, kan hun give besked om, hvorfor der er grund til bekymring, og sundhedsplejerskens konkrete og objektive dokumentation af bekymring kan bidrage til, at der iværksættes en tidlig forebyggende indsats, evt. via kommunens socialforvaltning.

En ADBB-uddannelse består af et to-dags kursusforløb og et efterfølgende supervisionsforløb, hvor sundhedsplejersken øver sig i at observere spædbørn med ADBB-metoden ud fra videooptagelser. Uddannelsen afsluttes med en eksamen, hvor den enkelte sundhedsplejerskes ADBB-observationer af et antal videoer af spædbørn testes op imod en guldstandard. Dette bidrager til at sikre en national enighed. Et ADBB-kursus inklusive certificeringen koster 8.000 kroner pr. deltager (<http://psy.ku.dk/cif>).

Men det er jo ikke nok at sende sundhedsplejerskerne på kursus. Det afgørende er, om metoden bliver anvendt i praksis, og også om den fører til, at flere babyer i risiko for trivselsproblemer bliver opdaget, og familierne bliver tilbudt hjælp tidligere. I Center for Tidlig Indsats og familieforskning undersøger vi i øjeblikket sammen med Københavns Kommune effekten af tidlig opsporing med anvendelse af bla ADBB metoden og en målrettet støttende forældreindsats i ”Copenhagen Infant Mental Health Project”. Den første undersøgelse af brugen af ADBB-metoden i dansk praksis viser, at implementeringen er lykkedes rigtig godt. 75-80% af babyerne bliver ADBB-screenet i de områder, hvor sundhedsplejerskerne er uddannet til at anvende metoden (Smith-Nielsen, Guedeney, Lange & Væver, 2016). I Aarhus har byrådet ligeledes besluttet at afprøve effekten af en ADBB-opkvalificering af sundhedsplejen på baggrund af en investeringscase, som viser, at tidlig opsporing vil give en netto-besparelse på 7,8 mio. kroner årligt i årene 2018-2031, bl.a. fordi kommunen regner med, at lidt færre børn vil få brug for støtte i dagtilbud og specialklasser, som er en tung udgiftspost i mange kommuner (<http://www.innovationiaarhus.dk/da/forebyggelse-og-tidlig-indsats.aspx>).

Anbefaling

Tidlig indsats og fremme af spæd- og småbørns psykiske sundhed er kommet på dagsordenen – både kommunalt- og landspolitisk – men hvis det ikke bare skal blive det ”nye sort”, noget som vi alle taler om og synes er en ”rigtig god ide”, og som iværksættes lokalt på mange forskellige måder, må det gribes mere systematisk an: Ligesom vi har nationale handleplaner for behandling og forebyggelse af kræft, demens og diabetes, har vi brug for politikere, der tager det på sig at vedtage en national handleplan, som sikrer, at en tidlig børneindsats bliver en vedvarende og effektiv del af kommunernes kerneydelse fremadrettet. Kun på den måde kan vi gøre op med ”vi venter og ser tiden lidt an”-traditionen, og det har vi brug for, for det lille barn har ikke tid til at vente.

LITTERATUR

Anskestyrelsens statistikker. Underretningsstatistik. Årsstatistik 2015.

Barlow J, Schrader-McMillan A, Axford N, Wrigley Z, Sonthalia S, Wilkinson T et al. (2016): A Review: Attachment and attachment-related outcomes in preschool children - a review of recent evidence. *Child Adolesc Ment Health*, 21: 11-20.

Christensen E, Jørgensen PS (2008): Hvad er omsorgssvigt - og hvor mange børn handler det om. *Forlaget Vera*, 42: 12-19.

Dansk Sygeplejeråd(2010): *Fremtidens Sundhedspleje*. Dansk Sygeplejeråd.

Eisenberg N, Sulik MJ: Emotion-related self-regulation in children. *Teaching of Psychology* 2012, 39: 77-83.

Feldman R: Bio-behavioral synchrony (2012): A model for integrating biological and microsocial behavioral processes in the study of parenting. *Parenting* 12: 154-164.

Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Lapsley A, Roisman GI (2010): The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 81: 435-456.

Groh AM, Roisman GI, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon R (2012): The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 83: 591-610.

Garner & Committee on psychosocial Aspects of Child and Family Health (2011). Early Childhood Adversity, Toxic Stress and the Role of the Pediatrician: translating Developmental Science into Lifelong Health. *Pediatrics*. 129.

Guedeney, A & J. Fermanian (2001). A Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawal Reaction in Infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5):559-575.

Ijzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkel OJ (1992): The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63: 840-858.

Kommunernes Landsforening (2016): De udsatte børn: Nøglelæse.

Obradovic J: Effortful control and adaptive functioning of homeless children: Variable-focused and person-focused analyses. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2010, 31: 109-117.

Ottesen, Mai Hede et al. (2014): *Børn og unge i Danmark – velfærd og trivsel*. SFI.

Smith-Nielsen, J., Lønfeldt, N. Guedeney, A. & Væver, MS (in press): Implementation of the Alarm Distress Baby Scale as a universal screening instrument in primary care: Feasibility, acceptability, and predictors of professionals' adherence to guidelines. *International Journal of Nursing Studies*.

Skovgaard, Anne Mette (2010): Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood: An epidemiological study, *Danish Medical Bulletin*.

Thompson RA: Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed). 2nd edition.

Væver, MS, Smith-Nielsen, J. & Lange, T (2016): Copenhagen Infant Mental Health Project: Effects of the Indicated Prevention Approach “Circle of Security – Parenting” – A Study Protocol, *BMC Psychology*, 4:57 DOI 10.1186/s40359-016-0166-8

Væver, MS (2015): ”Tilknytningsvanskeligheder og udsathed i spæd- og småbarnsalderen”. Kapitel i ”Udsatte børn og Unge – En grundbog”, pp. 133-148, Hans Reitzel, København

Væver, MS., Smith-Nielsen, J., von Wowern, R. & Wendelboe, K (2016): Sikre metoder til at opspore tidlig mistrivsel og stress hos spædbørn, *Sundhedsplejersken*, 3, pp 7-12

Forebyggelse af risikoudvikling og psykisk sygdom hos børn af psykisk syge

Der mangler systematiske og målrettede forebyggende tilbud til børn af forældre med alvorlig psykisk sygdom og deres familie. Halvdelen af disse børn udvikler selv psykiske lidelser. En tidlig forebyggende indsats vil kunne mindske risikoudvikling hos børnene og dermed nedsætte deres risiko for senere at udvikle psykiske lidelser. Det vil spare familien for mange lidelser og samfundet for senere udgifter til ofte livslange sociale og sundhedsmæssige ydelser. Denne artikel beskriver en tidlig indsats, målrettet disse familier, der bygger på evidensbaserede behandlingselementer.



SUSANNE HARDER

Københavns Universitet
Institut for Psykologi
E-mail:
susanne.harder@psy.ku.kk



BODIL AGGERNÆS

Københavns Universitet
Institut for Klinisk Medicin
E-mail: boag@regionsjaelland.dk



KIRSTINE DAVIDSEN

Syddansk Universitet
Institut for Psykologi
E-mail:
kirstine.agnete.davidsen@rsyd.dk

Hvilke målgrupper retter indsatsen sig imod, og hvor mange af en årgang er relevante for indsatsen?

De fleste børn af psykisk syge vokser op hos den psykisk syge forælder. Omkring 80% bor fortsat hos den psykisk syge forælder efter det første leveår, og 60% bor der gennem hele barndommen (Ranning et al., 2015). Studier har påvist ikke-optimale sociale udviklingsbetingelser for disse børn allerede i første leveår (Davidsen et al., 2015), og allerede i barndommen viser disse børn forhøjet risikoudvikling, såsom øget forekomst af følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder (Ashman et al., 2008; Bagner et al., 2010; Gao et al., 2007), psykiatriske symptomer (Apter-Levy et al., 2013), forsinket kognitiv udvikling (Liu et al., 2017) og usikker tilknytning (Campbell et al., 2004; Cicchetti et al., 1998). Disse faktorer øger risikoen for senere udvikling af psykiske lidelser. Mange af disse tidlige risikotegn er det muligt at forebygge gennem psykosociale indsatser (Uher et al., 2014).

Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri 2017 anslår incidensen af børn af svært psykisk syge til 420 børn, sv.t. i alt 1260 børn i alderen fra 0-3 år på et givet tidspunkt. Da tallet omfatter de mest alvorligt psykisk syge gravide, er der tale om en konservativ vurdering, men præcise tal for den reelle målgruppe er ikke tilgængelige.

Hvad ved vi om problemets konsekvenser i voksenlivet?

Børn af forældre med psykisk lidelse har en stærkt forhøjet risiko for senere i livet at udvikle en eller anden form for psykisk lidelse. Børn med en forælder med skizofreni har 55% risiko

for at udvikle en psykisk lidelse, mens tallet ved bipolar affektiv lidelse er 60% og ved depression 57 % (Rasic et al. 2013). Også uddannelsesmæssigt klarer børnene sig ringere end gennemsnittet (Ranning et al., 2017).

En tidlig forebyggende indsats vil kunne mindske risikoudvikling hos børnene og derved nedsætte risikoen for senere udvikling af psykisk lidelse og vil have en høj grad af præcision i forhold til at ramme den relevante målgruppe for den forebyggende indsats.

Hvordan screenes/opspores?

Alle gravide kvinder henvises i dag til visitation i obstetrisk afdeling, så snart graviditet er konstateret. Obstetrisk læge kan derfor let foretage en screening af alle gravide for kendt psykisk lidelse tidligt i graviditeten, hvilket gør det muligt at starte en forebyggende intervention allerede i andet trimester af graviditeten.

Hvad ved vi om indsatsen/behandlingen?

Det er vigtigt at sætte tidligt ind over for disse børn og deres familier for at kunne vende en risikoudvikling så tidligt som muligt. Der er evidens for, at tidlig opsporing og forebyggende indsats er mest effektiv (García et al., 2016). Enkelte steder i Danmark tilbydes der forebyggende behandling specifikt tilpasset målgruppen børn af psykisk syge, men evidensen inden for dette område er begrænset og primært belyst inden for depressionsområdet. Dog er det muligt at pege på evidensbaserede behandlingselementer, der vil kunne adressere

den risikoudvikling, som ses hos disse børn. Vi har på denne baggrund sammensat en forebyggende intervention tilpasset denne målgruppes behov. Modellen består af psykoedukation i graviditeten og en video-baseret forældre-barn intervention (Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting, VIPP) (Juffer et al., 2017) i barnets første leveår, samt en team-baseret tværsektoriel samarbejdsmodel med case-management fra graviditeten gennem spædbarnsalderen frem til barnet er tre år gammel. Alle elementer er evidensbaseret.

Psykoedukation: Formålet med psykoedukation er at forberede parret på forældrerollen og give viden om spædbarnets behov og tidlige udvikling. Psykoedukation i gruppe har vist god effekt på forældrenes holdning til og forestillinger om forældreskabet i forhold til sårbare gravide, herunder gravide med depression (Beardslee et al., 2003; Lara et al., 2010; Thomas et al., 2004).

VIPP: Formålet med VIPP er at øge forældrenes sensitivitet i forhold til at kunne aflæse og møde barnets udviklingsmæssige behov. VIPP har været afprøvet i 12 RCT studier (N = 1116) omfattende forskellige samples, hvor enten familien (fattigdom, minoritetsgruppe), moderen (traume, spiseforstyrrelser, adoption) eller barnet (autisme, for tidlig født) havde særlige udfordringer. Alle studier viste positiv effekt af VIPP med hensyn til at øge moderens evne til sensitiv forældreadfærd med en klinisk relevant effekt ($d = .47$). Interventionen tilpasses individuelt og kan tilpasses specifikt til forældre med psykisk lidelse og deres børn.

Koordinerende team: Formålet med et koordinerende team er at sikre, at familiens behov for hjælp og støtte bliver imødekommet. Graviditet og det at blive forældre er en kritisk fase i livet, hvor der er øget risiko for symptomforværring. Aktuelt er indsatsen omkring disse familier præget af traditionelle skel mellem sektorer, fagområder og tidspunkter for indsats. Dette betyder, at familien fra graviditet og op gennem barnets tidlige opvækst kommer til at møde mange forskellige og skiftende fagpersoner fra forskellige områder i det danske sundheds- og socialfaglige system, hvis tilbud til familien mangler kontinuitet og koordinering. En teambaseret koordinering med case management kombineret med afgrænsede specifikke indsats kan øge livskvalitet og reducere indlæggelsestid (Smith et al., 2007) og har vist effekt og cost-effektivitet sammenlignet med standard behandling ved tidlig intervention hos personer med psykose i form af reduktion i symptomsværhedsgrad (Hastrup et al., 2013) og reduktion i omkostninger i England på £ 2234 per person over en treårs periode (Knapp et al., 2014).

Hvad er indsatsen – inkl. varighed, pris og indhold

1. *Tilknytning til fast tovholder* i tværfagligt specialiseret team. Tovholderen afklarer i samarbejde med de vordende forældre familiens sociale- og sundhedsrelaterede behov, følger op på nødvendige initiativer og sikrer koordination af disse indsats i tæt samarbejde med familien og de relevante sundheds- og socialfaglige instanser. Det tværfaglige team

består af en psykolog, en sundhedsplejerske samt socialrådgiver og sygeplejerske. På konsulentbasis tilknyttes endvidere jordemoder, børne- og ungdomspsykiater, voksenspsykiater samt en kommunal sparringspartner. Det tværfaglige team forankres regionalt og sikrer en helhedsorienteret, fleksibel, udgående og direkte støtte til familien. Estimeret arbejdstimeforbrug pr. familie: 10 timer til tovholder-møder, 3 timer til netværksmøder, 8 timers forberedelse, seks og en halv times journalisering og 10 timers transport pr. år (37,5 timer pr. år indtil barnet fylder tre år).

2. *Psykoedukation i gruppe.* Forældrene tilbydes psykoedukation mhp. at øge deltagerens viden om de problemstillinger, der er forbundet med graviditet/forældreskab ved samtidig psykisk lidelse. Psykoedukationen varetages af teamets tværfaglige personalegruppe. Temaer er graviditet, fødsel, amning, tiden efter fødslen, familiedannelse, medicin, ernæring og støtte i hverdagen samt børns kognitive, motoriske og sproglige udvikling i første leveår. Estimeret arbejdstimeforbrug pr. fem familier: 16 timers psykoedukation, 8 timers forberedelse (i alt 24 timer, dvs. 4,8 timer pr. deltager indtil barnet fylder et år).
3. *Forælder-barn-intervention.* Forældrene tilbydes en individualiseret, video-feedback baseret forælder-barn-intervention, VIPP (Juffer et al., 2017). Interventionen finder sted over otte hjemmebesøg, hvor samspil mellem forælder og barn video-optages i dagligdags situationer. Positive sekvenser i interaktionen danner udgangspunkt for fælles drøftelse af på forhånd definerede temaer relateret til sensitiv forældreadfærd og børns udvikling. Estimeret arbejdstimeforbrug pr. familie: 16 timers intervention, 16 timers forberedelse, 4 timers journalisering og 4 timers transport (i alt 44 timer pr. deltager).

En familie, som deltager i basis-programmet, vil således "koste" 86,3 arbejdstimer fra graviditeten til barnet fylder et år, og herefter 37,5 arbejdstimer i hhv. andet og tredje leveår. Et basispakke-forløb vil koste ca. 43.600 kr. pr. familie i lønudgifter (anslået gennemsnitlig årsløn for den ansatte på 400.000 kr.). På baggrund af ovenstående estimeres et gennemsnitligt case-load på 15 deltagere pr. behandler pr. år.

Erfaringerne fra OPUS-team-modellen (Hastrup et al., 2013) viser, at en omlægning fra standardbehandling til OPUS team er omkostningseffektivt. Det bør undersøges, om dette også er tilfældet for aktuelle program.

Hvad er succesraten? Hvad er tilbagefaldet?

Succeskriterier.

Kortsigtet effekt

Forældrene: Den foreliggende effekt for komponenterne i denne forebyggende intervention viser, at programmet vil kunne forventes at bedre forældreevne, forældreressourcer og livskvalitet, samt reducere ydelsesforbrug hos forældre, inkl. forældre med psykisk lidelse. Ovennævnte faktorer er alle faktorer, der er associeret med kvaliteten af forældre-barn-interaktionen.

Børnenes risikoudvikling: Kvaliteten af forældre-barn-interaktionen er særlig afgørende for barnets udvikling i de første leveår. Der er evidens for, at sensitiv forældreadfærd er forbundet med sikker tilknytning hos barnet. Usikker tilknytning er et blandt flere udtryk for ikke-optimal socioemotional udvikling og er desuden forbundet med senere risikoudvikling og psykopatologi i barndommen (Harder et al., 2018). En undersøgelse har desuden fundet, at sikker tilknytning er en moderator for en påvist sammenhæng mellem stresspåvirkning i fostertilstanden og reduktion i kognitive evner ved halvandet års alderen (Bergman et al., 2010). Det er vores vurdering, at enhver reduktion i børnenes risikoudvikling samt bedring af familiens trivsel er en succes, og at denne vil være cost-effektiv, idet der forventes en reduktion i det samlede ydelsesforbrug af sundhedssystemet og det socialfaglige system som et resultat af den samlede intervention.

Langsigtet effekt

Et ressourcefyldt opvækstmiljø kan beskytte mod udvikling af skizofreni hos børn af forældre diagnosticeret med skizofreni (Tienari et al., 2004). En øget forældreevne og reduktion af barnets risikoudvikling må derfor antages at mindske risikoen for udvikling af psykisk lidelse hos børnene. Psykisk sygdom medfører livslang forringet livskvalitet og koster samfundet dyrt i behandling og tabte skatteindtægter. Der er således betydelige personlige og samfundsmæssige gevinster at opnå ved at reducere antallet af børn af psykisk syge, som senere vil udvikle en psykisk lidelse.

Tilbagefald

Interventioner i forhold til psykiske lidelser viser gennemgående, at en langsigtet vedholdende indsats er nødvendig for at fastholde fremskridt (Berthelsen et al., 2008). Det anbefales derfor, at den foreslåede tværsektorielle koordinering af indsatsen etableres som et permanent tilbud fra nul til tre år, og derefter behovsbestemt i mindre intensivt format fortsætter helt frem til og med skolealderen således, at familierne kan få let adgang til hjælp i de perioder, hvor der opstår behov.

Afsluttende anbefalinger

- Iværksættelse af tidlig opsporing af gravide med psykisk lidelse ved første visitation på fødeafdelingen.
- Etablering af skræddersyet forebyggende intervention med den samlede familie i fokus, bestående af psyko-udvikling, forældre-barn-intervention og et tværsektorielt koordinerende team med case-management fra graviditet til barnet er tre år.
- En mere præcis business case vil kunne etableres efter afprøvning af den foreslåede forebyggende interventionsmodel over for målgruppen.

LITTERATUR

- Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R. P., & Feldman, R. (2013). Impact of Maternal Depression Across the First 6 Years of Life on the Child's Mental Health, Social Engagement and Empathy: The Moderation Role of Oxytocin. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1161-1168.
- Ashman, S. B., Dawson, G., & Panagiotides, H. (2008). Trajectories of maternal depression over 7 years: relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Dev Psychopathol*, 20(1), 55-77. doi:10.1017/S0954579408000035
- Bagner, D. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(7), 699-707. doi:10.1016/j.jaac.2010.03.012
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), e119-e131.
- Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V., & O'Connor, T. G. (2010). Maternal prenatal cortisol and infant cognitive development: moderation by infant-mother attachment. *Biological psychiatry*, 67(11), 1026-1032.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., le Quach, P., . . . Nordentoft, M. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Archives of general psychiatry*, 65(7), 762-771.
- Campbell, S. B., Brownell, C. A., Hungerford, A., Spieker, S. J., Mohan, R., & Blessing, J. S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16, 231-252. doi:10.1017/S0954579404044499
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10, 283-300.
- Davidson, K. A., Harder, S., MacBeth, A., Lundy, J.-M., & Gumley, A. (2015). Mother-infant interaction in schizophrenia: transmitting risk or resilience? A systematic review of the literature. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(12), 1785-1798.
- Gao, W., Paterson, J., Abbott, M., Carter, S., & Iusitini, L. (2007). Maternal mental health and child behaviour problems at 2 years: findings from the Pacific Islands Families Study. *Aust N Z J Psychiatry*, 41(11), 885-895. doi:10.1080/00048670701634937
- García, J. L., Heckman, J. J., Leaf, D. E., & Prados, M. J. (2016). *The life-cycle benefits of an influential early childhood program*. Retrieved from

- Harder, S., & Davidsen, K. (2018). Parenting in psychosis from an attachment perspective. In *Attachment Theory and Psychosis*: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hastrup, L. H., Kronborg, C., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Jorgensen, P., Petersen, L., Thorup, A., Simonsen, E., Nordentoft, M. (2013). Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 35-41.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2017). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology*.
- Knapp, M., Andrew, A., McDaid, D., Iemmi, V., McCrone, P., Park, A.-L., Personoge, M., Boardman, J., Shepherd, G. (2014). Investing in recovery: making the business case for effective interventions for people with schizophrenia and psychosis.
- Lara, M. A., Navarro, C., & Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *J Affect Disord*, 122(1-2), 109-117. doi:10.1016/j.jad.2009.06.024.
- Liu, Y., Kaaya, S., Chai, J., McCoy, D. C., Surkan, P. J., Black, M. M., Sutter-Dallay, A.L., Verdoux, H., Smith-Fawzi, M. C. (2017). Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychol Med*, 47(4), 680-689. doi:10.1017/S003329171600283X.
- Ranning, A., Laursen, T., Agerbo, E., Thorup, A., Hjorthøj, C., Jepsen, J. R. M., & Nordentoft, M. (2017). School performance from primary education in the adolescent offspring of parents with schizophrenia and bipolar disorder—a national, register-based study. *Psychological medicine*, 1-8.
- Ranning, A., Laursen, T. M., Thorup, A., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2015). Serious mental illness and disrupted caregiving for children: a nationwide, register-based cohort study. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(8), 1006-1014.
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2013). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia bulletin*, 40(1), 28-38.
- Smith, L., & Newton, R. (2007). Systematic review of case management. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(1), 2-9.
- Thomas, D. V., & Looney, S. V. (2004). Effectiveness of a Comprehensive Psychoeducational Intervention With Pregnant and Parenting Adolescents: A Pilot Study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(2), 66-77.
- Tienari, P., Wynne, L. C., Sorri, A., Lahti, I., Läksy, K., Moring, J., Naarala, M., Nieminen, P., Wahlberg, K.-E. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 216-222.
- Uher, R., Cumby, J., MacKenzie, L. E., Morash-Conway, J., Glover, J. M., Aylott, A., Propper, L., Abidi, S., Bagnell, S., Pavlova, B. (2014). A familial risk enriched cohort as a platform for testing early interventions to prevent severe mental illness. *BMC psychiatry*, 14(1), 344.

Opsporingsmodel og helhedsorienteret indsats med inddragelse af forældrene sikrer hjælp til børn og unge i en udsat position tidligt i deres liv – og dermed undgår vi dårlige livsforløb og voldsomme offentlige udgifter

Omfanget af børn og unge i en social udsat position og i risiko for at blive marginaliseret i en række samfundsmæssige sammenhænge skønnes at udgøre mellem 2% og 6% af alle børn i Danmark. I artiklen præsenteres en model for, hvordan den tidlige opsporing kan sikre, at børn og unge i en udsat position opdages så hurtigt som muligt, og hvilke typer af indsatser, der især vil kunne give barnet/den unge den rette hjælp og støtte.



JILL MEHLBYE

Docent og programleder

VIVE

E-mail: jime@vive.dk

Omfanget af børn og unge i en social udsat position

Børn og unge i en sårbar situation er enten permanent eller midlertidigt udsat for stressende opvækstbetingelser eller livsomsændigheder, som påvirker deres trivsel og som kan betyde, at de får store vanskeligheder i forhold til deres omgivelser og de udfordringer, de stilles over for i skolen og videre i uddannelsessystemet. Udsatte børn og unge, der klarer sig dårligt i folkekolen, har således større risiko for senere i livet at ende i misbrug, leve af overførselsindkomst og for at begå alvorlig kriminalitet og selvmord end udsatte børn og unge, som klarer sig bare nogenlunde i skolen.

Omfanget af børn og unge i en social udsat position og i risiko for at blive marginaliseret i en række samfundsmæssige sammenhænge kan opgøres på forskellig vis, men skønnes at udgøre 2 til 6% af alle børn og unge i alderen 0-17 år i Danmark alt efter, hvordan det opgøres. Følgende opgørelser viser lidt om omfanget af børn og unge, som kan betragtes som værende i en social udsat position:

Nyere analyser viser, at 25.000 børn og unge i Danmark lever i *fattigdom*, dvs. omkring 2,1 -2,5% af alle børn og unge i Danmark (Rockwoolfonden, nov. 2017 i Nyt Fr BBF). 24% af disse trives rigtigt dårligt, og det gælder især de 15-17-årige børn og unge (DST Statistikbanken, 15. jan. 2018). Børn og unge i fattige familier er mere i risiko for at blive udsat for belastende sociale begivenheder, såsom arbejdsløshed og de voksnes manglende trivsel, som kan komme til udtryk i forskellige former for misbrug og deraf følgende omsorgssvigt. Ved omsorgssvigt forstås, at de nære omsorgspersoner udsætter barnet for psykiske eller fysiske overgreb (bredt forstået) og forsømmer barnet så alvorligt, at barnets psykiske og fysiske sundhed og udvikling er i fare (Killen, 2003).

Der blev foretaget *underretninger* til de sociale myndigheder i kommunerne om i alt 64.300 børn og unge i alderen 0-17 år i 2017 (DST Statistikbanken, 14 dec. 2017). Utilstrækkelig forældreomsorg var angivet som den hyppigste årsag til underretninger til de sociale myndigheder, især hvad angik de mindre børn, mens de ældre børn og unge især udviste sociale og adfærdsmæssige problemer.

Kommunerne sætter ind med *forebyggende* indsatser over for disse børn og unge, således modtog 43.821 børn og unge i alderen 0-17 år i 2016 forebyggende foranstaltninger, og 14.097 børn og unge var *anbragt uden for hjemmet* i 2016 (DST Statistikbanken, 31. december 2016).

Oftest sættes foranstaltninger sent ind i børnenes liv, hvilket betyder, at barnets/den unges vanskeligheder har vokset sig store, og indsatserne bliver mere udgiftstunge set i forhold til, hvis indsatsen var iværksat tidligt i barnets liv. Således viser tal fra DST (DST Statistikbanken, 2016), at nettoudgifter til foranstaltninger over for udsatte børn og unge i 2015 var på 15.099 mill. kr. Det er især de unge i alderen 13-17 år, som der iværksættes indsatser overfor.

De professionelle handlinger

Når børn og unge lever i en social udsat position, kan de udvikle vanskeligheder i forhold til deres omgivelser, men de behøver ikke nødvendigvis at gøre det. Undersøgelser viser således, at nogle børn er resiliente over for dårlige opvækstvilkår, mens andre børn og unge klarer sig fint (Mehlbye og Andersen, 2011). Spørgsmålet er, hvordan vi sætter ind over for børn og unge, der udvikler vanskeligheder i forhold til sig selv og omgivelserne. De personer, der er tættest på alle børn og unge ud over forældrene, er personalet i dagtilbud og i skoler. Imidlertid viser forskning, at de professionelle ikke altid handler på signaler på manglende trivsel hos børn, dels på grund af faglig usikkerhed, dels på grund af angst for konsekvenser af deres handlinger (Mehlbye og Andersen, 2011). Samtidig viser undersøgelser, at jo bedre fagpersonerne i dagtilbud og skoler er uddannet, jo hurtigere ser de et barns/en ungs vanskeligheder og manglende trivsel og tør handle på dem. For at sikre handlinger over for børn og unge i vanskeligheder, eller som er begyndt at vise tegn på manglende trivsel, er der udviklet en række screeningsværktøjer til brug for de professionelle omkring børnene og de unge. En af disse er Opsporingsmodellen, som udvikledes i perioden 2011-2013, og som efterfølgende er anvendt i en række kommuner, der har vist gode resultater (Mehlbye, 2013, Rambøll, 2013, Mehlbye, 2016):

Opsporingsmodellen

Opsporingsmodellen udvikledes af KORA i samarbejde med en række kommuner i perioden 2011-2013 og revideret i 2016 (Mehlbye, 2013 og 2016). Udviklingen og afprøvningen af Opsporingsmodellen blev udført for Socialstyrelsen. Baggrunden og motivet for udvikling af opsporingsmodellen var, at der skulle ske en jævnlig systematisk observation af alle de børn, som de fagprofessionelle er i daglig kontakt med for at sikre, at et barns vanskeligheder blev opdaget tidligt i problemudviklingen med henblik på at sætte tidligt inde med støtte.

Opsporingsmodellen er baseret på følgende grundlæggende principper: Barnets adfærd skal ses i den sociale kontekst, det indgår i – i familien, i institutionen og i skolen (i systemisk perspektiv). Der skal være fokus på barnets ressourcer og ikke dets mangler. Forældrene indgår som aktive samarbejdspartnere med de professionelle og skal ses som en ressource i dette

samarbejde. Det tværfaglige samarbejde og de tværfaglige ressourcer skal styrkes, og der skal skabes fælles begreber for og forståelse af børns udvikling og trivsel på tværs af fag og sektorer.

Der udvikledes fem opsporingsmetoder/værktøjer i Opsporingsmodellen, som blev afprøvet i de fem deltagende kommuner:

1. Trivselsskema til løbende og regelmæssig vurdering af alle børns trivsel.
2. Jævnlig ekstern sparring og supervision af alle fagprofessionelle i dagtilbud og skoler for at støtte en løbende opkvalificering af de faglige kompetencer
3. Etablering af et småbørnsteam, hvor viden om de helt små børn samles og formidles i kommunen.
4. Overgangsskema med henblik på vidensdeling om børn og deres eventuelle vanskeligheder, når et barn overgår fra en institution til en anden institution/skole.
5. Dialogmodel med henblik på at sikre effektive møder om børns vanskeligheder og behov for støtte

Der var tale om en relativ enkel model, som den efterfølgende evaluering viste var effektiv, idet børn på vej ind i en problemudvikling blev opdaget tidligere, og underretninger skete tidligere, nemlig ca. 1½ år tidligere end i sammenlignelige kontrolkommuner i de deltagende kommuner. Desuden oplevede de professionelle, at den faglige dialog om de enkelte børn i dagtilbudet/skolen blev styrket og forløb mere systematisk set i forhold til før implementeringen af Opsporingsmodellen (Rambøll, 2013, Mehlbye, 2013).

Erfaringen ved brug af Opsporingsmodellen viste også, at når de fagprofessionelle opdagede, at et barn udviste manglende trivsel, blev de automatisk mere opmærksomme på barnet i hverdagen og ydede barnet ekstra støtte efter indbyrdes aftale, hvilket betød at barnet efter en periode begyndte at trives bedre.

Hvilke indsatser kan sættes i værk – og med hvilken succesrate

Der iværksættes en række forebyggende og mere behandlende indsatser i kommunerne, men der er sjældent iværksat mere systematiske målinger af indsatsernes effektivitet i forhold til at løse barnets vanskeligheder og styrke dets trivsel.

Et mere omfattende litteraturstudie, som VIVE (tidligere KORA) iværksatte i 2016, viser, at helhedsorienterede indsatser (Mehlbye m.fl., 2016), hvor der er et stærkt element af forældreinddragelse, virker bedst, mens indsatser alene rettet mod barnet/den unge havde mindre eller ingen effekt.

Der er en betydelig forskel på omfanget af inddragelse i de forskellige typer af indsatser og tiltag, men studier af de indsatser, hvor familien inddrages i indsatsen og i at finde løsninger på barnets vanskeligheder, viser, at familien føler et stort ejerskab

og ansvar for de løsninger, som de selv har fundet frem til/har været med til at finde frem til. Det betyder, at løsningerne på problemerne/den aftalte indsats virker i forhold til at styrke barnets/den unges trivsel.

Litteraturstudiet viser således, at der er dokumenterede positive effekter af indsatser, hvor forældrene og evt. hele familien og dens nære netværk inddrages.

Følgende indsatser viser den bedste effekt

- Familierådslagning, hvor barn, familie og dets netværk i fællesskab skal finde løsninger, der styrker barnets trivsel
- Forældretræning for at styrke forældrekompetencerne og styrke forældrenes forståelse af barnets behov
- Familierapi, som styrker samspillet og kommunikationen i familien, herunder i forhold til kommunikationen med barnet
- Integreerede-kombinerede tiltag, som både retter sig mod barn, forældre, den samlede familie og familiens netværk

Styrken i *forældrerådslagningen* er, at det er familien og om muligt barnets selv, der skal finde en løsning på barnets/den unges vanskeligheder uden deltagelse af deres socialrådgiver eller andre fra de offentlige myndigheder. Der er således tale om en høj grad af forældre- og børn/unge-deltagelse. Det betyder, at familien og dens netværk skal finde ressourcer i eget netværk, hvormed de også oplever et større ejerskab til løsningerne, som derfor bliver lettere og hurtigere at implementere. Effekten viser sig i form af, at børnene/de unge, i det omfang der fx kunne være behov for anbringelse uden for hjemmet, snarere anbringes hos slægtninge eller familiens øvrige netværk, samt at unge, der er anbragt, oftere hjemgives til forældrene.

I *forældretræningsprogrammerne* søges forældrene styrket i deres forældrerolle og i deres ansvar for såvel børnenes/de unges adfærd som for deres relation til barnet/den unge, fx gennem forskellige adfærdregulerende programmer, hvor forældrene trænes i at styrke barnets/den unges positive adfærd og udøve negative sanktioner over for børnenes/de unges negative adfærd. Der er således tale om forældredeltagelse i indsatsen, men en lav grad af inddragelse af forældrene i selve indsatsens udformning. Målet er at styrke forældrenes forudsætninger for at skabe en tydelig ramme for deres forventninger til deres barns adfærd. Der ses dokumenterede positive effekter af forældretræning i form af ændret adfærd hos barnet/den unge. I forældretræning i kombination med andre indsatser, fx familierapi, styrkes effekten af tiltaget.

Familierapi er en form for behandlende tiltag over for dysfunktionelle familier præget af alvorlige sociale og personlige problemer og omsorgssvigt over for deres børn. Målgruppen er børn og unge, som udviser mere eller mindre alvorlig grad af antisocial adfærd. Målet er at ændre forældreadfærden og hjælpe familien med at løse deres problemer. Forældre og barnet/den unge inddrages i stort omfang i nogle former for fa-

milieterapi (MST), hvor terapeuten samarbejder med familien om en behandlingsplan og sammen med familien beslutter, hvordan planen skal implementeres. Evalueringer og effektmålinger af MST viser både en positiv og ingen effekt af MST, hvilket gør det svært at foretage nogle entydige konklusioner om effekten af MST. I andre terapiprogrammer er planen programlagt på forhånd (FFT, MTFC) og har til formål at påvirke familiens kommunikationsmønstre og forældrenes forældreadfærd, fx ved hjælp af adfærdsmodificerende teknikker og kommunikationsøvelser. Der ses overvejende en positiv effekt i de undersøgte studier. Effekten kommer til udtryk som en forbedret forældreadfærd og færre unge, som udviser alvorlig antisocial adfærd.

Samlet set kan der således dokumenteres en overvejende god effekt af de enkelte typer af inddragende tiltag. Flere studier peger også i retning af, at en kombination af tiltag styrker effekten af indsatsen.

De undersøgte indsatser viser, at tidlig forebyggelse er effektiv, når der er en målrettet inddragelse af forældrene. Forældrene har altså en selvstændig betydning og gennem en styrket forældrerolle, er forældrene helt centrale ressourcepersoner, som kan indgå på forskellige måder i indsatsen. Litteraturstudiet viser også, at familien, herunder det udvidede familienetværk, udgør en tilsvarende væsentlig ressource i indsatsen. Ved inddragelse sikres det, a) at familiens egne ressourcer anvendes, og b) at familien oplever ejerskab til løsningen, hvilket styrker implementeringen og effekten af indsatsen over for familien og barnet/den unge.

Afsluttende anbefalinger

- Løbende uddannelse og supervision af de fagprofessionelle omkring børnene for at styrke og kvalificere den indbyrdes faglige dialog og sikre stærkere og mere effektive indsatser
- Systematisk regelmæssig observation af alle børn i dagtilbud og skoler med henblik på at opfange manglende trivsel på et tidligt tidspunkt og dermed kunne sætte tidligt ind for at styrke barnets/den unges trivsel
- Helhedsorienterede indsatser, der ikke kun retter sig mod barnet, men mod hele barnets sociale kontekst for at sikre at støtten til barnet styrkes, og at bl.a. barnets nære omsorgspersoner også ændrer adfærd over for barnet og er mere opmærksomme på barnets behov samt på samspillet i familien.

LITTERATUR

Danmarks Statistik. Databanken 2016-2018

Ejrnæs, M. (2004). *Faglighed og tværfaglighed i relationsprofessionerne*. København: Akademisk forlag.

Killén, K. (2003). *Omsorgssvigt – det teoretiske grundlag*. København: Hans Reitzels forlag.

Mehlbye, Jill; Nichlas Permin Berger, Ulf Hjelmar og Olaf Rieper (2016). Forældre- og ungeinddragende tiltag til forebyggelse af ungdomskriminalitet. København: KORA.

Mehlbye, J (2016). *Udvikling og revidering af Opsporingsmodellen: Baggrundsrapport*. København, Socialstyrelsen.

Mehlbye, J. (2013). *Opkvalificering af den tidlige indsats – ved tidlig opsporing af børn i en social udsat position*. Forskningsrapport. København: KORA.

Mehlbye, J, J. Andersen, M. Høybye Hansen (2011). *Opkvalificering af den tidlige indsats. Udvikling og afprøvning af opsporingsmodellen*. København: AKF, UdviklingsForum og EVA.

Rambøll (2013). *Evaluering af projektet opkvalificering af den tidlige indsats i kommunerne. Slutrapport: Opsporingsmodellens implementering og effekter*. København: Socialstyrelsen.

Unge i risiko for udvikling af misbrug af rusmidler og social marginalisering

Kan man allerede tidligt identificere fremtidens marginaliserede borgere, og findes der et link mellem på den ene side problematisk brug af rusmidler og social marginalisering og på den anden side tidligt identificerbare personlige/socialt kendetegn. I denne artikel gives et bud på et sådant link.



MADS UFFE PEDERSEN
 Professor
 Center for Rusmiddelforskning
 Aarhus Universitet
 E-Mail: mup@crf.au.dk

Hvad ved vi om målgruppen?

At afdække årsagen til, hvorfor nogle unge udvikler et problematisk forbrug af rusmidler, mens andre ikke gør det, kræver større longitudinelle/opfølgende undersøgelser, oftest hvor interviews/ spørgeskemaundersøgelser kombineres med registerforskning. Ved her at undersøge biologiske, psykiske og sociale faktorer fra den tidligste barndom bliver det muligt at give et bud på, hvilke tidlige og mere grundlæggende faktorer, der udgør en risiko for senere udvikling af et problematisk/afhængigt forbrug af rusmidler. I Danmark findes meget lidt af denne type longitudinel/opfølgende forskning. Det nærmeste, vi kommer, er antageligt Joachim Knops doktorafhandling fra 2011 (1). Her blev en højrisikogrube af sønner til alkoholafhængige fædre sammenlignet med en lavrisikogrube, der ikke havde alkoholafhængige fædre, fulgt i registre og interviewet, første gang da de var 18-19 år, og igen da de var 30 og 40 år gamle. I denne sammenhæng er det ikke mindst interessant, hvilke registeroplysninger fra den tidlige barndom/skolealder der kunne knyttes til højrisikogrube og evt. senere udvikling af alkoholmisbrug/afhængighed. Først og fremmest fandt Knop en signifikant sammenhæng mellem at have en far, der var alkoholafhængig, og at den unge selv senere udviklede alkoholafhængighed. Knop kunne desuden knytte variable fra de første leveår til senere alkoholafhængighed (muskeltonus ved fødsel, evnen til at gå, tidlig brystfravæning) og mellem utilpasset adfærd (skolelægens oplysninger) og senere alkoholafhængighed. Skolebørn fra højrisikogrube var desuden signifikant mere impulsive/rastløse og havde ringere skolefærdigheder end unge fra lavrisikogrube. Senere fandt Knop, at den gruppe, der udviklede alkoholafhængighed, også signifikant oftere kunne gives en antisocial diagnose end de, der ikke udviklede alkoholafhængighed, hvilket korresponderer med de tidlige oplysninger.

Hvilke adfærdsfaktorer skal vi være opmærksomme på i forhold til tidlig opsporing?

I det følgende skal det vises, hvordan man med forholdsvis enkle retrospektive spørgsmål om opvækst og skoleforhold kan anskueliggøre, hvem der er i særlig risiko for at udvikle et problematisk forbrug af rusmidler.

Analyserne baseres på to nationale stikprøveundersøgelser inkluderende unge mellem 15 og 25 år, som blev gennemført i henholdsvis 2014 og 2015. Begge undersøgelser tog udgangspunkt i UngMap screeningsmetoden (2). I 2014-undersøgelsen besvarede 3.064 samtlige UngMap-spørgsmål (svarprocent 63), mens 2.702 besvarede samtlige UngMap-spørgsmål i 2015 (svarprocent 56). Af pladshensyn kobles de to undersøgelser i denne artikel (i alt 5.766 unge), dog med enkelte undtagelser. I stikprøveundersøgelserne er der bl.a. blevet spurgt til psykiatriske diagnoser givet af en psykiater (kræves den har været tilstede i barndommen). Der er desuden blevet spurgt til den unges problemer i folkeskolen, til forældres misbrug af rusmidler og forældres opdragelsesstile/omsorg under opvæksten.

Personlige kendetegn og forbrug af rusmidler:

I international forskning er det almindeligt anerkendt, at adfærdsforstyrrelser opstår i barndommen eller den tidligste ungdom og dertil knyttede skoleproblemer udgør massive risikofaktorer for senere udvikling af et problematisk forbrug af rusmidler (se gennemgang i 3). Vi finder da også de klart stærkeste sammenhænge mellem problematisk forbrug af rusmidler på den ene side og eksternaliserende adfærd-problemer i folkeskolen på den anden side (målt i tilbageblik). Metoden til at måle eksternaliserende adfærd i skolen kan findes i Pedersen et al. 2017 (3). Teorien/empirien bag er stærkt inspireret af Caspi et al. (4). Eksternaliserende problemer (EP) måles i denne

Tabel 1. Eksternaliserende problemer og problematisk forbrug af rusmidler

Score	Antal	Cannabis ¹ 10+ dg/md	² Andre illeg. 1+ dg/md	Cigaretter dagligt	Antal	³ Alkohol- problemer
0	3,650	1,04	1,32	6,6	1.926	1,45
1	1,146	2,79	2,79	14,83	601	4,33
2	418	6,70	5,74	28,23	213	6,10
3	245	10,61	5,71	36,73	148	6,08
4	139	8,63	10,07	38,13	84	11,90
5	132	18,18	21,21	55,30	75	12,00
6	36	27,78	30,56	69,44	17	19,41
	5,766	2,95	2,97	13,35	8.064	3,26

undersøgelse ved seks spørgsmål om konflikter, pjæk fra folkeskolen, bortvist fra skole, voldelig adfærd mm. (EP6). De seks spørgsmål dikotomiseres, hvorfor der maksimalt kan opnås en score på 6 (3). I tabel 1 ses det, hvorledes problematisk forbrug af cannabis, andre illegale stoffer end cannabis, cigaretter og alkohol stiger for hvert ekstra point, der scores i EP6.

I tabellen ses det, at 1,04 % af de 3.650 unge, der scorer 0 i EP6, har brugt cannabis mindst 10 dage den seneste måned op til besvarelsen af UngMap. For de 36 unge, der scorede 6 i EP6, var det 27,78 %. En ung, der scorer 6 i EP6, har 27 gange større sandsynlighed for at bruge cannabis mindst 10 dage om måneden end en ung, der scorer 0 i EP6. De unge, der har moderate til svære eksternaliserende problemer (score 1 til 6), udgør 37 %, men de udgør 78 % af de unge, der har brugt cannabis 10+ dage den seneste måned. For de øvrige rusmidler ses lignende sammenhænge. Med andre ord, jo flere problemer i folkeskolen og jo mere den unge kommer i konflikt med andre (her vurderet retrospektivt), desto større forbrug af rusmidler.

Samlet svarer tallene i tabel 1 til, at ca. 145.000 unge mellem 15 og 25 i 2014/2015 havde udviklet et problematisk forbrug af rusmidler (ca. 24.000 cannabis, 24.000 andre illegale stoffer, 110.000 cigaretter og 27.000 alkohol). Vi har fundet de samme sammenhænge hos norske unge, unge med muslimsk baggrund, grønlandske unge og unge, der kommer fra gode socioøkonomiske opvækstvilkår (6).

Visse psykiatriske diagnoser kan også knyttes til en forøget risiko for udvikling af et ukontrolleret forbrug af rusmidler. Det gælder ikke overraskende primært diagnoser, som kan knyttes til eksternaliserende problemer (ADHD, adfældsproblemer og visse personlighedsforstyrrelser). 8,53 % af de 5.766 rapporterede at have fået en psykiatrisk diagnose af en psykiater (2,58 % ADHD). Unge med ADHD havde mellem tre og fem gange større sandsynlighed for at bruge cannabis, andre illegale

stoffer end cannabis og daglig rygning (som i tabel 1) end en ung, der ikke har en ADHD-diagnose. Der ses derimod ingen sammenhæng mellem ADHD og alkoholmisbrug/afhængighed.

Hvilke sociale kendetegn skal vi være opmærksomme på?

Forældres misbrug af alkohol og/eller stoffer kan knyttes signifikant til den unges problematiske forbrug af rusmidler (1, 7). I de nationale stikprøveundersøgelser finder vi således også, at unge, som har/har haft en far og/eller en mor, der misbruger alkohol og/eller stoffer (i alt 12,4 %, for spørgsmål se 2), har mellem to og tre gange større sandsynlighed for selv at få et problematisk forbrug af rusmidler, som disse er defineret i tabel 1. Eksternaliserende problemer spiller dog en stærkt modererende rolle i denne sammenhæng.

Inden for opdragelsesteori har det været populært at skelne mellem henholdsvis den uengagerede opdragelsesstil (uinteresserede forældre, ingen krav, forældres fokus på sig selv og deres problemer m.m.), den autoritære opdragelsesstil (mange konventionelle krav, der ikke begrundes, ingen lydhørhed eller støtte, invaderende kontrol m.m.), den eftergivende opdragelsesstil (ingen krav, ingen grænser, men lydhøre og støttende/hjælpende) og den autoritative opdragelsesstil (lydhør, støttende/hjælpende, indlevende, stiller krav og sætter grænser, der begrundes) (8, 9, 10). I stikprøveundersøgelsen fra 2015 blev der stillet fire spørgsmål om, hvorvidt forældrene havde været henholdsvis opmærksomme, kærlige, hjælpende med skolearbejdet, og hvorvidt den unge havde oplevet omsorgssvigt (alle fem point likert-skala). De fire spørgsmål danner en sammenhængende faktor. Jo mere hjælp og støtte og jo mindre omsorgssvigt (manglende engagement i sit barn), desto færre bruger stoffer og cigaretter som defineret i tabel 1 (fx 1,6 % hash 10+ dage sidste måned for dem, der oplevede mest støtte versus 26,9 % hash 10+ dage for dem, der oplevede mindst støtte og svær omsorgssvigt). Skalaen kunne alene udregnes i 2015, hvor der ikke blev anvendt alkohol AUDIT (se tabel 1).

NOTE 1 110+ dg/md = mindst 10 dage den sidste måned, 1+ dg/md = mindst en dag om måneden.

NOTE 2 Andre illeg. = andre illegale stoffer end cannabis, primært amfetamin, kokain og ecstasy.

NOTE 3 OBS! Alkoholproblemer blev kun anvendt i 2014-undersøgelsen og inkluderer derfor 3.064 unge. Alkoholproblemer blev målt med Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)(5). Score 8-15 (der gives enkle råd), 16-19 (korttidsintervention og monitorering), 20+ (udredes for alkoholafhængighed). Alkoholproblemer = score 16 og derover.

Også en lang række andre, men senere sociale kendetegn, kan knyttes til et problematisk forbrug af rusmidler blandt unge. Det gælder fx nære venners forbrug, og det at være på kontant-hjælp. Fx er der 15 gange større sandsynlighed for, at en ung, der har nære venner, der bruger illegale stoffer, selv har brugt cannabis 10+ dage sidste måned, end for en ung, der ikke har nære venner, der bruger illegale stoffer. Sammenhængen bliver noget mindre, når der kontrolleres for eksternaliserende problemer, men er dog fortsat stærk signifikant. Unge på kontant-hjælp har også et signifikant større forbrug af illegale stoffer end andre unge. Her forsvinder sammenhængen dog fuldstændig, når der kontrolleres for eksternaliserende problemer.

Det har været diskuteret, hvorvidt forskellige uddannelsesspor påvirker de unge i retning af et storforbrug, som måske senere i livet kan udvikle sig til egentlig afhængighed. Der findes dog, så vidt vides, ingen danske undersøgelser af, hvorvidt unge ændrer forbrug, når de går fra et uddannelsesspor til et andet. Ikke desto mindre findes der store forskelle i ikke mindst problematisk forbrug mellem de forskellige uddannelsesspor. Når det gælder et moderat brug, er forskellen derimod ikke så stor. Fx ses der slet ikke nogen forskelle i andelen, der har brugt cannabis den seneste måned, mellem unge, der går på gymnasiet/GYM, og de unge, der er i gang med en kortere ungdoms-/erhvervsuddannelse/KUE (HG, SOSU, Teknisk skole, VUC mfl.). Således er det i disse to uddannelsesspor 10,5 % af unge fra GYM (n=1.211) og 11,7 % af unge fra KUE (n=1.044), der har brugt cannabis den sidste måned. Helt anderledes ser det ud med det problematiske forbrug. Der er således stærkt signifikant flere af de unge fra KUE, der har et 10+ dages forbrug om måneden af cannabis (5,73 %),

end unge fra GYM (1,96 %). Den signifikante forskel forsvinder dog, når der kontrolleres for eksternaliserende problemer (EP6). Man kunne her med fordel skelne mellem forbrug som et kulturfænomen (eller "smitte"-fænomen) og forbrug som et kontrol(individ)-fænomen. Kendetegnet for unge med eksternaliserende problemer er netop mangel på kontrol. Fx drikker unge på GYM sig signifikant oftere fulde (5+ genstande ved én lejlighed) end unge på KUE, men der er signifikant flere af de unge på KUE, der har alkoholproblemer målt med AUDIT, end unge fra GYM.

Afsluttende anbefalinger

Generelt er resultaterne fra de nationale stikprøveundersøgelser i overensstemmelse med Knops resultater fra såvel registre som senere interviews. Resultaterne fra de nationale stikprøveundersøgelser kan i høj grad anvendes til at forebygge udvikling af et problematisk forbrug/afhængighed af rusmidler for risikogrupper i teenageårene, og i kombination med Knops resultater forstærker det også vores viden om, hvem vi bør være særlig opmærksomme på i den tidlige skolealder. Alle kender dem (de er jo ikke ligefrem usynlige), problemet er mere, hvad der skal og kan gøres. Samtidig kan de også være vanskeligere at hjælpe (11), ikke mindst fordi de ikke bryder sig om at blive kontrolleret. For de fleste af disse unge er de eksternaliserende problemer forholdsvis moderate. Ikke desto mindre er det en gruppe, der senere kan blive en udfordring for det danske sundhedssystem, og som – uden den rette forståelse – kan stå uden ungdomsuddannelse, få lange arbejdsløshedsperioder, få en plettet straffeattest og andet både økonomisk, men ikke mindst menneskeligt omkostningsfuldt.

REFERENCER:

Knop, J. (2011). The Danish longitudinal study of alcoholism 1978 – 2008. *Danish Medicine Bulletin*, 58(8), B4315.

UngMap 2014 og 2015 spørgeskemaer. Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, M.U., Thomsen, K.R., Pedersen, M.M. & Hesse, M. (2017). Mapping risk factors for substance use: Introducing the YouthMap12. *Addictive Behaviors* 65 (2017) 40–50.

Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W. et al. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2) 119–137

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. et al. (2001) *The Alcohol Use Disorders Identification Test*, World Health Organization http://www.talkinalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf

Pedersen, M.U., Thomsen, K.R., Heradstveit, O., Skogen, J.C., Hesse, M. & Jones, S. (in review). Externalizing behavior problems are related to substance use in adolescents across Nordic countries and cultural backgrounds.

Pisinger, V.S.C., Holst, C.A., Bendtsen, P., Becke, r U., Tolstrup, J.S. (2017). Perceived parental alcohol problems and drinking patterns in youth: A cross-sectional study of 69,030 secondary education students in Denmark. *Preventive Medicine*, 195: 389-396.

Baumrind, D. (1991a). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11:56-95.

Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. I: J. Brooks-Gunn, R.M. Lerner, & A.C. Petersen (Eds.) *The encyclopedia on adolescence* (pp. 746-758). New York: Garland Publishing.

Pedersen, M.U. (2005). *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler*. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 297 s.

Pedersen, M.U., Pedersen, M.M., Jones, S., Holm, K. & Frederiksen, K. (2017) *Behandling af unge, der misbruger stoffer*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Fravær og mistrivsel i skolen

Tilstedeværelsen i skolen er for en gruppe elever så udfordret, at deres fravær er bekymrende både for deres trivsel og videre skolegang. En tidlig opsporing og igangsættelse af indsatser er nødvendig for at undgå, at fraværsmønstret eskalerer.



JOHANNE JEPPESEN LOMHOLT

Adjunkt
Psykologisk Institut
Aarhus Universitet
E-mail: johanhj@psy.au.dk

Størstedelen af alle elever vil have fravær i løbet af deres skoletid. I gennemsnit er en dansk elev fraværende fra skolen 11 skoledage om året, hvilket udgør 5,6% af alle skoledage. Dette tal har været stabilt de seneste år. Dog viser fraværstallet fra det seneste skoleår, at flere elever end tidligere har mere end 5% fravær, og at 14% af de danske elever har mere end 10% fravær på et skoleår. Skolefraværet er stigende, i takt med at eleverne bliver ældre, og især i klasserne i udskoling ses en stigning i fraværet hos eleverne (Undervisningsministeriet, 2017).

For størstedelen af alle elever er deres fravær ikke problematisk og er ofte grundet af eksempelvis influenza eller familieferier uden for skolernes fastsatte ferier. Men for en mindre gruppe af elever er deres fravær af en sådan karakter, at det er bekymrende. Mere omfattende fravær fra skolen har på kort sigt sammenhæng med lavere fagligt niveau samt dårligere social trivsel. På lang sigt er øget skolefravær forbundet med risiko for senere at droppe ud af uddannelsessystemet, og dermed øget forekomst af de konsekvenser dette kan have herunder akademiske, økonomiske, sociale og sundhedsmæssige problemer (Baxter, Royer, Hardin, Guinn & Devlin, 2011; Carroll, 2010; Evans, 2000; Kearney, 2008b).

Opsporing af problematisk skolefravær

Det er udfordrende at fastsætte, hvornår skolefravær har noget et sådan niveau, at det er problematisk for det enkelte barn. Ifølge den anerkendte skolefraværsforsker C.A. Kearney kan skolefravær blive kategoriseret som værende problematisk, hvis det enten er a) massivt, men i en kortere periode (minimum 25% fravær i to uger), b) mindre massivt, men over en længere periode (minimum 10% fravær over en 15 ugers periode og/eller 3) elevens adfærd ved at skulle i skole er forbundet med massiv vægringsadfærd, som indvirker på eleven eller familiens hverdag. Skolevægringsadfærden skal have fundet sted i minimum to uger (Kearney, 2008a). Det vigtigste i denne definition er både, at der inkluderes forskellige frekvenser af fravær, samt at massiv skolevægringsadfærd, der har en signifi-

kant indvirkning på familielivet, også inkluderes. Ofte ses det, at skolevægringsadfærden fører til mere omfattende skolefravær, da familierne ikke kan blive ved med at håndtere barnets modstand mod at komme i skole.

I nationale sammenhænge er der ikke en fast definition for, hvornår fravær er problematisk, men Aarhus Kommune er et eksempel på en kommune, som har udarbejdet en definition for, hvornår fravær kræver ekstra opmærksomhed. I følge deres definition er elevernes fravær problematisk, når de lever op til minimum en af følgende parametre: a) Fire eller flere fraværstilfælde den seneste måned, b) 10 % ulovligt fravær den seneste måned, c) 11 eller flere fraværstilfælde det seneste skoleår, d) 10 % samlet fravær det seneste skoleår (Aarhus Kommune, 2017b)

Disse fire parametre er udarbejdet med den hensigt at kunne opdage problematisk fravær tidlig i forløbet samt opdage fraværsmønstre hos den enkelte elev, hvor elevens fravær er kendetegnet ved at være gentagende, eksempelvis de samme dage. Derudover har parametrene ligeledes fokus på mængden af fravær, herunder fravær som er karakteriseret som ulovlig, hvilket vil sige fravær, som hverken skole eller forældre er bekendte med årsagen hertil, eller hvor forældrene ikke har fået godkendt, at eleven kan få fri. Der formidles månedligt en rapport til kommunens skoleledere, hvori der fremgår en oversigt over de af skolens elever, som opfylder kriterierne for opmærksomhedskrævende fravær og ud fra hvilke af de fire ovenstående parametre. I 2015 havde 18% af eleverne i Aarhus Kommune opmærksomhedskrævende fravær (Aarhus Kommune, 2017a). Om den opmærksomhedskrævende fravær skal ses som værende bekymrende for eleven, er en opgave for skolens ledelse i samarbejde med klassens lærere at vurdere. Den systematiske tilgang til opsporing af skolefravær er vigtigt i forhold til at kunne i gang sætte tidlige indsatser. En tidlig indsats øger mulighederne for, at kunne hjælpe barnet til normal skolegang, da risikoen for at fraværet påvirker både barnets faglige niveau,

samt sociale tilknytning til klassen kan være stigende i takt med den øgede skolefravær.

Indsatser i forhold til skolefravær - evidensgrundlag

Der er multiple risikofaktorer for skolefravær. Nogle faktorer er relateret til det individuelle barns psykiske og fysiske trivsel, herunder angst og depressive symptomer, adfærdsproblemer, samt kronisk sygdom. Andre faktorer er mere relateret til familiesystemet, herunder forældrenes sygdom og socioøkonomiske faktorer. Også faktorer relateret til skolen, såsom skole-hjem- samarbejde og trivslen i klassen kan have en indvirkning (Kearney, 2008b). Det er derfor vigtigt at have dette multifaktorielle perspektiv, når indsatser igangsættes med henblik på at reducere barnets skolefravær.

Hos en mindre gruppe af elever med skolefravær vil deres fravær være motiveret af forældrene, hvor barnet ikke har en regulær skolegang, da det blive tilbageholdt fra skolen af forældrene. I størstedelen af tilfælde med elever med problematisk fravær vil fraværet dog være motiveret af eleven selv. Traditionelt har indsatser for elever med problematisk skolefravær været fokuseret på to typer af elevadfærd. Den ene har været fokuseret på elevens skolevægringsadfærd. En adfærd, som oftest er relateret til adfærd grundet forskellige angstproblematikker og generelt negative emotioner forbundet med skolegangen. Den anden type adfærd har været relateret til elevmotive-ret fravær omtalt som truancy, som dækker over fravær, som er karakteriseret som ulovligt og hemmeligt. Truancy er ofte blevet forbundet med adfærdsforstyrrelser hos eleven (Kearney, 2008b), som søger mere positiv forstærkende aktiviteter uden for skolen oftest på grund af kedsomhed i skolen (Havik, Bru & Ertesvåg, 2015). Studier, som har fokuseret på evidens bag indsatser til problematisk fravær, har derfor været rettet mod hhv. skolevægringsadfærd eller truancy.

I et systematisk review med fokus på indsatser rettet mod truancy identificeredes 16 studier, hvoraf de fem havde et randomiseret kontrolleret design, og resten var kvasi-eksperimentelle studier. De inkluderede studier blev medtaget i en meta-analyse, som viste en generel effekt i forhold til at reducere skolefravær med en moderat og signifikant gennemsnitlig effekt størrelse ($g = .46$). Den gennemsnitlige forbedring af fravær var efter indsatsen på 4,7 dage. Trods denne forbedring sås der i 15 ud af de 16 studier stadig gennemsnitligt fravær på over 10% hos de deltagende elever. De inkluderede studier var generelt præget af samples med få deltagere og stor grad af heterogenitet i forhold til effekt størrelser. Der var ligeledes stor forskel på indsatsernes form, indhold og omfang. Der blev ikke fundet forskel på effekten alt efter type af indsats, og hvilken setting den tog udgangspunkt i (f.eks. skole-baseret eller en juridisk setting). De manglende forskelle kan dog også være påvirket af for få inkluderede studier. Overraskende nok blev der i meta-analysen heller ikke fundet forskel på effekten, alt efter om indsatserne var meget omfangsrige og inkluderede multiple settings eller mere simple indsatser. Dette indikerer, at indsatser ikke behøver at være meget komplekse for at have en positiv indvirkning på fravær (Maynard, 2012).

Der er større overlap i mellem typer af indsatser med fokus på skolevægringsadfærd. I et systematisk review, som inkluderede seks studier med et randomiseret, kontrolleret design og to kvasi-eksperimentelle studier, indeholdte indsatserne hos alle studier på nær et elementer fra kognitiv adfærdsterapi. Også i dette systematiske review blev der foretaget en meta-analyse, som viste en generel effekt i forhold til at reducere skolefravær med en moderat og signifikant gennemsnitlig effekt størrelse ($g = .54$) (Maynard, 2015). Også her var de inkluderede studier præget af små sample størrelser og metodiske problemer i forhold til stor variation i typen af kontrolgruppe. Den kliniske betydning af effekten i forhold til den reelle reduktion i fravær hos deltagerne blev ikke undersøgt.

I begge systematiske reviews var de inkluderede studier primært amerikanske. Der foreligger p.t. desværre ingen studier, hvor effekten af indsatser igangsat i en dansk kontekst er evalueret.

En funktionel tilgang til skolefravær

Den dikotome opdeling af indsatser med fokus på enten elever med skolevægringsadfærd eller truancy adfærd bliver udfordret ved overlap mellem de to typer af adfærd. Et studie fandt, at en subgruppe af elever levede op til kriterierne for både skolevæg-ring og truancy, hvorfor de konkluderede, at skolevæg-ring og truancy er distinkte fænomener, men samtidig ikke indbyrdes uforenelige (Egger, Costello & Angold, 2003). Samtidig vil en gruppe af børn ikke udvise de symptomer, som ofte er relateret til skolevæg-ring eller truancy, og vil derfor ikke kunne inddeles i nogle af kategorierne (Kearney & Albano, 2004).

Derfor er en mere funktionel tilgang blevet udviklet. I den funktionelle tilgang er fokus på den funktion, fraværet har for den enkelte elev samt motivationen for at være fraværende. En sådan funktion vil kunne være karakteriseret ved negative faktorer, hvor det er det at komme i skolen, som vækker negative emotioner hos det enkelte barn. Det kunne eksempelvis være det at skulle indgå i sociale sammenhænge med andre elever, som er udfordrende eller mere specifikt nogle bestemte situationer i skolen, som vækker ubehag, såsom oplæg, prøver/test eller bestemte fag. For mange elever vil fraværet også have en positiv funktion. Et eksempel på dette vil kunne være at være hjemme hos sine forældre og de goder, der ligger i det, såsom at kunne sove længe, spille computer, se fjernsyn og samvær med forældrene. For en gruppe af elever vil en positiv funktion ved fraværet også være, at de kan opholde sig andre steder end på skolen og mødes med venner (Kearney, 2008b). En effektiv fraværsindsats skal helst kunne arbejde med de forskellige funktioner, som fraværet har for det enkelte barn på tværs af de problematikker, barnet ellers udviser. Dette stiller også krav til indsatsens fleksibilitet, så den kan rumme den problematiske fraværsgruppes heterogenitet.

Et eksempel på en sådan indsats er Back2School, som vi på Aarhus Universitet undersøger effekten af i samarbejde med Aarhus Kommune og Innovationsfonden. Back2School blev udviklet og pilottestet i foråret 2017 og kører indtil sommeren

2019 som et randomiseret kontrolleret forsøg. I Back2School bliver der arbejdet primært med eleven med problematisk skolefravær og dennes forældre i et tæt samarbejde med skolen. Indsatsen foretages af en psykolog fra kommunens pædagogiske psykologiske rådgivning. Komponenterne i Back2School bygger på den ovenstående skitserede funktionelle tilgang samt elementer fra kognitiv adfærdsterapi. Samtidig er Back2School fleksibelt og består af flere moduler, som den enkelte psykolog sammensætter på baggrund af elevens problematikker.

Afsluttende anbefalinger

Generelt skal fravær ses som et akut symptom, som kræver umiddelbar handling for at undgå, at omfanget af fraværet eskaleres, samt konsekvenserne af fraværet øges. Det er derfor anbefalelsesværdigt med en systematisk monitorering af skolefravær, sådan at der kan igangsættes en tidlig indsats. Med en

sådan monitorering er det nødvendigt, at der fastsættes nogle generelle kriterier for, hvornår elevernes fravær viser et mønster eller når et niveau, som skønnes at være bekymrende. På denne måde vil en fast procedure for videre handling kunne igangsættes, så snart en elev opfylder kriterierne for bekymrende fravær. Om der skal ekstra opmærksomhed på den enkelte elevs fravær og igangsættes initiativer, vil derfor ikke først bero på et individuelt skøn for, om fraværet er nået et bekymrende niveau. Elever med problematisk fravær er en heterogen gruppe med multiple bagvedliggende årsager til fraværet. For at kunne rumme den heterogene gruppe er det derfor anbefalelsesværdigt med fleksible indsatser, som har fokus på fraværets bagvedliggende funktion, eleven og inddrager både elev, forældre og skole, sådan at der opnås en mere helhedsorienteret forståelse for elevens fraværproblematik.

REFERENCER:

Aarhus Kommune, (2017a). Retrieved from https://www.aarhus.dk/sitecore/content/Subsites/kvalitetforboernogunge/Home/Sundhed-og-trivsel/9-18-procent-har-for-meget-fraavaer.aspx?sc_lang=da

Aarhus Kommune, (2017b). *Arbejdet med elevfravær i Børn og Unge* Retrieved from <https://www.aarhus.dk/~media/eDoc/3/7/0/3708876-6181158-1-pdf.pdf>

Baxter, S. D., Royer, J. A., Hardin, J. W., Guinn, C. H., & Devlin, C. M. (2011). The Relationship of School Absenteeism With Body Mass Index, Academic Achievement, and Socioeconomic Status Among Fourth-Grade Children. *Journal of School Health*, 81(7), 417-423. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00610.x

Carroll, H. C. M. (2010). The Effect of Pupil Absenteeism on Literacy and Numeracy in the Primary School. *School Psychology International*, 31(2), 115-130. doi:10.1177/0143034310361674

Egger, H. L., Costello, E. J., & Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: A community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7), 797-807.

Evans, L. D. (2000). Functional school refusal subtypes: Anxiety, avoidance, and malingering. *Psychology in the Schools*, 37(2), 183-191. doi:10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<183::AID-PITS9>3.0.CO;2-5

Havik, T., Bru, E., & Ertesvåg, S. K. (2015). Assessing Reasons for School Non-attendance. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 59(3), 316-336. doi:10.1080/00313831.2014.904424

Kearney, C. A. (2008a). An interdisciplinary model of school absenteeism in youth to inform professional practice and public policy. *Educational Psychology Review*, 20(3), 257-282.

Kearney, C. A. (2008b). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451-471. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.012>

Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior - Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, 28(1), 147-161.

Maynard, B. R. (2012). *Indicated truancy interventions : effects on school attendance among chronic truant students*. In Campbell systematic reviews ; 2012:10.

Maynard, B. R. (2015). Psychosocial Interventions for School Refusal with Primary and Secondary School Students : a systematic review. In Campbell systematic reviews ; 2015:12.

Undervisningsministeriet. (2017). Elevfraværs notat 2017: *Sådan er elevernes fravær i skoleåret 2016/17*. Retrieved from <https://uvm.dk/~media/filer/uvm/udd/folke/pdf17/nov/171110-elevfravaersnotat-2017-v5.pdf?la=da>

Hvad skal vi med socialpolitikken?

Socialpolitikken står af mange grunde i skyggen af andre politikområder som beskæftigelses-, uddannelses- og sundhedspolitikken. Men der er brug for en selvstændig socialpolitisk debat og politikudvikling, der tager de forhold og problemer for borgerne, der ikke kan løses af de andre politikområder, alvorligt.



NIELS PLOUG

Direktør for Personstatistik
Danmarks Statistik
E-mail: npl@dst.dk

Socialpolitik er et væsentligt, men måske også lidt overset politikområde. Væsentligt alene af den grund, at der bruges over 40 mia. årligt på det socialpolitiske område. Overset fordi der er en tendens til, at socialpolitik kommer til at stå i skyggen af uddannelsespolitikken, arbejdsmarkeds- og beskæftigelsespolitikken og sundhedspolitikken.

Uddannelsespolitikken er løsningen på mange udfordringer. Veluddannede borgere er en fordel for ethvert samfund. Men selv om det går fremad på uddannelsesområdet, og der aldrig har været så mange unge, der tager en uddannelse, så er der fortsat en såkaldt restgruppe, der ikke får en kompetencegivende uddannelse.

Beskæftigelsespolitikken leverer også løsninger, der skal sikre, at det kan betale sig at arbejde, og at så mange som muligt er i beskæftigelse. Men selv om det går fremad på beskæftigelsesområdet, og vi er meget tæt på den beskæftigelsesrekord, som blev sat kort før finanskrisen slog igennem i 2008, så er der fortsat en gruppe, der ikke er i nærheden af at komme i beskæftigelse.

Sundhedspolitikken sørger for, at vi er raske og lever længe. Men selv om det går fremad og dødeligheden for en række sygdomme bl.a. kræft er faldende, mens middellevetiden er stigende, så er der fortsat en gruppe også i de erhvervsaktive aldre med dårligt helbred og kortere levetid.

Alle de højtprofilerede politikområders restgrupper er dem, som socialpolitikken beskæftiger sig med. Det kan være både tungt og svært. Tungt, fordi problemerne er tunge og sammensatte, svært, fordi det ikke på samme måde som på de øvrige områder er så entydigt, om det går fremad.

Det hænger sammen med, at det er lidt mere usikkert, hvad der er succeskriteriet for den socialpolitiske indsats. Er formålet med socialpolitikken i konkurrencestatens ånd at bringe de skæve og de trekantede i samme form som alle andre og få dem ind på arbejdsmarkedet, eller er formålet med socialpolitikken at give mennesker, der har været udsat for allehånde belastninger, muligheden for at leve gode eller i hvert fald bedre liv, uden at de behøver at bekymre sig voldsomt om at forsørge sig selv? Det findes der næppe noget entydigt svar på, fordi det kommer an på, hvilken af socialpolitikkenes mange målgruppe, man har med at gøre.

Udviklingen i det socialpolitiske fokus

Ser man lidt historisk på det, har det socialpolitiske pendul svinget fra fortidens fokus på forsørgelse på et lavt niveau og tab af borgerlige rettigheder, som fx retten til at stemme over 1970'ernes fokus på revalidering og omsorg til nutidens fortsatte fokus på selvforsørgelse som et væsentligt slutmål for socialpolitisk indsats.

Der var en række markante målsætninger i den bistandslov, der blev vedtaget i 1976 på et tidspunkt, hvor man endnu ikke fuldt ud havde indset omfanget af den krise, som man stod overfor. Et hovedformål med bistandsloven var at føre en socialpolitik, der forhindrede social deroute. Folk skulle bistås med udgangspunkt i den situation, de var i, og de skulle derfor hjælpes behovsbestemt efter en professionel vurdering af, hvad der skulle til for at bringe dem videre i livet. Faste takser for den økonomiske hjælp hørte ikke til i den måde at tænke socialpolitisk indsats på. Revalidering og udnyttelse af det, der blev kaldt resterhvervsevnen, indgik også som et vigtigt element i den socialpolitiske indsats.

Det er således tydeligt, at selv i den relativt bløde og forstående socialpolitik, der blev lagt op til med bistandsloven i 1976, så var der et fokus på at bringe folk videre til en situation, hvor de ved at udnytte deres resterhvervsevne kunne blive helt eller delvist selvforsørgende. Sagt på en lidt anden måde kan man sige, at hovedideologien i socialpolitikken er en protestantisk etik, der siger, at ”i dit ansigts sved skal du æde dit brød”. Den vinkel er kun blevet skærpet, siden man stille og roligt forlod bistandslovens ideer om skønsmæssige ydelser og først langsomt men stadigt mere sikkert bevægede sig over i ”det skal kunne betale sig at arbejde”-regimet.

Det skal kunne betale sig at arbejde

Det regime er siden 0’erne blevet forfulgt med brugen af en differentiering af kontanthjælpen. Som instrument er det ikke nyt. Det blev påbegyndt allerede i begyndelsen af 1980’erne, hvor man indførte en lavere kontanthjælpsydelse for unge under 25 år. Formålet var at motivere de unge til at tage en uddannelse ved at give dem en kontanthjælpsydelse, der nærmerede sig niveauet for uddannelsesstøtten. Senere blev aldersgrænsen hævet fra 25 år til 30 år. Mens ændringen dengang var målrettet de unge, ude fra deisen, at unge ikke skal være på bistand, de skal være i uddannelse, så er de seneste 10-15 års differentierede kontanthjælpsydelse med kontanthjælpsloft af forskellige karakter ikke målrettet de unge, men omfatter bl.a. enlige forsørgere, hvor målet er at sikre, at den samlede sum af ydelser, som de kan få ikke skal overstige det rådighedsbeløb, de ville kunne få fra et lavt lønnet arbejde på arbejdsmarkedet.

Mens man kan diskutere effekterne af det, er der ingen tvivl om intentionerne; ”Det skal kunne betale sig at arbejde”. Og uden at der kan påvises nogen årsagssammenhæng, så forholder det sig sådan, at der nærmest aldrig har været så mange, der arbejder. Lønmodtagerbeskæftigelsen i 2017 nåede i december op på samme niveau som den højeste lønmodtagerbeskæftigelse nogensinde, nemlig i sommeren 2008 lige før krisen.

Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at vi er godt på vej til at have løst landets socialpolitiske udfordringer. Trods opstramninger på området med deraf følgende fald i tildelingerne er der mere end 200.000 modtagere af førtidspension og på månedsbasis trods et fald siden 2010 stadig omkring 150.000 modtagere af kontanthjælp.

Man kan overveje, hvad der skal til, for at de kan komme i arbejde. Der er ikke tvivl om, at man kan bruge økonomiske incitamenter til at få folk i arbejde. Udviklingen i beskæftigelsestallene – under de nuværende gunstige økonomiske konjunkturer – understøtte det, selv om vi egentlig ikke ved så meget om forsørgelsessituationen for dem, der ikke længere er berettigede til en ydelse.

Alternativt kan man overveje, hvilket slags arbejde, i hvilket omfang og på hvilke betingelser der er for dem, der ikke er 110 pct. ”fit for fight” og fuldstændigt klar til arbejdsmarkedet.

For der er uomtvisteligt, at der både blandt dagens modtagere af førtidspension og kontanthjælp og blandt kommende modtagere af de to ydelser er folk, der ikke – der aldrig – vil komme til at kunne bestride et almindeligt job på almindelige betingelser. Det skyldes personlige forhold, hvor sygdom er en væsentlig og i socialpolitisk sammenhæng ofte ikke fremhævet årsag. Entertaineren og det tidligere medlem af folketinget Jacob Haugaard er blandt meget andet kendt for at sige, at ”hvis arbejde er så sundt, så gi’ det til de syge”. Det er sjovt, og som meget, der er sjovt, har det også et strejf af vanvid. Det er klart, at det er meget få syge, der bliver raske af at få et arbejde, og samtidig og endnu mere væsentligt og tæt på den virkelige virkelighed så er der mange af dem, der ikke bestrider et job i dagens Danmark med rekord høj beskæftigelse, der er for syge til nogensinde at komme i arbejde på helt almindelige vilkår. Det skyldes også, at mange af de lavtlønnede job, der findes, kræver en stærk fysik. ”kassedamen” og ansatte i detailhandelen nævnes til tider som job, der er mindre krævende. Men butiksarbejde er hårdt fysisk arbejde. Varerne hopper ikke op på hylderne af sig selv, emballagen – de store mængder af papkasser og europaller – forsvinder ikke bare i den blå luft, når kasserne er tømte, og i øvrigt klares rigtig meget af arbejdet i sektoren af unge under 18 år til 60 kr. i timen. Det kan være svært at stille op til og konkurrere med, hvis man ikke er fuldt ud på toppen.

Og at der er en sammenhæng mellem sygdom og socialpolitik, det viser flere af artiklerne i dette nummer af bladet relativt klart og tydeligt.

Spørgsmålet er derfor – hvad så?

Det er svært, og der er mange dilemmaer. Selvforsørgelse er en kerneværdi i al politik på området. Det såkaldte ”tredje arbejdsmarked”, hvor man er ansat på særlige vilkår, er svært at få til at fungere. Og samtidig er det i stigende grad en politisk målsætning, at folk i de erhvervsaktive aldre ikke skal være på permanent offentlig forsørgelse.

Der skal selvfølgelig være fokus på, at ”det skal kunne betale sig at arbejde”, men der er også brug for et fokus på, hvad der skal være forholdene og betingelserne for dem, der ikke passer ind i og kan klare et betalt arbejde.

Derfor er der brug for en socialpolitisk debat og en socialpolitisk ideudvikling i sin egen ret så at sige, der har fokus på de sociale problematikker, der ikke løses med beskæftigelsespolitik, med uddannelsespolitik og med tidlig indsats i daginstitutionerne, men som kræver en social indsats overfor de grupper, som man ikke når med indsatser på de andre politikområder.