

Udbredelse af behandling til børn og unge udsat for vold og seksuelle overgreb

Slutevaluering af TF-CBT: Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi



Katrine Iversen, Christiane Præstgaard Dolmer, Julie Schou Nicolajsen,
Michella Ida Mikuta, Esther Levison og Maiken Pontoppidan

VIVE

*Udbredelse af behandling til børn og unge udsat for vold og seksuelle overgreb
– Slutevaluering af TF-CBT: Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi*

© VIVE og forfatterne, 2025

e-ISBN: 978-87-7582-521-9

Projekt: 302764

Evalueringen er udarbejdet af VIVE for Social- og Boligstyrelsen

Finansiering: Social- og Boligstyrelsen

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Børn og unge udsat for vold og/eller seksuelle overgreb er i stor risiko for at udvikle traumer samt langvarige psykiske lidelser, misbrug og dårligt fysisk helbred. Det er derfor vigtigt at sikre dem den rette virksomme behandling.

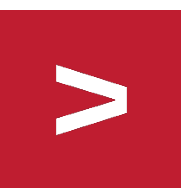
Social- og Boligstyrelsens videnscenter for sociale indsatser ved vold og seksuelle overgreb, SISO, har i samarbejde med VIVE i perioden 2023-2025 understøttet udbredelsen og implementeringen af en traumefokuseret terapeutisk behandlingsmodel (TF-CBT). Modellen anvendes i landets børnehuse til behandling af børn og unge udsat for vold og/eller seksuelle overgreb.

VIVE vil gerne takke både terapeuter, medarbejdere og ledelsen i Børnehus Syd, Nord, Midt, Sjælland og Hovedstaden, som har ydet et stort bidrag til evalueringen af behandlingsmodellen. VIVE vil også gerne takke de børn, unge og omsorgspersoner, som modigt har stillet op til interview.

Evalueringsrapporten har været i eksternt review, og vi takker de to fagfæller for konstruktive bidrag og kommentarer. Projektet er rekvireret og finansieret af Social- og Boligstyrelsen.

Carsten Strømbæk Pedersen

Forsknings- og analysechef
for VIVE Uddannelse, Børn og Unge



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
Afrapportering	8
1 Indledning	9
1.1 Evaluering af TF-CBT i en dansk kontekst	10
1.2 Forandringsteorien for TF-CBT i Danmark	11
1.3 TF-CBT i de danske børnehuse	12
2 Nyere forskning og danske erfaringer med TF-CBT	15
2.1 TF-CBT i en nordisk kontekst	15
2.2 TF-CBT vurderes positivt i international forskning	16
2.3 Samlet vurdering	17
2.4 Afprøvning af TF-CBT i en dansk kontekst	18
3 TF-CBT-behandlingsmetoden	19
3.1 Elementerne i TF-CBT som behandlingsmetode	19
3.2 Komponenterne i TF-CBT	22
3.3 Øvebog	25
4 Implementering af TF-CBT	26
4.1 Organisatorisk forankring af TF-CBT i børnehusene	27
4.2 Certificering af TF-CBT-terapeuter	31
4.3 Terapeuternes arbejdsbetingelser	33
4.4 Henvisning af målgruppen	34
4.5 Metodefidelitet	40
4.6 Hvad viser implementeringsevalueringen?	46
5 Hvem deltager i TF-CBT, og hvordan udvikler de sig over tid?	48
5.1 Børnene og de unge kort fortalt	52
5.2 PTSD-symptomer ved baseline	54
5.3 Depressionssymptomer ved baseline	60

5.4	Dysfunktionelle traumerelaterede tanker ved baseline	62
5.5	Trivsel målt ved SDQ i baseline	65
5.6	Trivsel målt ved KIDSCREEN	71
5.7	Relation mellem barnet/den unge og terapeuten	77
5.8	Hvad viser virkningsevalueringen?	77
5.9	Perspektivering og robusthed	79
6	Perspektiver fra børnene, de unge og omsorgspersoner	81
6.1	Børnenes og de unges oplevelser med TF-CBT	83
6.2	Omsorgspersoners oplevelser med TF-CBT	94
6.3	Hvordan oplever børnene og de unge og deres omsorgspersoner TF-CBT?	103
7	Konklusion	105
	Dokumentation	107
8	Data og metode	108
8.1	Implementeringsevaluering	108
8.2	Virkningsevaluering: Data og metode	114
	Litteratur	131
	Bilag 1 Forandringsteori	135
	Bilag 2 TF-CBT-komponenter	136

Hovedresultater

Børn og unge udsat for vold og/eller seksuelle overgreb har en høj risiko for traumer, psykiske lidelser og dårligt helbred, hvilket kan have store konsekvenser for både barnet/den unge og samfundet (Chu & Lieberman, 2010; Karsberg et al., 2012). En undersøgelse fra Deloitte (2019) viste, at få kommuner har specialiserede behandlingstilbud til denne målgruppe, og at små og mellemstore kommuner ofte har vanskeligt ved at opretholde kvalitet og drift.

For at sikre et landsdækkende, specialiseret og økonomisk bæredygtigt behandlingstilbud er TF-CBT implementeret i de danske børnehuse til børn og unge udsat for vold og/eller seksuelle overgreb. Dette giver mulighed for, at børn og unge kan tilbydes specialiseret behandling uanset bopæl.

TF-CBT er veldokumenteret som effektiv mod PTSD hos både små børn og unge (Bastien et al., 2020; Cohen et al., 2018; Jensen et al., 2014, 2017). Efter positive resultater fra en dansk afprøvning af TF-CBT på børn og unge udsat for seksuelle overgreb (Iversen et al., 2023) blev det i 2023 besluttet at udbrede behandlingen til et

landsdækkende tilbud for børn og unge i alderen 6-17 år og at inkludere børn og unge udsat for vold i målgruppen.

Fakta om undersøgelsen

Datagrundlaget for evalueringen:

- Interviews med ledere, terapeuter og øvrige medarbejdere i børnehuse
- Nøgletal om børnene og de unge indsamlet i forbindelse med udredning
- Data om metodefidelitet i behandlingsforløbene
- Før- og eftermålinger af børnene og de unge med fokus på PTSD-symptomer, depressionssymptomer og generel trivsel
- Målinger af den terapeutiske alliance
- Interviews med børn, unge og omsorgspersoner om oplevelsen af behandlingsforløbet.

VIVE har i perioden 2023-2025 evalueret udbredelsen af TF-CBT i børnehuse. Evalueringen belyser både implementeringen og behandlingsvirkningerne af TF-CBT på nationalt plan. Evalueringen inkluderer desuden en undersøgelse af metodefidelitet og betydningen af den terapeutiske alliance i behandlingsforløbene, hvilket sammenlagt muliggør en vurdering af, om positive behandlingsresultater kan tilskrives TF-CBT.

Evalueringen viser, at TF-CBT ved afslutningen af implementeringsperioden er **tilstrækkeligt forankret** i de danske børnehuse **til at kunne betragtes som et landsdækkende behandlingstilbud**. Ikke desto mindre identificeres et **uudnyttet potentiale i at sikre, at et**

større antal børn og unge får adgang til specialiseret traumebehandling i form af TF-CBT.

Målgruppen for TF-CBT udgøres af **børn og unge med en betydelig belastning**, karakteriseret ved udbredte symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depressive symptomer samt nedsat psykisk trivsel ved behandlingsstart. **TF-CBT-behandlingen er forbundet med markante og konsistente forbedringer i symptombilledet, den psykiske trivsel og de kognitive tankemønstre**, hvilket bekræftes af både børn, unge og deres omsorgspersoner i den kvalitative analyse. På trods af fraværet af en kontrolgruppe og visse bortfald ved afslutning af TF-CBT-forløb vurderes effektstørrelserne robuste, og de opretholdes samt forstærkes ved opfølgningen efter 3 måneder. Analyserne peger på mindre forskelle mellem aldersgrupper og køn, hvor især yngre børn og piger viser lidt andre mønstre, men samlet set opnår alle grupper betydelige fremskridt. Der ses ikke tegn på, at resultaterne påvirkes af styrken af den terapeutiske relation.

Børn, unge og deres omsorgspersoner beskriver tiden før behandlingsopstart som udfordrende, præget af omfattende traumesymptomer og forskellige udfordringer i hverdagslivet. Under behandlingen oplever de, at de tilegner sig relevante teknikker og redskaber til håndtering af svære følelser og udfordringer, mens omsorgspersonerne rapporterer om forbedret evne til at støtte barnet i hverdagen. **Selvom arbejdet med traumenarrativet opleves som en følelsesmæssigt krævende proces, vurderes det at være et afgørende element i den langsigtede bedring.** Relationen til terapeuten, de fysiske rammer for behandlingen og muligheden for at have medindflydelse på forløbet fremhæves som vigtige forhold for en positiv oplevelse af TF-CBT. Børn, unge og omsorgspersoner fortæller desuden om tydelige forbedringer i traumesymptomer, personlig udvikling, sociale relationer og forholdet mellem barnet/den unge og omsorgsperson.

> **Afrapportering**

1 Indledning

Børn udsat for vold og/eller seksuelle overgreb er i stor risiko for at udvikle traumer samt langvarige psykiske lidelser, misbrug og dårligt fysisk helbred (Chu & Lieberman, 2010). Det kan derfor være meget omkostningsfuldt for både barnet og for samfundet, hvis ofre for vold og/eller seksuelle overgreb ikke opspores og behandles i tide (Karsberg et al., 2012). En undersøgelse foretaget af Deloitte i 2019 viste, at meget få kommuner har et specialiseret tilbud til børn, der har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb, og at det på grund af den forholdsvis lille målgruppe i den enkelte kommune vil være svært for de små og mellemstore kommuner at opnå kvalitet og god drift i et kommunalt tilbud (Deloitte, 2019). Social- og Boligstyrelsens videnscenter for sociale indsatser ved vold og seksuelle overgreb (SISO) har derfor haft særligt fokus på at sikre et bedre landsdækkende tilbud til børn udsat for vold og/eller overgreb.

For at sikre et højt specialiseret og samtidig økonomisk bæredygtigt behandlingstilbud er TF-CBT blevet implementeret som et landsdækkende tilbud i de regionale Børnehuse til børn, der har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb. En national implementering af behandlingen bidrager til, at børn med traumer som følge af overgreb tilbydes en effektiv og ensartet indsats – uanset hvor i landet de bor. Med *ensartet* behandling menes, at barnet, uafhængigt af hjemkommune, får adgang til en behandling, der matcher både alvoren og karakteren af dets symptomer og mistrivsel. Denne evaluering præsenterer resultater både i forhold til, hvordan behandlingen er blevet implementeret, og hvilke virkninger TF-CBT har haft for målgruppen på nationalt niveau.

Forskning viser, at TF-CBT er velegnet til at behandle PTSD-symptomer både til helt små børn såvel som til unge (Bastien et al., 2020; Cohen et al., 2018; Hoppen & Morina, 2020; Jensen et al., 2014, 2017; Lewey et al., 2018). Efter at denne terapiform i en årrække har været anvendt i Norge, er behandlingsmetoden i perioden 2020-2022 afprøvet i en dansk kontekst i et af landets børnehuse til målgruppen af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb. VIVEs evaluering af afprøvningen viste, at børnehuset lykkedes med at implementere TF-CBT som en omkostningseffektiv behandling med lovende resultater for målgruppen (Iversen et al., 2023).

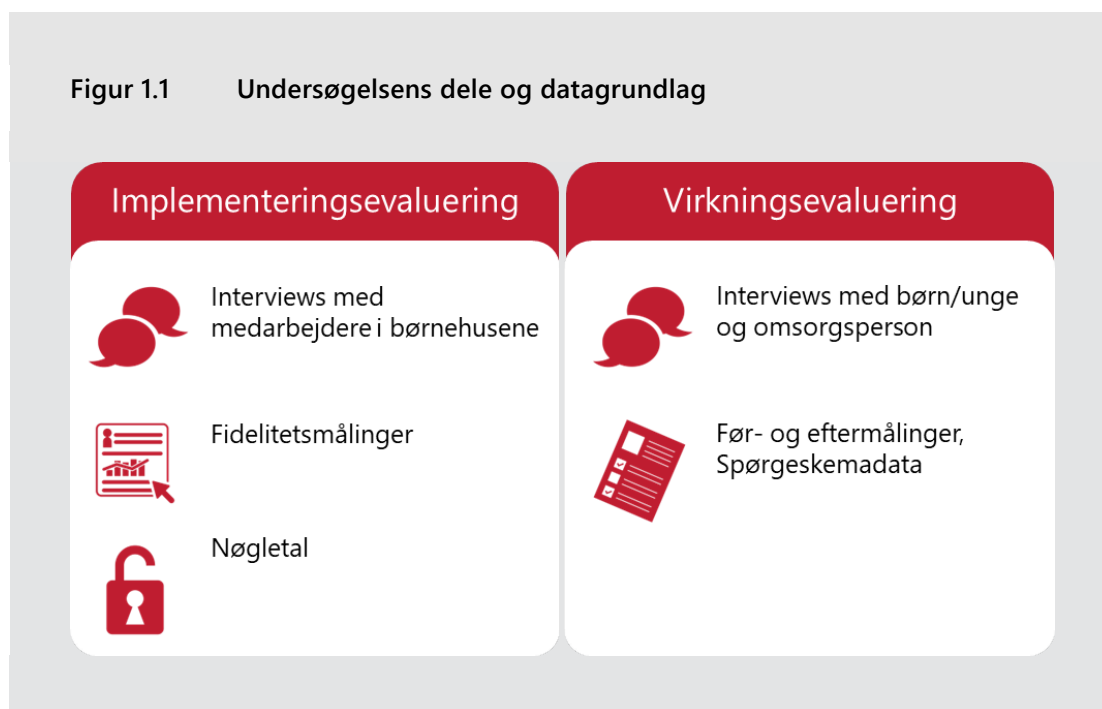


Som følge af, at resultaterne af implementeringen af TF-CBT i børnehuset var så lovende, blev det på nationalpolitisk plan i 2023 besluttet at udbrede TF-CBT til et landsdækkende behandlingstilbud til børn og unge i alderen 6-17 år udsat for seksuelle overgreb. Fordi resultaterne af evalueringen lå i tråd med fundene i den

følgeforskning, der er gennemført af TF-CBT i Norge, hvor behandlingen også anvendes til voldsudsatte børn og unge, blev det besluttet, at målgruppen for TF-CBT i Danmark fremadrettet også skulle dække børn og unge, der har været udsat for vold.

1.1 Evaluering af TF-CBT i en dansk kontekst

I perioden 2023-2025 har VIVE evalueret implementeringen af TF-CBT i de danske børnehuse. Evalueringen består overordnet set af to dele. I evalueringens ene del har vi undersøgt implementeringen af TF-CBT-behandlingstilbuddet i børnehuse, mens vi i evalueringens anden del har undersøgt virkningerne af behandlingen hos målgruppen. I Figur 1.1 skitseres en oversigt over datagrundlaget for de to dele af evalueringen.

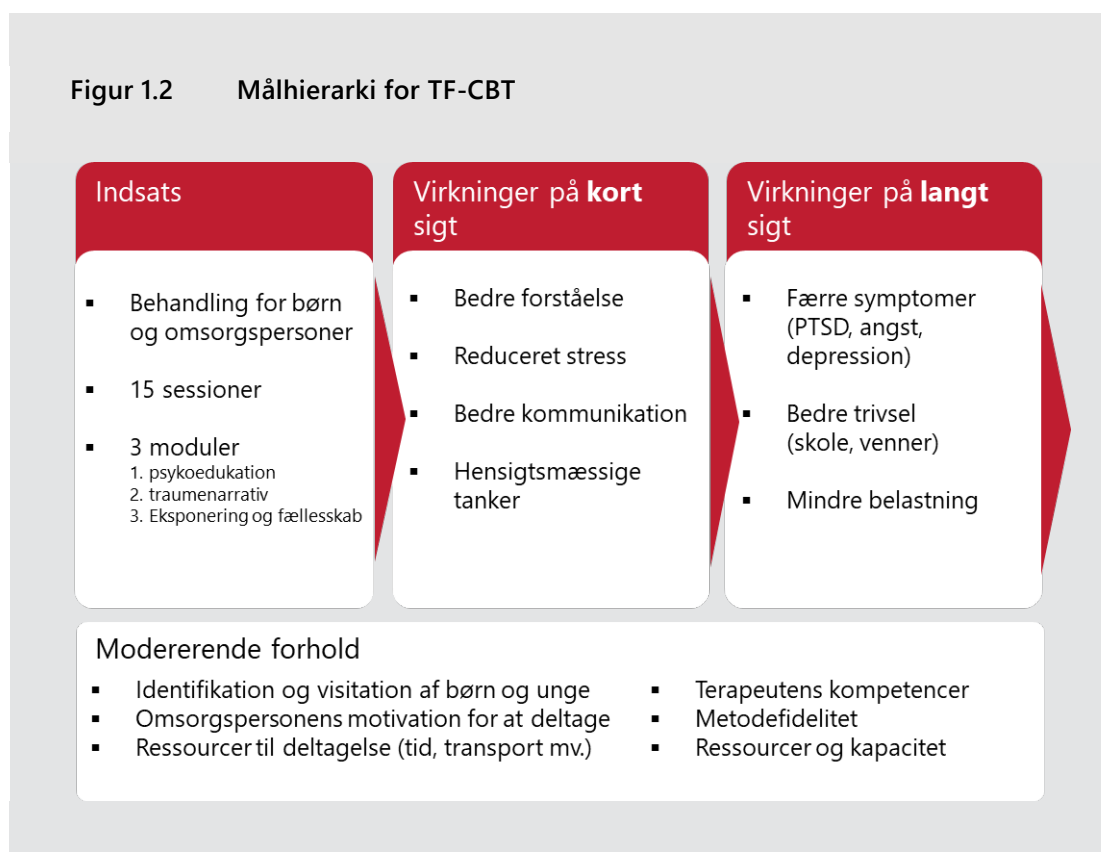


Rapporten består af fire dele, der præsenterer hhv. TF-CBT som behandlingsmetode, evalueringen af implementeringen af TF-CBT, evalueringen af virkninger af behandlingen hos målgruppen samt beskrivelser af de implementeringsunderstøttende aktiviteter, der er gennemført i forbindelse med udbredelsen.

Yderligere information om evalueringsdesignet, herunder beskrivelser af de anvendte metoder og dataindsamlingen, fremgår af Kapitel 8.

1.2 Forandringsteorien for TF-CBT i Danmark

Med udgangspunkt i manualen for TF-CBT er der udviklet en forandringsteori, der skitserer behandlingen og de forventede virkninger af behandlingen hos målgruppen. I Figur 1.2 skitseres målhierarkiet for TF-CBT, mens den fulde forandringsteori forefindes i Bilag 1.



Som målhierarkiet skitserer, forventes TF-CBT at have både kort- og langsigtede virkninger for børn og unge. I virkningsevalueringen undersøger vi derfor behandlingens virkning over tid samt betydningen af den terapeutiske alliance mellem barnet eller den unge og TF-CBT-terapeuten for behandlingens virkning.

For at kunne koble eventuelle virkninger direkte til TF-CBT-behandlingen gennemfører vi desuden en evaluering af implementeringen. Her ser vi på, om de nødvendige forudsætninger for at implementere TF-CBT har været til stede i børnehusene, og hvordan både interne og eksterne faktorer har påvirket implementeringsprocessen.

Vi har også undersøgt, om behandlingsforløbene er leveret med metodefidelitet – altså om terapeuterne følger den oprindelige metode. Tilsammen giver disse elementer et samlet billede af, om TF-CBT er blevet leveret som tilsigtet. Hvis det er tilfældet, kan vi

med større sikkerhed sige, at eventuelle positive virkninger hos børnene og de unge tilskrives TF-CBT.

1.3 TF-CBT i de danske børnehuse

De danske Børnehuse skal inddrages som led i kommunernes børnefaglige undersøgelser (barnets lov § 125), når der er viden eller mistanke om, at et barn eller en ung har været udsat for vold eller seksuelle overgreb – og når politi eller sundhedsvæsen er involveret. Børnehusenes målgruppe er børn og unge i alderen 0 til 17 år, som enten har været udsat for seksuelle overgreb, fysisk eller psykisk vold – eller hvor der er mistanke om sådanne forhold. Børnehusets kerneopgave er at udrede børnene og de unge og herunder vurdere barnets eller den unges behov for støtte og hjælp efter at have været udsat for overgreb eller vold. Det er den kommunale børne- og ungerådgi-ver, der har myndighedsansvaret under hele forløbet, og som på baggrund af den børnefaglige undersøgelse, som børnehusets udredning bidrager til, træffer beslut-

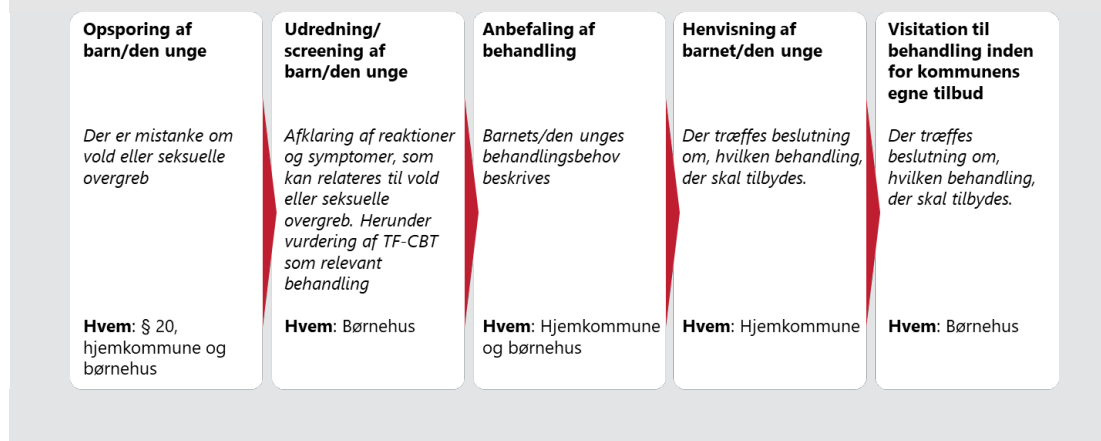
ning om og henviser til relevant indsats. TF-CBT er forankret i de danske Børnehuse for at sikre en landsdækkende højt specialiseret behandlingsindsats. Fordi børnehusene er placeret i alle fem regioner, er TF-CBT tilgængeligt i hele landet. Det er barnets eller den unges hjemkommune, der har både myndigheds- og betalingsansvaret. Derfor er det også hjemkommunen, der beslutter, om barnet eller den unge skal tilbydes TF-CBT. Hvis udredningen peger på, at barnet eller den unge tilhører målgruppen for TF-CBT, er det således op til hjemkommunen at vurdere, om vedkommende skal henvises til TF-CBT i Børnehuset eller til en anden indsats, fx et kommunalt behandlingstilbud.



seksuelle overgreb, opspores, til udredningen i Børnehuset, til kommunens beslutning om indsats og til eventuel henvisning til TF-CBT-behandling i regi af Børnehuset.

Figur 1.3 illustrerer processen for visitation til behandling – fra det tidspunkt, hvor et barn, hvor der er mistanke om vold og/eller

Figur 1.3 **Proces for tildeling af TF-CBT**



I forbindelse med udbredelsen af TF-CBT i de danske Børnehuse er det afgørende, at kommunerne har kendskab til muligheden for at henvise børn og unge i målgruppen for TF-CBT til et behandlingsforløb i børnehusene. Herfra er det et spørgsmål om, hvorvidt kommunerne betragter TF-CBT som et attraktivt alternativ til den behandling, kommunerne normalt ville iværksætte (Treatment-as-usual), og om de er villige til at betale for et TF-CBT-forløb i børnehusene. I forbindelse med afprøvningen af TF-CBT i et af børnehusene forelægger der viden om omkostningerne og virkningerne af TF-CBT i dansk kontekst, og derfor er det forventningen, at denne viden udgør et godt grundlag for dialogen med kommunerne i forbindelse med udbredelsen af TF-CBT til alle de danske børnehuse.

Læsevejledning

Introduktion til TF-CBT

Kapitel 2 giver et indblik i nyere forskning i TF-CBT, mens Kapitel 3 beskriver TF-CBT som behandlingsmetode.

Implementeringsevaluering

I Kapitel 4 belyses forhold omkring den organisatoriske forankring af TF-CBT og certificeringen af TF-CBT-terapeuterne. Derudover belyses terapeuternes arbejdsbetingelser. I kapitlet præsenterer vi desuden en nøgletalsanalyse af henvisningen af børn og unge til TF-CBT samt en analyse af metodefideliteten i de gennemførte TF-CBT-forløb.

Virkningsevaluering

I Kapitel 5 præsenteres resultaterne af virkningsevalueringen, herunder resultaterne af de gennemførte før- og eftermålinger af børnene og de unge. Dernæst præsenteres den kvalitative analyse af børnenes, de unges og deres omsorgspersoners perspektiver på behandlingsforløbet.

Data og metode

Kapitel 8 udfolder hhv. det metodiske design og datakilder for implementerings- og virkningsevalueringen.

2 Nyere forskning og danske erfaringer med TF-CBT

I dette kapitel præsenteres nyere forskning om TF-CBT. Først skitseres resultater fra nordiske studier og internationale meta-analyser, som samlet set tegner et billede af behandlingens effekt, langtidseffekter og anvendelighed. Derefter beskrives de danske erfaringer med TF-CBT med afsæt i den evaluering, VIVE gennemførte i forbindelse med afprøvningen i et af børnehusene.

2.1 TF-CBT i en nordisk kontekst

Nyere nordiske studier belyser effekter, langtidseffekter og behandlingens anvendelighed for børn og unge med komplekse traumeerfaringer og giver et nuanceret billede af behandlingens styrker og begrænsninger.

2.1.1 Effekt sammenlignet med anden behandling

Et svensk RCT af Hultman et al., (2023) sammenlignede TF-CBT med forbedret standardbehandling (eTAU) hos 89 børn og unge (5-17 år) med svære traumesymptomer efter vold i hjemmet. Begge grupper oplevede signifikante reduktioner i traume- og psykiske symptomer efter 6 og 12 måneder, men der var ingen forskel mellem TF-CBT og eTAU. Under halvdelen opnåede klinisk signifikant symptomreduktion, og nogle havde fortsat alvorlige problemer. Forældres symptomer faldt kun svagt. Forfatterne peger på, at manglende forskelle kan skyldes deltagernes komplekse traumehistorik, behandlingsrammer eller metodologiske forhold.

2.1.2 Langtidseffekter

En opfølgning baseret på samme studie (Onsjö et al., 2025) inkluderede ni unge 4-5 år efter endt behandling. De fleste oplevede vedvarende forbedringer i symptomer og trivsel, men fortsat påvirkning af voldserfaringerne. Enkelte havde stadig alvorlige symptomer og andre psykiske vanskeligheder. Studiet indikerer, at TF-CBT kan have langvarige effekter, men peger samtidig på behovet for supplerende indsatser og fokus på sikkerhed og forældreinddragelse.

2.1.3 TF-CBT ved kompleks PTSD

Et norsk studie af Jensen et al., (2022) omfattede 73 unge (gennemsnitsalder 15,4 år, 89 pct. piger), hvoraf 62 pct. havde kompleks PTSD (CPTSD). Begge grupper oplevede symptomreduktion, men faldet var størst hos unge med CPTSD, og ved behandlingsafslutning var niveauerne sammenlignelige. Resultaterne tyder på, at TF-CBT også kan være relevant for unge med CPTSD, men understøtter også behovet for større studier.

2.2 TF-CBT vurderes positivt i international forskning

International forskning understøtter fortsat, at TF-CBT er en velegnet behandlingsmetode for børn og unge med PTSD-symptomer. Metoden er veldokumenteret på tværs af aldersgrupper og forskellige traumeformer (Bastien et al., 2020; Cohen et al., 2018; Hoppen & Morina, 2020; Jensen et al., 2014, 2017; Lewey et al., 2018) og har også vist effekt i lav- og mellemindkomstlande, når indsatsen tilpasses lokale forhold (Thomas et al., 2022).

En nyere meta-analyse af Thielemann (2022), baseret på 61 studier med 4.523 børn og unge, viser, at TF-CBT har en stor effekt på PTSD-symptomer ($g = 1,14$) og er signifikant mere effektiv end kontrolbetingelser (venteliste, TAU eller anden aktiv behandling) ($g = 0,52$). Effekter ses også på depression, angst og sorg, og flere studier peger på, at gruppeforløb kan være mere virkningsfulde end individuelle.

Dette underbygges af Xie et al., (2024), der i en meta-analyse af 11 RCT'er med 1.942 deltagere (7-18 år) finder, at gruppebaseret TF-CBT er signifikant mere effektiv end kontrolbetingelser både ved behandlingsafslutning ($SMD = -0,43$) og opfølgning ($SMD = -0,33$). Effekten gjaldt både PTSD-symptomer og depressive symptomer og var særligt tydelig hos børn med samtidig psykisk komorbiditet.

Et nyere pilotstudie af McDonnell et al., (2025) udvider evidensen til nye målgrupper og leveringsformer. Studiet undersøgte TF-CBT via telehealth til børn og unge med autisme ($n = 17$, 10-17 år) og viste store og vedvarende reduktioner i PTSD-symptomer samt lavere angstniveauer. Også omsorgspersonerne rapporterede forbedringer i barnets psykiske trivsel og egne belastningsreaktioner. Studiet peger på, at TF-CBT kan tilpasses digital levering og målgrupper med særlige behov, men større randomiserede studier efterlyses.

Langtidseffekterne er belyst i en opfølgende meta-analyse af Thielemann et al., (2024), som viser vedvarende forbedringer efter 12 måneder. TF-CBT medførte signifikant reduktion i PTSD ($g = 1,71$, CI 1.27–2.15) samt sekundære symptomer som depression, angst og sorg og var mere effektiv end aktiv behandling og TAU ($g = 0,35$, 95 % KI:

[0,13; 0,56]). Effekterne var mest udtalte i gruppeforløb, og der var høj overensstemmelse mellem børns og forældres vurderinger, hvilket peger på stabil effekt over tid.

2.2.1 Effekten af TF-CBT påvirkes af moderatorer og terapeutisk alliance

Selvom TF-CBT generelt er effektivt mod PTSD-symptomer hos børn og unge, viser nyere forskning, at effekten kan variere afhængigt af individuelle og kontekstuelle faktorer.

Moderatorer

Et review af Danzi og La Greca (2021) peger på alder, køn, etnicitet, forældreinvolvering, forældres trivsel samt behandlingsformat og dosering som mulige moderatorer. En individbaseret meta-analyse af De Haan et al., (2024, 25 RCT'er, n = 1.686) viser dog, at de fleste faktorer ikke har betydning – med undtagelse af symptomniveau: jo højere belastning ved start, desto større effekt.

Wang (2022) finder, at TF-CBT har moderate til store effekter på PTSD og depression hos børn udsat for omsorgssvigt. Effekten var bedst hos ældre børn, mens behandlingsformat, varighed og antal sessioner ikke havde betydning.

Terapeutisk alliance

Et review af Skiest et al., (2025, 15 studier) viser, at en stærk alliance tidligt i forløbet øger udbyttet, især når omsorgspersoner er engagerede. Alliancen vurderes dog forskelligt af børn, terapeuter og omsorgspersoner, hvilket understreger behovet for systematisk relationsarbejde.

2.3 Samlet vurdering

Samlet set viser den nyeste forskning, at TF-CBT er en veldokumenteret, fleksibel og effektiv behandlingsmetode, der kan tilpasses forskellige målgrupper, traumeformer og leveringsformer – herunder til gruppebehandling, til børn og unge med særlige behov og til digitale behandlingsforløb.

De nordiske studier giver et nuanceret billede af, at metoden kan implementeres i klinisk praksis og har effekt, men resultaterne er ikke entydige, og der er fortsat behov for supplerende indsatser og tilpasning til børn med komplekse belastninger. Internationale metaanalyser understøtter effektiviteten af TF-CBT på tværs af aldersgrupper, traumeformer og lande.

På tværs af studierne peger forskningen på, at effekten især afhænger af barnets symptomniveau ved behandlingsstart, alder og den terapeutiske alliance, mens kulturel kontekst også spiller en væsentlig rolle. Evidensen understøtter de internationale kliniske retningslinjer, som anbefaler TF-CBT som førstevalg til børn og unge med PTSD (World Health Organization, 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2018). En fleksibel og differentieret implementering fremstår afgørende for at sikre størst muligt udbytte.

2.4 Afprøvning af TF-CBT i en dansk kontekst

I perioden 2020-2022 blev TF-CBT afprøvet i et af de danske børnehuse, hvor VIVE evaluerede implementering, virkninger og omkostninger forbundet med behandlingen. Evalueringen viste, at TF-CBT blev implementeret med succes i børnehuset, at behandlingen er forholdsvis omkostningseffektiv, og at behandlingen viser lovende resultater hos målgruppen (Iversen et al., 2023).

Deltagerne var børn og unge med alvorlig mistvivsel og stort behov for hjælp. Evalueringen dokumenterede markante forbedringer fra forløbets start til slut: Unge over 13 år oplevede en markant reduktion i PTSD-symptomer, og på tværs af alle aldersgrupper sås en markant reduktion i depressionssymptomer, negative tanker, indadreagende problemer samt en markant forbedring af deltagernes trivsel. For børn i alderen 6-12 år kunne der ikke dokumenteres signifikante forandringer i PTSD-symptomer over tid (Iversen et al., 2023).

De unge og deres omsorgspersoner vurderede behandlingen som relevant og oplevede gavn af de redskaber, de fik til at føle ro og mindske angst. Selvom arbejdet med traumat blev beskrevet som svært, blev det samtidigt oplevet som nødvendigt for at opnå positive forandringer.

TF-CBT-forløbet blev kun justeret i mindre grad for at tilpasse modellen til den danske organisatoriske og økonomiske kontekst: Forløbets varighed blev fastlagt til 15 sessioner med mulighed for forlængelse; der blev udviklet et specifikt uddannelsesforløb til danske terapeuter samt oversat en svensk arbejdsbog.

3 TF-CBT-behandlingsmetoden

TF-CBT er en relativt kort, komponentbaseret terapi, der kombinerer principper fra kognitiv teori, adfærdsteori og familierapi. TF-CBT blev oprindeligt udviklet til børn udsat for seksuelle overgreb, men anvendes i dag også til andre traumer som følge af fx vold, psykisk vold, tab af en forælder, stress og komplekse traumer. TF-CBT-modellen er beskrevet i en manual, der findes på engelsk og norsk (Cohen et al., 2017b; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018).

Et særligt kendetegn ved behandlingsmetoden er de parallelle individuelle forløb for barnet/den unge og en tryk omsorgsperson, hvor den samme terapeut arbejder med begge parter. Behandlingen er primært rettet mod barnet/den unge, mens omsorgspersonen styrkes i at forstå og støtte barnet samt håndtere traumesymptomer.

Målet er at reducere PTSD-symptomer, depression, angst, adfældsproblemer og traumerelaterede følelser som frygt, skam, forlegenhed og skyld.

TF-CBT-modellen er udviklet af Judy Cohen, Anthony Mannarino og Ester Deblinger og bygger på tre årtiers forskning. I Danmark anvendes den norske oversættelse af den amerikanske manual, tilpasset forholdene i de danske børnehuse.

Formålet med TF-CBT

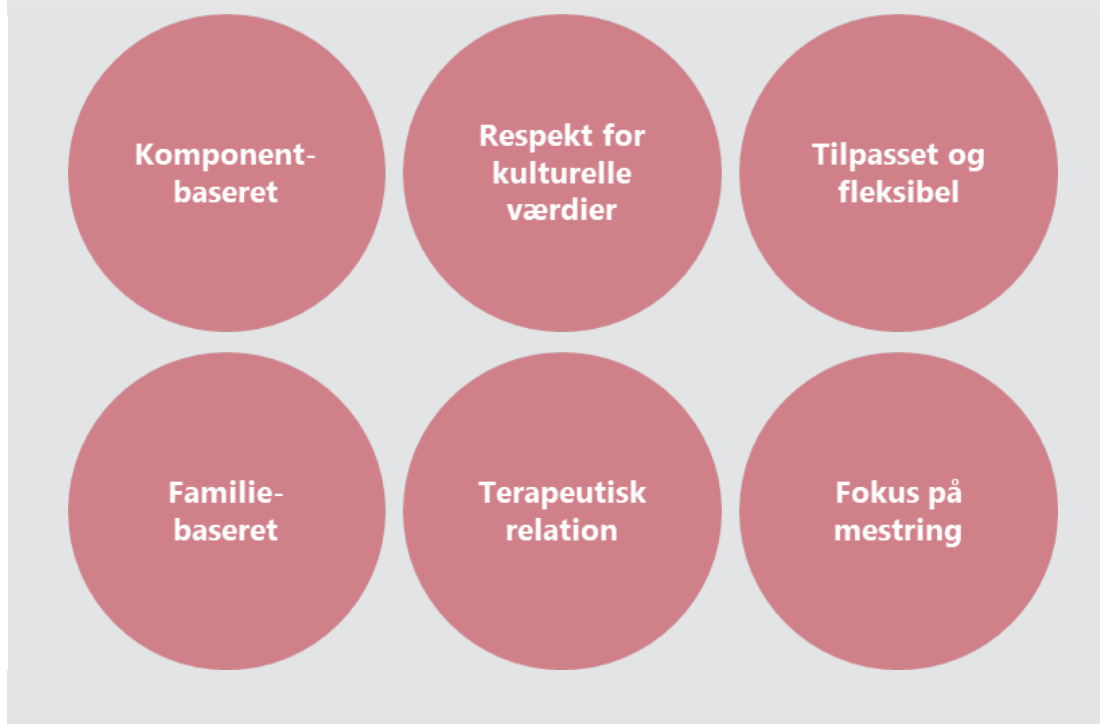
Formålet med TF-CBT er at lære børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb og deres nærmeste omsorgsperson:

- hjælpsomme måder at håndtere traumerelaterede følelses- og adfærdsmæssige problemer
- at se problemerne i øjnene og løse dem på en sikker måde
- at integrere deres traumeerfaring og hjælpe dem med at komme videre i livet på en sikker og positiv måde.

3.1 Elementerne i TF-CBT som behandlingsmetode

TF-CBT er bygget op om seks kerneværdier og består af tre faser. De seks kerneværdier præsenteres i Figur 3.1.

Figur 3.1 De seks kerneværdier i TF-CBT



Kilde: Cohen et al., 2017b; Deblinger, Cohen & Mannarino, 2018.

Komponentbaseret: TF-CBT følger ikke en stringent manual, men indeholder en række komponenter, der tilpasses det enkelte forløb. I løbet af den første fase af forløbet kan terapeuten tilrettelægge rækkefølgen på komponenterne, så forløbet tilpasses barnets/den unges behov.

Respekt for kulturelle værdier: Det er altafgørende, at terapeuten har respekt for individuelle, familiemæssige, religiøse, samfundsmæssige og kulturelle værdier. Behandlingen tilpasses familiens holdninger og kulturelle værdier. Udformningen af TF-CBT lægger op til, at terapeuter sætter sig ind i relevante forhold omkring familien.

Tilpasset og fleksibel: Terapeuten skal være kreativ og fleksibel i arbejdet med kernekomponenterne, så hvert forløb tilpasses fx barnets/den unges alder og udvikling, da fleksibilitet er afgørende for at kunne hjælpe det enkelte barn/ung og dets familie.

Familiefokuseret: Familieinvolvering er et vigtigt element i TF-CBT. Der er fokus på at forbedre kommunikation, interaktion og nærhed imellem omsorgsperson og barn.

Terapeutisk relation er central: Per definition indeholder et traume et grundlæggende tillidsbrud for barnet/den unge. Børn/unge har en forventning til, at voksne og samfundet beskytter barnet/den unge mod overgreb. I mange tilfælde oplever

omsorgspersonerne også at føle sig svigtede. For at genoprette tillid, optimisme og selvtillid er det afgørende for både barnet og omsorgspersonen at udvikle og opretholde en relation til terapeuten, som er præget af tillid, accept og empati.

Fokus på mestring (self-efficacy): Formålet med TF-CBT er at give barn og omsorgspersonen færdigheder som mestring og selvregulering, som fremmer deres individuelle styrker, så de kan fortsætte med at udvikle sig, efter at terapiforløbet er afsluttet.

Et TF-CBT-forløb er delt op i 3 faser, hvor hver fase indeholder specifikke delementer, der kaldes komponenter (jf. kerneværdi 1), der bygger ovenpå hinanden (se Figur 3.2).

Figur 3.2 De 3 faser i TF-CBT



Fase 1 Stabilisering og færdighedstræning: Den første fase har fokus på en indføring i traumeoplevelsen samt udvikling af færdigheder til at håndtere minderne om traumet. Fasen består af komponenterne psykoedukation og forældre færdigheder, afspænding, affektregulering og kognitiv mestring.

Fase 2 Bearbejdning: I den anden fase, som består af komponenterne traumenarrativ og kognitiv bearbejdning, kommer minderne om traumet frem og bearbejdes.

Fase 3 Integration/konsolidering: I fase tre er fokus på at få konsolideret det, barnet har lært i de tidligere faser. Fasen består af komponenterne in-vivo mestring af traumeudløsere, kommunikation imellem barn og omsorgsperson samt styrkelse af fremtidig sikkerhed og udvikling.

Kilde: Cohen et al., 2017b; Deblinger, Cohen & Mannarino, 2018.

Normalt fylder hver fase omkring en tredjedel i forløbet, men i komplekse tilfælde kan det være nødvendigt at bruge op til halvdelen af tiden på den første fase.

Igennem hele forløbet skal der ske gradvis eksponering. For at kunne opnå gode resultater er det centralt, at både barn/ung og omsorgsperson øver sig hjemme imellem sessionerne.

3.2 Komponenterne i TF-CBT

TF-CBT består af en række komponenter, som danner grundlag for arbejdet med barnet eller den unge og omsorgspersonen. Komponenten gennemføres som udgangspunkt i den rækkefølge, manualen beskriver, men kan tilpasses, hvis der er kliniske grunde til det. For en dybere beskrivelse henvises til manualerne (Cohen et al., 2017; Deblinger, Cohen & Mannarino, 2018).

Forældrefærdigheder: Når et barn eller en ung har oplevet alvorlige traumatiske hændelser, kan selv den mest kompetente omsorgsperson få svært ved at støtte barnet. Traumat påvirker ofte omsorgspersonens egen funktion – fx evnen til at fastholde rutiner, regler og forudsigelighed i hverdagen. For forældre, der i forvejen har haft udfordringer med forælderrollen, er det derfor endnu vigtigere at styrke deres forældrefærdigheder. Gode forældrefærdigheder er særligt vigtige, når barnet/den unge reagerer med aggression, vredesudbrud og tristhed, og især i forhold til børn og unge, der har været udsat for flere traumer.

Målet med denne komponent er, at omsorgspersonen bliver bedre til at regulere sig selv og støtte barnet/den unge samt opnå en bedre kommunikation. Terapeuten anvender funktionel adfærdsanalyse til sammen med omsorgspersonen at undersøge, hvilken funktion barnets adfærd har. Både positiv og negativ adfærd kan være udtryk for grundlæggende behov – fx et ønske om at flygte fra ubehag, få opmærksomhed, føle kontrol, føle sig som en del af noget, føle positive kropslige følelser eller at føle mestring. Hos traumatiserede børn/unge afspejler adfærden ofte deres oplevede kaos og usikkerhed. Når omsorgspersonen forstår og møder disse bagvedliggende følelser, kan de reagere mere hensigtsmæssigt og støtte barnet i at genvinde tryghed og balance.

Psykoedukation: Er en helt central komponent i TF-CBT og introduceres tidligt i forløbet, men inddrages løbende. Formålet er at normalisere barnets og omsorgspersonens reaktioner på traumat og give viden om almindelige psykiske og fysiske reaktioner på traumer. Psykoedukation skal samtidig hjælpe familien med at opnå en fælles forståelse af, hvad der er sket, og hvordan traumer kan påvirke tanker, følelser og adfærd. I denne fase eksponeres barnet gradvist for sin egen historie, og dets oplevelser valideres. Terapeuten har en vigtig rolle i at formidle håb og motivation, så både barnet og omsorgspersonen bevarer troen på, at bedring er mulig. Psykoedukation kan gennemføres individuelt eller i fælles sessioner med både barn og omsorgsperson.

Afspænding/stresshåndtering: Mange traumatiserede børn og unge oplever kropslig uro, rastløshed, søvnproblemer, irritabilitet, vredesudbrud og koncentrationsvanskeligheder, som påvirker dagligdagen og relationer. I denne komponent lærer barnet konkrete teknikker til at regulere kroppen og reducere fysiologisk stress – fx åndedrætsøvelser, muskelafspænding og mindfulness. Formålet er at styrke barnets oplevelse af kontrol over kroppen og skabe ro, som gør det muligt at arbejde med de følelsesmæssige og kognitive aspekter af traumet.

Affekt/følelsesregulering: Børn/unge, der har oplevet traumer, kan have svært ved at forstå og udtrykke følelser eller reagere voldsomt på følelsesmæssige stimuli. Denne komponent sigter mod at øge barnets evne til at identificere, navngive og håndtere følelser på en hensigtsmæssig måde. Barnet lærer at genkende, hvordan følelser hænger sammen med tanker og kropslige reaktioner, og hvordan de kan udtrykkes mere konstruktivt – fx ved at dele dem med omsorgspersonen. Det er vigtigt, at barnet er relativt følelsesmæssigt stabil, før man går videre til de mere bearbejdende faser.

Kognitiv mestring: Børn og unge kan på grund af deres alder og udvikling være særligt udsatte for at danne upræcise eller dysfunktionelle tanker om traumatiske oplevelser – fx at de selv bærer skylden for det, der skete. Sådanne tanker kan fastholde barnet i skam, angst og hjælpeløshed.

Kognitiv mestring handler om at hjælpe barnet eller den unge – sammen med omsorgspersonen – til at udforske, udfordre og korrigere disse dysfunktionelle tanker. I arbejdet anvendes den kognitive trekant (eller diamant), der illustrerer sammenhængen mellem tanker, følelser og adfærd. Først identificeres de følelser, barnet oplever, og herefter undersøges, hvordan disse følelser hænger sammen med bestemte tanker. Barnet lærer dernæst at finde alternative og mere realistiske tanker, der kan skabe ro og mestring. Til sidst arbejdes der med at forstå, hvordan tanker, følelser og adfærd påvirker hinanden – og hvordan barnets egen adfærd kan have betydning for, hvordan andre reagerer på det.

Traumenarrativ: Arbejdet med traumenarrativet er en central og ofte følelsesmæssigt krævende del af TF-CBT, som igangsættes i fase 2. Barnet/den unge opfordres gradvist til at beskrive flere detaljer om, hvad der skete før, under og efter den traumatiske hændelse – samt de tanker og følelser, der var forbundet med hændelsen. Formålet er at hjælpe barnet til at adskille minderne om traumet fra de overvældende følelser som frygt, hjælpeløshed, undgåelse, vrede, skam og raseri, og dermed mindske undgåelse og angst. Traumenarrativet giver desuden terapeuten indblik i barnets traumepåmindelser og dysfunktionelle tanker, som kan udforskes videre i behandlingen.

Der er ingen fast form for, hvordan narrativet skal udformes – det kan være en tekst, en bog, en tegning, et digt eller en sang, alt efter barnets alder og præferencer. Forløbet afsluttes ofte med, at barnet formulerer ønsker og drømme for fremtiden eller et

budskab til andre i samme situation. Når narrativet er færdigt, deles det med omsorgspersonen.

Kognitiv bearbejdning: Efter arbejdet med traumenarrativet fortsætter forløbet med kognitiv bearbejdning, hvor terapeuten sammen med barnet udforsker og korrigerer traumerelaterede dysfunktionelle tanker. Disse tanker kan fastholde skyld, skam og hjælpeløshed og dermed opretholde symptomerne.

Bearbejdningen foregår gennem samtale og refleksion – fx ved logisk afprøvning af tanker, ved at spørge, hvad barnet ville sige til en ven i samme situation, eller ved at bruge en "ansvarslagkage", hvor barnet fordeler ansvaret for hændelsen realistisk. Formålet er at erstatte selvbefejdende eller forvrængede tanker med mere realistiske og støttende fortolkninger, der fremmer håb og selvaccept.

In vivo – mestring af traumepåmindere: In-vivo-eksponering er en frivillig komponent i TF-CBT, som kan anvendes, når barnet viser markant undgåelsesadfærd i ufarlige situationer, der minder om traumet, og som hæmmer barnets udvikling. Formålet er gradvist og kontrolleret at udsætte barnet for disse situationer, så det lærer, at frygten ikke længere er nødvendig. Eksponeringen planlægges nøje sammen med omsorgspersonen, som skal føle sig tryk og engageret i processen for at støtte barnet bedst muligt.

Fællestimer for barn og forælder: TF-CBT-forløbet indeholder fællestimer, hvor barnet/den unge og omsorgspersonen arbejder sammen med terapeuten. Her øves færdigheder, deles traumenarrativet, og der trænes i åben kommunikation og gensidig støtte. Målet er at styrke relationen, øge tillid og skabe et trygt rum, hvor barnet kan dele svære oplevelser direkte med omsorgspersonen. Sessionerne planlægges nøje, og omsorgspersonen skal være følelsesmæssigt afbalanceret for at fungere som en støttende rollemodel.¹

Fremtidig sikkerhed og udvikling: Selvom styrkelse af sikkerhed er den sidste komponent i forløbet, er sikkerhed naturligvis et gennemgående tema i hele forløbet. Terapeuten vurderer løbende, om barnet fortsat er udsat for risiko, og arbejder med både barn og omsorgsperson om strategier, der fremmer oplevelsen af sikkerhed, tillid og kontrol.

Hos børn og unge med komplekse traumer er det særligt vigtigt at arbejde med tillid og forudsigelighed, da mange har oplevet brud i nære relationer. Formålet er, at barnet forlader forløbet med redskaber til at håndtere fremtidige udfordringer og fastholde sin udvikling og trivsel.

¹ Det er ikke et krav for gennemførelse af et TF-CBT-forløb, at der er deltagelse af en omsorgsperson.

3.3 Øvebog

Der er udarbejdet en øvebog til både barnet/den unge og omsorgspersonen på baggrund af materiale udviklet af den svenske organisation Barnafrid. Øvebøgerne indeholder lettilgængeligt materiale til de forskellige dele af behandlingsforløbet samt øvelser, som kan inddrages fleksibelt efter behov. Arbejdsbøgerne anvendes som et praktisk redskab i behandlingen og som støtte for barnet/den unge og omsorgspersonen mellem sessionerne.

4 Implementering af TF-CBT

Dette afsnit præsenterer analysen af implementeringen af TF-CBT i børnehusene.

I implementeringsevalueringen finder vi, at:

- TF-CBT ved implementeringsperiodens ophør er tilstrækkeligt forankret til at kunne betragtes som et landsdækkende tilbud i de danske børnehuse.
- Der er et uforløst potentiale i forhold til at sikre, at endnu flere børn og unge tilbydes specialiseret behandling i form af TF-CBT.

Datagrundlag

Evalueringen baserer sig på et samlet datagrundlag bestående af:

- Nøgletal, der belyser udbredelse og målgruppens størrelse
- Kvalitative interviews med TF-CBT-terapeuter under certificering og ledere, i hvert børnehus af tre omgange i implementeringsperioden
- 73 fidelitetsregistreringer af gennemførte behandlingsforløb udført af TF-CBT-terapeuter under og lige efter certificering.

Analysen er struktureret ud fra fem centrale forhold, der jf. forandringsteorien for TF-CBT i en dansk kontekst (se Bilag 1) forventes at have betydning for implementeringen af TF-CBT i børnehusene:

- **Organisatorisk forankring** – om TF-CBT er integreret i børnehusenes opgaveportefølje og understøttet af ledelse og ressourcer.
- **Certificering af TF-CBT-terapeuter** – om det forventede antal fagpersoner er certificeret.
- **Arbejdsbetingelser for terapeuter** – om rammerne for TF-CBT-terapeuternes arbejde understøtter vedligeholdelse af kompetencer, metodekendskab og motivation.
- **Henvisning af målgruppen** – om de relevante børn og unge visiteres til TF-CBT, og om behandlingskapaciteten dækker behovet.
- **Metodefidelitet** – om TF-CBT-leveres som forudsat, og om den nødvendige metodestringens fastholdes.

I de følgende afsnit følger, for hver parameter, en analyse af de barrierer og understøttende forhold, der har haft betydning for implementeringen af TF-CBT i børnehusene. I

afsnit 4.6 præsenteres den samlede vurdering af implementeringen af TF-CBT i børnehusene.

4.1 Organisatorisk forankring af TF-CBT i børnehusene

Det er vigtigt for forankringen, at TF-CBT implementeres på organisationsniveau og ikke udelukkende bæres af enkelte medarbejdere. Når behandlingen integreres som en del af børnehusenes opgaveportefølje, øges sandsynligheden for, at indsatsen er robust over for personaleudskiftning eller ændrede organisatoriske prioriteringer. Organisatorisk forankring er afgørende for, at en indsats bliver en integreret del af kerneopgaven frem for at blive opfattet som en ekstra opgave.

Særligt tre forhold har vist sig at have betydning for den organisatoriske forankring af TF-CBT i børnehusene:

- Sammenhæng mellem udredning og behandling
- Visitationsprocedurer til TF-CBT
- Motivation og opbakning til arbejdet med TF-CBT.

4.1.1 Sammenhæng mellem udredning og behandling

Mens TF-CBT-forløbene med børn og unge i børnehusene varetages af en mindre gruppe specialiserede TF-CBT-terapeuter, er det en bredere medarbejdergruppe, der varetager børnehusets kerneopgave – udredningen af børnene og de unge. Det er netop i forbindelse med denne udredning, at der skal screenes for PTSD-symptomer, og hvor det skal vurderes, om barnet eller den unge er i målgruppen for TF-CBT.

Da udredningsprocedurerne i børnehusene spiller en central rolle i identifikationen af de børn og unge, der kan have gavn af TF-CBT, er det afgørende, at alle relevante medarbejdere har kendskab til inklusionskriterierne. Derudover bør der sikres en systematisk screening for PTSD-symptomer ved hjælp af Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2)² på tværs af hele medarbejdergruppen. Forskning viser, at traumer ofte overses i almindelige udredningsforløb, hvilket medfører, at børn og unge med behov for traumebehandling ikke henvises til behandling. Samtidig viser erfaringer, at det ikke har negative konsekvenser for børn at blive screenet for traumer. Derfor

² CATS-2 anvendes både til screening for PTSD i forbindelse med udredningen af børnene og de unge og til før- og eftermålingen af børnene og de unge i regi af evalueringen af udbredelsen af TF-CBT. Se afsnit 8.2.2 for en nærmere beskrivelse.

anbefales det, at der konsekvent indgår en traumescreeing som en del af udredningen (Birkeland et al., 2024).

Udbredelsen af TF-CBT i alle fem børnehuse fandt sted samtidig med en markant stigning i antallet af udredningssager, hvilket førte til en tilsvarende opnormering af medarbejdere. Denne udvikling medførte i en periode udfordringer med at fastholde fokus på traumescreeing og sikre bredt kendskab til inklusionskriterierne for TF-CBT. Samtidig var man i flere børnehuse, af ressourcemæssige årsager, nødsaget til ikke at holde opfølgende samtaler med barnets eller den unges hjemkommune i forbindelse med afslutningen af udredningen. Dette på trods af, at netop disse afsluttende samtaler er vigtige for at gøre kommunerne opmærksomme på, om børnene og de unge er i målgruppen for traumebehandling. Det kan potentielt betyde, at ikke alle børn og unge, der kunne have gavn af traumefokuseret behandling, er blevet anbefalet og henvist til denne type indsats, men i stedet er blevet tilbudt andre indsatser.

Situationen illustrerer, hvor vigtig en tæt sammenhæng mellem udredning og behandling er for en forankring af TF-CBT i børnehuse. Kendskabet til både inklusions- og eksklusionskriterier blandt den samlede medarbejdergruppe og de afsluttende samtaler med barnets eller den unges hjemkommune spiller en central rolle i at sikre, at børn og unge med behov for traumebehandling bliver korrekt identificeret og henvist til et TF-CBT-forløb.

4.1.2 Visitationsprocedurer i børnehuse

Som led i visitationen af børnene og de unge til TF-CBT vurderes henvisninger fra kommunen af et visitationsudvalg i børnehuse. En systematisk visitation kan have central betydning for at sikre, at de rette børn og unge visiteres til TF-CBT og for at sikre, at alle børn og unge, der kan have gavn af traumefokuseret behandling, tilbydes et forløb. En grundig visitation øger sandsynligheden for et match mellem barnet eller den unges behov og metodens forudsætninger, hvilket kan have betydning for forløbs kvalitet og virkning.

I alle fem børnehuse er der etableret visitationsudvalg og -procedurer. Organiseringen af visitationsudvalgene varierer på tværs af børnehuse. I nogle børnehuse sker visitation ad hoc, i takt med at kommunerne henviser børn og unge, mens den i andre er formaliseret gennem faste procedurer, møder og indhentning af supplerende oplysninger om barnet eller den unge.

Sammensætningen af visitationsudvalget varierer ligeledes. I nogle børnehuse varetages visitationen primært af ledelsen, mens visitationsudvalget i andre børnehuse både inkluderer ledelsesrepræsentanter, TF-CBT-terapeuter og evt. den medarbejder, der har foretaget udredningen. Oplevelsen er, at sagerne generelt har været relativt enkle at

visitere, og særligt i børnehuse med faste visitationsudvalg er det oplevelsen, at processen bliver nemmere over tid.

I takt med at man i børnehuse får erfaring fra flere TF-CBT-forløb, bliver det tydeligere, hvor bred en målgruppe af børn og unge der kan have gavn af behandlingen. Særligt i de børnehuse, hvor terapeutterne er repræsenteret i visitationsudvalget, kan erfaringerne fra de konkrete TF-CBT-forløb spille positivt ind i visitationen, da man bliver skarpere på den konkrete målgruppe for TF-CBT.

Opsummerende peger analysen på, at variationen i visitationspraksis kan have betydning for opbygningen af en erfaringsbase i forhold til afklaring af målgruppen i forbindelse med visitationen. Faste visitationsteams med repræsentation af terapeutterne opbygger gradvist et mere præcist kendskab til, hvilke børn og unge metoden kan rumme, og erfaringerne bidrager til en nuanceret forståelse af målgruppens bredde og variation.

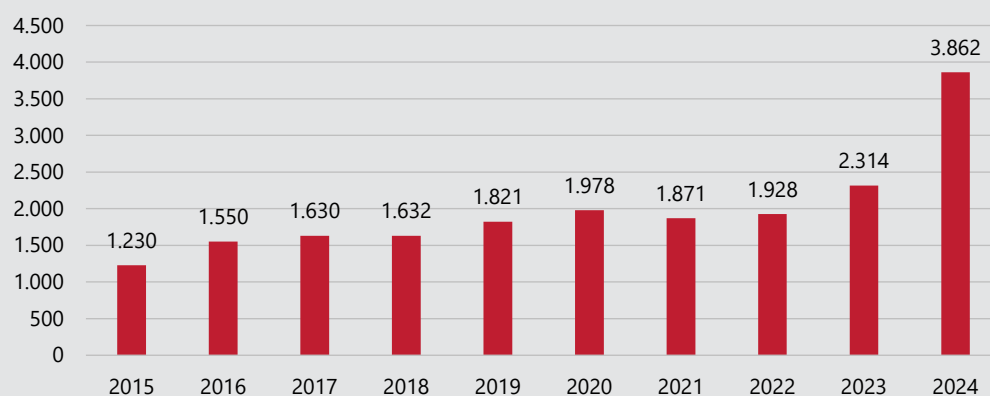
4.1.3 Motivation og opbakning til TF-CBT

For at sikre en stabil forankring og tydeliggøre TF-CBT som en integreret del af børnehusets opgaveportefølje er det afgørende med opbakning fra både ledelse og medarbejdere – også blandt dem, der ikke arbejder direkte med behandlingsmetoden. Generelt har lederne i børnehuse været motiverede for at implementere TF-CBT og for at opbygge erfaring med supplerende ydelser.

Forankringen af TF-CBT i børnehuse er dog blevet udfordret af andre presserende dagsordener knyttet til kerneydelsen – udredninger af børnene og de unge. Børnehuse har i implementeringsperioden, som følge af barnets lovs ikrafttræden 1. januar 2024, oplevet en meget markant stigning i antallet af udredninger (se Figur 4.1). Fra 2023 til 2024 steg antallet af udredninger på tværs af børnehuse fra 2.314 til 3.862, hvilket er en vækstrate på næsten 67 pct.

Den markante stigning i antallet af udredningssager har medført ventelister og et vedvarende pres for at nedbringe disse, hvilket har krævet ansættelse af mange nye medarbejdere. Disse medarbejdere har ikke alene skullet introduceres til kerneydelserne, men også til TF-CBT, hvilket har stillet særlige krav til onboarding og vidensdeling. Dertil har den markante stigning påvirket både ledelsesfokus og prioritering, og i nogle børnehuse har man i perioder oplevet, at det har udfordret ledelsens mulighed for at fastholde fokus på implementeringen af TF-CBT.

Figur 4.1 **Udviklingen i antallet af udredningssager i de danske børnehuse i perioden 2015-2024 (antal)**



Kilde: Nøgletal fra BIT.

For at imødekomme udfordringerne med et skiftende ledelsesfokus har man i et af børnehuse etableret en koordinerende funktion, der understøtter arbejdet med TF-CBT. Funktionen har til formål at fastholde et kontinuerligt fokus på TF-CBT i implementeringsperioden og styrke koordineringen mellem ledelse og terapeuter. Konkret bidrager funktionen til at skabe overblik over ressourcer, planlægge forløb, understøtte vidensdeling og identificere relevante børn og unge. Erfaringerne er, at funktionen styrker kontinuiteten i arbejdet med TF-CBT, men funktionen har ikke en decideret opgave i forhold til at sikre opbakning på tværs af børnehusets medarbejdere.

I interviewene udtrykker øvrige medarbejdere i børnehuse, at der generelt er positiv opbakning til at tilbyde TF-CBT som en relateret ydelse. Mange medarbejdere oplever, at TF-CBT er en naturlig forlængelse af børnehusenes kerneydelse med udredning af børn og unge. Samtidig fremhæves det dog, at manglende tydelighed omkring prioritering og fordeling af ressourcer mellem kerneydelse og TF-CBT kan udfordre engagementet. For at fastholde medarbejderopbakningen vurderes det derfor vigtigt, at ledelsen kommunikerer klart om ressourcer, rollefordeling og prioritering.

I lyset af den store tilgang af nye medarbejdere er det væsentligt at fastholde et kontinuerligt fokus på at dele viden om traumefokuseret behandling blandt medarbejdere, der varetager udredningsopgaver. Det er i forbindelse med udredningen, at den potentielle målgruppe for TF-CBT identificeres, og derfor er det afgørende for forankringen af TF-CBT, at der er et vedvarende fokus på systematisk screening af børnene og de unge og på, at traumefokuseret behandling bliver anbefalet i de sager, hvor det er relevant – særligt i perioder med udskiftning i medarbejdergruppen.

Opsummerende peger analysen på, at forankringen af TF-CBT i børnehuse afhænger af en tydelig organisatorisk prioritering, kontinuerlig ledelsesopmærksomhed og løbende vidensdeling. En koordinerende funktion kan understøtte kontinuitet og struktur, men opbakning og kompetencer blandt den brede gruppe af medarbejdere er afgørende for, at TF-CBT bliver en integreret del af børnehusenes praksis.

4.2 Certificering af TF-CBT-terapeuter

For at TF-CBT kan leveres metoderet og med høj kvalitet, er det afgørende, at fagpersoner gennemfører certificeringsforløbet. Uden et tilstrækkeligt antal certificerede terapeuter kan behandlingen ikke tilbydes i det nødvendige omfang eller med den ønskede standard i Danmark.

For at blive TF-CBT-terapeut i Danmark kræves en relevant uddannelsesbaggrund, fx autoriseret psykolog, psykiater eller bacheloruddannelse (socialrådgiver, sygeplejerske, pædagog, lærer mv.) kombineret med psykoterapeutuddannelse godkendt af Psykoterapeutforeningen eller tilsvarende terapeutisk uddannelse på mindst 3 år.

Derudover skal terapeuter have minimum 3 års klinisk erfaring med traumatiserede børn og unge. Ikke alle faggrupper kan udføre alle opgaver, fx skal visse screeninger og scoringer foretages af autoriserede psykologer eller psykiatere.

Boks 4.1 Uddannelses- og erfaringsmæssige kriterier

Uddannelsesmæssige kriterier:

- Psykolog med autorisation
- Psykiater
- Bacheloruddannelse, fx socialrådgiver, sygeplejerske, pædagog eller lærer mv. kombineret med psykoterapeutuddannelse, godkendt af Psykoterapeutforeningen
- Bacheloruddannelse, fx socialrådgiver, sygeplejerske, pædagog eller lærer mv. kombineret med i alt minimum 3 års terapeutisk uddannelse, som er afsluttet med en bestået eksamen.

Erfaringsmæssige kriterier

- Minimum 3 års klinisk erfaring med udredning og/eller behandling af traumatiserede børn, unge og gerne deres familier.

Danmark er certificeringen foregået i regi af børnehusene med norsk og svensk ekspertbistand, da der endnu ikke findes en national certificeringsordning. I Danmark skal terapeuterne have gennemført fire behandlingsforløb i implementeringsperioden og deltage i en række uddannelsesaktiviteter for at opnå certificering (se Boks 4.2).

Boks 4.2 Krav til certificering i Danmark

For at blive certificeret TF-CBT-terapeut i Danmark skal man:

- Opfylde de uddannelses- og erfaringsmæssige kriterier (se Boks 4.1)
- Have bestået web-modul og gennemført grundtræning
- Deltage i mindst 16 ud af 22 vejlednings-/supervisionssessioner med godkendt TF-CBT-vejleder
- Fuldføre 4 behandlingsforløb (med omsorgsperson deltager involveret i mindst 3)
- Anvende mindst 1 måleredskab i alle 4 forløb.

Tabel 4.1 viser, hvor mange af de terapeuter der har deltaget i uddannelsesaktiviteterne, der har opnået certificeringen inden for perioden for udbredelsen af TF-CBT i børnehusene.

I alt har 14 TF-CBT-terapeuter opnået certificering, mens 10 endnu ikke er færdigcertificerede. At nogle terapeuter ikke har opnået certificering inden for perioden for udbredelsen af TF-CBT, skyldes hovedsageligt en begrænsning i antallet af børn og unge, der er henvist til behandling. Terapeuterne har således endnu ikke nået at gennemføre de fire behandlingsforløb, som er et af kravene for certificering. Forventningen er, at denne gruppe af terapeuter opnår certificering, i takt med at de har gennemført fire behandlingsforløb. I 4 ud af de 5 børnehuse er det forventningen, at der uddannes yderligere TF-CBT-terapeuter i de kommende år.

Tabel 4.1 **Certificerede- og ikke-færdigcertificerede TF-CBT-terapeuter**

	Antal certificerede TF-CBT-terapeuter	Antal TF-CBT-terapeuter i alt
Børnehus 1	3	3
Børnehus 2	4	5
Børnehus 3	1	4
Børnehus 4	0	4
Børnehus 5	6	8
I alt	14	24

Anm.: Opgørelsen tæller terapeuter, der er certificerede samt terapeuter, der er under certificering. 3 terapeuter blev certificeret under afprøvningen af TF-CBT i 2022 (Iversen et al., 2022).

Kilde: Interviews med ledere og terapeuter i børnehuse.

Kravene til certificering indebærer som tidligere beskrevet både uddannelsesmæssige og erfaringsmæssige kriterier. I forbindelse med udbredelsen af TF-CBT er der i nogle tilfælde givet dispensation fra disse. Dette ved, at socialrådgivere uden minimum 3 års terapeutisk efteruddannelse og/eller minimum 3 års erfaring med udredning eller behandling af traumatiserede børn og unge har deltaget i uddannelsen.

I de interviews, VIVE løbende har gennemført med børnehusledere og terapeuter, er det undersøgt, om det opleves at have en betydning, at nogle terapeuter ikke efterlever de uddannelses- og erfaringsmæssige kriterier. Herfra fremgår det, at det for nogle socialrådgivere er nyt at indgå i egentlige behandlingsforløb med børn og unge. Det kan for nogle skabe en usikkerhed omkring screening og behandlingskvalitet. Denne usikkerhed søges afhjulpnet gennem tværfaglig sparring mellem TF-CBT-terapeuter med psykolog- og socialrådgiverbaggrund.

4.3 Terapeuternes arbejdsbetingelser

Succesfuld implementering afhænger af, at medarbejderne har gode arbejdsbetingelser, ejerskab og motivation. Fra implementeringsforskningen ved vi, at det har stor betydning for implementering af nye metoder, at medarbejderne kan se meningen med metoden, at de inddrages i implementeringsprocessen, og at de har de nødvendige forudsætninger for at kunne arbejde med metoden (Fixen et al., 2005). Generelt kræver implementering både tid, ressourcer og støtte i hverdagen.

I det følgende belyses TF-CBT-terapeuternes oplevelser af rammerne for deres arbejde med TF-CBT i forhold til:

- Tid til levering af behandlingsforløb
- Kvalificeret supervision og kompetenceudvikling.

4.3.1 Tid til levering af behandlingsforløb

TF-CBT-terapeuterne er generelt positive over for at arbejde med TF-CBT. De motiveres både af at se fremgang hos de involverede børn eller unge og deres omsorgspersoner samt af, at arbejdet med behandlingsforløbene skaber variation i deres arbejdsopgaver. Terapeuterne oplever desuden, at arbejdet med TF-CBT styrker deres arbejde med udredninger, og omvendt; at deres erfaringer fra arbejdet med udredninger styrker deres behandlingskompetencer.

Terapeuterne har en oplevelse af at bruge meget tid på supervision, møder, forberedelse, registrering og afslutning af de enkelte behandlingsforløb. De fremhæver vigtigheden af, at der er en god balance i forhold til øvrige opgaver for at sikre kvaliteten i både behandlingsforløbene og øvrigt arbejde. Forventningen er, at terapeuterne løbende bliver mere fortrolige med TF-CBT, og at tidsforbruget på fx forberedelse derfor mindskes i takt med deres stigende erfaring med behandlingsmetoden.

4.3.2 Kvalificeret supervision og kompetenceudvikling

Frem mod certificeringen har TF-CBT-terapeuterne modtaget 2 timers supervision hver 14. dag. Oplevelsen er, at supervisionen er essentiel for sparring i de konkrete behandlingsforløb. Flere terapeuter udtrykker dog et ønske om, at fokus i supervisionen udvides fra sparring på de enkelte behandlingsforløb til også at handle om mere metodiske og generelle udfordringer i arbejdet med TF-CBT.

For at understøtte en fortsat udvikling af terapeuternes kompetencer og samtidig mindske risikoen for sekundær traumatisering ved gentagen eksponering for de hændelser målgruppen har været udsat for, er det anbefalingen, at det sikres, at terapeuterne også fremadrettet har adgang til supervision.

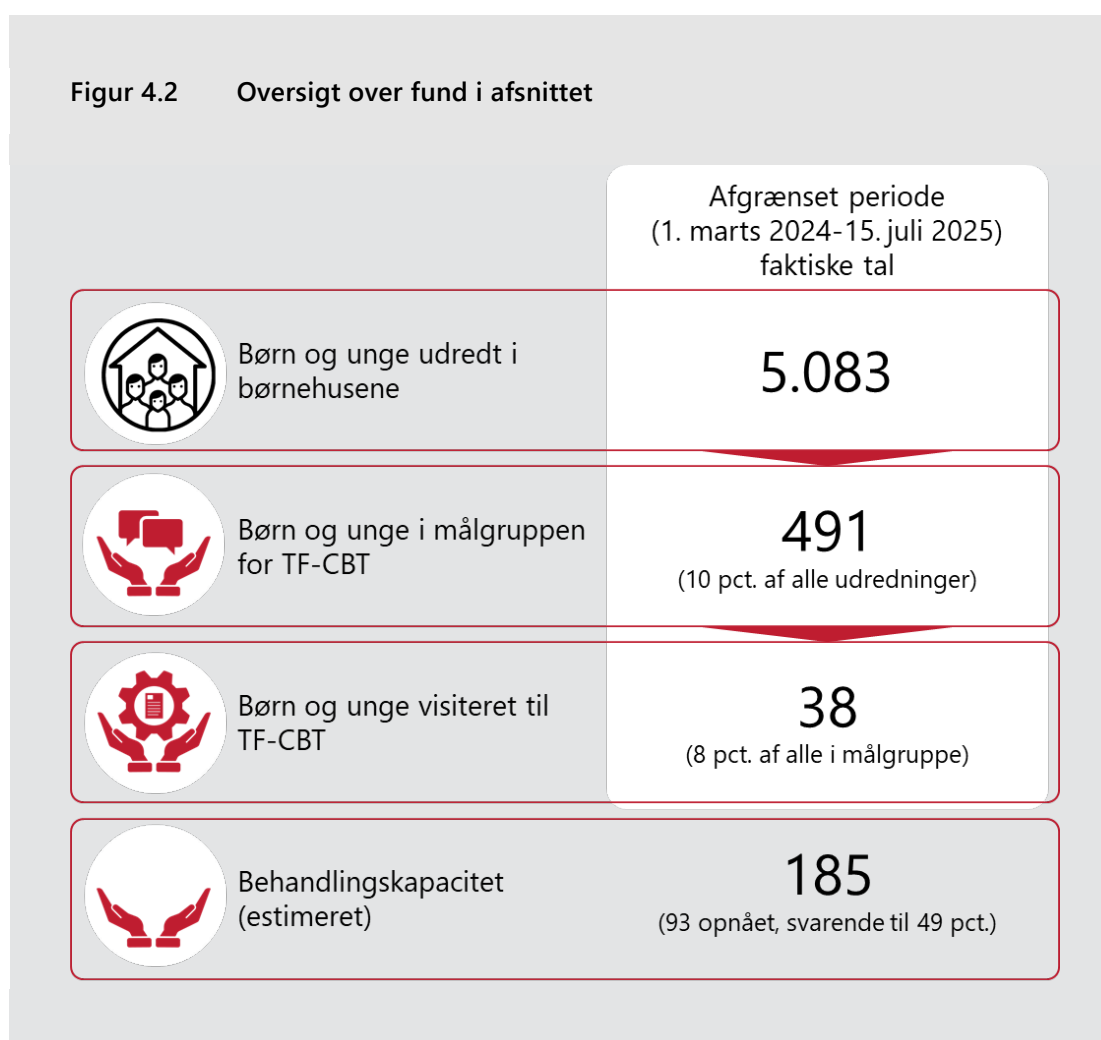
4.4 Henvisning af målgruppen

Ambitionen med udbredelsen af TF-CBT er at etablere et landsdækkende specialiseret behandlingstilbud. I det følgende belyser vi, om behandlingen er tilgængelig for børn og unge i hele Danmark. Analysen er foretaget med udgangspunkt i nøgletal om målgruppen fra Børnehus-IT-systemet (BIT), hvor børnehuse registrerer en række oplysninger om de enkelte børn og unge i forbindelse med udredningen.

Ved hjælp af nøgletal om målgruppen for TF-CBT er det muligt at undersøge:

- Hvor mange børn og unge der er i målgruppen for TF-CBT
- Hvor mange børn og unge der visiteres til TF-CBT
- Hvor mange børn og unge der er kapacitet til at behandle.

Nøgletalsdata om målgruppen for TF-CBT er tilgængelig fra marts 2024 og ikke fra implementeringsperiodens start i 2023. Det betyder således, at vi ikke kender det eksakte omfang af, hvor mange børn der blevet udredt, og som i forbindelse med udredningen er blevet vurderet i målgruppen for TF-CBT, for hele implementeringsperioden.



Kilde: VIVEs opgørelser på baggrund af nøgletal fra BIT samt VIVEs dataindsamling.

Figur 4.2 giver et overblik over fundene i afsnittet. Figuren viser, at 5.083 unikke børn og unge er blevet udredt i regi af børnehuse i perioden 1. marts 2024 til og med 15. juli 2025. Heraf er 491 børn og unge vurderet i målgruppen for TF-CBT, og videre er 38 af disse børn og unge reelt visiteret til TF-CBT. Nederste blok i figuren viser, at vi

estimerer, at 49 pct. af behandlingskapaciteten for TF-CBT-forløb i børnehuse er benyttet i perioden. Fundene uddybes nærmere i de følgende afsnit.

4.4.1 Antal børn og unge i målgruppen

Forankringen af TF-CBT i de fem børnehuse betyder, at TF-CBT tilgængeliggøres som et landsdækkende specialiseret behandlingstilbud. Nøgletalsanalysen i dette afsnit belyser, i hvilket omfang behandlingstilbuddet i de fem børnehuse reelt anvendes.

Tabel 4.2 viser antallet af børn og unge, der er blevet udredt, samt antallet af børn og unge, der i forbindelse med udredningen er blevet vurderet i målgruppen for TF-CBT i hver af de fem børnehuse. Ud af de i alt 5.083 børn, der er blevet udredt og screenet for belastningsreaktioner og traumesymptomer, som kan relateres til et formodet seksuelt overgreb eller vold, er 491 børn og unge på tværs af børnehuse vurderet i målgruppen for TF-CBT. Det vil sige, at 10 pct. af de børn og unge, der er udredt i perioden, er vurderet i målgruppen for TF-CBT.

På tværs af børnehuse varierer andelen af børn og unge, der vurderes i målgruppen for TF-CBT. I Børnehus 3 og 4 vurderes 5 pct. af de børn og unge, der er udredt, at være i målgruppen for TF-CBT, mens Børnehus 5 vurderer, at 19 pct. af børnene er i målgruppen for TF-CBT. At Børnehus 5 vurderer en større andel børn og unge i målgruppen for TF-CBT, skal formentlig ses i lyset af, at afprøvningen af TF-CBT i en dansk kontekst foregik i børnehuset. Børnehus 5 har således arbejdet med TF-CBT i en længere periode og har derfor gjort sig flere erfaringer med, hvilke børn og unge der kan indgå i TF-CBT-forløb.

Tabel 4.2 Børn og unge, der er blevet udredt, samt børn og unge, som er vurderet i målgruppen for TF-CBT

	Antal børn og unge, der er udredt	Antal børn og unge, der er vurderet i målgruppen	Andel af målgruppen
Børnehus 1	509	33	6
Børnehus 2	1.371	111	8
Børnehus 3	932	50	5
Børnehus 4	964	53	5
Børnehus 5	1.307	244	19
Total	5.083	491	10

Anm.: Baseret på nøgletal fra BIT i perioden 1. marts 2024 til 15. juli 2025.

Kilde: VIVES opgørelser på baggrund af BIT-data.

Flere terapeuter peger i interviewene på et etisk dilemma i forbindelse med iværksættelsen af behandlingsforløb for børn og unge, når der er usikkerhed om, hvorvidt TF-CBT er den bedst egnede behandling. Terapeuterne understreger, at vurderingen af målgruppen må ses i tæt sammenhæng med behandlingens formål. Hvis målet er at reducere traumesymptomer, vurderes TF-CBT at være relevant for mange af børnene og de unge. I tilfælde, hvor børn har multiple og komplekse problemstillinger, er der en tendens til at anbefale en mere helhedsorienteret indsats – tæt på barnets hverdagsliv – da dette i nogle tilfælde vurderes at være mere relevant og give en mere sammenhængende støtte.

Terapeuternes overvejelser illustrerer, at vurderingen af, om et barn eller en ung er i målgruppen for TF-CBT eller ej, handler om mere end resultatet af screeningen for PTSD i forbindelse med udredningen. Vurderingen påhviler den enkelte medarbejders faglige skøn på baggrund af kendskabet til barnet eller den unges samlede situation. Dette kan bl.a. være en af årsagerne til den store variation, vi ser på tværs af andelen af børn og unge, der vurderes at være i målgruppen for TF-CBT, jf. Tabel 4.2. Det er i den forbindelse centralt at have in mente, at en af erfaringerne fra afprøvningen af TF-CBT var, at TF-CBT i mange tilfælde ikke er tilstrækkelig som eneste behandling, men kan udgøre fundamentet for, at børnene og de unge bliver i stand til at modtage yderligere behandling (Iversen et al, 2023). Det understreger vigtigheden af tydelig kommunikation til hjemkommunerne om, at behov for yderligere behandling ofte må forventes efter et afsluttet TF-CBT-forløb.

4.4.2 Antal børn og unge i forløb

Som det fremgår af Tabel 4.3, er der variationer i andelen af de børn og unge, der vurderes at være i målgruppen for TF-CBT, der visiteres til forløb, på tværs af børnehuse. Samlet set er i alt 8 pct. af de børn og unge, der er vurderet i målgruppen for TF-CBT, visiteret til et TF-CBT-forløb. På tværs af børnehuse er der dog variationer i andelen af børn og unge i målgruppen, der visiteres til forløb. I Børnehus 5 er 17 børn og unge visiteret til et TF-CBT-forløb, hvilket udgør 7 pct. af de børn og unge, børnehuset i udredningen har vurderet er i målgruppen for TF-CBT. I Børnehus 3 er tilsvarende 6 børn og unge visiteret til TF-CBT, hvilket svarer til 12 pct. af de børn og unge, børnehuset har vurderet er i målgruppen for TF-CBT.

Tabel 4.3 Børn, der er i målgruppen for TF-CBT og børn, som indgår i dataindsamlingen i perioden 1. marts 2024-15. juli 2025

	Antal i målgruppen	Antal visiterede	Andel af målgruppen, som visiteres
Børnehus 1	33	3	9
Børnehus 2	111	7	6
Børnehus 3	50	6	12
Børnehus 4	53	5	9
Børnehus 5	244	17	7
Total	491	38	8

Anm.: Baseret på nøgletal fra BIT i perioden 1. marts 2024 til 15. juli 2025.

Kilde: VIVEs beregninger på baggrund af BIT-data og spørgeskemadata.

4.4.3 Kommunale variationer i henvisningspraksis

Som Tabel 4.3 viser, varierer antallet af børn og unge, der er visiteret til TF-CBT-forløb på tværs af de fem børnehuse. Der kan være flere forklaringer på denne variation, men en væsentlig faktor er, om barnets eller den unges hjemkommune vælger at henvise til – og betale for – et TF-CBT-forløb. Evalueringen finder, at kommunernes henvisningspraksis i særlig grad synes påvirket af, om kommunen har egne behandlingstilbud til målgruppen med tilstrækkelig kapacitet og i mindre grad af prisen for et TF-CBT-forløb, som ligger på ca. 38.572 kr.³

Erfaringer fra børnehusenes dialog med kommunerne peger på, at særligt større kommuner ofte har en selvforsyningsstrategi, hvor børn og unge henvises til kommunens egne interne behandlingstilbud. Omvendt opleves der generelt større interesse for at henvise til TF-CBT-forløb i de kommuner, der enten ikke har egne specialiserede tilbud, eller som oplever ventetid på relevant behandling. Ser vi på de 491 børn og unge, der er vurderet i målgruppen for TF-CBT i forbindelse med udredning, fordeler de sig på 79 af landets 98 kommuner, og de fordeler sig på alle kommunetyper – fra landkommuner til hovedstadskommuner.

Ser vi nærmere på de 38 børn og unge, som er vurderet i målgruppen for TF-CBT, og som er visiteret til et TF-CBT-forløb, kommer de fra 24 forskellige kommuner. Sammenligner vi de 24 kommuner, der faktisk har henvist børn og unge til TF-CBT i børnehuse, med de 55 kommuner, som har børn og unge i målgruppen for TF-CBT, men

³ Gennemsnitsprisen for et TF-CBT-forløb i 2024/25 ligger på ca. 38.572 kr. Det forventes dog, at gennemsnitsprisen vil stige en smule i 2026, da flere af børnehuse har hævet taksterne. Priserne forventes derfor at ligge i et interval mellem 38.500 kr. og 40.300 kr. i 2026.

hvor børnene og de unge ikke er henvist/visiteret til TF-CBT i børnehusene, er der en tendens til, at de større kommuner i mindre grad henviser til TF-CBT end de mindre kommuner. Dette med undtagelse af de mindste landkommuner, som heller ikke har henvist børn og unge til TF-CBT.

At interessen for TF-CBT-forløb i regi af børnehusene varierer fra kommune til kommune, er ikke i sig selv problematisk. Det afgørende er, at alle børn og unge – uanset bopæl – har adgang til specialiseret traumebehandling, når behovet er til stede. Det centrale er derfor, at der blandt kommunerne er et bredt kendskab til muligheden for at henvise børn og unge til TF-CBT i regi af børnehusene.

Med det begrænsede datagrundlag for nøgletalsanalysen er det for nuværende ikke muligt at belyse kommunale forskelle i henvisningspraksis nærmere. Det er imidlertid centralt at følge udviklingen, når der foreligger flere data, da kommunernes henvisning af børnene og de unge er afgørende for, at TF-CBT reelt er et landsdækkende behandlingstilbud.

4.4.4 Behandlingskapacitet

I forbindelse med udbredelsen af TF-CBT er der uddannet terapeuter i alle fem børnehuse. På tværs af børnehusene er i alt 24 terapeuter blevet uddannet, hvoraf 14 har opnået certificering. Den primære årsag til, at de resterende 10 terapeuter endnu ikke er certificerede, er, at der ikke er visiteret tilstrækkeligt mange børn og unge til TF-CBT, hvilket har betydet, at ikke alle har haft mulighed for at gennemføre de fire behandlingsforløb, som er en forudsætning for certificering. Det betyder samlet set, at der i perioden for udbredelsen af TF-CBT har været ledig behandlingskapacitet i børnehusene. Det betyder samtidig, at flere børn og unge kunne have modtaget behandling i perioden. For at få indsigt i omfanget af den ledige kapacitet har vi foretaget en potentialeberegning af, hvor mange forløb de 24 terapeuter kunne have gennemført i perioden for udbredelsen af TF-CBT i børnehusene.

Potentialeberegningen tager udgangspunkt i, at terapeuterne kan varetage to behandlingsforløb af gangen, ved siden af deres øvrige opgaver, og at vi fra fidelitetsanalysen ved, at et behandlingsforløb i gennemsnit strækker sig over 23 uger (se afsnit 4.5.1). Perioden for udbredelsen af TF-CBT i børnehusene startede 1. december 2023 og sluttede 15. august 2025 og strækker sig således over samlet set 89 uger. På 89 uger kan én terapeut varetage ca. 7,7 behandlingsforløb af 23 ugers varighed. Ved fuld belægning har de 24 terapeuter således haft kapacitet til at gennemføre ca. 185 forløb i perioden.

I alt har 93 børn og unge modtaget TF-CBT-behandling i perioden for udbredelsen af TF-CBT, der har således været kapacitet til yderligere 92 forløb, hvis det antages, at det er muligt kontinuerligt at have fuld belægning. Det betyder samlet set, at der kun har

været halv belægning i perioden og dermed, at der fremadrettet er potentiale for at tilbyde flere børn og unge behandling inden for den nuværende behandlingskapacitet.

4.5 Metodefidelitet

For at TF-CBT kan skabe de ønskede virkninger, skal behandlingen leveres med høj fidelitet – det vil sige i overensstemmelse med TF-CBT-metodens centrale principper, struktur og elementer.

Forskning viser, at der er sammenhæng mellem fidelitet og virkning: Jo mere præcist behandlingen leveres, desto større er sandsynligheden for, at den virker efter hensigten (Amaya-Jackson et al., 2018). Hvis elementer fraviges, eller indholdet tilpasses i en sådan grad, at komponenterne udvandes, risikerer man, at virkningen reduceres væsentligt – eller helt udebliver.



I praksis er en vis tilpasning til det konkrete barn eller ung eller den konkrete kontekst nødvendig og forventelig. Dette betragtes ikke som mangelfuld implementering, så længe metodens kerneelementer og teoretiske grundlag fastholdes.

Som grundlag for at kunne vurdere implementeringen af TF-CBT gennemføres en analyse af fideliteten i de 73 gennemførte TF-CBT-forløb, som er blevet registreret. I fidelitetsanalysen belyses følgende:

- Forløbenes varighed og længde i antal sessioner og uger
- Varigheden af de tre faser i behandlingsforløbet
- Anvendelsen af komponenter og elementer.

Grundlaget for analysen er registreringer af faser og komponenter på forløbsniveau foretaget af TF-CBT-terapeuterne i perioden for udbredelsen af TF-CBT.

4.5.1 Forløbenes længde og varighed

Ifølge TF-CBT-manualen består et behandlingsforløb af 12-18 sessioner, typisk omkring 15, der så vidt muligt gennemføres uden afbrydelser, og som tilpasses barnets eller den unges konkrete behov (se kapitel 3).

I praksis ligger de danske TF-CBT-forløb tæt på denne anbefaling. Det gennemsnitlige forløb består af 15 sessioner (standardafvigelse 3,0)⁴, med en variation fra 7 til 27 sessioner. I størstedelen af forløbene (78 pct.) er der gennemført mellem 13 og 17 sessioner, hvilket vidner om en høj grad af overensstemmelse med metodens intentioner. Der ses ikke systematiske forskelle i forløbenes længde på tværs af børnehusene. Figur 4.3 viser det gennemsnitlige antal sessioner i de enkelte forløb samt den gennemsnitlige varighed af de 73 gennemførte forløb, hvor der foreligger data om fideliteten.

Figur 4.3 Gennemsnitlig varighed af TF-CBT-forløb



15 sessioner



23 uger

Anm.: N = 73.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Det anbefales, at TF-CBT så vidt muligt gennemføres som et sammenhængende forløb uden længere pauser undervejs. For at sikre høj fidelitet bør der allerede ved opstart tages højde for forhold, som kan udfordre barnets eller den unges mulighed for kontinuerlig deltagelse. Fidelitetsanalysen viser, at det gennemsnitlige TF-CBT-forløb i praksis strækker sig over 23 uger. Forløbenes varighed varierer fra 12 til 52 uger, men 81 pct. af forløbene er gennemført inden for 26 uger. Det indikerer, at der i mange forløb har været mindre pauser undervejs – hvilket er forventeligt i forbindelse med et længere behandlingsforløb. Terapeuterne har generelt tilstræbt at planlægge sessionerne i sammenhæng med barnets øvrige liv, men sygdom, ferier og helligdage har ofte medført kortere afbrydelser.

4.5.2 Fasernes længde

Et TF-CBT-forløb består af tre faser, der hver anbefales at have en varighed på ca. fem sessioner. Faserne bygger gradvist oven på hinanden: I fase 1 arbejdes der med

⁴ Standardafvigelse er et statistisk mål for, hvor meget værdier i et datasæt gennemsnitligt afviger fra middelværdien. En lav standardafvigelse indikerer, at værdierne ligger tæt på gennemsnittet, mens en høj standardafvigelse viser større spredning i data.

færdighedskomponenter i form af følelsesregulering og stresshåndtering, i fase 2 med traumeeksponering og kognitiv bearbejdning, og i fase 3 med konsolidering og fremtidig udvikling.

Erfaringer fra afprøvningen af TF-CBT i en dansk kontekst var vigtigheden af ikke at blive for længe i fase 1, så de øvrige faser ikke, som en konsekvens heraf, bliver forholds- mæssigt kortere. Manualen anbefaler, at fase 1 ikke strækker sig over mere end syv ses- sioner. Som Figur 4.4 viser, følger de gennemførte forløb manualens retningslinjer tæt. I gennemsnit anvendes der 5 sessioner i fase 1, 6 i fase 2 og 4 i fase 3.

Figur 4.4 Gennemsnitlig antal sessioner i de tre faser i TF-CBT-behandlingsforløbene



Anm.: N = 73.

Kilde: VIVEs analyser af fidelitetsskemaer.

I gennemsnit ligger 36 pct. af sessionerne i den første fase. Kun i 5 forløb (6 pct.) strækker fase 1 sig over mere end 7 sessioner. Varigheden af disse forløb var alle mellem 14-18 sessioner – og fase 2 og 3 har således været forholdsvis kortere.

Terapeuterne vurderer samlet, at forløbets struktur fungerer godt, og at faserne bygger naturligt oven på hinanden i overensstemmelse med behandlingsmetodens intentioner.

4.5.3 Anvendte komponenter og elementer

Terapeuterne har for hvert forløb registreret, hvilke komponenter der indgår i hver session (Se afsnit 3.2 for en detaljeret beskrivelse af komponenterne). Der er på tværs af de gennemførte forløb i alt registreret 73 elementer, som er grupperet i følgende 10 komponenter:

1. Forældrefærdigheder
2. Psykoedukation: (barn og omsorgsperson)
3. Afspænding/stresshåndtering
4. Affekt/følelsesregulering
5. Kognitiv mestring
6. Traumenarrativ
7. Kognitiv bearbejdning
8. In-Vivo eksponering
9. Fællestimer for barn og omsorgsperson
10. Fremtidig sikkerhed og udvikling.

Figur 4.5 viser, hvor ofte de 10 komponenter i gennemsnit er anvendt i de enkelte forløb.

Den mest anvendte komponent er *Forældrefærdigheder*, og de 9 elementer, der indgår heri, anvendes i gennemsnit 26 gange i et forløb. Det er ikke overraskende, da der i de fleste forløb afholdes separate sessioner med omsorgspersonen, hvor det er relevant løbende at arbejde med forældrefærdigheder på tværs af faserne.

Herefter følger *Psykoedukation*, *Affektregulering* og *Traumenarrativ*. De indgår i en betydelig del af sessionerne i et standardforløb på 15 sessioner. For eksempel er de 9 elementer, der indgår i komponenten *Traumenarrativ*, anvendt i gennemsnit 19 gange i forløbet.

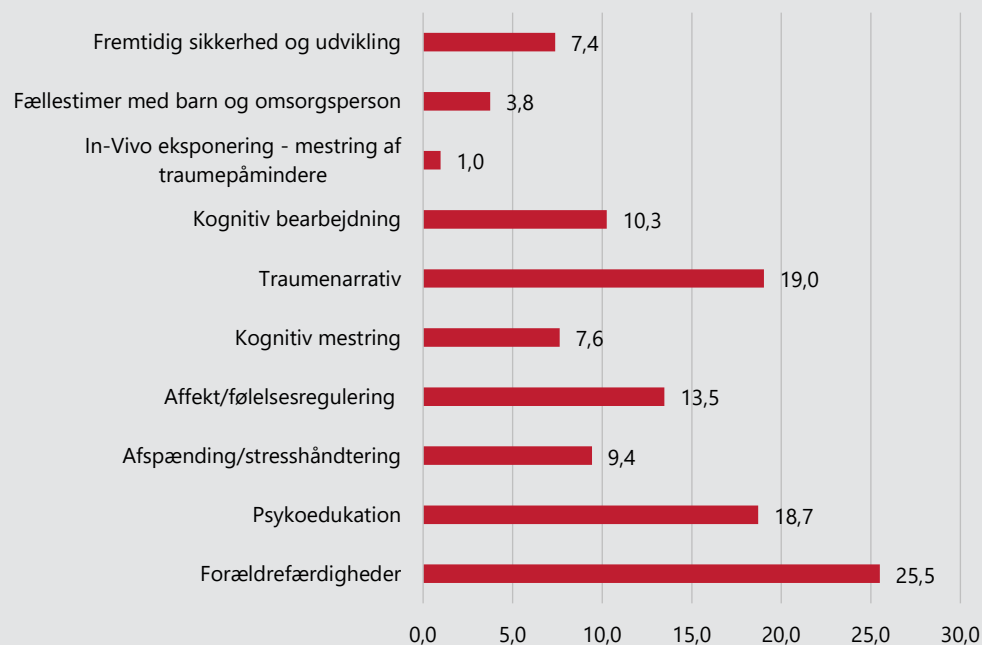
Afspænding/stresshåndtering, *Kognitiv mestring* og *Kognitiv bearbejdning* forekommer også regelmæssigt, men i mindre omfang.

De mindst anvendte komponenter er *In-Vivo eksponering* og *Fællestimer for barn og omsorgsperson*. *In-vivo eksponering* er en frivillig komponent, som kun anvendes, hvis der fortsat er hæmmende undgåelsesadfærd. Dette forklarer den lave anvendelsesgrad – i gennemsnit omkring én gang pr. forløb. Derudover kan komponenten opleves som mere uvant for terapeuterne og kræver ofte ekstra tid og planlægning uden for

terapirummet. *Fællestimer* anvendes ligeledes relativt sjældent og bruges typisk i udvalgte sessioner, hvor det vurderes relevant at samle barn og omsorgsperson.

Figur 4.5 Anvendelse af komponenterne i forløbene i gennemsnit

Hvor ofte de 10 komponenter i gennemsnit er anvendt i de enkelte forløb



Anm.: N = 73.

Kilde: VIVEs analyser af fidelitetsskemaer.

Derudover er der registreret et tværgående element, *Rammer og struktur af hver time*, som dækker terapeutens arbejde med at skabe tydelig struktur og rammesætning i sessionerne. Dette element blev anvendt meget hyppigt – i gennemsnit 57 gange pr. forløb på tværs af de 7 underliggende elementer.

For en mere detaljeret oversigt henvises til Bilag 1, der viser antallet af elementer pr. komponent, gennemsnitlig anvendelse, variationen (SD), samt minimum og maksimum anvendelse på tværs af forløb.

Anvendelsen af de enkelte komponenter varierer således på tværs af forløbene. Det lave gennemsnit for nogle komponenter afspejler ikke nødvendigvis manglende relevans eller kendskab, men snarere den fleksibilitet, der kendetegner TF-CBT, og som gør det muligt at tilpasse behandlingen til barnet eller den unges konkrete behov.

4.5.4 Terapeuternes oplevelse af behandlingsforløbene

Oftentimes er de sager, som kommunerne henviser til TF-CBT-behandling, meget komplekse, hvor barnet eller den unge har flere forskelligartede traumer, kompleks PTSD eller undvigelssadfærd. Det kræver et godt kendskab til fleksibiliteten i metoden at arbejde med komplekse traumbilleder. Resultater fra Norge viser, at netop de børn og unge med de sværeste symptomer på PTSD har størst gavn af TF-CBT (Birkelund, 2024). I interviewene fremgår det, at terapeuterne har en positiv oplevelse af, at de selv kan kombinere komponenterne, da det giver mulighed for at vægte det, som fylder i det enkelte forløb. Analysen af fidelitetsregistreringerne viser desuden, at det er tydeligt, at terapeuterne har oparbejdet metodetryghed, idet der i langt størstedelen af forløbene viser sig en stor fleksibilitet i anvendelsen af komponenter og elementer – det ses bl.a. ved, at elementer og komponenter fra tidligere faser genoptages ved relevans i en senere fase.

En særlig karakteristisk komponent i TF-CBT er traumeeksponeringen, herunder udviklingen af traumenarrativet i fase 2. Terapeuterne oplever, at arbejdet med traumenarrativet har vist sig at fungere godt, og flere er overraskede over, hvor virkningsfuldt arbejdet med traumenarrativet er. Et tilknyttet element er deling af narrativet med omsorgspersonen i de tilfælde, hvor barnet eller den unge ønsker dette. Flere terapeuter giver udtryk for, at dette element ofte er meget effektivt, i og med det kan opleves helende for barnet at dele narrativet og reducere den følelse af skam og skyld, der kan være forbundet med hændelsen.

4.5.5 Supplerende materialer og fysisk kapacitet

Terapeuterne anvender i høj grad øvebogen (se afsnit 3.3) til barnet. Den bliver bl.a. anvendt som et redskab til at sikre, at de når omkring alle relevante komponenter. Bogen til omsorgspersonerne anvendes i varierende grad. Flere terapeuter efterspørger yderligere supplerende materiale, fx korte, oplysende videoer om omfanget af vold og seksuelle overgreb blandt børn og unge i Danmark, samt materiale, der kan bruges til at tale om skyld og skam.

Flere terapeuter beskriver i interviewene, at de oplever udfordringer i arbejdet med børn, som har et begrænset verbalt sprog, samt med de yngste børn i målgruppen. Det, at TF-CBT er en samtalebaseret behandlingsmetode, kan udfordre børn, der ikke er særligt verbale, hvilket stiller særlige krav til tilpasning af metoden. For at imødekomme denne udfordring har nogle terapeuter inddraget elementer fra legeterapi i TF-CBT-behandlingen.

Der opleves dog en efterspørgsel på udvikling af materialer og metoder, der specifikt er tilpasset de yngste børn og børn med begrænset verbalt sprog for at styrke deres mulighed for at deltage i og få udbytte af TF-CBT-behandlingen.

Når det gælder anvendelse af supplerende materialer og metoder uden for TF-CBT, nævner flere terapeuter, at de trækker på deres øvrige erfaringer og redskaber, de i forvejen arbejder med. Terapeuter med psykologfaglig baggrund fremhæver desuden, at de i TF-CBT-forløbene anvender deres generelle psykologfaglige kompetencer ud over de specifikke færdigheder, de har tilegnet sig gennem TF-CBT-uddannelsen.

Det anbefales, at børnehusene har to lokaler til rådighed til hver behandlingssession. Dette giver mulighed for, at barnet kan opholde sig mere skærmet i det ene lokale, mens sessionen med omsorgspersonen afholdes, i stedet for at barnet skal vente i et almindeligt venteområde. Børnehusene har inden for rammerne af deres fysiske kapacitet etableret de bedst mulige løsninger for at imødekomme denne anbefaling. På flere lokationer er det dog en udfordring at efterleve kravet om to separate lokaler pr. session. Der er imidlertid ikke noget, der tyder på, at de fysiske rammer har haft negativ betydning for en hensigtsmæssig implementering af TF-CBT i børnehusene.

4.6 Hvad viser implementeringsevalueringen?

Overordnet set viser analysen, at TF-CBT er implementeret som intenderet i de fem børnehuse. Det betyder, at TF-CBT kan betragtes som et landsdækkende specialiseret behandlingstilbud til børn og unge, der har været udsat for fysisk og/eller psykisk vold og/eller seksuelle overgreb. Samtidig peger analysen på, at der er uforløst potentiale i forhold til at sikre, at endnu flere børn og unge tilbydes TF-CBT. Derudover er der områder, som fortsat kræver fokus for at udvikle arbejdet med TF-CBT og sikre en fortsat høj kvalitet i behandlingen.

Evalueringen viser, at behandlingskapaciteten overstiger antallet af børn og unge, der faktisk er visiteret til TF-CBT, og at der i perioden for udbredelsen af TF-CBT kun har været halv belægning. Det betyder for det første, at 10 ud af 24 terapeuter mangler certificering, da de ikke har kunnet efterleve kravet om at have gennemført fire behandlingsforløb. For det andet giver det anledning til at overveje, om behandlingskapaciteten er for høj. Da vores nøgletalsanalyse viser, at kun 8 pct. af de børn og unge, der er i målgruppen for TF-CBT, er blevet visiteret til behandling, er det dog vurderingen, at der fremadrettet er et potentiale for, at flere børn og unge tilbydes behandling.

For at sikre, at flere børn og unge får adgang til specialiseret behandling, er der flere områder, som med fordel fortsat bør være i fokus.

For det første er det vigtigt, at alle medarbejdere i forbindelse med udredningen af børn og unge har kendskab til målgruppen for TF-CBT og er opmærksomme på at screene for PTSD. Dette er en forudsætning for at kunne gøre barnets eller den unges

hjemkommune opmærksom på, at barnet eller den unge kan have behov for traumefokuseret behandling.

For det andet kan der med fordel arbejdes videre med at etablere systematiske visitationsprocesser, hvor terapeutterne er repræsenteret. Dette understøtter, at erfaringer fra tidligere behandlingsforløb bringes i spil, når det skal vurderes, om et barn eller en ung skal visiteres til TF-CBT.

Det vigtigste er dog det fortsatte arbejde med at udbrede kendskabet blandt kommunerne til muligheden for at henvise børn og unge til specialiseret behandling i form af TF-CBT i regi af børnehusene. Kommunernes henvisning af børnene og de unge er afgørende for, at TF-CBT reelt er et landsdækkende tilgængeligt behandlingstilbud for børnene og de unge.

For fortsat at sikre høj kvalitet i TF-CBT i børnehusene og at forløbene fortsat gennemføres med en høj grad af fidelitet, er det vigtigt, at terapeutterne også fremadrettet har adgang til supervision. Dette både på forløbsniveau samt mere generelt i forhold til metoden i TF-CBT. I arbejdet med manualbaserede metoder er det en risiko, at man over tid, og i takt med at man oparbejder mere erfaring, langsomt begynder at afvige fra metoden, som den var tænkt, hvilket kan gå ud over virkningen af behandlingen. Kontinuerlig supervision understøtter metodefasteholdelse og kan samtidig mindske risikoen for sekundær traumatisering af terapeutterne.

5 Hvem deltager i TF-CBT, og hvordan udvikler de sig over tid?

I dette kapitel præsenteres resultaterne af virkningsevalueringen af TF-CBT, som undersøger, hvordan de børn og unge, der modtager behandlingen, udvikler sig over tid. Evalueringen belyser, om TF-CBT i en dansk kontekst har tilsvarende positive virkninger som dokumenteres i internationale studier – herunder reduktion i PTSD-, angst- og depressionssymptomer samt forbedret trivsel og sociale relationer.

Afprøvningen af TF-CBT i Danmark viste, at TF-CBT førte til store positive ændringer på de fleste områder, men at de yngste børn ikke viste samme reduktion i PTSD-symptomer, muligvis som følge af anvendelsen af forskellige måleredskaber. I denne evaluering anvendes ét fælles måleredskab på tværs af alle aldersgrupper, hvorved resultaterne kan sammenlignes direkte.

Formålet med evalueringen er at undersøge, om vi ser tilsvarende positive udviklinger, når TF-CBT udbredes til alle fem børnehuse, og målgruppen udvides til også at omfatte børn og unge udsat for psykisk og/eller fysisk vold.

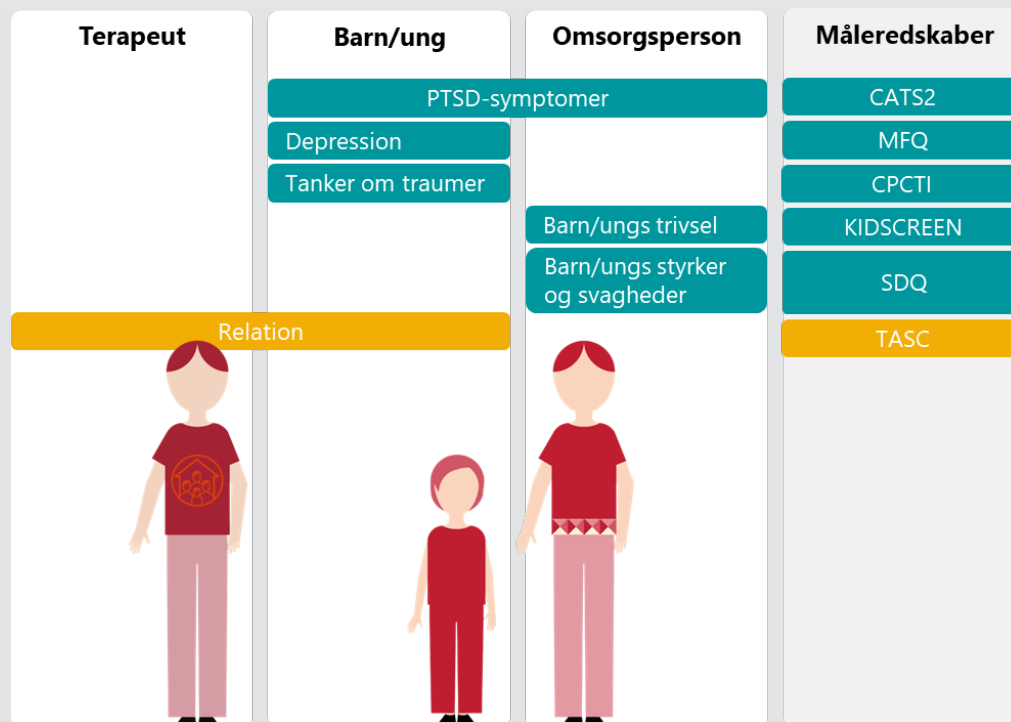
Mens implementeringsevalueringen fokuserer på indsatsdelen af forandringsteorien for TF-CBT, fokuserer virkningsevalueringen på de forventede virkninger. Datagrundlaget består af spørgeskemabesvarelser fra tre informantgrupper:

- Børn og unge, som er hovedfokus i evalueringen, og som selv rapporterer deres symptomer, trivsel og relation til terapeuten
- Omsorgspersoner, som vurderer barnets udvikling
- Terapeuter, som vurderer relationen til barnet/den unge og forløbet.

Et overblik over informanter og deres bidrag er illustreret i Figur 5.1.

Figur 5.1 Grafisk illustration af informanter, deres vidensbidrag og måleredskaber i virkningsevalueringen

Alle tre informanter udfylder spørgeskemaer ved forløbets start og afslutning. Barnet/den unge udfylder et ekstra skema 3 måneder efter afslutningen. Måleredskaberne er beskrevet i afsnit 8.2.2.



Kilde: VIVEs illustration af dataindsamlingen i regi af virkningsevalueringen.

Børnene og de unge og deres omsorgspersoner har udfyldt spørgeskemaer ved opstart og afslutning af behandlingsforløbet. Børnene og de unge har derudover besvaret et opfølgningsskema ved en opfølgningssamtale 3 måneder efter endt behandling. Terapeuterne gennemfører således en ekstra samtale med børnene/de unge, hvor de følger op på, hvordan det er gået med børnene og de unge efter endt forløb. Omsorgspersonen er ikke med til denne opfølgning. Ved hjælp af den ekstra samtale efter 3 måneder kan udviklingen over tid og eventuel fastholdelse af forbedringer vurderes.

Måleredskaberne er i flere tilfælde standardiserede og validerede. Anvendelsen af standardiserede måleredskaber bidrager til at øge sammenligneligheden og reducere risikoen for tilfældige målefejl. Der kan dog stadig være metodiske begrænsninger forbundet med, at de kvantitative data er selvrapporteret. Børnene og de unges vurderinger kan være påvirkede af social ønskværdighed, relationen til terapeuten eller ændringer i deres forståelse af spørgsmålene over tid. Da data ikke suppleres af uafhængige vurderinger eller objektive mål, kan de observerede forbedringer derfor i et vist omfang være overvurderede.

Datagrundlaget, som ligger til grund for analyserne i den kvantitative del af virknings-evalueringen, er skitseret i Tabel 5.1. Data er indsamlet i forbindelse med behandlings-forløb, der er udført af både certificerede terapeuter samt terapeuter under certificering.

Tabel 5.1 Antal besvarelser af spørgeskemaer fordelt på informant og nedslag

	Opstart	Afslutning	Opfølgning	Både opstart og afslutning	Både opstart og opfølgning	Alle tre
Børn og unge	85	68	49	64	47	46
Omsorgspersoner	82	65	-	61	-	-
Relation, barn/ung	75	62	-	56	-	-
Relation, terapeut	68	54	-	45	-	-

Kilde: VIVEs opgørelser af spørgeskemaer fra børn/unge, omsorgspersoner og terapeuter.

Der er således 85 børn/unge og 82 omsorgspersoner, som har udfyldt spørgeskemaet ved opstarten i TF-CBT-forløbet, og som dermed kan anvendes som grundlag for at beskrive målgruppen. Der er 68 børn/unge og 65 omsorgspersoner, som har svaret på spørgeskemaet ved afslutningen af TF-CBT-forløbet, hvor langt størstedelen har besvaret begge. Det er disse besvarelser, som er vigtige, når vi ser på ændringen over tid. Dertil har i alt 47 børn og unge besvaret et opfølgende skema 3 måneder efter endt behandling, som kan fortælle os noget om fastholdelses af ændringerne over tid. I afsnit 8.2 ses det, at de børn og unge, som er faldet fra i løbet af dataindsamlingen, har større udfordringer, end de børn og unge, som har svaret på flere spørgeskemaer. Forskellene er moderate, men de er systematiske, hvorfor det skal bemærkes. Analyserne af udviklingen over tid er således gennemført på baggrund af data indsamlet hos børn og unge med et mildere symptombillede. Dette bevirker, at der er risiko for, at vi på baggrund af analyserne overvurderer virkningen af TF-CBT. Der er dog foretaget subgruppeanalyser for børnene og de unges PTSD-symptomer ved opstart, og der er ikke signifikante forskelle på virkningerne af TF-CBT på tværs af børn og unge med hhv. en højere eller en lavere score i forhold til PTSD.

Herunder præsenteres de statistiske begreber, som anvendes til at fortolke analyserne af virkningen af TF-CBT. En mere detaljeret gennemgang forefindes i afsnit 8.2.4.

Dataindsamlingen helt kort fortalt

Evalueringen er gennemført i alle fem børnehuse, hvor terapeuterne har stået for indsamling og indtastning af data. Der er indsamlet data med løbende opstart i 2023 og frem til 15. august 2025.

Børnene og de unge, som har deltaget i undersøgelsen, har modtaget TF-CBT-behandling efter fysisk, psykisk eller seksualiseret vold. Der er tale om børn og unge i alderen 6-17 år, som af børnehuset er vurderet til at være i målgruppe for TF-CBT.

Statistiske begreber

P-værdien anvendes til at vurdere, om forskellen i målingen fra baseline til afslutning er statistisk signifikant, dvs. ikke tilfældig. En lav p-værdi betyder, at det er usandsynligt, at forskellen er opstået tilfældigt. I denne rapport betragtes en forskel som statistisk signifikant, når p-værdien er mindre end 0,05 ($p < 0,05$). Det svarer til, at sandsynligheden for, at den observerede ændring skyldes tilfældigheder, er under 5 pct.

95-pct.s konfidensintervallet viser det område, hvor vi med 95-pct.s sikkerhed forventer, at den sande værdi ligger – altså hvor præcis vores resultat sandsynligvis er.

Ændring eller virkning er udregnet ved hjælp af en regressionsanalyse, som tager højde for, at børnene og de unge indgår med flere skemaer, samt en række karakteristika.

Robusthedstjek betyder, at vi undersøger, om resultaterne holder, når vi fx ændrer på model eller datagrundlag.

Subgruppeanalyse betyder, at vi undersøger, om virkningen er forskellig på tværs af grupperinger i data. Vi tester, om programmet virker forskelligt for forskellige typer deltagere – fx drenge vs. piger, yngre vs. ældre.

Cohen's d bruges til at vise, hvor stor en ændring der er sket fra baseline til afslutning af forløbet. Den beregnes som forskellen mellem deltagernes gennemsnit før og efter indsatsen, delt med spredningen (standardafvigelsen) ved baseline. Den tolkes ofte således:

- $d = 0,20$: svarer til en lille forskel
- $d = 0,50$: svarer til en mellemstor forskel
- $d = 0,80$: svarer til en stor forskel.

Da evalueringsdesignet ikke indebærer en kontrolgruppe, skal resultaterne fortolkes med forsigtighed. Vi kan ikke vide, hvordan udviklingen ville se ud for en tilsvarende børne-

og ungegruppe uden et TF-CBT-forløb. Vi kan dog sammenligne resultaterne med det norske effektstudie, hvor de fandt, at kontrolgruppen også havde en positiv udvikling. Hvor det er muligt, perspektiveres evalueringens fund til de norske resultater.

I virkningsevalueringen finder vi, at:

- Målgruppen består af børn og unge med meget høj belastning, herunder udbredte PTSD- og depressionssymptomer samt dårlig trivsel ved opstart.
- TF-CBT-behandlingen er forbundet med markante og konsistente forbedringer i symptombillede, psykisk trivsel og tankemønstre – vurderet af både børn og unge samt deres omsorgspersoner.
- Virkningerne fremstår robuste, men er sandsynligvis overvurderede, da der mangler en kontrolgruppe, og nogle deltagere ikke har svaret ved afslutning.
- Forbedringerne fastholdes og forstærkes ved 3 måneders opfølgning.
- Yngre børn og piger viser i nogle analyser lidt forskellige mønstre, men overordnet set profiterer alle grupper betydeligt af TF-CBT. Vi kan ikke påvise signifikant forskellige mønstre på baggrund af børnenes vurdering af relationen til terapeuten.

5.1 Børnene og de unge kort fortalt

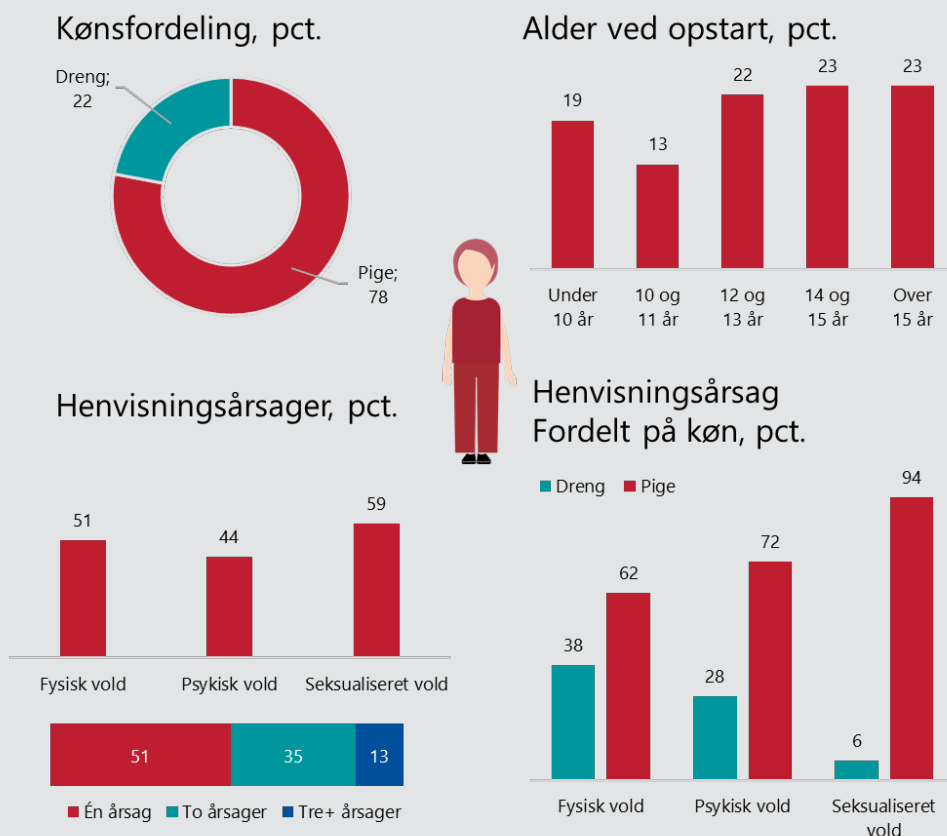
Dette afsnit beskriver de børn og unge, som har deltaget i TF-CBT-forløbet. Både barnet eller den unge og deres omsorgsperson har udfyldt spørgeskemaer ved forløbets opstart. I nogle tilfælde foreligger der skemaer for både barnet/den unge og omsorgspersonen, i andre tilfælde har kun barnet/den unge besvaret et opstartsskema, og i endnu andre tilfælde er det kun omsorgspersonen, der har besvaret et opstartsskema. Analyserne i dette afsnit bygger på de deltagere, hvor der foreligger mindst ét opstartsskema besvaret af enten barnet eller den unge eller af omsorgspersonen. Dette omfatter 91 deltagere, hvor 85 børn og unge har svaret på minimum et opstartsskema, og 82 omsorgspersoner har svaret på minimum et opstartsskema, hvoraf 76 har opstartsskemaer fra både barn/ung og omsorgsperson.

Som vist i Figur 5.2, er størstedelen af deltagerne piger (78 pct.). Den gennemsnitlige alder er 12,8 år, med en lille overvægt af unge over 13 år.

De fleste børn og unge er henvist til TF-CBT på baggrund af seksualiseret vold (59 pct.), men også fysisk og psykisk vold indgår hyppigt – ofte i kombination. Halvdelen af deltagerne er henvist på baggrund af én årsag, 35 pct. har to henvisningsårsager, og 13 pct. er henvist af alle tre årsager. Der ses tydelige kønsforskelle i henvisningsårsagerne: 94 pct. af de børn og unge, der er henvist for seksualiseret vold, er piger, mod 62 pct. blandt dem, der er henvist på baggrund af fysisk vold.

Figur 5.2 Deskriptiv statistik om barnet/den unge

Omsorgspersonerne kan vælge mere end én henvisningsårsag.



Anm.: N, køn og alder = 91, N, henvisningsårsager = 82.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Norske erfaringer viser, at TF-CBT oftest tilbydes piger i alderen 12-18 år, mens det er mere uklart, om indsatsen når traumeudsatte drenge, yngre børn, børn og unge med flygtningestatus, fra minoriteter eller fra marginaliserede familier (Birkeland et al., 2024).

Vi har desværre ikke data om, hvorvidt børnene og de unge har flygtningestatus, minoritetsbaggrund eller kommer fra marginaliserede familier. Men vi har data om børnene og de unges køn og alder, og vi kan derfor undersøge, om fordelingen af hhv. drenge og piger, der visiteres til TF-CBT, adskiller sig fra fordelingen af hhv. drenge og piger, der er blevet udredt i regi af børnehuset. Tilsvarende kan vi undersøge i forhold til børnene og de unges aldersfordeling. Børnene og de unge, som er vurderet i målgruppen for TF-CBT, svarer til gruppen, som visiteres til TF-CBT. 22 pct. er drenge, og

gennemsnitsalderen er 13,3 år. Vi finder således ingen forskelle på fordelingerne på køn og alder mellem den gruppe af børn og unge, som er hhv. udredt eller visiteret til TF-CBT. I den danske kontekst kan vi således ikke genfinde, at TF-CBT i mindre grad når de traumeudsatte drenge og de yngre børn.

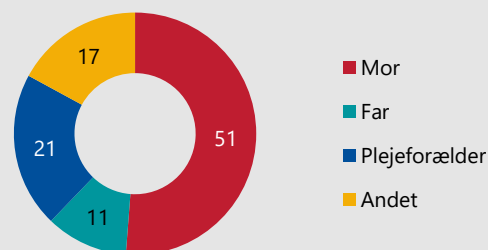
I børnehusenes indledende udredning og screening har den faglige medarbejder vurderet barnets eller den unges PTSD-symptomer (se afsnit 8.2.2 for flere detaljer om screeningen). Hvis symptomerne i væsentlig grad influerer barnets eller den unges hverdag og funktionsevne, er vedkommende i målgruppen for TF-CBT.

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af børnenes og de unges mentale trivsel ved opstarten i TF-CBT-forløbet (baseline), baseret på de unges egen vurdering og omsorgspersonernes vurdering.

I alt har 82 omsorgspersoner udfyldt et spørgeskema ved baseline. De vurderer barnets eller den unges PTSD-symptomer ved hjælp af CATS-2. Desuden vurderer de barnets eller den unges trivsel ud fra SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) og KIDSCREEN (se afsnit 8.2.2, for en beskrivelse af de anvendte redskaber).

Betegnelsen 'omsorgsperson' dækker over flere relationer (se Figur 5.3). Langt størstedelen er mødre (51 pct.), mens fædre udgør 11 pct. og plejeforældre 21 pct. Kategorien 'andet' omfatter bl.a. forældre, der har besvaret skemaet sammen, samt personale fra et anbringelsessted.

Figur 5.3 Omsorgspersonens relation til barnet/den unge



Anm.: N = 82.

Note: Andet omfatter bl.a. forældre eller personale fra et anbringelsessted.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

5.2 PTSD-symptomer ved baseline

Til kortlægning af traumatiske erfaringer og symptomer anvendes Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2). Redskabet vurderer symptomer på både PTSD og kompleks PTSD hos børn og unge. CATS-2 består af to dele: Den første kortlægger eksponering for potentielt traumatiske hændelser, mens den anden afdækker symptomer

på posttraumatisk stress og deres betydning for barnets eller den unges funktionsniveau. Der foreligger både en version, der udfyldes af barnet/den unge, samt en version til omsorgspersoner.

CATS-2 er anvendt i evalueringer af traumefokuserede behandlingsformer, herunder TF-CBT i Norge. Den danske version er oversat af SDU og VIVE (Løkkegaard et al., 2024), og Videnscenter for Psykotraumatologi ved SDU undersøger aktuelt validiteten af den danske version.

Spørgeskemaet omfatter 20 spørgsmål om PTSD-symptomer, hvor barnet eller den unge angiver, hvor ofte de i de seneste 4 uger har haft bestemte tanker, følelser eller problemer. Der er også 5 spørgsmål om, hvordan symptomerne påvirker dem.

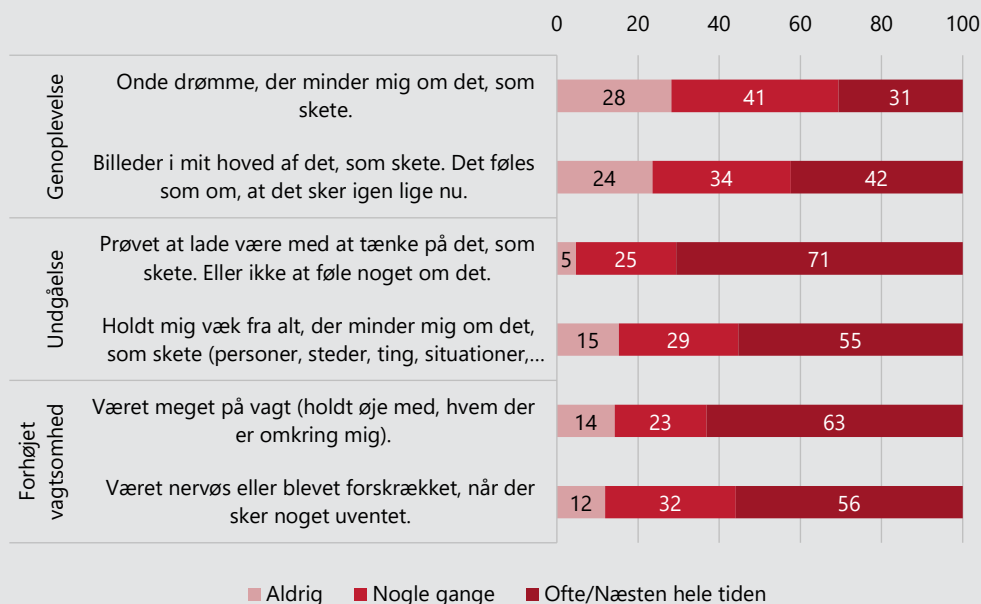
Af de 20 spørgsmål anvendes 6 spørgsmål til at score intensiteten af PTSD-symptomer i henhold til ICD-11⁵. De 6 spørgsmål afdækker tre kriterier: *genoplevelse*, *undgåelse* og *forhøjet vagtsomhed*.

Figur 5.4 viser, hvordan børnene og de unge har svaret på de 6 spørgsmål. Samlet set oplever halvdelen genoplevelse, 86 pct. oplever undgåelse, og 77 pct. oplever forhøjet vagtsomhed. Det mest udbredte enkeltstående symptom er undgåelse, hvor 95 pct. angiver, at de nogle gange, ofte eller næsten hele tiden prøver at lade være med at tænke på det, som skete.

⁵ ICD-11 står for International Classification of Diseases, 11th Revision, og er Verdenssundhedsorganisationens (WHO) nyeste version af det internationale diagnosesystem for sygdomme og helbredsrelaterede tilstande.

Figur 5.4 Børnene og de unge har markeret, hvor ofte de i løbet af de sidste 4 uger har haft disse tanker, følelser eller problemer. I procent.

Følgende er et udsnit af spørgeskemaet. Disse seks udsagn er valgt, da de bruges til scoring af intensitet af posttraumatiske stresssymptomer (ICD-11 PTSD).



Anm.: N = 84.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

En samlet score for intensiteten af posttraumatiske stresssymptomer (PTSD) beregnes ud fra de 6 spørgsmål, der dækker kriterierne for PTSD i ICD-11 (*genoplevelse*, *undgåelse* og *forhøjet vagtsomhed*). Scoren kan variere fra 0 til 18. En score på 7 eller derover indikerer et forhøjet stressniveau over den kliniske grænse, mens en score på 9 eller mere indikerer høj traumerelateret stress og sandsynligvis PTSD. Børn og unge, der scorer 7 eller derover, vurderes i målgruppen for TF-CBT.

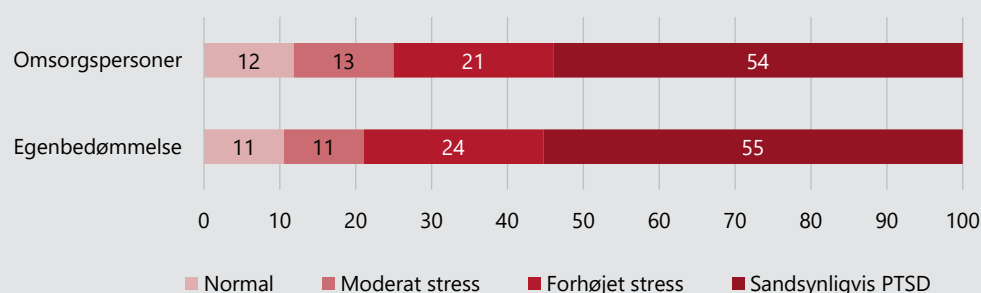
Derudover beregnes en samlet score for intensiteten af kompleks PTSD (KPTSD) i overensstemmelse med ICD-11, baseret på yderligere 6 spørgsmål. Scoren kan variere fra 0 til 36. En score på 13 eller derover indikerer et forhøjet stressniveau over den kliniske grænse, mens en score på 16 eller mere indikerer høj traumerelateret stress og sandsynligvis KPTSD.

Fordelingen af scorene for både PTSD og KPTSD er vist i Figur 5.5.

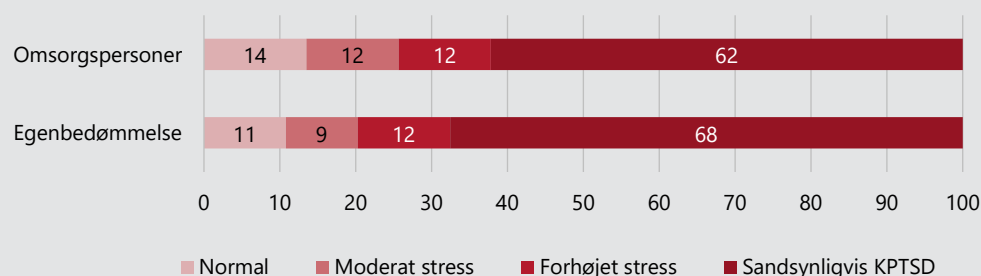
Figur 5.5 Intensitet af posttraumatiske stresssymptomer (ICD-11 PTSD) og komplekse posttraumatiske stresssymptomer på baggrund af egne og omsorgspersonens bedømmelser. I procent.

I figuren indgår de børn og unge, som både har egenbedømmelse og omsorgspersonens bedømmelse.

PTSD:



KPTSD:



Anm.: N, PTSD = 76, N, KPTSD = 74.

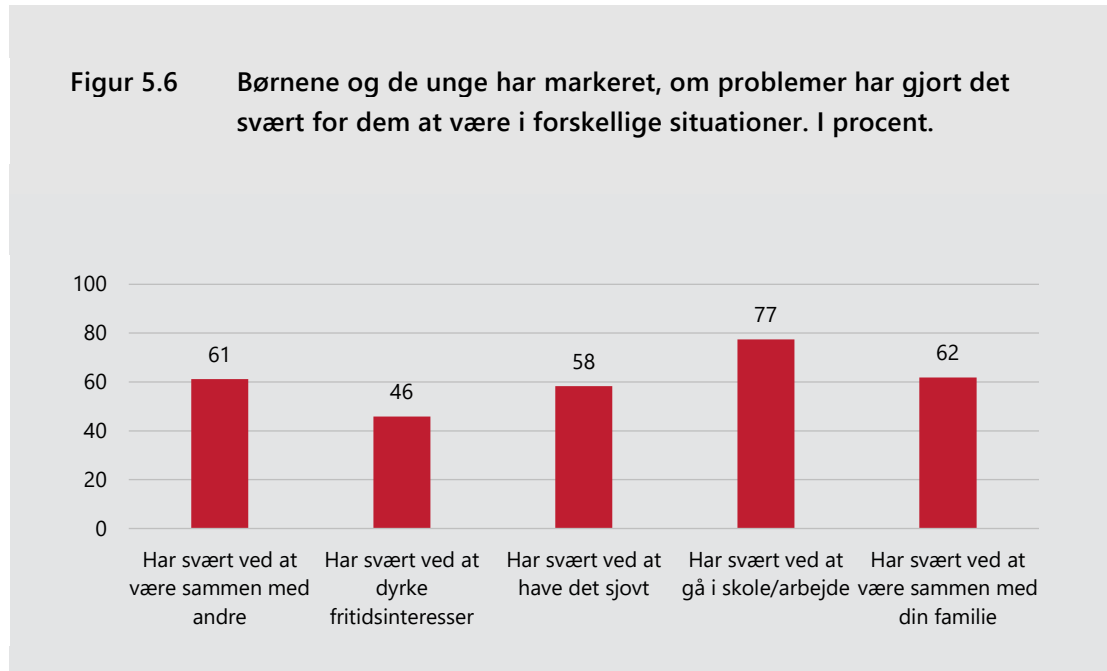
Kilde: VIVES før- og eftermåling af børnene og de unge.

Blandt de 76 børn og unge, hvor barnet/den unge og omsorgspersonen har svaret, ses det, at langt de fleste børn og unge har et forhøjet niveau af traumerelateret stress.

Ved forløbets start lå 79 pct. over den kliniske grænse for PTSD og 80 pct. over grænsen for kompleks PTSD (KPTSD). Tilsvarende lå 80 pct. ifølge børnene og 74 pct. ifølge omsorgspersonerne over den kliniske grænse for KPTSD.

Andelen over den kliniske grænse er dermed høj og nogenlunde ens for PTSD og KPTSD på tværs af informanter. Omsorgspersonerne vurderer dog generelt lidt færre symptomer end børnene og de unge selv, hvilket kan skyldes, at de ikke i samme grad kender til barnets eller den unges indre oplevelse af symptomerne.

Børnene og de unge har også vurderet, om problemerne har gjort det svært for dem at være i forskellige situationer. Figur 5.6 viser, at 77 pct. vurderer, at det er svært for dem at gå i skole/arbejde grundet de problemer, som hændelsen har medført. 61 pct. har svært ved at være sammen med andre, og 62 pct. har svært ved at være sammen med deres familie. 58 pct. har svært ved at have det sjovt. 46 pct. har svært ved at dyrke fritidsinteresser.



Anm.: N = 84.

Kilde: VIVES før- og eftermåling af børnene og de unge.

5.2.1 Ændringen i PTSD-symptomer ved TF-CBT-behandling

Børnene og de unges PTSD-symptomer er det mest centrale mål for TF-CBT-indsatsen. I denne evaluering er symptomerne vurderet af både barnet/den unge og af deres omsorgspersonen, og der foreligger desuden en opfølgning 3 måneder efter behandlingsafslutning, som gør det muligt at vurdere, om eventuelle virkninger fastholdes over tid.

Som vist i Figur 5.7, falder barnet/den unges PTSD-symptomer markant gennem forløbet. Både børnene/de unge og omsorgspersonerne rapporterer færre negative tanker, følelser og problemer ved afslutning i forhold til opstart.

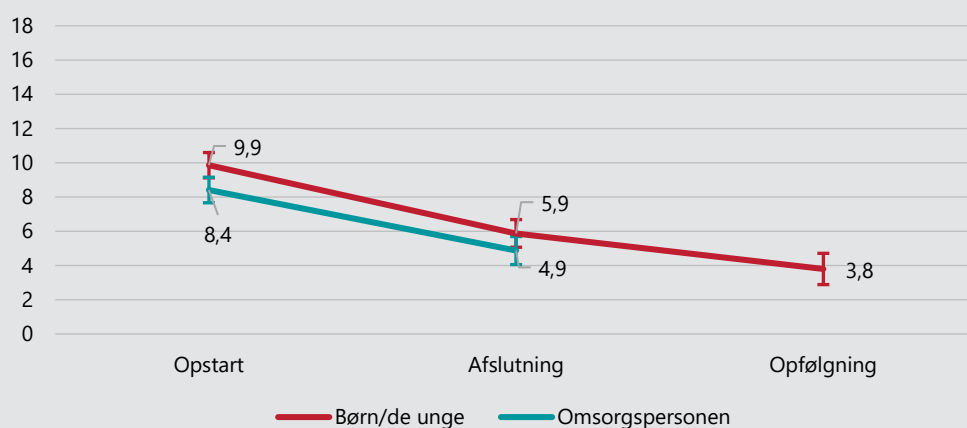
Ændringen fra baseline til afslutning svarer til en effektstørrelse (Cohen's d) på 1,6 for barnet/den unges egne vurderinger og 1,3 for omsorgspersonens vurdering – hvilket indikerer en meget stor reduktion i PTSD-symptomer over tid. Den store effektstørrelse kan hænge sammen med, at der er et højt symptomniveau ved opstart og en relativt lav variation i, hvordan de scorer. Vi ser desuden et systematisk frafald i dem, som ikke

har besvaret den afsluttende måling, hvilket også kan drive effektstørrelsen op (se afsnit 8.2.4 for nærmere beskrivelse af frafaldet).

Opfølgningsmålingen 3 måneder efter afslutning viser, at børnene og de unges symptomforbedring ikke blot fastholdes, men tilmed forstærkes over tid.

Figur 5.7 PTSD-symptomer, ændring over tid. Vurderet af barnet/den unge og af omsorgspersonen.

Figuren viser de forudsagte gennemsnitlige PTSD-scorer for børn og unge samt for omsorgspersonerne. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller. Skalaen går fra 0-18. En score på 9 eller derover viser høj traumerelateret stress (sandsynlig PTSD), mens en score på 7 eller derover viser forhøjet stress (over klinisk grænse). En score mellem 5 og 6 viser moderat traumerelateret stress, og en score under 5 er i normalzonen.



Anm.: N, børn og unge: 192 observationer fra i alt 85 børn/unge. N, omsorgspersoner: 141 observationer fra i alt 82 børn/omsorgspersoner.

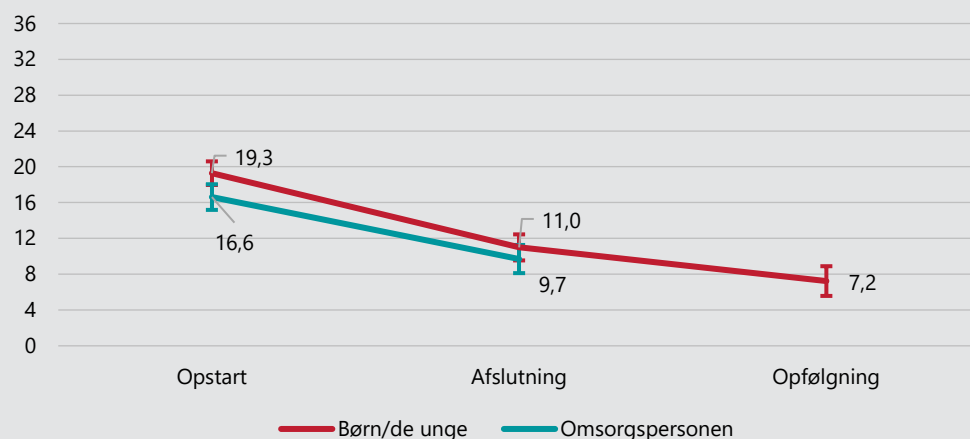
Estimerne er beregnet på baggrund af en mixed effects-model med tilfældigt intercept på børne-/ungeniveau og justeret for relevante baggrundsvariable. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller.

Kilde: VIVES før- og eftermåling af børnene og de unge.

Ser vi på virkningerne for kompleks-PTSD, er resultaterne stort set identiske (Figur 5.8). Ændringen fra baseline til afslutning svarer til en effektstørrelse (Cohen's d) på 1,7 ifølge barnet/den unges egne vurderinger og 1,4 ifølge omsorgspersonens vurdering.

Figur 5.8 Komplex PTSD-symptomer, ændring over tid. Vurderet af barnet/den unge og af omsorgspersonen

Figuren viser de forudsagte gennemsnitlige komplekse PTSD-scoringer for børn og unge samt for omsorgspersonerne. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller. Skalaen går fra 0-36. En score på 16 eller derover viser høj traumerelateret stress (sandsynlig KPTSD), mens en score på 13 eller derover viser forhøjet stress (over klinisk grænse). En score mellem 10 og 12 viser moderat traumerelateret stress, og en score under 10 er i normalzonen.



Anm.: N, børn og unge: 192 observationer fra i alt 85 børn/unge. N, omsorgspersoner: 141 observationer fra i alt 82 børn/omsorgspersoner.

Estimerne er beregnet på baggrund af en mixed effects-model med tilfældigt intercept på børne-/ungeniveau og justeret for relevante baggrundsvariable. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller.

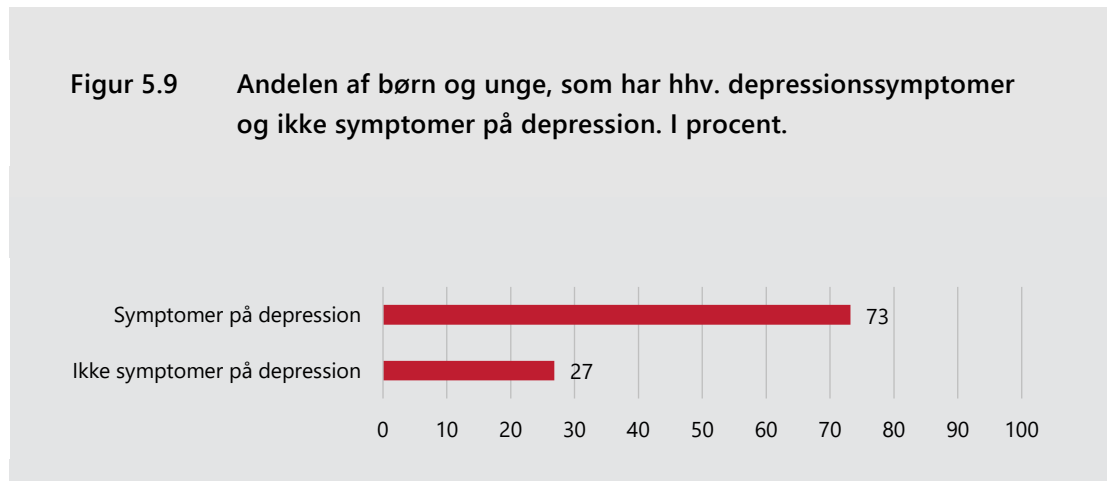
Kilde: VIVES før- og eftermåling af børnene og de unge.

Ved hjælp af subgruppeanalyser undersøger vi, om virkningen af TF-CBT varierer på tværs af alder (under 13 år eller 13 år eller mere) og køn. På baggrund af børnenes og de unges egne vurderinger er der ikke nogen signifikant forskel mellem grupperne i forhold til PTSD-symptomer. Omsorgspersonerne vurderer derimod, at de yngre børn oplever en signifikant større reduktion i PTSD-symptomer end de ældre, samt at drenge oplever en signifikant mindre reduktion end piger. Subgruppeanalysen for KPTSD-symptomer viser ingen forskelle mellem grupperne.

5.3 Depressionssymptomer ved baseline

Depressive symptomer måles med MFQ (Mood and Feelings Questionnaire), udfyldt af barnet eller den unge. MFQ indeholder spørgsmål om, hvorvidt de har følt sig ensomme, hadet sig selv, grædt meget eller ikke har følt glæde ved noget som helst.

På baggrund af 13 spørgsmål beregnes en samlet depressionsscore, der går fra 0 til 26. En score på 12 eller derover for piger og 6 eller derover for drenge indikerer kliniske tegn på depression (Jarbin et al., 2020). Ved forløbets start ligger 73 pct. af børnene eller de unge over denne grænse⁶, hvilket viser, at en stor del af deltagerne har depressionsniveauer i det kliniske område (se Figur 5.9). Andelen er lidt højere blandt piger (77 pct.) end drenge (61 pct.).



Anm.: N = 82.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

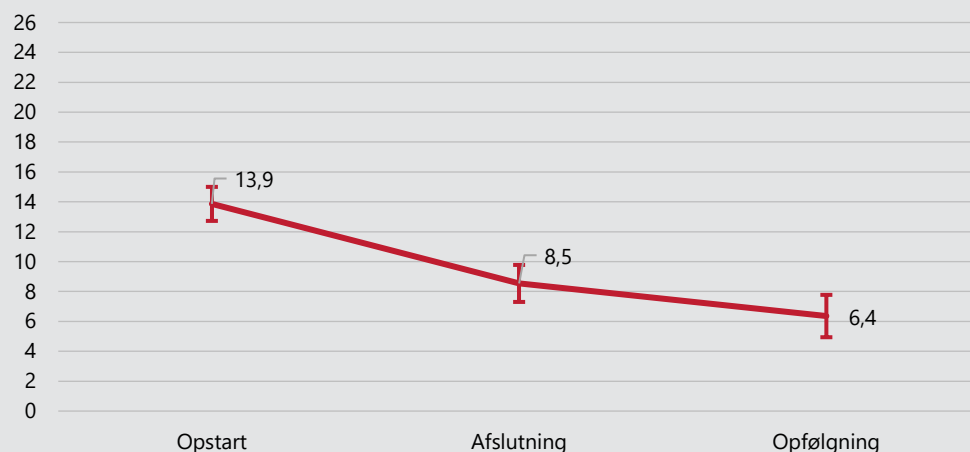
5.3.1 Ændringen i depressionssymptomer ved TF-CBT-behandling

Figur 5.10 viser den gennemsnitlige ændring i depressionsscorer for børn og unge. Der ses et signifikant fald i depressionsscoren fra opstart til afslutning af TF-CBT-forløbet. Effektstørrelsen (Cohen's d) er på 1,3, hvilket indikerer en stor reduktion i depressionssymptomer over tid. Efter forløbets afslutning falder scoren yderligere, hvilket tyder på, at forbedringerne fastholdes og forstærkes over tid.

⁶ Opdeler vi på køn, så er 77 pct. af pigerne over den kliniske grænse og 61 pct. af drengene.

Figur 5.10 Depressionssymptomer, ændring over tid. Vurderet af barnet/den unge.

Figuren viser de forudsagte gennemsnitlige depressionsscorer for børn og unge. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller. Skalaen går fra 0-26. En score på 12 eller derover viser symptomer på depression hos piger, mens det samme gælder for en score på 6 eller derover for drenge.



Anm.: N, børn og unge: 192 observationer fra i alt 85 børn/unge.

Estimerne er beregnet på baggrund af en mixed effects-model med tilfældigt intercept på børne-/ungeniveau og justeret for relevante baggrundsvariable. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller.

Kilde: VIVES før- og eftermåling af børnene og de unge.

Når vi undersøger virkningen i subgrupper, ser vi, at unge over 13 år oplever en signifikant større reduktion i depressionssymptomer end de yngre børn. I forhold til køn starter pigerne med et højere symptomniveau end drengene, men der er ikke signifikant forskel i selve virkningen mellem kønnene. Forskellen i udgangspunkt hænger sammen med, at piger generelt skal have flere symptomer end drenge for at opfylde kriterierne for klinisk depression.

5.4 Dysfunktionelle traumerelaterede tanker ved baseline

CPTCI (*Child Post-Traumatic Cognitions Inventory*) måler dysfunktionelle, traumerelaterede tanker hos børn og unge i alderen 6-17 år. Skemaet giver et indblik i omfanget af de negative tankemønstre, der kan opstå efter en traumatisk hændelse. Sådanne tanker kan bidrage til at fastholde symptomer på PTSD, og et centralt mål med TF-CBT er

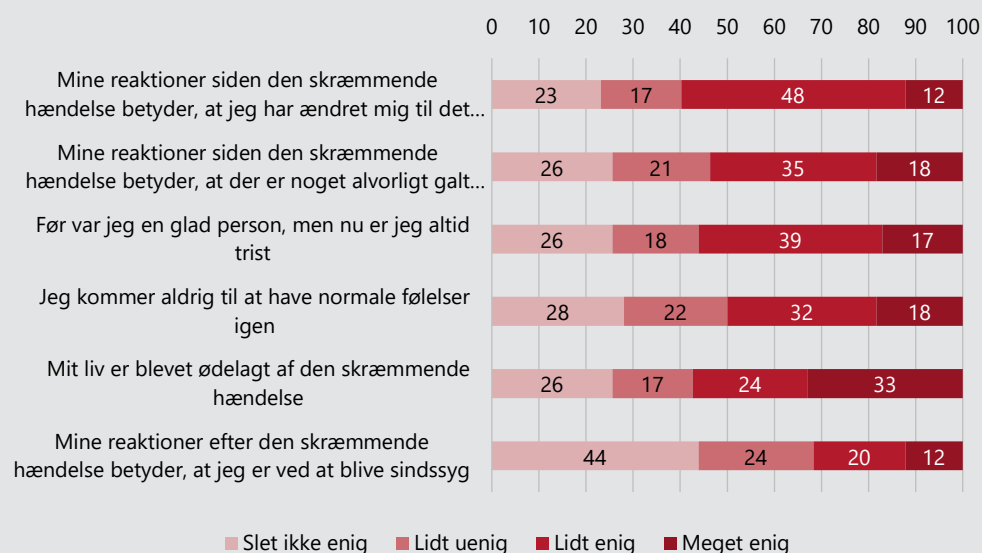
derfor at reducere disse negative overbevisninger og styrke børnenes og de unges oplevelse af mestring og kontrol.

CPTI består af to subskalaer: 1. *Varige og forstyrrende forandringer* samt 2. *Skrøbelig person i en skræmmende verden*.

Figur 5.11 viser, at en stor del af børnene og de unge oplever *varige og forstyrrende forandringer* efter hændelsen. I alt 60 pct. er lidt eller meget enige i, at deres liv har ændret sig til det værre, 56 pct. føler sig triste, og 57 pct. oplever, at deres liv er blevet ødelagt af den skræmmende hændelse. Disse tal vidner om, at børnene og de unge ved forløbets opstart i høj grad er præget af negative og dysfunktionelle tanker.

Figur 5.11 Børnene og de unge har markeret, hvordan de har tænkt og følt siden den skræmmende hændelse i forhold til varige og forstyrrende forandringer. I procent.

Figuren viser de items, som omhandler varige og forstyrrende forandringer (*Permanent and disturbing change*).



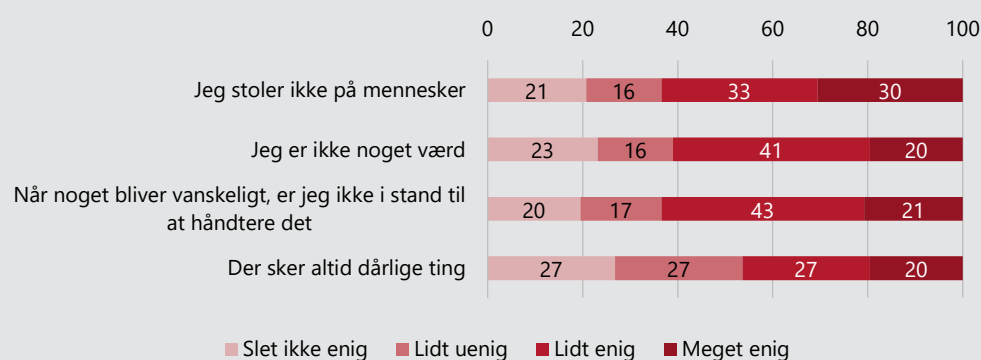
Anm.: N = 82.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Subskalaen *skrøbelig person i en skræmmende verden* (Figur 5.12) sætter fokus på børnenes og de unges tillid til andre mennesker, deres oplevede selvværd og deres oplevelse af at kunne håndtere det, når der sker noget vanskeligt. Også her viser tallene, at børnene og de unge oplever alvorlig mistro og er præget af negative tanker. 61 pct.

angiver, at de ikke er noget værd, og 63 pct. angiver, at de ikke føler sig i stand til at håndtere vanskelige situationer.

Figur 5.12 Børnene og de unge har markeret, hvordan de har tænkt og følt siden den skræmmende hændelse i forhold til at være en skrøbelig person i en skræmmende verden. I procent.



Anm.: N = 82.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

McKinnon et al. (2016) angiver, at en samlet CPTCI-score på 16 eller derover typisk ses hos børn og unge med PTSD og afspejler et niveau af negative traumerelaterede tanker, som anses for problematisk. I denne evaluering ligger 84 pct. af børnene og de unge ved opstarten over denne grænse, hvilket peger på et højt niveau af dysfunktionelle tanker.

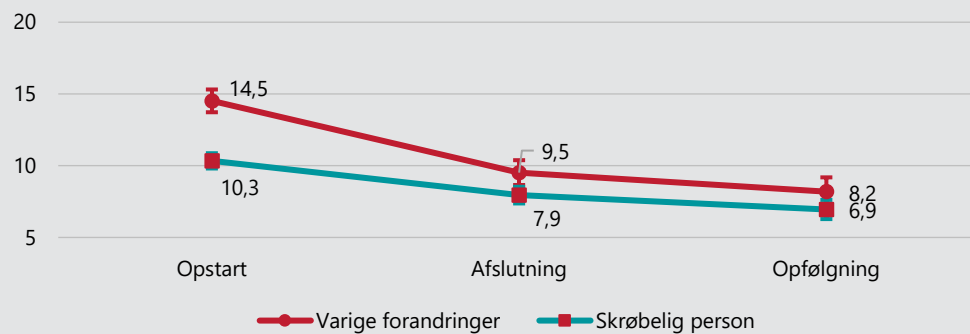
5.4.1 Ændringen i dysfunktionelle traumerelaterede tanker ved TF-CBT-behandling

Fra opstarten til afslutning af TF-CBT-forløbet ses et markant og signifikant fald i de dysfunktionelle traumerelaterede tanker – både på delskalaen *varige og forstyrrende forandringer* (varige forandringer) og delskalaen *skrøbelig person i en skræmmende verden* (skrøbelig person). Effektstørrelsen (Cohen's d) udgør hhv. 1,6 og 1,2, hvilket indikerer store reduktioner i negative tanker fra start til slut. Efter forløbets afslutning falder scorerne yderligere.

Figur 5.13 viser den gennemsnitlige ændring på de to subskalaer. Subgruppeanalyser viser, at de ældre deltagere (over 13 år) oplever en signifikant større positiv udvikling i forhold til at være en skrøbelig person i en skræmmende verden.

**Figur 5.13 Dysfunktionelle traumerelaterede tanker, ændring over tid.
Vurderet af barnet/den unge.**

Figuren viser de forudsagte gennemsnitlige scorer for børn og unges vurderinger af hhv. *varige og forstyrrende forandringer* (varige forandringer) samt *skrøbelig person i en skræmmende verden* (skrøbelig person). Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller. Skalaen går fra 5-20.



Anm.: N, børn og unge: 192 observationer fra i alt 85 børn/unge.

Estimerne er beregnet på baggrund af en mixed effects-model med tilfældigt intercept på børne-/ungeniveau og justeret for relevante baggrundsvariable. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller.

Kilde: VIVES før- og eftermåling af børnene og de unge.

5.5 Trivsel målt ved SDQ i baseline

Omsorgspersonen udfylder SDQ, som består af 25 spørgsmål, der belyser børnenes og unges mentale trivsel ud fra deres styrker og svagheder. Skemaet dækker følgende fem domæner:

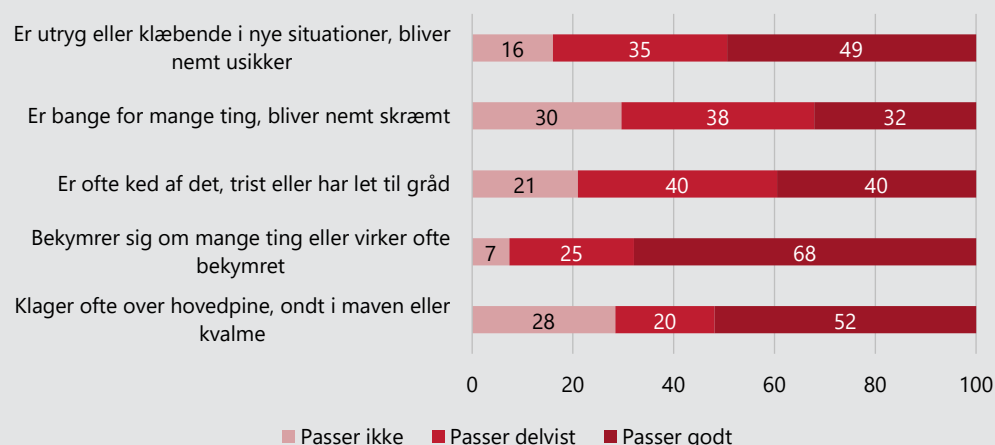
- Emotionelle problemer
- Problemer i forhold til jævnaldrende
- Hyperaktivitet/opmærksomhedsforstyrrelser
- Adfærdsproblemer
- Sociale styrker.

Der beregnes desuden en totalscore for de fire problemområder. Danske normer for alder og køn anvendes til at vurdere, om symptomerne ligger inden for normalområdet eller på et forhøjet niveau.

De to første domæner, emotionelle problemer og problemer i forhold til jævnaldrende, måler indadadreagerende symptomer. De emotionelle problemer berører børnenes og de unges mentale velbefindende (fx angst, depression, hovedpine), mens problemer i forhold til jævnaldrende måler omfanget af introvert problemadfærd (fx mobning, om man er en enspænder, og om man har venner).

Emotionelle problemer er det problemområde, hvor børnene og de unge har størst udfordringer ved forløbets start. Som vist i Figur 5.14 vurderer stort set alle omsorgspersoner (dvs. svarer 'passer delvist' eller 'passer godt'), at barnet eller den unge ofte bekymrer sig (93 pct.) eller virker utryg i nye situationer (84 pct.), og 79 pct. angiver, at barnet eller den unge ofte er ked af det, er trist eller har let til gråd.

Figur 5.14 Omsorgspersonen har markeret, hvor godt følgende udsagn om emotionelle problemer passer på børnene/de unge i løbet af de sidste 6 måneder. I procent.



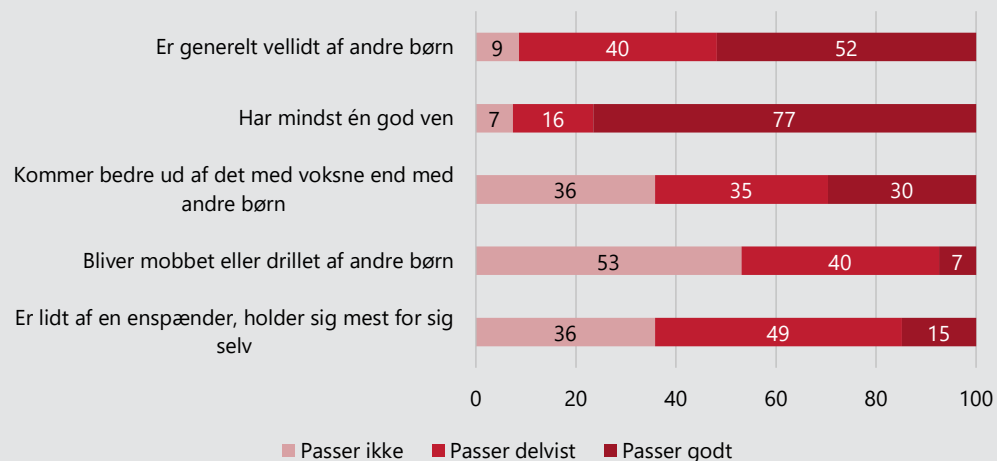
Anm.: N = 81.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Sammenlignes resultaterne med danske normdata for jævnaldrende skoleelever, og tages der højde for både alder og køn, ses det, at 39 pct. af børnene og de unge i TF-CBT har en 'meget høj' score på emotionelle problemer. Det svarer til de 5 pct. højst scorende blandt skolebørn i samme alder.

Ser vi på problemer med jævnaldrende (Figur 5.15), rapporterer omsorgspersonerne, at 47 pct. bliver mobbet eller drillet af andre børn. Samtidig har langt størstedelen mindst én god ven (93 pct.), og 91 pct. er generelt vellidt af andre børn.

Figur 5.15 Omsorgspersonen har markeret, hvor godt følgende udsagn om problemer med jævnaldrende passer på børnene/de unge i løbet af de sidste 6 måneder. I procent.



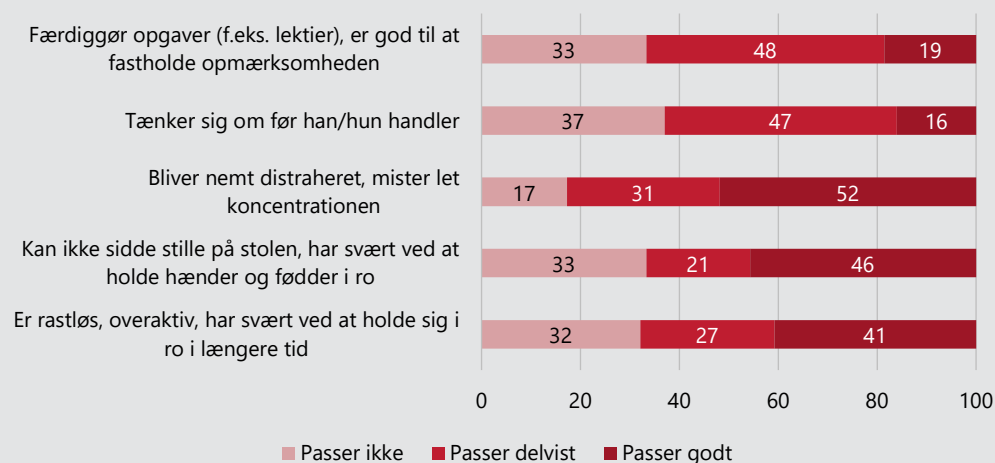
Anm.: N = 81.

Kilde: VIVES før- og eftermåling af børnene og de unge.

Overordnet tyder resultaterne på, at problemer med jævnaldrende fylder mindre end de emotionelle problemer. Sammenlignet med danske skoleelever ligger 16 pct. af børnene og de unge i TF-CBT blandt de 5 pct. med flest problemer med jævnaldrende, hvilket dog stadig viser en tydelig overrepræsentation af børn og unge med problemer blandt de børn og unge, der er i TF-CBT-forløb.

Ser vi på hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser, viser Figur 5.16, at omsorgspersonerne vurderer, at 83 pct. nemt bliver distraheret og let mister koncentrationen, og 68 pct. beskrives som rastløse.

Figur 5.16 Omsorgspersonen har markeret, hvor godt følgende udsagn om hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser passer på børnene/de unge i løbet af de sidste 6 måneder. I procent.



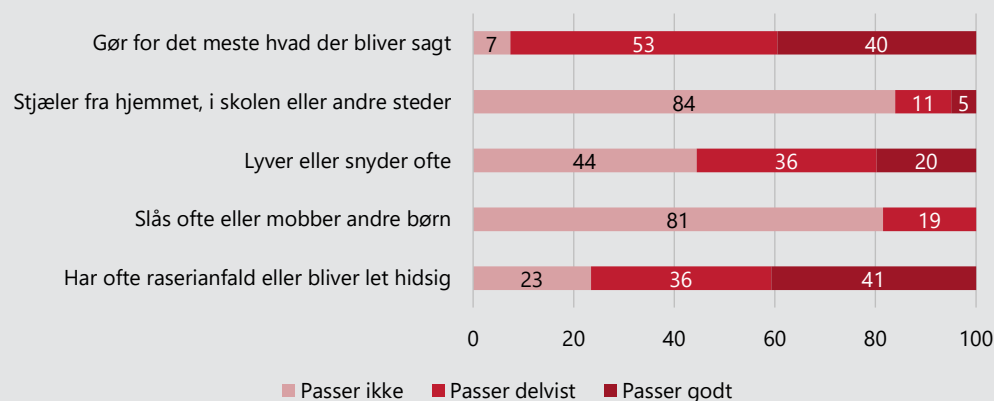
Anm.: N = 81.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Sammenholdt med de danske normer ligger 35 pct. af børnene og de unge i TF-CBT-forløb blandt de 5 pct. mest udfordrede i en almindelig skoleklasse, når der tages højde for køn og alder. Hyperaktivitet er således også et område, hvor målgruppen vurderes at have tydelige problemer.

Det fjerde problemområde i SDQ er adfærdsproblemer. Som vist i Figur 5.17, vurderer omsorgspersonerne, at 75 pct. af børnene og de unge ofte har raserianfald eller let bliver hidsige, og lidt over halvdelen angiver, at børnene og de unge ofte lyver eller snyder. Omvendt vurderes det, at langt de fleste hverken stjæler eller mobber (ca. 8 ud af 10).

Figur 5.17 Omsorgspersonen har markeret, hvor godt følgende udsagn om adfærdsproblemer passer på børnene/de unge i løbet af de sidste 6 måneder. I procent.



Anm.: N = 81.

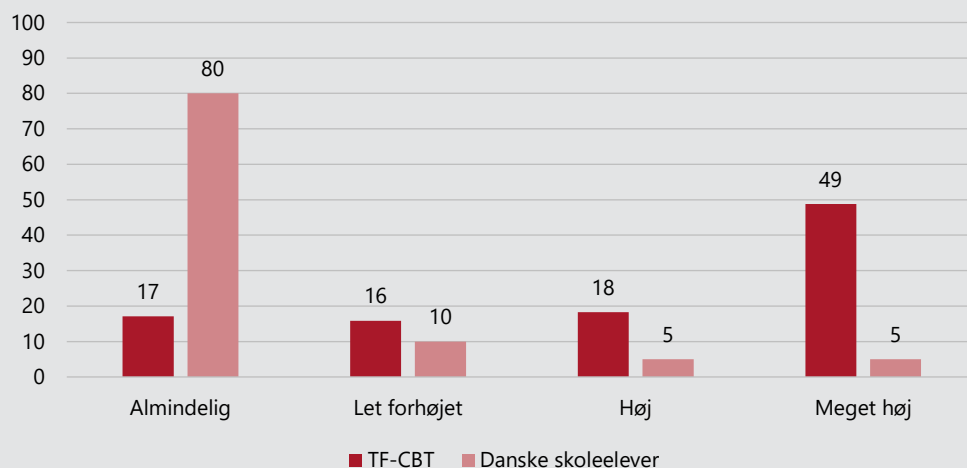
Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Sammenlignet med danske normdata har 39 pct. af børnene og de unge i TF-CBT meget høje niveauer af adfærdsproblemer – svarende til de 5 pct. højest scorende blandt danske børn og unge i samme alder.

Samlet set peger resultaterne på, at børnene og de unge i TF-CBT-forløb har vanskeligheder på tværs af flere områder af trivsel. Samtidig tegner der sig et tydeligt mønster, hvor de internaliserede problemer – især de emotionelle vanskeligheder – fylder mest. Børnene og de unge vurderes markant højere på dette område end jævnaldrende børn og unge i den generelle befolkning.

Ser vi på den samlede problemscore, er det ligeledes tydeligt, at der er tale om børn og unge med betydelige udfordringer (se Figur 5.18). 48 pct. af børnene og de unge i TF-CBT scorer blandt de 5 pct. af danske skoleelever med de største problemer, mens kun 17 pct. ligger inden for det "almindelige" område. I beregningen er der taget højde for køn og alder.

Figur 5.18 Samlet problemscore fordelt på, om scoren er almindelig, let forhøjet, høj eller meget høj sammenlignet med danske skoleelever. I procent.



Anm.: N_TF-CBT = 82.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge og <http://sdq.dk/wp-content/uploads/2023/06/SDQ-normtal-for-6-10-%C3%A5rige-skoleelever.pdf> og <http://sdq.dk/wp-content/uploads/2019/12/SDQ-normtal-for-11-17-%C3%A5rige.pdf>

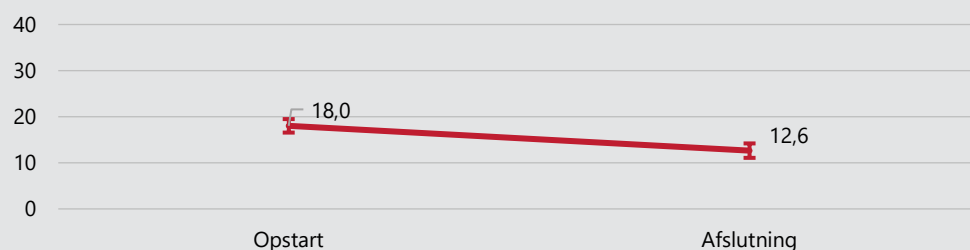
På trods af de mange udfordringer viser subskalaen sociale styrker, at børnene og de unge også har markante ressourcer. Omsorgsgiverne angiver, at næsten alle børn og unge er betænksomme, hjælpsomme og omsorgsfulde over for både voksne og børn.

5.5.1 Ændringer i SDQ ved deltagelse i TF-CBT

Ser vi på ændringerne i den samlede problemscore fra opstart til afslutning af TF-CBT-forløbet baseret på omsorgspersonernes vurdering, ses et stort og signifikant fald (Figur 5.19). Effektstørrelsen (Cohen's d) er 1,4. Der er således tale om en stor forbedring i børnenes og de unges samlede trivsel. Ser vi på de enkelte problemområder og de prosociale styrker, viser resultaterne statistisk sikre forbedringer på alle områder. Den største reduktion ses for emotionelle problemer, hvor effektstørrelsen er 1,31 (Cohen's d), hvilket stemmer overens med, at dette også var det område, hvor udfordringerne var mest udtalte ved forløbets start. I subgruppeanalysen finder vi ingen signifikante forskelle på grupperne i forhold til alder og køn.

Figur 5.19 Den samlede problemscore, ændring over tid. Vurderet af omsorgspersonen.

Figuren viser de forudsagte gennemsnitlige SDQ-scorer for børn og unge vurderet af omsorgspersonerne. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller. Skalaen går fra 0-40.



Anm.: N, omsorgspersoner: 142 observationer fra i alt 83 børn/omsorgspersoner.

Estimaterne er beregnet på baggrund af en mixed effects-model med tilfældigt intercept på børne-/ungeniveau og justeret for relevante baggrundsvariable. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

5.6 Trivsel målt ved KIDSCREEN

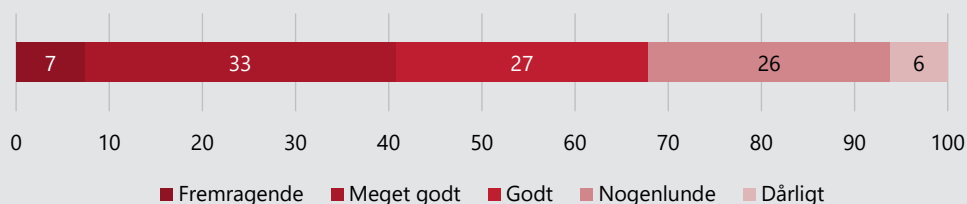
Omsorgspersonen har også besvaret KIDSCREEN, et måleinstrument, der giver et indblik i børnenes og de unges trivsel og sundhed på følgende områder:

- Fysisk sundhed
- Humør og følelser
- Familie og fritid
- Venner
- Trivsel i skolen.

KIDSCREEN kommer bredt omkring barnets eller den unges trivsel. Spørgeskemaet indledes med et overordnet spørgsmål omkring barnets eller den unges generelle helbred. Generelt helbred fortæller noget om barnets eller den unges livskvalitet, og et godt helbred kan betragtes som en beskyttelsesfaktor for senere negativ udvikling.

Figur 5.20 viser, at 32 pct. af omsorgspersonerne vurderer, at barnets eller den unges generelle helbred ved opstart er dårligt eller nogenlunde.

Figur 5.20 Omsorgspersonens vurdering af barnet/den unges helbred generelt. I procent.

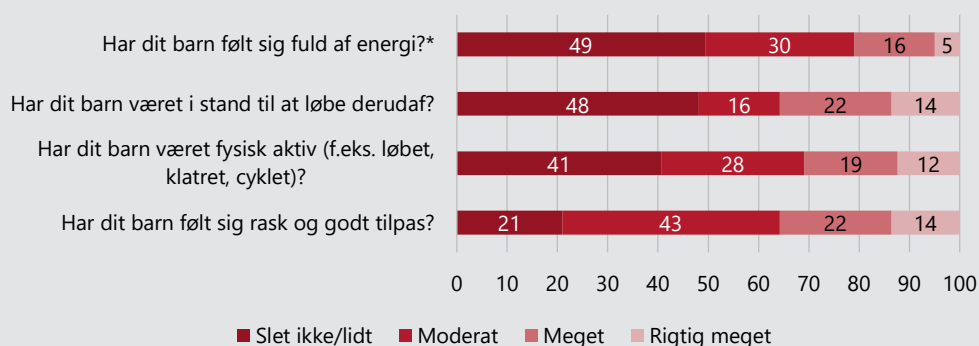


Anm.: N = 81.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Omkring halvdelen (49 pct.) af omsorgspersonerne vurderer desuden, at barnet eller den unge 'lidt' eller 'slet ikke' har følt sig fuld af energi, været i stand til at løbe derudaf eller været fysisk aktiv (Figur 5.21). Det peger på, at en betydelig del af børnene og de unge allerede ved forløbets start har udfordringer med fysisk energi og aktivitet.

Figur 5.21 Omsorgspersonen har svaret i forhold til fysisk aktivitet og sundhed på følgende "Tænk på sidste uge ..."

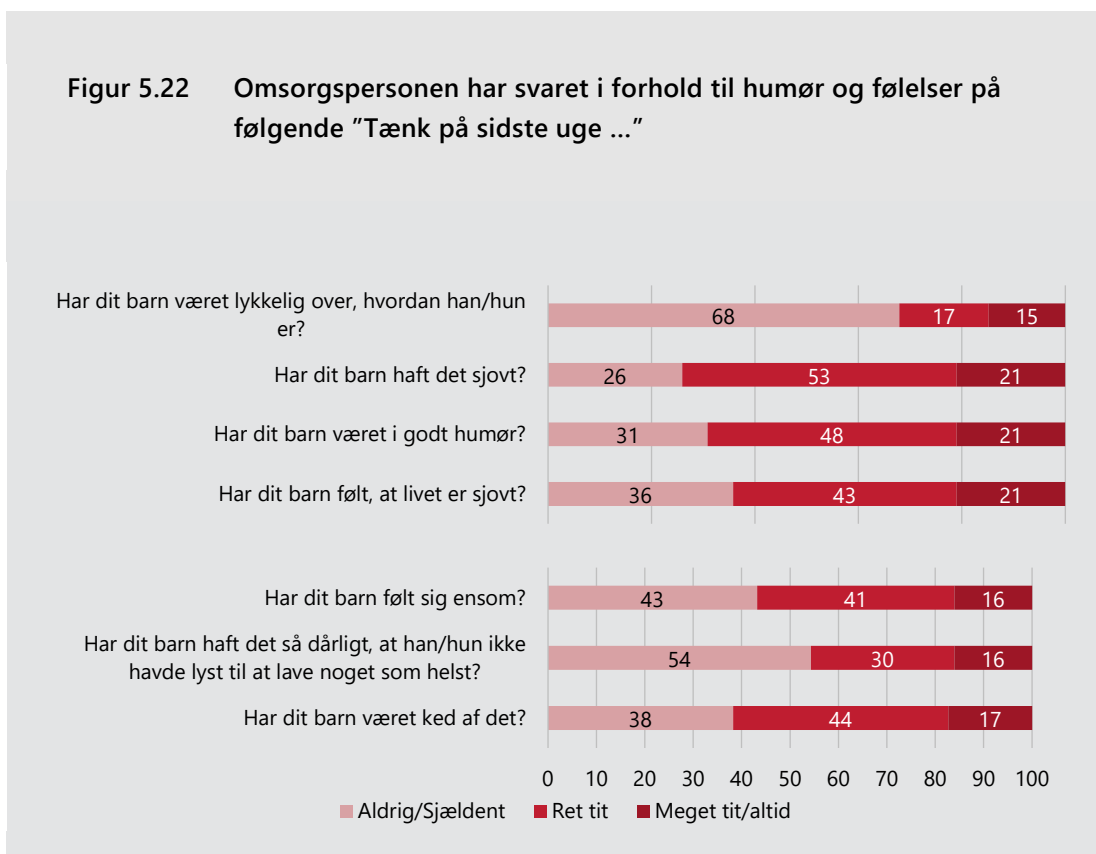


Anm.: N = 81.

Note: *Spørgsmålet "har dit barn følt sig fuld af energi?" har svarkategorier med en lidt anden ordlyd: 'aldrig/sjældent', 'ret tit' og 'meget tit/altid'.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Ser vi på omsorgspersonernes vurdering af barnet eller den unges humør og følelser, fremgår det af Figur 5.22, at de fleste børn og unge oplever glæde i hverdagen og synes, at livet er sjovt, men samtidig vurderer 2 ud af 3 aldrig eller sjældent at være lykkelige over, hvordan de er. Derudover vurderer omsorgspersonerne, at omkring halvdelen af børnene og de unge ofte er ensomme, mangler lyst til at lave ting og virker kede af det.



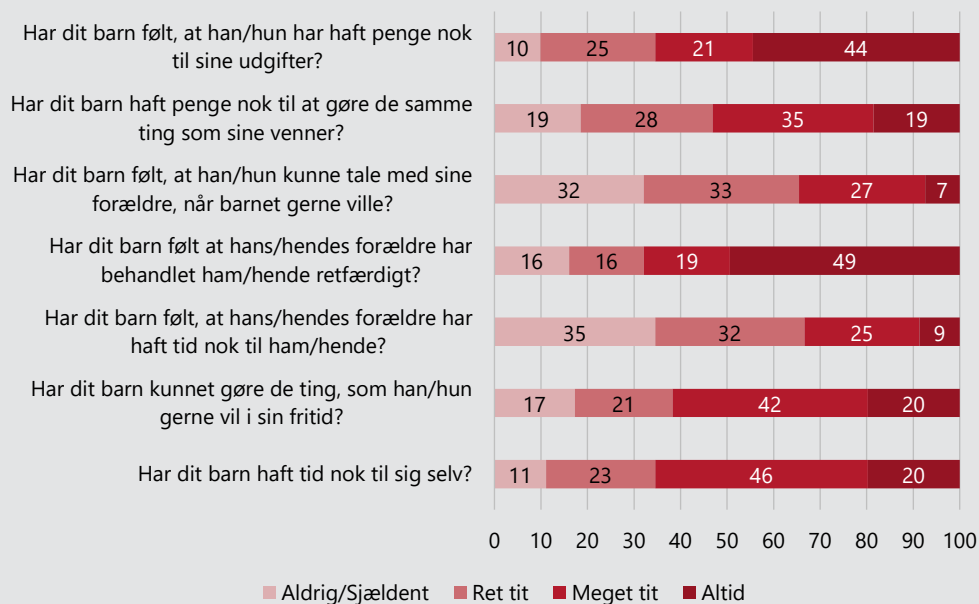
Anm.: N = 81.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Omsorgspersonen har vurderet barnet eller den unges forhold til familie og fritid. Figur 5.23 viser, at langt de fleste børn og unge oplever, at deres forældre behandler dem retfærdigt (84 pct.), men at det i højere grad kniber med tiden – 35 pct. angiver, at de aldrig eller sjældent føler, at deres forældre har tid nok til dem. Da det oftest er barnet eller den unges mor, som besvarer disse spørgsmål, vides det ikke, om børnene eller de unge deler denne oplevelse.

Generelt angiver omsorgspersonerne, at barnet eller den unge har tid nok til at gøre ting, de gerne vil, har tid nok for sig selv og har tilstrækkeligt penge til udgifter og samvær med venner. Det skal dog bemærkes, at spørgsmålene om oplevelse af at have penge nok kan være vanskeligt at svare på i forhold til de yngre børn.

Figur 5.23 Omsorgspersonen har svaret i forhold til familie og fritid på følgende "Tænk på sidste uge ..."

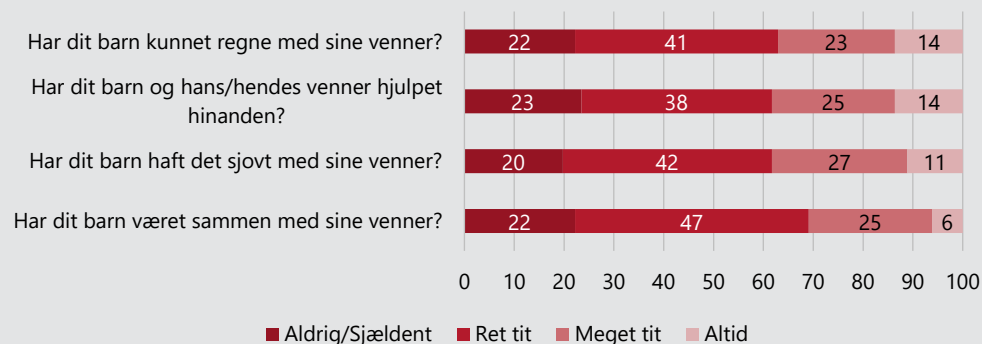


Anm.: N = 81.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Figur 5.24 viser omsorgspersonernes vurdering af barnets eller den unges forhold til venner. Overordnet vurderes relationerne som positive. 78 pct. kan regne med deres venner, 77 pct. oplever, at venner hjælper hinanden, og 80 pct. har venner, de har det sjovt med.

Figur 5.24 Omsorgspersonen har svaret i forhold til venner på følgende "Tænk på sidste uge ..."

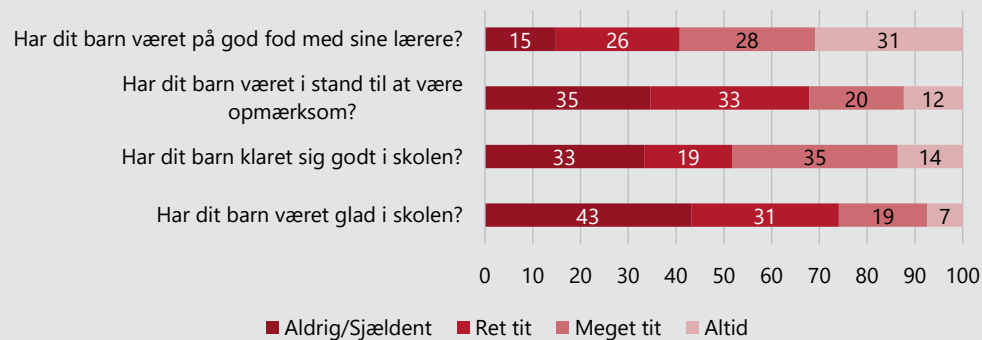


Anm.: N = 81.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Omsorgspersonen har også vurderet barnets eller den unges skole. Figur 5.25 viser, at næsten 6 ud af 10 børn og unge 'meget tit' eller 'altid' er på god fod med deres lærer. 43 pct. er 'aldrig eller sjældent' glade i skolen, mens 26 pct. 'meget tit' eller 'altid' er glade for at gå i skole.

Figur 5.25 Omsorgspersonen har svaret i forhold til skole og læring på følgende "Tænk på sidste uge ..."



Anm.: N = 81.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Samlet set tegner resultaterne et billede af en sammensat gruppe af børn og unge, hvor nogle trives godt, mens andre har betydelige udfordringer. Særligt på områderne humør og følelser samt fysisk aktivitet vurderer omsorgspersonerne, at mange af børnene og de unge mistrives i hverdagen.

5.6.1 Ændringer i KIDSCREEN ved deltagelse i TF-CBT

Ser vi på ændringerne i den samlede trivelssscore fra opstarten af forløbet til afslutningen baseret på omsorgspersonernes vurdering, ses en mellemstor signifikant stigning (Figur 5.26). Effektstørrelsen (Cohen's d) er 0,55, hvilket indikerer en forbedring i den samlede trivsel.

Ser vi på de enkelte delområder – skole, venner, familie og humør – viser resultaterne den største forbedring i humør og følelsesmæssig trivsel, hvor effektstørrelsen (Cohen's d) er 0,97. Dette er det eneste område med en statistisk sikker forbedring.

Figur 5.26 Den samlede trivelssscore, ændring over tid. Vurderet af omsorgspersonen.

Figuren viser de forudsagte gennemsnitlige KIDSCREEN-scorer for børn og unge vurderet af omsorgspersonerne. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller. Skalaen går fra 0-135.



Anm.: N, omsorgspersoner: 142 observationer fra i alt 83 børn/omsorgspersoner.

Estimerne er beregnet på baggrund af en mixed effects-model med tilfældigt intercept på børne-/ungeniveau og justeret for relevante baggrundsvariable. Fejlbjælkerne angiver 95-pct.s konfidensintervaller.

Kilde: VIVES før- og eftermåling af børnene og de unge.

I subgruppeanalysen finder vi ingen signifikante forskelle på grupperne i forhold til alder og køn.

5.7 Relation mellem barnet/den unge og terapeuten

I det norske studie af TF-CBT fandt man, at relationen imellem barn og terapeut er vigtig for at opnå gode resultater med TF-CBT – særligt barnets opfattelse af relationen (Ormhaug et al., 2014; Ovenstad et al., 2020). Derfor har vi undersøgt den terapeutiske relation mellem barnet/den unge og terapeuten. Til at måle relationen anvendes Therapeutic Alliance Scale for Caregivers (TASC), som indeholder 12 spørgsmål (se afsnit 8.2.2 for en nærmere beskrivelse af redskabet). Både barnet eller den unge og terapeuten besvarer skemaet omkring 3. og 10. session. På baggrund af de 12 spørgsmål dannes en totalscore (sum af de 12 spørgsmål), som går fra 13 til 48. Det gælder, at jo højere score, jo bedre relation.

Barnet eller den unge vurderer generelt, med et gennemsnit på 42,1, at relationen er rigtig god (Tabel 5.2). Med en standardafvigelse på 4,3 er der også relativt stor enighed omkring den oplevelse på tværs af alle børn og unge. Terapeuterne vurderer relationen lidt lavere end børnene og de unge. I gennemsnit scores relationen 37,8, fra terapeutens synspunkt. Der er dog stadig tale om en ret god relation.

Tabel 5.2 Relationen mellem barn/ung og terapeut ved første vurdering. Vurderet fra hhv. barn/ung og terapeuts synspunkt.

	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse
Barnets vurdering	75	42,1	4,3
Terapeutens vurdering	68	37,8	5,5

Kilde: VIVE på baggrund af barnets/den unges og terapeutens besvarelser i starten af forløbet.

Der er ingen, som vurderer, at relationen er direkte dårlig. Da andre studier har vist, at relationen (især fra barnets synspunkt) er vigtig for virkningen af behandlingen, har vi lavet en subgruppeanalyse, hvor vi har delt børnene og de unge i to grupper. En med de allerhøjeste scorer og en med mindre høje scorer – ingen af resultaterne af vores analyser af virkningen af TF-CBT afhænger signifikant af styrken af relationen.

5.8 Hvad viser virkningsevalueringen?

Ved behandlingsforløbets opstart ser vi, at langt størstedelen af børnene og de unge ligger over den kliniske grænse for både PTSD og kompleks PTSD. Symptomer som genoplevelse, undgåelse og forhøjet vagtsomhed er udbredte, og mange oplever, at problemerne påvirker skolegang, familieliv og sociale relationer. 73 pct. ligger over grænsen for klinisk depression, og mange føler sig triste, uden glæde og præget af

ensomhed. Derudover rapporterer 84 pct. omfattende negative traumerelaterede tanker, lavt selvværd, håbløshed og manglende tro på egen mestring.

Omsorgspersonernes vurderinger viser, at børnene har udfordringer på tværs af flere trivselsområder. Emotionelle problemer fylder mest, men der ses også forhøjet forekomst af hyperaktivitet, opmærksomheds- og adfærdsproblemer. Mange børn og unge har lav fysisk energi og nedsat følelsesmæssigt velbefindende, selvom relationerne til familie, venner og lærere overordnet vurderes som gode.

Samlet set er der tale om en gruppe af børn og unge, som har store udfordringer med PTSD, depression, negative tanker og dårlig mental trivsel.

Samlet set viser resultaterne, at børnene og de unge i TF-CBT-forløbene oplever markante forbedringer på tværs af flere områder af mental trivsel og funktion. Både børnene og de unge selv og deres omsorgspersoner rapporterer store reduktioner i PTSD-symptomer, depressionssymptomer og dysfunktionelle traumerelaterede tanker samt forbedringer i generel trivsel og sociale styrker.

De standardiserede effektstørrelser (Cohen's d), som præsenteres samlet i Tabel 5.3, er store på tværs af måleinstrumenterne, hvilket indikerer betydelige ændringer over tid. For børnene og de unges egne vurderinger ses især store fald i PTSD- og KPTSD-symptomer samt i dysfunktionelle tanker, mens omsorgspersonerne derudover vurderer reduktioner i emotionelle, adfærdsmæssige og opmærksomhedsrelaterede problemer samt øget trivsel målt med KIDSCREEN.

Tabel 5.3 Ændring i PTSD-symptomer, depression og negative traumerelaterede tanker fra baseline til afslutning. Barnets/den unges egen vurdering. Gennemsnit.

	Baseline		- Afslutning		- Statistiske test		-
Måling	Gns.	std.afv.	Gns.	std.afv.	Forskel	p-værdi	Cohen's d
CATS-2	-	-	-	-	-	-	-
PTSD-score	9,9	0,4	5,9	0,4	-4,0	0,000	-1,6
KPTSD-score	19,3	0,7	11,0	0,7	-8,3	0,000	-1,7
MFQ	-	-	-	-	-	-	-
MFQ-score	13,9	0,6	8,5	0,6	-5,3	0,000	-1,3
CPCTI	-	-	-	-	-	-	-
Total score	24,9	0,6	17,5	0,7	-7,4	0,000	-1,6
Varige forandringer	14,5	0,4	9,5	0,4	-5,0	0,000	-1,6
Skrøbelig person	10,3	0,3	7,9	0,3	-2,4	0,000	-1,2

Anm.: N, børn og unge: 192 observationer fra i alt 85 børn/unge.

Estimaterne er beregnet på baggrund af en mixed effects-model med tilfældigt intercept på børne-/ungeniveau og justeret for relevante baggrundsvARIABLE.

Kilde: VIVEs før- og eftermåling af børnene og de unge.

Ser vi på omsorgspersonernes vurderinger, viser der sig tilsvarende store reduktioner i PTSD-symptomer, færre problemer (SDQ total) og en øget trivsel (KIDSCREEN).

Tabel 5.4 Ændring i PTSD-symptomer og trivsel fra baseline til afslutning. Omsorgspersonens vurdering. Gennemsnit.

	Baseline		Afslutning		Statistiske test		
Måling	Gns.	std.afv.	Gns.	std.afv.	Forskel	p-værdi	Cohen's d
CATS-2	-	-	-	-	-	-	-
PTSD-score	8,4	0,4	4,9	0,4	-3,5	0,000	-1,3
KPTSD-score	16,6	0,7	9,7	0,8	-6,9	0,000	-1,4
SDQ	-	-	-	-	-	-	-
Total	18,0	0,7	12,6	0,8	-5,4	0,000	-1,4
Prosocial	7,8	0,2	8,5	0,2	0,7	0,009	0,5
Jævnaldrende	3,1	0,2	2,3	0,2	-0,8	0,000	-0,7
Hyperaktivitet	5,8	0,3	4,5	0,3	-1,3	0,000	-0,9
Adfærd	2,9	0,2	1,9	0,2	-1,0	0,000	-1,0
Følelse	6,2	0,3	3,9	0,3	-2,3	0,000	-1,3
KIDSCREEN	-	-	-	-	-	-	-
Total	84,7	1,8	92,2	2,0	7,5	0,002	0,6
Skole	12,6	0,4	13,4	0,4	0,8	0,138	0,3
Venner	12,8	0,4	13,7	0,4	1,0	0,066	0,3
Familie	24,8	0,6	25,4	0,7	0,6	0,440	0,1
Humør	24,8	0,6	25,4	0,7	0,6	0,000	1,0

Anm.: N, omsorgspersoner: 142 observationer fra i alt 83 børn/omsorgspersoner.

Estimerne er beregnet på baggrund af en mixed effects-model med tilfældigt intercept på børne-/ungeniveau og justeret for relevante baggrundsvariable.

Kilde: VIVES før- og eftermåling af børnene og de unge.

5.9 Perspektivering og robusthed

For at sætte resultaterne fra denne evaluering i perspektiv kan de sammenlignes med erfaringerne fra det norske randomiserede studie af TF-CBT blandt børn og unge udsat for vold og seksuelle overgreb. Det norske studie viste markante forbedringer i PTSD- og depressionssymptomer samt øget mental trivsel (SDQ) hos børn og unge, der

modtog TF-CBT. De umiddelbare effektstørrelser var høje ($d = 1,92$ for PTSD-diagnose, $d = 1,79$ for depression og $d = 1,42$ for SDQ).

Når der blev taget højde for udviklingen hos kontrolgruppen – som også viste en betydelig forbedring på flere af de samme områder – blev de samlede effektstørrelser imidlertid væsentligt mindre. Den korrigerede effekt var $d = 0,51$ for PTSD, $d = 0,54$ for depression og $d = 0,45$ for mental trivsel.

Denne sammenligning viser, at en del af de forbedringer, der ses i TF-CBT-forløb, kan skyldes naturlig bedring eller generelle støttende faktorer, og at effekten derfor ofte bliver mindre, når der tages højde for kontrolgruppen.

6 Perspektiver fra børnene, de unge og omsorgspersoner

En vigtig del af virkningsevalueringen er at inddrage deltagernes egne erfaringer med TF-CBT – både børn og unge, som har modtaget behandlingen, og deres omsorgspersoner.

Dette afsnit præsenterer den kvalitative analyse af, hvordan unge, der har deltaget i et TF-CBT-forløb, samt deltagende omsorgspersoner har oplevet behandlingen og virkningerne deraf. Først udfoldes børnenes og de unges oplevelser, dernæst omsorgspersonernes.

I den kvalitative analyse af børnene, de unge og deres omsorgspersoners oplevelser af TF-CBT finder vi, at:

- Børnene og de unge og deres omsorgspersoner oplevede tiden inden opstarten på TF-CBT som vanskelig, idet børnene og de unge var præget af flere traumesymptomer og oplevede forskellige udfordringer i hverdagen.
- Børnene og de unge oplever at have fået brugbare teknikker og redskaber til at håndtere udfordringer og svære følelser. Ligeledes oplever omsorgspersonerne at have fået brugbare redskaber til at kunne hjælpe og støtte deres barn i hverdagen.
- Arbejdet med traumehistorien er en følelsesmæssig vanskelig proces for børnene og de unge, men det at arbejde direkte med traumet hjælper dem på sigt til at få det bedre.
- Relationen til terapeuten, de fysiske rammer for behandlingen og muligheden for at have indflydelse på behandlingens indhold og udførsel har været centralt for børnene og de unges oplevelse af TF-CBT-behandlingen.
- Børnene og de unge og deres omsorgspersoner har oplevet markante positive forandringer som følge af TF-CBT-forløbet. Oplevelsen er, at børnene og de unges traumesymptomer er mindsket, at de har udviklet sig personligt, samt at de er blevet bedre til at danne og opretholde relationer. Derudover beretter både børnene og de unge samt deres omsorgspersoner om en forbedret omsorgsperson-barn-relation som følge af behandlingsforløbet.

De unge

Der er gennemført interviews med 10 børn og unge i alderen 10-18 år – 8 piger og 2 drenge. De 10 børn og unge har været i behandling i 4 forskellige børnehuse hos 9 forskellige terapeuter som følge af oplevelser med vold og/eller seksuelle overgreb. 4 børn og unge blev interviewet i forbindelse med afprøvningen af TF-CBT, mens de resterende 6 interviews er gennemført i forbindelse med udbredelsen af TF-CBT. Af hensyn til de unges anonymitet angiver vi i analysen ikke deres køn, alder, om de har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb, hvilket børnehus de har modtaget behandling i, eller hvilken terapeut der har forestået behandlingen.

Omsorgspersonerne

Der er gennemført interviews med 13 omsorgspersoner, som alle er biologiske forældre eller plejeforældre til et barn eller ung i behandling. 10 mødre og 3 fædre har deltaget i interview, og de repræsenterer i alt 11 forskellige familier. 8 af omsorgspersonerne blev interviewet i forbindelse med afprøvningen af TF-BT, mens de resterende 5 interviews er gennemført i forbindelse med udbredelsen af TF-CBT. Af hensyn til omsorgspersonernes anonymitet angiver vi i analysen ikke, hvilken af de unge de har deltaget i et forløb med, i hvilket børnehus de har været tilknyttet, eller hvilken terapeut de har været i behandling hos.

Interviewtemaer

Interviewene omhandlede 6 temaer: 1) baggrund, fx beslutning om deltagelse 2) forløbets indhold, fx arbejdet konkrete udfordringer og reaktioner og behandlingens organisering 3) udførelse, fx arbejdet med traumehistorien, 4) motivation, fx oplevelse af at komme i børnehuset, 5) forandringer, fx trivsel og traumesymptomer, 6) deltagelse, fx praktiske forhold.

Forbehold

Et særligt opmærksomhedspunkt er, at der kun er gennemført interviews med unge og omsorgspersoner, der har afsluttet behandlingsforløbet. Der indgår således ikke interviews med personer, der har fravalgt behandlingen eller har afbrudt denne før tid. Disse erfaringer er også centrale for at forstå TF-CBT ud fra et brugerperspektiv, men er ikke mulige at inkludere i denne undersøgelse. Et andet opmærksomhedspunkt er, at samtlige af interviewpersonerne er udvalgt og rekrutteret af terapeuterne i børnehuse. De fund, der præsenteres i dette afsnit, skal således ses i lyset heraf. Det er muligt, at fundene i denne evaluering havde været anderledes, hvis interviewpersonerne var blevet rekrutteret på anden vis, og/eller der også indgik interviews med unge og omsorgspersoner, der har afbrudt behandlingen før tid.

6.1 Børnenes og de unges oplevelser med TF-CBT

I dette afsnit udfolder vi, hvordan de 10 børn og de unge, der har medvirket i interview, har oplevet deres deltagelse i TF-CBT-behandlingen. Afsnittet belyser, hvordan beslutningen om deres deltagelse blev truffet, hvordan børnene og de unge har oplevet behandlingens indhold og udførelse, hvordan de har oplevet relationen til deres terapeut og de fysiske rammer for behandlingen, hvilke forandringer de har oplevet i løbet af og efter behandlingsforløbet, samt hvordan behandlingen har spillet sammen med deres øvrige hverdag.

6.1.1 Beslutning om deltagelse

For stort set alle de interviewede børn og unge er det gældende, at de ikke blev involveret i beslutningen om, at de skulle deltage i behandlingsforløbet. Derimod italesætter børnene og de unge, at beslutningen om deres deltagelse blev truffet alene af kommunen og/eller deres forældre. På trods af dette giver de fleste udtryk for, at de var positivt stemte over for at skulle deltage, idet de ønskede hjælp til at få det bedre. Der er dog også nogle af børnene og de unge, der fortæller, at de i starten ikke havde lyst til at deltage i behandlingsforløbet. Det skyldtes enten, at de ikke selv oplevede et behov for at få hjælp, og/eller at de ikke ønskede at fortælle deres historie til (endnu) en fremmed person. En af de unge siger:

I starten syntes jeg, det var træls [at skulle deltage i behandlingen]. For jeg havde snakket med så mange, og jeg gider ikke snakke med nye. (Ung 5)

I forlængelse heraf italesætter enkelte af børnene og de unge, at de ikke forventede, at behandlingen ville kunne hjælpe dem. De fleste fortæller dog, at de ikke vidste noget om behandlingen på forhånd og derfor ikke havde nogen forventninger til denne.

I lighed med beslutningen om børnene og de unges deltagelse i behandlingen giver hovedparten af børnene og de unge udtryk for, at de ikke blev inddraget i beslutningen om, hvilke(n) omsorgsperson(er) der skulle deltage i behandlingen sammen med dem. Kun enkelte fortæller, at det var dem selv, der besluttede, hvilken af deres omsorgspersoner der skulle deltage. Alle børnene og de unge giver dog udtryk for, at de var tilfredse med, at det blev den eller de pågældende omsorgsperson(er), der deltog i forløbet sammen med dem.

6.1.2 Behandlingens indhold

Behandlingssessionerne centrerede sig om at arbejde med de udfordringer og reaktioner, børnene og de unge oplevede (fx angst, negative tanker om dem selv eller søvnproblemer) og traumet (arbejdet med traumet beskrives i afsnit 6.1.3).

Selve behandlingssessionerne var for de fleste børn og unge opbygget således, at de og deres omsorgsperson(er) havde separate sessioner, mens enkelte altid enten startede eller sluttede med en (kort) fællessession. Samtlige af børnene og de unge giver udtryk for at være tilfredse med den måde, hvorpå deres forløb var opbygget.

Børnene og de unge fortæller, at de under behandlingssessionerne blev introduceret for og afprøvede forskellige redskaber og teknikker, som de kan bruge i hverdagen, når de oplever udfordringer. Denne måde at arbejde med de forskellige teknikker beskrives af en af de unge som værende god:

Det med, at man ikke bare snakker om det, men at man også prøver det til terapeuten ... At selve terapeuten faktisk også gør det med én ... [Det var virkelig godt]. (Ung 8)

På tværs af interviewene fremhæver børnene og de unge især, at de blev introduceret for vejtrækningsøvelser og afslapningsøvelser, som de blev opfordret til at anvende i hverdagen, når de oplever fx søvnproblemer, koncentrationsbesvær, indre uro, angst og andre svære følelser. For nogle af børnene og de unge er det gældende, at de ikke oplevede, at de øvelser, de lærte gennem sessionerne, hjalp på deres udfordringer. En ung siger:

[Terapeuten] har prøvet at give mig en masse metoder, fx til hvad jeg kan gøre, når jeg ikke kan sove, men jeg synes ikke, det virker. (Ung 6)

De fleste af de interviewede børn og unge fortæller dog, at de redskaber og teknikker, de lærte gennem behandlingen, har været brugbare i større eller mindre omfang. I det følgende citat fortæller en af de unge om en vejtrækningsøvelse, som den unge har fundet særligt brugbar til at håndtere situationer, hvor vedkommende bliver overvældet af svære følelser:

Ung 8: Man finder sådan en eller anden firkantet ting, og så den ene [side af firkanten] trækker man vejret ind, hele vejen op, og så puster man ud igen. Og så trækker man vejret ind og ud, sådan at man følger en ramme for eksempel. (...). Jeg bruger den faktisk stadigvæk, selvom jeg ikke går [i børnehuset mere].

Interviewer: *I hvilke situationer kan du finde på at bruge den?*

Ung 8: *Altså når jeg bliver virkelig ked af det, kan jeg have virkelig svært ved at styre mine følelser, og så kan jeg godt finde på at sige, at "jeg lige skal ned og trække vejret". Og så bruger jeg sådan den øvelse, fordi man falder hurtigt til ro i den, og så kan jeg hurtigt være klar til at snakke igen.*

I interviewuddraget fremgår det, at den unge løbende bruger vejtrækningsøvelsen i hverdagen, og at vedkommende er fortsat med at gøre brug af øvelsen efter behandlingens afslutning. Børnene og de unge giver, i forlængelse heraf, overordnet set udtryk for, at de har været glade for at lave øvelserne derhjemme, både mellem sessionerne og efter forløbets afslutning. Flere nævner dog, at de sommetider har fundet det svært at huske at lave øvelserne, når hverdagen sætter ind. Denne udfordring med at huske øvelserne i hverdagen beretter en af de unge om, at vedkommende har fået et godt redskab til at imødekomme. Den unge har mere specifikt fået et armbånd af sin terapeut, som hjælper den unge til at huske de forskellige øvelser og teknikker fra behandlingssessionerne, når der opstår udfordringer i hverdagen:

[Terapeuten] har lavet et armbånd til mig med nogle perler på. Og så er der fx en firkantet perle, det er den [øvelse] med at trække vejret i en firkant. (...). Der er alle mulige perler på [armbåndet]. Der er også sådan en ballonperle. [Den repræsenterer] drilletanker. Det er sådan nogle tanker, jeg nogle gange tænker om mig selv. Og den ballon, den symboliserer ligesom "det her, det er forkert tænkning, og du skal tænke sådan her [i stedet]". (...) Jeg bruger det nærmest hver dag ... (...) Jeg har det på, når jeg fx nogle gange skal i skole, så jeg ligesom kan kigge på det, når jeg har det svært. Fordi jeg har det med at glemme ting, når alt bliver svært, og så er det godt, at jeg har armbåndet fremme. (Ung 10)

Dét at have fået et armbånd med perler, der repræsenterer de forskellige teknikker og redskaber, har således hjulpet denne unge til at huske at bruge øvelserne i hverdagen, når den unge oplever udfordringer.

6.1.3 Arbejdet med traumet

Arbejdet med traumenarrativet er en central del af TF-CBT-forløbet. På tværs af interviewene fremgår det, at børnene og de unge har arbejdet med traumenarrativet på forskellige måder alt efter deres ønsker og behov.

Alle på nær en af de interviewede børn og unge fortæller, at de valgte at skrive traumehistorien ned, mens en enkelt ung fortæller, at vedkommende tegnede sin traumehistorie. De børn og unge, der arbejdede skriftligt med traumenarrativet, fortæller, at arbejdsprocessen fungerede således, at de fortalte deres historie til terapeuten, som skrev fortællingen ned. Fortællingen blev skrevet i kapitler, og hvert kapitel fik en

overskrift, som barnet/den unge selv bestemte, hvad skulle være. Netop dét, at det var børnene og de unge selv, der valgte, hvad terapeuten skulle skrive ned, og hvad kapitloverskrifterne skulle være, fremhæves af en af de unge som noget af det bedste ved behandlingsforløbet:

Jeg tror faktisk, [arbejdet med traumehistorien] var noget af det, der gjorde [behandlingen] allerbedst for mig, fordi det var mine egne ord, der blev skrevet. Og der var ikke noget som helst, som [terapeuten] bestemte, hun skrev bare det ned, jeg sagde. Og jeg kunne selv vælge kapitlerne, hvad jeg ville have, de skulle hedde og sådan noget. (Ung 8)

Løbende gennem behandlingsforløbet læste terapeuten fortællingen op for barnet/den unge, som således kunne komme med ønsker til ændringer eller tilføjelser til historien. Børnene og de unge fortæller endvidere, at de, i forbindelse med arbejdet med traumet, lavede tegneøvelser, hvor de fx på en tegning af en person skulle farvelægge, hvor på kroppen de følte vrede. Flere peger på, at disse øvelser hjalp dem til at give udtryk for følelser, de ellers ville have haft svært ved at give udtryk for.

Alle de interviewede børn og unge beskriver arbejdet med traumet som en svær og hård proces. De fortæller, at det var ubehageligt og hårdt at genopleve traumet, og nogle fortæller, at det i starten var svært for dem at tale om det, der var sket, idet de ikke var vant til at tale om det. Enkelte nævner også, at arbejdet med traumet blev vanskeliggjort af, at der var meget, de ikke kunne huske. I disse tilfælde har terapeuten understreget over for de pågældende børn og unge, at det er normalt ikke at kunne huske alt, hvilket børnene og de unge oplevede hjælpsomt. På tværs af interviewene fremhæver børnene og de unge dét at genbesøge traumet som det sværeste ved traumearbejdet. En af de unge nævner, at vedkommende i starten af behandlingsforløbet fandt det så svært og ubehageligt at genbesøge traumet, at vedkommende havde lyst til helt at afbryde behandlingen:

Ung 10: Mit psykiske helbred blev helt dårligt, imens [terapeuten og jeg] snakkede (...). Det begyndte bare at gå nedad igen og alle traumerne, de kom tilbage igen til mig. Altså, jeg havde ikke lyst til at komme tilbage igen til [behandlingen]. (...). Jeg tænkte bare "[terapeuten] vil mig det ondt". Jeg følte sådan lidt, at hendes mening i de her samtaler, det var ligesom at få mig i dårligt humør.

Interviewer: *Fortsatte du med at have det sådan gennem hele forløbet, eller var det mest i starten, at du havde det sådan?*

Ung 10: Jeg tror nok, at det var de første to sessioner, at jeg havde det sådan der ... og så begyndte vi sådan at snakke om, at det faktisk er meningen, jeg skal have det sådan.

Som det ses i interviewuddraget, fortalte terapeuten denne unge, at det var meningen, at traumearbejdet skulle være hårdt i starten, hvilket gjorde det lettere for den unge at være i de svære følelser, der var forbundet med at genbesøge traumet. Lignende fortæller en af de andre unge, at det hjalp på det svære ved at tale om traumet, at terapeuten gjorde brug af billedsprog til at forklare, hvorfor det var normalt, at den unge blev ked af det, når de snakkede om dét, der var sket:

[Terapeuten] siger, at ens problem, det er et sår, der skal renses, og det gør jo ondt at få det rensat. Men jo mere det bliver rensat, jo mere sår kommer der på, og jo mindre ondt gør det. På den måde så bliver det lettere at snakke om tingene. (...) Det er bare en virkelig god måde at forklare det på. (Ung 8)

For flere af børnene og de unge har det været positivt, når deres terapeut, som i det ovenstående citat, har gjort brug af billedsprog til at forklare reaktioner, svære følelser eller lignende, idet dette har gjort terapeutens pointer mere håndgribelige for dem.

På tværs af interviewene går det igen, at det gradvist blev nemmere for børnene og de unge at snakke om traumet. Denne udvikling blev tydeliggjort for de unge selv gennem brugen af 'termometeret', hvor de til hver session skulle angive, hvordan de havde det på en skala fra 1 til 10 under arbejdet med traumehistorien. Denne øvelse fremhæves af flere af de unge som en, de godt kunne lide. Selvom de interviewede børn og unge oplevede arbejdet med traumehistorien som hård og svær, oplevede en del af dem samtidig også, at dét at gå i dybden med traumet på sigt hjalp dem til at få det bedre. En ung fortæller:

[Dét] at snakke om det. Og ikke bare at snakke om det, men virkelig gå dybt med de ting, der skete og sådan ... Hjælper en til at komme videre og jeg føler, det har hjulpet mig til at komme videre. (Ung 1)

Traumehistorien blev afrundet med et afsluttende kapitel omhandlende, hvordan barnet/den unge havde det efter at have været igennem behandlingen, og hvad vedkommende havde lært af behandlingsforløbet. Dette afsluttende kapitel beskriver flere af børnene og de unge som en god afslutning på deres arbejde med traumehistorien, idet kapitlet tydeliggør deres udvikling gennem forløbet. En af de unge siger:

[Terapeuten og jeg] har lavet et afsluttende kapitel om, hvordan det var at være i behandling. Hvor vi snakkede om, hvad mit råd skulle være til en anden, der prøver det samme som mig, og det var ret dejligt. Fordi i det afsluttende kapitel, så lærte jeg også, der var jo en tankegang fra, hvor jeg startede [forløbet], og en tankegang fra der, hvor jeg sluttede [forløbet]. Og hver gang jeg sådan får det dårligt og sådan, så læser jeg de afsluttende kapitler, fordi at... [det minder mig om], at det her var faktisk en svær rejse. Men for enden af tunnelen, så er der altid en udgang. (Ung 10)

Denne unge læser således det afsluttende kapitel i traumehistorien i hverdagen, når vedkommende har det svært, da kapitlet minder den unge om sin egen udvikling.

Ved afslutningen af behandlingsforløbet blev historien læst op for de(n) deltagende omsorgsperson(er), såfremt barnet/den unge indvilligede hertil. Enkelte fortæller, at de ikke ønskede, at deres omsorgsperson skulle høre traumehistorien, men de fleste valgte, at enten terapeuten eller de selv skulle læse historien op for omsorgspersonen. Oplevelsen med, at traumehistorien blev læst op for de(n) deltagende omsorgsperson(er), beskrives af en del af de interviewede børn og unge som overvældende, men god.

6.1.4 Relation til terapeuten

En central tematik i alle interviewene med børnene og de unge er relationen til deres terapeut. På tværs af interviewene fremgår det, at denne relation har stor betydning for børnene og de unges oplevelse af at deltage i TF-CBT. De interviewede børn og unge giver overordnet set udtryk for at have haft en god og tillidsfuld relation til deres terapeut. Det er dog ikke alle, der oplevede relationen til terapeuten som god helt fra starten af forløbet.

Enkelte af de interviewede børn og unge fortæller, at de kendte deres terapeut fra tidligere forløb i børnehuset og derfor var trygge ved, at det var denne, der skulle stå for forløbet. De fleste kendte dog ikke terapeuten på forhånd, og selvom nogle fortæller, at de hurtigt knyttede sig til vedkommende, fortæller en del af børnene og de unge, at de først efter flere sessioner begyndte at føle sig trygge og godt tilpas i terapeutens selskab. Disse børn og unge beskriver, at de fandt det svært at skulle tale om personlige oplevelser med et menneske, de ikke kendte, ligesom nogle af de unge ikke stolede på, at terapeuten havde til hensigt at hjælpe dem. En af de unge fortæller, at vedkommende derfor agerede meget afvisende over for terapeuten i starten:

Jeg var sur og modstrittende over for [terapeuten] i starten. Jeg havde meget modstand. (...) Jeg svarede hende igen på alt. (Ung 10)

Samtlige af de interviewede børn og unge fortæller, at relationen til terapeuten dog blev god og tillidsfuld, i takt med at de lærte terapeuten bedre at kende og forstod, at vedkommende havde til hensigt at hjælpe dem.

På tværs af interviewene går to tematikker igen, når børnene og de unge beskriver, hvad de oplever havde betydning for, at de fik opbygget en god og tryk relation til deres terapeut gennem behandlingen: At terapeuten prioriterede uformelle samtaler, samt at terapeuten agerede på en tillidsvækkende, omsorgsfuld og empatisk måde.

Flere af børnene og de unge fremhæver, at noget, de særligt godt kunne lide ved deres terapeut, var, at terapeuten under hver session afsatte tid til at snakke om andre og mere afslappede ting end selve traumet og de udfordringer, den unge oplevede. Det kunne eksempelvis være samtaler, hvor terapeuten fortalte lidt om sig selv og sit eget liv, hvilket bevirkede, at barnet/den unge lærte terapeuten bedre at kende. Det kunne også være samtaler, hvor terapeuten spurgte ind til den unges hverdag og interesser, såsom skolen, hobbyer og fritidsaktiviteter. En ung fortæller:

Det behøvede ikke kun at være det dumme, man kom ind og snakkede om, jeg kunne også fortælle om noget, jeg var virkelig glad for. Altså, sådan, at jeg fx var gået i gang med kørekort, det ville [terapeuten] også gerne lytte til. Hun fulgte sådan meget med i mit liv på den måde. (...). [Det gav mig en følelse af], at hun er der for at hjælpe mig, og hun ikke bare tænker, "ind med hende og så ud med hende, når hun er færdig". (...) Hun spurgte også altid, om der var noget, jeg ville snakke om, og hvordan det var gået siden sidst og ... Jeg følte virkelig, at hun faktisk gerne ville mig, uden at det blev personligt.
(Ung 8)

Som det fremgår af interviewuddraget bidrog dét, at terapeuten løbende spurgte ind til den unges (hverdags)liv til, at den unge fik oplevelsen af, at terapeuten var oprigtigt interesseret i at hjælpe. Lignede pointe går igen på tværs af flere af de andre interviews.

Foruden at børnene og de unge oplever det positivt, at terapeuten afsatte tid til mere uformelle, afslappede samtaleemner til en session, fremhæver en del også, at deres terapeut agerede på en omsorgsfuld, empatisk og tillidsfuld måde. Denne ageren var, ifølge børnene og de unge, ligeledes central for, at de oplevede relationen til deres terapeut som god og tryk. En omsorgsfuld og empatisk ageren indebar for børnene og de unge eksempelvis, at terapeuten var lyttende, rosende, opmuntrende, forstående, rolig og støttende. En ung siger: "[Terapeuten] var meget forstående og tog tingene meget stille og roligt" (Ung 1). En tillidsfuld ageren kunne eksempelvis indebære, at den unge fik lov til at bestemme, hvad og hvor meget terapeuten måtte fortælle videre til de(n) deltagende omsorgsperson(er), og at den unge erfarede, at terapeuten overholdt denne aftale.

6.1.5 De fysiske rammer for behandlingen

Når børnene og de unge beskriver deres oplevelser med at deltage i behandlingsforløbet, fremhæver flere af dem de fysiske rammer for behandlingen som noget, der har været centralt for deres oplevelser. Børnene og de unge nævner især forfriskningerne i børnehuset i form af drikkevarer og snacks samt aktivitetsmulighederne i

samtalerummene som noget, der har været medvirkende til at gøre traumebehandlingen til en god oplevelse.

Udsigten til at få tilbudt kakao, sodavand eller slik i forbindelse med behandlingen har for nogle af børnene og de unge været noget, de så frem til i forbindelse med deres ugentlige behandlingssession. En af de unge fortæller:

Hver eneste gang [jeg kom i børnehuset], så fik jeg to kopper varm kakao. (...) Jeg så frem til kakaoen. (...) Jeg fik én sammen med [terapeuten], og så fik jeg en, da jeg sad alene [og ventede] til sidst. (Ung 10)

Denne unge så altså altid frem til at få varm kakao i børnehuset, både under selve behandlingssessionerne og i ventetiden, mens omsorgspersonen snakkede med terapeuten. Lignende fremhæves børnehusets forfriskninger af to andre unge som noget særligt positivt ved behandlingen. Adspurgte hvad der var det bedste ved behandlingsforløbet, svarer en af de unge: "At [personalet] gav slik, efter man var færdig" (Ung 7), mens en anden svarer: "Kakao. Det var min [ugentlige] ting. At få kakao i børnehuset. Det var det bedste" (Ung 5). Af interviewene fremgår det således, at udvalget af snacks og drikkevarer i børnehuset har haft særdeles positiv betydning for børnene og de unges oplevelse af traumebehandlingen.

Endvidere peger nogle af børnene og de unge på, at indretningen af og aktivitetsmulighederne i samtalerummene ligeledes havde betydning for deres oplevelse af behandlingsforløbet. Børnene og de unge giver mere specifikt udtryk for, at en hyggelig indretning, fx i form af billeder på væggene samt genstande som tegneredskaber, diverse nipsting at pille ved eller lignende, har hjulpet dem til at føle sig bedre tilpas under behandlingssessionerne. Nogle af børnene og de unge fortæller, at de forskellige samtalelokaler i børnehuset gav mulighed for forskellige aktiviteter under behandlingssessionerne alt efter, hvilke genstande der var i lokalet. Derfor havde de også præferencer for, hvilket lokale, de helst ville have samtaler i. En af de unge siger:

Mig og [terapeuten] vi skulle have [samtaler i] to forskellige lokaler, og der var så et af lokalerne, jeg bedst kunne lide. Og så siden jeg sagde, "det lokale vil jeg gerne fortsætte med", så beholdt vi det lokale. (...) Der var et lille legeskøkken og legetøj og tuscher og alt muligt, og det var så hyggeligt. (Ung 10)

Denne unge fandt således et af samtalerummene i børnehuset særligt hyggeligt, grundet dets indretning og aktivitetsmuligheder i form af legeskøkken, legetøj og tuscher. Den unge udtrykte derfor et ønske om, at alle vedkommendes behandlingssessioner skulle finde sted i det pågældende lokale, hvilket var et ønske, der blev imødekommet.

6.1.6 Indflydelse på behandlingens indhold og udførelse

På tværs af interviewene giver børnene og de unge udtryk for på forskellig vis at have haft indflydelse på traumebehandlingens indhold og udførelse. Dette har for flere af børnene og de unge ligeledes været en central faktor for, at de har været glade for at deltage i behandlingen.

De interviewede børn og unge beretter, som tidligere nævnt, om at have haft indflydelse på alt fra, hvordan de skulle arbejde med traumehistorien, hvorvidt og hvordan denne skulle læses op for de(n) deltagende omsorgsperson(er), hvad terapeuten måtte fortælle videre til de(n) deltagende omsorgsperson(er), til hvilket lokale behandlings-sessionerne skulle finde sted i. Flere af børnene og de unge giver udtryk for, at dét at behandlingen i høj grad centrerede sig om deres perspektiver og blev tilpasset deres ønsker, gav dem en oplevelse af at være vigtige og blive taget alvorligt. Det sætter en af de interviewede unge ord på i følgende citat: *"Den måde [behandlingen foregår på], det viser, at børnene faktisk har en ret til at sige noget, en ret til at vise noget"* (Ung 8).

Foruden det allerede nævnte beretter nogle af børnene og de unge også om at have haft indflydelse på selve udførelsen af en behandlingssession, fx på om der skulle laves aktiviteter under samtalen, holdes pauser undervejs eller lignende. Flere af de unge nævner, at de fortrækker at lave aktiviteter, såsom at tegne eller lave ting ud af pap, hvis de skal snakke med nogen i længere tid, hvilket en del af dem fortalte deres terapeut i starten af behandlingsforløbet. En af de unge siger:

Hvis man skal snakke i lang tid, kan jeg godt lide at lave noget ved siden af. Og det fortalte jeg [min terapeut] i starten, da jeg mødte hende. Så gangen efter havde hun sørget for, at jeg kunne lave nogle kreative ting – en rose af pap – mens vi snakkede. (Ung 5)

Som citatet illustrerer, lyttede terapeuten til denne unges behov og sørgede for, at der til de fremadrettede sessioner var mulighed for at lave kreative ting under samtalen. Flere af de andre unge fortæller lignende, at dét at have mulighed for at lave noget med hænderne under en session gjorde det nemmere for dem at være i samtalen med deres terapeut. Derfor var de glade for, at terapeuten imødekom deres ønsker i forhold til dette.

Børnene og de unge deltog, som tidligere nævnt, i behandlingsforløbet grundet oplevelser med vold eller seksuelle overgreb, hvilket er oplevelser, der implicerer en eller anden form for kontroltab. En af de unge pointerer, at det derfor var særdeles betydningsfuldt, at vedkommende oplevede at have en vis kontrol over indholdet og udførelsen af traumebehandling: *"Når man har fået taget kontrollen over en, så er det dejligt at komme et sted hen, hvor man ved, at man selv har kontrollen"* (Ung 3). I citat

understreger den unge således vigtigheden af, at børnene og de unge får mulighed for at få indflydelse på traumebehandlingens indhold og udførelse.

6.1.7 Oplevede forandringer

Alle de interviewede børn og unge fortæller, at de oplevede forskellige traumesymptomer og udfordringer i hverdagen, inden de startede i behandlingsforløbet. En af de unge beskriver tiden, inden vedkommende startede i behandlingsforløb, således: *"Jeg havde det rigtig, rigtig dårligt, fordi jeg blev ved med at [have minder om det, der var sket] ... Jeg så virkelig ned på mig selv, og jeg syntes bare, alt var svært"* (Ung 10). Flere andre beretter i lighed med denne unge om en hverdag præget af tristhed, lavt selvværd og negative tanker om dem selv samt flashbacks til de(n) traumatiserende begivenhed(er). En del fortæller endvidere, at de oplevede angst og meget uro samt var ensomme og trak sig fra andre mennesker. Sidstnævnte skyldtes for nogle af de unge udfordringer med at stole på andre. En af de unge fortæller:

Tiden før [behandlingen], der var jeg for det meste virkelig trist hele tiden. Jeg havde svært ved at knytte mig til mennesker, jeg stolede ikke rigtig på andre, og jeg var meget på vagt over for, hvem der var i nærheden af mig. (Ung 8)

Andre af de interviewede børn og unge nævner desuden, at de havde mange mareridt i tiden op til behandlingen, flere oplevede skyldfølelse over det, der var sket, og nogle havde også selvskadende adfærd. De kvalitative interviews med børnene og de unge bekræfter således fundene i den kvantitative analyse af målgruppens symptomer ved baselinemålingen beskrevet i kapitel 5.

På tidspunktet for interviewene havde de fleste af børnene og de unge netop afsluttet deres forløb, mens få manglede 1-2 behandlingssessioner, og en enkelt havde afsluttet sit forløb flere måneder tidligere. På trods af at børnene og de unge var forskellige steder i deres behandlingsforløb på interviewpunktet, beretter de alle om positive forandringer som følge af behandlingen. De fleste beskriver eksempelvis, at deres traumesymptomer er blevet mindsket, fx i form af færre flashbacks og mindre uro. Flere oplever dog stadigvæk nogle traumesymptomer, såsom uro og mareridt, men i mindre grad end før behandlingen. Interviewene med de unge bekræfter således også her fundene i kvantitative analyser af virkningen af TF-CBT-behandlingen beskrevet i kapitel 5.

De interviewede børn og unge beretter ikke kun om, at der er sket en udvikling i deres traumesymptomer. En del beskriver også, at deres syn på dem selv og på andre mennesker er blevet forandret til det positive gennem behandlingen. Flere af børnene og de unge nævner, at nogle af de væsentligste forandringer, de har oplevet som følge af behandlingsforløbet, er, at de har fået større selvtillid, mere selvværd, og at de hviler

mere i sig selv. En af de unge fortæller i det følgende om de forandringer, vedkommende har oplevet gennem behandlingen:

Jeg har lært det der med, jeg er faktisk noget værd ... og jeg er god nok. Og jeg er lige så meget værd som alle mulige andre mennesker. Jeg lærte også det der med, at "prøv at lade være med at tænke på din fortid, som om at det er din skyld", men at jeg kan faktisk ikke gøre for min fortid ... og det er bare dem, der har fejlet, ikke mig. (Ung 10)

I uddraget fortæller den unge, at vedkommende har fået et bedre selvværd som følge af behandlingsforløbet. Den unge fortæller også, at behandlingen har bidraget til en vished om, at vedkommende ikke er skyld i de traumatiske hændelser, vedkommende blev udsat for. Lignende beretter en af de andre unge om at være begyndt at hvile i sig selv gennem traumebehandlingen, hvilket har forandret den unges hverdag til det bedre:

[Behandlingen] gik over al min forventning, faktisk. Jeg troede bare, at jeg ville komme ud og have det lidt bedre, men jeg har faktisk fået lagt tingene væk. Min hverdag, den er faktisk ændret fuldstændig på grund af, at jeg kan være mig selv, og jeg ikke skal gå rundt med tingene i rygsækken. Sådan, det er ikke fordi, det ikke er sket, men det ligger bare pakket langt væk. (Ung 8)

For denne unge har behandlingsforløbet således bevirket, at de traumatiske begivenheder ikke længere fylder i den unges hverdag, samt at den unge nu oplever at kunne være sig selv.

For flere af de interviewede børn og unge er det gældende, at de ligeledes oplever, at deres syn på og relation til andre mennesker, såsom venner og omsorgsperson(er), er blevet forandret til det bedre i løbet af behandlingen. Nogle beskriver, at de er blevet bedre til at stole på andre, bl.a. da de har fået en vished om, at der er folk omkring dem, der gerne vil (hjælpe) dem. Andre italesætter, at dét, at de har fået det bedre gennem traumebehandlingen, har haft betydning for, at de er begyndt at være mere sociale frem for at isolere sig derhjemme. En ung fortæller: *"Jeg var ikke rigtig sammen med nogen [inden behandlingen]. Nu er jeg blevet bedre til at være sammen med nogen og meget ude"* (Ung 9). Andre af de unge nævner lignende, at de er blevet bedre til at danne relationer og har fået gode venner efter at have deltaget i behandlingsforløbet.

Traumebehandlingen har for nogle af de interviewede børn og unge også haft betydning for, at de har fået en forbedret relation til de(n) omsorgsperson(er), der har deltaget i behandlingen sammen med dem. Nogle af disse børn og unge fortæller, at den forbedrede relation skyldes, at de og deres omsorgsperson(er) har fået en større forståelse for hinanden og hinandens reaktionsmønstre gennem behandlingen. Andre giver udtryk for, at behandlingsforløbet har givet anledning til flere og mere fortrolige snakke med deres omsorgsperson(er).

De interviewede børn og unge beretter således både om positive forandringer i forhold til deres traumesymptomer og i forhold til deres relation til dem selv og andre mennesker som følge af behandlingen.

6.1.8 Hverdagen i konteksten af behandlingen

For de fleste af de interviewede børn og unge lå behandlingssessionerne i deres skole- eller arbejdstid. Disse børn og unge fortæller alle, at deres respektive skoler og arbejdsgivere udviste forståelse for, at de havde behov for at tage fri i forbindelse med sessionerne. Behandlingsforløbet gav således, overordnet set, ikke anledning til nogle udfordringer relateret til skolegang eller arbejde. En af de unge fortæller dog, at vedkommende af og til måtte melde fra til fritidsaktiviteter i forbindelse med behandlingen, hvilket den unge ærgrede sig over.

Under behandlingssessionerne arbejdede børnene og de unge, som nævnt, med tematikker, der var forbundet med svære følelser. Flere af børnene og de unge beskriver, at de derfor ofte var trætte og havde behov for at slappe af derhjemme efter en behandlingssession. En af de unge fortæller:

Ung 8: [Behandlingen] kunne godt tage hårdt på én nogle gange. Men så var jeg klar til dagen efter at tage på arbejde igen, så det har der ikke været nogen problemer i.

Interviewer: Det var godt. Men du har haft brug for at slappe lidt af efter en session? Vil du sætte lidt ord på det?

Ung 8: Jamen, sådan ikke, at det er negativt, at man skal slappe af, men sådan at man kommer hjem og lige sådan kan få tingene sat på plads og [tænkt over] det, man har snakket om. At man sådan lige kan tænke igen, "hvad var det [terapeuten] lige mente med det?" og sådan.

Som det fremgår af uddraget havde denne unge, efter en behandlingssession, behov for at slappe af derhjemme og reflektere over det, der var blevet snakket om under sessionen. Den unge var dog klar til at tage på arbejde igen dagen efter. Lignende fortællinger går igen på tværs af de fleste andre interviews.

6.2 Omsorgspersoners oplevelser med TF-CBT

I dette afsnit beskriver vi, hvordan de 13 omsorgspersoner, der har medvirket i interviews, har oplevet deres deltagelse i TF-CBT-forløbet. Afsnittet centrerer sig om, hvordan beslutningen om deltagelse blev truffet, hvordan de har oplevet behandlingens indhold

og udførelse, hvilke forandringer de har oplevet i løbet af og efter behandlingsforløbet, samt hvordan behandlingen har spillet sammen med deres øvrige hverdag.

6.2.1 Beslutning om deltagelse

Når omsorgspersonerne fortæller om baggrunden for deres deltagelse i TF-CBT-forløbet, beretter de fleste af dem om en vanskelig periode, hvor de havde at gøre med et barn eller en ung, der havde det meget dårligt, eksempelvis var selvmordstruet, ulykkelig, indelukket og/eller havde svær angst. Derfor opsøgte de hjælp hos diverse hjælpeinstanser, fx børnepsykiatrien eller børnehuset. For flere af omsorgspersonerne var det i denne forbindelse, at de hørte om TF-CBT-forløbet første gang, enten ved at en sagsbehandler i kommunen eller en medarbejder i børnehuset fortalte dem om muligheden for at deltage i forløbet.

Tiden fra, da omsorgspersonerne begyndte at opsøge hjælp, til at de startede i TF-CBT-forløbet med barnet/den unge, beskriver nogle af omsorgspersonerne som lang, stressende og frustrerende. En omsorgsperson fortæller:

Hele processen op til, man kan komme i sådan et forløb, den er ekstremt lang. (...) [Man] skal igennem alle mulige forskellige instanser og sagsbehandlere og alle mulige forskellige ting. Processen er virkelig lang, og den er faktisk skadelig i min optik. Fordi jeg så i hele den periode [ung] få det værre, imens vi venter på alle de ting, der skal ordnes, før vi ligesom kunne [starte i traumebehandlingen]. (...) Der er jo en screening-samtale, og man skal snakke med kommunen, og man skal have dem inde over, og man skal have børnehuset med inde over. (...) [Imens] kan man se, at barnet bliver dårligere og dårligere og mere ked af det, og det gør jo, at vi som familie bliver mere ked af det. (...) Og i mellemtiden, imens man sidder og venter på [at få hjælp], så har vi jo ringet rundt til livslinjer, traumelinjer og sådan nogle ting for at prøve at se, om man kunne gøre et eller andet. (Omsorgsperson 12)

I uddraget fremgår det, at omsorgspersonen oplevede processen med at få bevilliget og kunne starte op på traumebehandlingen som lang, hård og bureaukratisk. Omsorgspersonen beskriver endvidere processen som skadelig, idet vedkommende oplevede sit barn få det dårligere og dårligere i den periode, hvor de ventede på at få hjælp.

Når det kommer til selve beslutningen om at deltage i behandlingsforløbet, fortæller de fleste af de interviewede omsorgspersoner, at de ikke inddrog barnet eller den unge i beslutningen om deltagelse. Kun enkelte fortæller, at de drøftede deltagelsen med deres barn, inden de traf en beslutning. På tværs af interviewene giver omsorgspersonerne dog udtryk for, at barnet/den unge ønskede hjælp og derfor var positivt stemt over for at skulle deltage.

Ligeledes blev beslutningen om, hvem der skulle deltage i behandlingen sammen med barnet/den unge, i de fleste tilfælde truffet af omsorgspersonerne uden inddragelse af barnet/den unge. Beslutningen blev ofte truffet ud fra en vurdering af, hvem der havde bedst tid til at deltage i forløbet, og hvem der ville være bedst til at deltage i forløbet sammen med den unge. En af omsorgspersonerne fortæller i det følgende om, hvorfor det var vedkommende og fx ikke vedkommendes partner, der deltog i forløbet med deres barn:

Det er fordi, at jeg er bare bedst (...). [Min partner] er bedre til at gå udenfor og lave andre ting med [børnene] end mig ... Men hvis der er nogen, der skal lytte, så er det mest mig. (Omsorgsperson 10)

I de fleste tilfælde, var det, som i ovenstående citat kun en omsorgsperson, der deltog i behandlingen med barnet/den unge. Der er dog også eksempler på forløb, hvor flere omsorgspersoner har deltaget sammen med den unge. I nogle af disse tilfælde havde omsorgspersonerne behandlingssessioner sammen, i andre skiftedes omsorgspersonerne til at deltage.

6.2.2 Behandlingens indhold

Omsorgspersonernes behandlingssessioner centrerer sig især om, hvordan de kan hjælpe og støtte barnet/den unge i hverdagen. De har fået redskaber til at håndtere barnets reaktioner og viden om, hvordan de kan støtte barnet i forskellige situationer. Omsorgspersonerne beretter eksempelvis om at have fået redskaber til at hjælpe deres barn med at falde til ro om aftenen samt viden om, hvordan de kan støtte barnet, når vedkommende er i dårligt humør, har vredesudbrud, angstanfald eller lignende. Flere af omsorgspersonerne fortæller, at de i denne forbindelse har lært, at der er ting, fx handlemåder og reaktioner, de selv bør ændre for at skabe bedre rammer for deres barn i hverdagen. Eksempelvis fortæller en af omsorgspersonerne, at vedkommende, før behandlingen, havde en tendens til at reagere på sit barns vredesudbrud ved selv at blive vred, hvilket ofte resulterede i et skænderi med barnet. Gennem behandlingen lærte omsorgspersonen vigtigheden af, at vedkommende i stedet lod sit barn trække sig i disse situationer:

Hvis der nu havde været en situation, hvor [ung og jeg] har været oppe at skændes, omkring et eller andet emne, hvad det nu kan være. Så [har min partner og jeg lært], at vi skal give [ung] lov til at trække sig og komme væk fra det og så komme tilbage til det på et senere tidspunkt. Og det har vi prøvet. Vi har haft et eller skænderi, omkring et eller andet. [Ung] er blevet vred og går ind på sit værelse, og så har [ung] fået lov til at gøre det og køle af. (...) Det er den, jeg synes, der har givet mest pote omkring, hvordan vi skal

håndtere [ung], og hvordan vi skal hjælpe [ung] med at komme væk fra der, hvor [ung] er. (Omsorgsperson 12)

I uddraget beskriver omsorgspersonen således, hvordan vedkommende gennem traumebehandlingen har lært at håndtere sit barns reaktioner på en mere hensigtsmæssig måde. Samtlige af de interviewede omsorgspersoner giver i lighed med interviewuddraget udtryk for, at behandlingen har klædt dem bedre på til at støtte deres barn i hverdagen. Nogle påpeger, at netop dette har været det bedste ved at deltage i forløbet. Det sætter en omsorgsperson ord på i følgende citat: *"Det bedste [ved forløbet] har været, at [min partner] og jeg har været med inde over. Det har betydet, at vi meget bedre kan støtte, hjælpe og vejlede [ung]"* (Omsorgsperson 3).

En del af omsorgspersonerne fortæller endvidere, at de gennem behandlingsforløbet ligeledes har fået forståelse for deres barns reaktioner og handlinger, herunder har lært, at barnets reaktioner er naturlige. Eksempelvis fortæller en af de interviewede omsorgspersoner, at vedkommende før behandlingen reagerede stærkt og dømmende, når den unge løj. Gennem behandlingen lærte omsorgspersonen, at der er en naturlig forklaring på, at den unge sommetider lyver:

[Terapeuten] siger, at jeg skal prøve at finde ud af, hvorfor det er [at ung lyver] og være nysgerrig på det. Der har jeg nok været hurtig til at dømme og sige, "arh, det er simpelthen ikke i orden, det du sagde der eller gjorde der, fordi det var jo ikke sådan, det var". Hvor [terapeuten] tænker anderledes og bliver nysgerrig på, "hvorfor sagde eller gjorde [ung] egentligt det?". (...) [Jeg] har fået en forståelse for, at det [ung] har været igennem har gjort, at [ung] har været vant til bare at stikke den ene [løgn] efter den anden. Så det bare kører på automatik inde i [ung]. (Omsorgsperson 10)

I citatet fremgår det, at terapeuten har lært denne omsorgsperson at være nysgerrig på sit barns reaktioner frem for at skælde barnet ud på grund af disse. Behandlingen har således bidraget til, at omsorgspersonen har fået en bedre forståelse for sit barn, hvilket er en pointe, der går igen i flere af de andre interviews.

På tværs af interviewene fortæller omsorgspersonerne, at terapeuten under behandlingssessionerne kun i meget begrænset omfang fortalte dem om indholdet af den forudgående behandlingssession med barnet/den unge. Omsorgspersonerne blev således ikke informeret om, hvad terapeuten og deres barn specifikt havde talt om, hvilket omsorgspersonerne italesætter som fint og forståeligt. På tværs af interviewene fortæller omsorgspersonerne dog, at terapeuten løbende informerede dem, hvis der under den forudgående session med barnet var blevet talt om noget, der gjorde, at barnet formentligt ville være mere følelsesmæssigt påvirket end normalt efter en session. Således vidste omsorgspersonerne, at de i disse tilfælde skulle være særligt opmærksomme på at passe på deres barn i tiden efter en session. Flere af omsorgspersonerne

fortæller endvidere, at terapeuten ofte informerede dem om, hvilke øvelser og teknikker vedkommende havde lært barnet under den forudgående session, og hvor i opgavehæftet omsorgspersonen kunne læse om øvelserne. Dette gør, at omsorgspersonerne har kunnet hjælpe deres barn med at huske øvelserne i hverdagen. En omsorgsperson fortæller:

Jeg synes jo i det hele taget, at dét, at man har det der opgavehæfte [er godt] ... (...) Så har [terapeuten] sagt, "nu er vi her [i hæftet], vi snakker om det her". Så har jeg jo kunnet gå ind og læse, hvad handler det egentlig om. Sådan så hvis vi så har haft stødt på en af de personer, som har været med i hele det her traume, at så kunne jeg sige, "jamen, det er jo ligesom det der med løven og isen, som var i bogen" fx. (Omsorgsperson 13)

Dét, at denne omsorgsperson fik kendskab til de øvelser og teknikker, terapeuten lærte barnet, har således klædt omsorgspersonen på til løbende at kunne minde barnet om disse øvelser og teknikker i hverdagen.

Omsorgspersonerne beretter om varierede erfaringer med, hvorvidt børnene og de unge har fået lavet øvelserne derhjemme. Nogle af omsorgspersonerne giver udtryk for, at deres barn har taget øvelserne til sig, mens andre fortæller, at deres barn ofte ikke har fået lavet øvelserne, bl.a. fordi det har været svært at huske disse i hverdagen. Nogle af omsorgspersonerne fortæller endvidere, at de selv har fået øvelser og opgaver af terapeuten, som de er blevet bedt om at lave med deres barn derhjemme. Det kunne eksempelvis være opgaver som at spørge mere ind til barnet eller lave aktiviteter med barnet, der får pulsen op.

Selvet opbygningen af TF-CBT-forløbet med det givne antal sessioner har for nogle af omsorgspersonerne været passende, mens andre har fundet forløbet for kort i forhold til de udfordringer, deres barn har. En omsorgsperson fortæller:

Så svære emner og så svære ting at snakke om kan ikke lige ordnes på 3 måneder. Og det er nok noget af det, som jeg er mest ked af med forløbet, at det er for kort. (...) Det er ikke særlig langt i forhold til vigtigheden i de her emner, over for et menneske, som har de her udfordringer. [Forløbet] er rigtig giveligt, både for [ung] og os familie, men det er for lidt. (...). Vi kan se, at der er sket en stor fremgang, men der er for mange forskellige ting, som skal bearbejdes. (...) Vi skulle faktisk have haft 3 måneder mere i min optik, før at jeg tror, at [forløbet] kan gavne rigtig. (Omsorgsperson 12)

I citatet italesætter omsorgspersonen, at vedkommende ville ønske, at deres forløb var blevet forlænget, da den unges udfordringer ikke er blevet mindsket tilstrækkeligt gennem de givne antal sessioner. Det vil i nogle tilfælde være muligt at forlænge et

traumeforløb (se afsnit 2.4), og der er eksempler i interviewmaterialet herpå, men som det fremgår i uddraget, er det således ikke et tilbud, den pågældende familie har fået.

6.2.3 Arbejdet med traumet

De fleste af de interviewede omsorgspersoner fortæller, at de oplevede, at det tog hårdt på deres barn at arbejde med traumehistorien gennem behandlingsforløbet, særligt i starten af forløbet. Nogle beskriver, at barnet ofte var ked af det umiddelbart efter en session. Andre fortæller, at de oplevede, at deres barns angst eskalerede i forbindelse med behandlingen. En omsorgsperson siger: "*[Den unges] angst eller frygt eller hvad det er, som kommer om aftenen, når [ung] skal sove, det synes jeg eskalerede*" (Omsorgsperson 11). Flere af omsorgspersonerne giver dog udtryk for, at deres barn løbende begyndte at have færre og færre reaktioner efter en behandlingssession, som behandlingen skred frem.

Ved afslutningen af behandlingsforløbet fik de fleste af omsorgspersonerne traumehistorien læst højt enten af terapeuten eller af barnet/den unge selv. Nogle fortæller, at de fik historien læst højt en enkelt gang. Andre fortæller, at de fik historien læst højt ad flere omgange, først alene med den unge og terapeuten og så med tilstedeværelsen af andre omsorgspersoner, der ikke havde deltaget i behandlingen, men som den unge ønskede også skulle høre historien.

For nogle af omsorgspersonerne var det gældende, at de kendte den unges historie i detaljer på forhånd og derfor var forberedte på indholdet af fortællingen. Andre havde begrænset kendskab til detaljerne omkring traumet, hvorfor det først var i forbindelse med oplæsningen af traumehistorien, at de for alvor fik kendskab til, hvad den unge var blevet udsat for. Uanset hvor meget omsorgspersonerne vidste om traumehistorien på forhånd, fortæller de, på tværs af interviewene, at det var svært for dem at høre historien. En af omsorgspersonerne påpeger, at selvom vedkommende kendte til de fleste detaljer omkring traumet, gjorde det alligevel indtryk at høre den unges fortælling om sin oplevelse af det, der var sket:

Det er jo ikke sjovt, vel. Altså fordi, der var da mange af tingene, som jeg udmærket godt vidste, men jeg vidste jo ikke, hvordan det havde været at være [ung], vel. Det er jo ikke sjovt at sidde og se ens barn læse et eller andet op, der er dybt krænkende. (Omsorgsperson 8)

En anden omsorgsperson fortæller, at vedkommende, før oplæsningen af traumehistorien, havde begrænset viden om, hvad den unge var blevet udsat for. Omsorgspersonen blev derfor berørt, da vedkommende under oplæsningen af traumehistorien fik kendskab til, hvad den unge havde været igennem:

Jeg synes, det var så hårdt at sidde og høre på, hvad [ung] har været igennem, det gør jo også noget ved mig. Det giver både en bedre forståelse, og jeg tænker, hvordan vil man selv reagere, hvis man havde været igennem det sammen. (Omsorgsperson 10)

Som det fremgår af citatet, oplevede denne omsorgsperson at få en bedre forståelse for den unge og for den unges reaktioner, da vedkommende fik læst traumehistorien op. Lignende pointe går igen i flere af de andre interviews. Nogle af de interviewede omsorgspersoner fortæller desuden, at det at høre den unges traumehistorie gjorde det nemmere for dem at komme videre, idet det herigennem blev tydeligt for dem, hvor meget den unge havde udviklet sig gennem behandlingsforløbet.

6.2.4 Oplevede forandringer

Omsorgspersonerne beskriver, som nævnt i afsnit 6.2.1, tiden inden opstarten på traumebehandlingen som en vanskelig periode, hvor deres barn oplevede forskellige udfordringer i hverdagen og havde flere traumesymptomer. Alle de interviewede omsorgspersoner fortæller, at disse symptomer og udfordringer, i større eller mindre omfang, er blevet mindsket gennem behandlingen. På tværs af interviewene beretter omsorgspersonerne eksempelvis om, at deres barn er blevet gladere, mindre utryg, sover bedre om natten og/eller er blevet bedre til at håndtere angstanfald og situationer, hvor barnet tror, at vedkommende ser voldudøveren. En omsorgsperson siger:

[Ung] er blevet mere selvstændig, mere rolig, mere fattet. Der skal stadigvæk ikke så meget til, før [ung] taber fatningen, men [ung] kommer lidt hurtigere tilbage igen og er ikke så utryg ved tingene. [Ung] kan også bedre klare de der syn, hvor [ung] føler, at [voldsudøveren] fx står foran [den unge]. (Omsorgsperson 9)

I citatet fremgår det, at omsorgspersonen har oplevet en række positive forandringer hos sit barn som følge af behandlingen, men at barnet dog stadigvæk oplever udfordringer. Lignende pointe går igen på tværs af flere af de andre interviews. Endvidere beskriver en del af de interviewede omsorgspersoner, at deres barn har udviklet sig personligt gennem behandlingsforløbet, eksempelvis i form af, at barnet er begyndt at hvile mere i sig selv. En omsorgsperson fortæller: *"Det forløb [ung] har været i, det har gjort, at [ung] har fundet ud af, at [ung] er faktisk god nok, som [ung] er"* (Omsorgsperson 10). Flere beskriver også, at deres barn er blevet mere social efter behandlingen, herunder er begyndt at bruge mere tid med venner og familie og på fritidsaktiviteter, hvilket står i kontrast til tiden før behandlingen, hvor de oplevede deres barn som indelukket og tilbagetrukket. En omsorgsperson fortæller:

[Ung] blev [efter de traumatiske hændelser] indelukket og mistede al lyst til at være social både med os og [den unges] venner. [Ung] blev meget tilbage-trukket, og det ændrede det her forløb helt radikalt på. Vi fik vores rigtige [barn] tilbage igen. (Omsorgsperson 7)

Denne omsorgsperson oplever således, at TF-CBT-forløbet har bevirket, at den unge er blevet sig selv igen, som vedkommende var, før de traumatiske hændelser fandt sted. Andre af de interviewede omsorgspersoner beretter desuden om, at deres barn gennem traumebehandlingen er blevet bedre til at sætte ord på følelser og udfordringer samt til at snakke om det, der er sket. Flere beretter således om, at TF-CBT-forløbet har bevirket, at deres barn er blevet bedre til at kommunikere.

I forlængelse heraf fortæller de fleste af omsorgspersonerne, at de har oplevet positive forandringer i forælder-barn-relationen som følge af behandlingen. Ifølge omsorgspersonerne kan denne forandring især tilskrives dét, at de har deltaget i behandlingsforløbet sammen med barnet. Flere italesætter, at dette for det første har haft betydning for, at der er opstået en større fortrolighed mellem dem og deres barn, som har gjort det nemmere og mere naturligt for dem at snakke om svære ting i hverdagen. Det sætter en omsorgsperson ord på i følgende citat:

Båndet mellem [ung] og jeg blevet forstærket. (...). Tingene har forandret sig lidt. Ikke til det negative, men mere til det positive om, at det er okay at snakke om de ting, der har været dårlige og irriterende (...). Det er blevet lidt mere naturligt at snakke om i hvert fald. (Omsorgsperson 13)

For det andet italesætter en del af omsorgspersonerne, at det, at de har deltaget i behandlingen sammen med deres barn, har betydet, at der er blevet skabt en større samhørighed mellem dem, idet de har været fælles om forløbet. Ifølge flere af omsorgspersonerne skal denne tættere forælder-barn-relation ikke blot tilskrives selve behandlingen, men også det faktum, at de har haft mere alenetid med deres barn på køreturene til og fra behandlingen. Køreturen har for flere givet anledning til mange gode samtaler mellem dem og deres barn. En omsorgsperson siger: "*[Køreturen] har hjulpet os, både [den unge] og mig, til at komme tættere på hinanden, men også til at få snakket lidt om forskellige ting*" (Omsorgsperson 12). På tværs af interviewene giver omsorgspersonernes således udtryk for, at både indholdet af og rammerne omkring traumebehandlingen har haft positiv betydning for deres relation til barnet.

6.2.5 Hverdagen i konteksten af behandlingen

For de fleste af de interviewede omsorgspersoner er det gældende, at de ikke oplevede de store vanskeligheder forbundet med at få behandlingsforløbet til at passe ind i deres hverdagsliv, hverken i forhold til arbejde eller øvrige hverdagsforpligtelser. Nogle

af omsorgspersonerne fortæller, at de har fleksible arbejdstider, hvorfor det var muligt for dem at arbejde på andre tidspunkter af døgnet på dagen for en behandlingssession. Enkelte fortæller, at de arbejder på deltid, hvorfor behandlingssessionerne ikke lå i deres normale arbejdstid. Andre af omsorgspersonerne fortæller, at de var nødt til at tage fri fra arbejde for at kunne deltage i behandlingen, men at deres respektive arbejdspladser udviste forståelse for dette. En af omsorgspersonerne fremhæver, at det i denne henseende var hjælpsomt, at vedkommende fik alle tidspunkterne for behandlingssessionerne oplyst i starten af forløbet, så vedkommendes arbejde kunne blive informeret i god tid:

[Terapeuten] var jo super god til at give mig alle tiderne, næsten fra starten af tror jeg. Vi fik alle 15 tider til at starte med. Så det var til at planlægge ud i fremtiden, og det synes jeg jo var mega rart. For jeg kunne jo så gå ned til min chef og sige, "det er de her tider", og så var det ikke noget problem [at få fri], når det var i så god tid. (Omsorgsperson 13)

Der er dog også enkelte af omsorgspersonerne, der giver udtryk for, at det var vanskeligt at få behandlingen til at passe ind i deres øvrige hverdagsliv. For disse omsorgspersoner er det gældende, at de havde meget transporttid forbundet med deltagelse i behandlingen, hvilket gjorde det ekstra udfordrende at få forløbet til at passe ind i en hverdag med arbejde og øvrige hverdagsforpligtelser. Endvidere italesætter en af omsorgspersonerne, at behandlingsforløbet foregik i en periode, hvor vedkommende var under stort pres på sit arbejde, hvorfor det af og til blev en stressfaktor at skulle afsætte flere timer til behandlingen hver uge. Alle de interviewede omsorgspersoner giver dog udtryk for, at det var de eventuelle medfølgende besværligheder i hverdagen værd at deltage i behandlingsforløbet, idet de anser behandlingen som en investering i deres barns trivsel.

Omsorgspersonerne fortæller overordnet set, at deres barns skole har udvist forståelse for, at barnet havde brug for at tage fri fra skole for at deltage i behandlingen. Nogle af omsorgspersonerne fortæller desuden, at de fik tilrettelagt behandlingsforløbet således, at behandlingssessionerne fandt sted på tidspunkter, hvor barnet havde mindre vigtige fag i skolen. En omsorgsperson siger:

Vi fik lov til at lægge det, så det passede med, at [ung] gik glip af de mindst vigtige timer. Det blev lagt i forbindelse med idræt eller sådan noget, som man kan sige, at det går sgu nok. (Omsorgsperson 7)

Flere af omsorgspersonerne fortæller derudover, at skolen udviste forståelse for, at barnet anvendte de forskellige redskaber og teknikker fra behandlingen i skoletiden. En af omsorgspersonerne fortæller dog, at skolen i starten af forløbet ikke havde forståelse for barnets brug af de tillærte teknikker, men at terapeuten i dette tilfælde tog kontakt til skolen, hvilket bidrog til en større forståelse fra skolens side.

6.3 Hvordan oplever børnene og de unge og deres omsorgspersoner TF-CBT?

Overordnet set viser analysen, at både børnene og de unge og deres omsorgspersoner har oplevet tiden inden opstarten i TF-CBT-forløbet som en vanskelig periode præget af svære følelser og udfordringer. De fleste af børnene og de unge giver derfor udtryk for, at de var motiverede for at deltage i behandlingsforløbet, selvom de havde begrænset viden om det, og det i langt de fleste tilfælde var omsorgspersonerne, der havde besluttet, at de skulle deltage. Flere af omsorgspersonerne beskriver endvidere, at tiden, fra de begyndte at opsøge hjælp, til de startede i TF-CBT-forløbet, var lang, bureaukratisk, frustrerende og præget af desperation for at få hjælp til deres barn.

Selve behandlingens indhold, opbygning og udførelse opleves af både børn, unge og omsorgspersoner overordnet set positivt. Børnene og de unge fortæller, at de gennem behandlingen har fået brugbare redskaber og teknikker til at håndtere udfordringer og svære følelser i hverdagen, mens omsorgspersonerne fortæller, at de har fået konkrete redskaber til bedre at kunne støtte og hjælpe deres barn i dagligdagen.

Børnene, de unge og deres omsorgspersoner fortæller, at arbejdet med traumehistorien var følelsesmæssigt svært, men at det gradvist blev lettere i takt med behandlingen. Flere unge oplevede, at det hjalp at få at vide, at svære følelser undervejs er normale. De peger også på, at det at arbejde direkte med traumat på sigt bidrog til, at de fik det bedre.

Børnene og de unge fremhæver tre faktorer, der havde særlig betydning for deres positive oplevelse af TF-CBT:

- **Relationen til terapeuten:** En tryk og tillidsfuld relation til terapeuten gjorde det lettere at åbne op. Flere nævner terapeutens uformelle, empatiske og omsorgsfulde tilgang som afgørende for den gode kontakt.
- **Fysiske rammer:** Snacks, drikkevarer og aktivitetsmuligheder i samtalerummene bidrog til en tryk og behagelig stemning, som gjorde det lettere at deltage i behandlingen.
- **Indflydelse på forløbet:** Mange oplevede at have medbestemmelse i forhold til indhold og udformning af behandlingen, hvilket styrkede deres motivation og ejerskab over processen.

Generelt rapporterer både børn, unge og omsorgspersoner om markante positive forandringer: færre traumesymptomer, personlig udvikling og forbedrede relationer – både socialt og i forælder-barn-dynamikken. Selvom nogle fortsat havde symptomer ved interviewtidspunktet, beskrev de fleste en tydelig fremgang.

Nogle af børnene og de unge oplevede, at arbejdet med traumenarrativet påvirkede deres overskud negativt umiddelbart efter sessionerne, og at behandlingens placering i skoletiden krævede koordinering med skole eller eventuel arbejdsplads. Overordnet har forløbet dog givet få udfordringer i hverdagen.

De kvalitative analyser af børnene, de unges og omsorgspersonernes erfaringer med TF-CBT-forløbet giver anledning til følgende opmærksomhedspunkter og anbefalinger:

- **Ventetid før opstart:** Oplevelsen af lange og bureaukratiske ventetider er frustrerende – og i nogle tilfælde skadelige – da symptomer kan forværres, mens man venter på hjælp.
- **Forberedelse på svære følelser:** Det bør tydeliggøres for børnene og de unge fra start, at arbejdet med traumet kan vække stærke følelser, men at det ofte bliver lettere over tid.
- **Relationel tryghed:** En god relation til terapeuten – især når der ikke er forudgående kendskab – er afgørende for et udbytterigt forløb.
- **Trygge rammer:** Hyggelige omgivelser, snacks og adgang til aktiviteter kan understøtte en positiv behandlingsoplevelse.
- **Medbestemmelse:** Børn og unge bør inddrages aktivt i behandlingen – fx i valg af metode til traumehistorien, hvad der deles med omsorgspersoner, og om sessionerne skal inkludere kreative aktiviteter.

7 Konklusion

Evalueringen viser, at TF-CBT ved implementeringsperiodens ophør er tilstrækkeligt forankret til at kunne betragtes som et landsdækkende specialiseret behandlingstilbud til børn og unge, der har været udsat for fysisk og/eller psykisk vold og/eller seksuelle overgreb. Behandlingen leveres med høj metodefidelitet og vurderes overordnet set at have en god kvalitet. Samtidig peger evalueringen på et væsentligt uforløst potentiale: Kun en mindre andel af den relevante målgruppe er blevet visiteret til TF-CBT, og behandlingskapaciteten har været underudnyttet. Det understreger behovet for øget opmærksomhed i kommunerne og blandt fagprofessionelle på henvisningsmulighederne, screening for PTSD og en mere systematisk visitationspraksis.

Evalueringen viser overordnet set, at børnene og de unge ved forløbets opstart er karakteriseret ved ret alvorlig mistrivsel. Langt størstedelen af børnene og de unge ligger over den kliniske grænse for både PTSD og kompleks PTSD. Symptomer som genoplevelse, undgåelse og forhøjet vagtsomhed er udbredte, og mange oplever, at problemerne påvirker skolegang, familieliv og sociale relationer. 73 pct. ligger over grænsen for klinisk depression, og mange føler sig triste, uden glæde og præget af ensomhed. Derudover rapporterer 84 pct. omfattende negative traumerelaterede tanker, præget af lavt selvværd, håbløshed og manglende tro på egen mestring.

Omsorgspersonerne oplever tilsvarende tydelige tegn på børnenes og de unges mistrivsel. Dette særligt i forhold til emotionelle problemer, men der ses også forhøjet forekomst af hyperaktivitet, opmærksomheds- og adfærdsproblemer. Mange børn har lav fysisk energi og nedsat følelsesmæssigt velbefindende, selvom relationerne til familie, venner og lærere overordnet vurderes som gode.

Samlet set vidner analyserne om, en gruppe af børn og unge, der ikke blot mistrives på én, men på flere livsdimensioner, og som har et massivt behov for at få hjælp.

Samtidig viser evalueringen, at TF-CBT har markante og positive virkninger for børnene og de unge. Både børnene og de unge selv og deres omsorgspersoner rapporterer betydelige reduktioner i PTSD- og depressionssymptomer, færre traumerelaterede tanker og øget psykisk trivsel. Forbedringerne dokumenteres af store effektstørrelser på tværs af før- og eftermålingerne. Virkningerne fremstår robuste, men er sandsynligvis overvurderede, da evalueringen ikke indebærer et kontrolgruppedesign.

Forbedringerne bekræftes af den kvalitative analyse, hvor deltagere rapporterer om forbedret trivsel, personlig udvikling og styrkede sociale og familiære relationer. Behandlingen opleves generelt som meningsfuld og gavnlig, og deltagerne fremhæver, at de har fået konkrete redskaber til at håndtere svære følelser og hverdagens

udfordringer. Arbejdet med traumehistorien er forbundet med følelsesmæssige belastninger, men vurderes af deltagerne som afgørende for bedring over tid.

Tre faktorer fremhæves som centrale for en positiv behandlingsoplevelse: en tryk og tillidsfuld relation til terapeuten, fysiske rammer, der fremmer tryghed og engagement, samt mulighed for medbestemmelse i behandlingsforløbet.

Evalueringen identificerer også en række opmærksomhedspunkter, der er vigtige for det videre arbejde med TF-CBT. Disse omfatter behovet for at reducere ventetid før opstart i behandling, at forberede børn og unge på de følelsesmæssige reaktioner, som behandlingen kan medføre, samt at sikre løbende supervision til terapeuterne for at opretholde metodefideltet og mindske risikoen for sekundær traumatisering.

Samlet konkluderes det, at TF-CBT er en effektiv og relevant behandlingsform for børn og unge udsat for vold og/eller seksuelle overgreb, og at den nationale udbredelse har skabt grundlag for, at børn og unge i hele Danmark kan tilbydes en ensartet og specialiseret behandling. For at realisere det fulde potentiale bør der dog arbejdes videre med at sikre adgang og kvalitet – herunder gennem tættere samarbejde med kommunerne og fortsat faglig understøttelse af behandlingsindsatsen.

> Dokumentation

8 Data og metode

I det følgende præsenteres evalueringens datagrundlag og metodiske tilgang. Implementeringen af TF-CBT i de danske børnehuse er forløbet fra efteråret 2023 til sommeren 2025. VIVE har løbende i perioden indsamlet forskelligartede data. Flere datakilder er også indsamlet i forbindelse med afprøvningen af TF-CBT i et enkelt af børnehusene i 2021-2022. Data fra afprøvningen er kun inddraget i den kvalitative analyse af børnene/de unge og deres omsorgspersoners perspektiver på behandlingsforløbet.

Evalueringens samlede design er illustreret i Figur 8.1.

Figur 8.1 Undersøgelsens dele og datagrundlag



Beskrivelserne af de forskellige datakilder uddybes i de følgende afsnit. Først præsenteres datagrundlaget for implementeringsevalueringen, herefter for hhv. den kvantitative og kvalitative del af virkningsevalueringen.

8.1 Implementeringsevaluering

Implementeringsevalueringen består af tre forskellige analyser; en analyse af nøgletal om den potentielle og faktiske målgruppe for TF-CBT, en analyse af terapeuternes fidelitetsregistreringer for de enkelte forløb, samt en analyse af

implementeringsgraden, herunder barrierer i implementeringsmiljøet. Datakilder i implementeringsevalueringen består af:

- Nøgletal fra Social- og Boligstyrelsens register BIT
- Fidelitetsregistreringer af de enkelte behandlingsforløb
- Tre interviewnedslag om implementering med børnehusets ansatte og ledelse.

8.1.1 Nøgletal

VIVE har anvendt følgende nøgletal fra BIT:

- Antal udredninger fordelt på børnehuse
- Antal børn og unge, som på baggrund af screeningen i forbindelse med udredningen vurderes at være i målgruppen for TF-CBT
- Fordelingen af børn og unge i målgruppe for TF-CBT i forhold til, om de har været udsat for vold eller seksuelle overgreb
- Antal behandlingsforløb i børnehuse.

Nøgletallene beregnes på baggrund af BIT-data, som er videregivet til VIVE på baggrund af en videregivelsesaftale.

Data indeholder oplysninger om børnehusenes sager i perioden. Der er oplysninger om overgrebstype, kommune, tegn hos børnene/de unge, og hvad børnehusets samlede vurdering af barnets behov fremover er. Børnehuset har haft mulighed for at markere 'Barnet vurderes at være i målgruppen for TF-CBT-behandling' fra marts 2024 og frem. Denne dækker derfor ikke hele projektperioden, og derfor er det også denne variabels registreringstid, som afgrænser nøgletalsanalyse. Der er 5.209 screeninger, 503 i målgruppen og 32 i vores dataindsamling.

Nogle af de børn og unge, som indgår i dataindsamlingen i regi af evalueringen, har mere end et forløb i børnehuse. Der er forsøgt at anvende data fra det forløb, som bedst passer tidsmæssigt med tidspunktet for dataindsamlingen.

Analyserne er deskriptive, og der anvendes ikke særlige statistiske metoder.

8.1.2 Fidelitetsregistreringer

Fidelitetsregistreringerne giver et samlet billede af, hvordan TF-CBT-forløbene er blevet gennemført i praksis, og i hvilken grad behandlingen er leveret i overensstemmelse med metodens centrale principper og struktur. Ved afslutningen af

implementeringsperioden er der innsamlet registreringar på komponentnivå for alle gjennomførte forløp. Data dekkjer forløp i perioden september 2023 til august 2025 og omfatter forløp fra alle fem barnehuse.

I alt inngår 73 fidelitetsskemaer på gjennomførte TF-CBT-forløp utført av TF-CBT-terapeuter under og like etter sertifisering

Til registreringen har terapeutane brukt et fidelitets- og progressionsverktøy utviklet i Norge. I modningsprosjektet oversatte og tilpassede VIVE både veiledningen samt skemaet til dansk og opstilla det i et Excel-regneark.

Skemaet brukt løpende av TF-CBT-terapeutane til å registrere forløpets progress og dei komponentane, der inngår i kvar session. Skemaet fungerer både som dokumentasjon av fidelitet (metodetrohett) og som et praktisk redskap til å sikre fremdrift og kvalitet i behandlingen – særleg under sertifiseringsprosessen.

I Figur 8.2 er den skabelon, som terapeutane har brukt til registrering av fidelitet, avbilda.

Figur 8.2 Progressions- og fidelitetsskema til måling av innholdsintegritet

Progresjons- og fidelitetsskema TF-CBT																									
Terapeut-ID: _____													Barnets alder: _____ Kjønn: _____												
TF-CBT-KOMPONENTER																									
Rammer og struktur av kvar time (fortløpende)													Timenr.: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25												
Dato:													/ /												
• Sette agenda/mål for timen																									
• Gi rasjonale																									
• Sjekk hjemmeoppgave																									
• Jobbe med aktuell komponent, inkludere gradvis eksponering																									
• Bruke ros/støtte/opmuntring																									
• Gi hjemmeoppgave																									
• Sjekk sikkerhet og behov for sikkerhetsplan (hvis nødvendig)																									
Foreldreferdigheter (fortløpende)													Timenr.: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25												
Dato:													/ /												
• Utforske foreldrenes utfordring med barnet																									
• Utforske foreldrenes skam/skyld/ansvarsfølelser																									
• Gi foreldrespesifikk informasjon om barnets traumesymptomer																									
• Arbeide med funksjonsanalyse																									
• Trene på ferdigheter ved bruk av rollespill																									
• Tematisert positivt samvær, selektiv oppmerksomhet, aktiv lytting og hverdagsrutiner																									
• Finne hyggelige ting foreldre og barn kan gjøre saman																									
• Øve på positiv forsterkning og positive tilbakemeldingar.																									
• Sette konkrete mål for foreldreoppfølgingen																									
Ferdighetskomponenter													Timenr.: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25												
Dato:													/ /												
Psykoedukasjon: (barn og foreldre)																									
• Informasjon om hendelse (forekomst, hyppighet, hvem/hva/hvorfor)																									

Kilde: Progresjons- og fidelitetsskema TF-CBT, Norge.

Data fra disse registreringer indgår i analysen af fideliteten i leveringen af TF-CBT (afsnit 4.5), hvor de anvendes til at beskrive forløbenes længde og varighed, fordelingen mellem faserne og anvendelsen af de forskellige komponenter i behandlingen.

Opgørelse af fidelitetsregistreringer

De udfyldte fidelitetsskemaer fra terapeuterne er samlet til ét fælles datasæt. I alt indgår 73 registreringer, som hver repræsenterer et afsluttet TF-CBT-forløb.

Hver markering i skemaet er registreret én gang pr. celle, også i tilfælde, hvor der er flere markeringer i samme felt eller markeringer angivet med parenteser.

De indsamlede registreringer er derefter opgjort ud fra følgende principper:

Gennemførte og afbrudte forløb

Kun gennemførte og afsluttede forløb indgår i analyserne. Et forløb betragtes som gennemført, hvis elementet 'Opsummering, afslutning, eventuel aftale om booster-timer' er markeret i skemaet. Enkelte forløb uden denne markering er dog medtaget, hvis terapeuten har bekræftet, at forløbet er afsluttet. Forløb, der er afbrudt før tid, indgår ikke i opgørelsen.

Faselængde

Fasernes længde er fastlagt ud fra, hvornår markeringerne for de enkelte faser optræder i registreringerne:

- Fase 1: Fra forløbets start til første markering i fase 2
- Fase 2: Fra første markering i fase 2 og indtil første markering i fase 3
- Fase 3: Resten af forløbet.

I flere forløb vender terapeuten tilbage til komponenter fra tidligere faser eller bruger komponenter fra en senere fase. Det er en del af metodens fleksibilitet og ændrer ikke den samlede opgørelse af, hvor længe de enkelte faser varer.

I enkelte forløb er fase 3 registreret påbegyndt umiddelbart efter delingen af traumenarrativet, selvom enkelte fase 3-komponenter forekommer tidligere i forløbet.

Forløbslængde

Forløbenes længde er beregnet som antal kalenderuger fra første til sidste registrerede dato – begge uger inklusive.

Redigering i fidelitetsregistreringerne

Registreringer under 'Fællestimer for barn og omsorgsperson' er udeladt fra analysen, da de skyldes en fejl i afrapporteringsskemaet. Denne tekst udgør en komponentoverskrift, som ved en fejl ikke fremgik med fed skrift (markeringen af komponentoverskrifter) og er derfor ved en fejl blevet registreret som et selvstændigt element i registreringerne.

Beregninger af fidelitet

For at beskrive variationen i de gennemførte TF-CBT-forløb er der beregnet gennemsnit, standardafvigelse (SD), minimum og maksimum for en række centrale mål:

- Antal sessioner pr. forløb
- Antal sessioner i hver af de tre faser
- Samlet varighed i uger.

Disse mål giver et overblik over forløbenes gennemsnitlige længde og spredning samt variationen mellem de korteste og længste forløb.

For komponentanalysen er der beregnet det samlede antal delkomponenter markeret under hver hovedkomponent, samt minimum og maksimum for, hvor mange gange de enkelte komponenter blev anvendt på tværs af forløbene.

8.1.3 Interviews med børnehusledere og TF-CBT-terapeuter

VIVE har i forbindelse med evalueringen gennemført interviews med TF-CBT-terapeuterne og ledelsen i de enkelte børnehuse af tre omgange:

- | | | |
|-------------------|---|--------------------|
| Nedslag 1: | Interviews med informantgrupperne: TF-CBT-terapeuter, børnehusledere, udredning, visitationsudvalg og medarbejdere i hvert børnehus | Foråret 2024 |
| Nedslag 2: | Gruppeinterviews med TF-CBT-terapeuter og ledere i hvert børnehus | Vinteren 2024/2025 |
| Nedslag 3: | Gruppeinterviews med TF-CBT-terapeuter og ledere i hvert børnehus | Sommeren 2025 |

Første nedslag blev gennemført som særskilte interviews med forskellige medarbejdergrupper i børnehuse. Andet og tredje nedslag blev gennemført som fælles

interview med både TF-CBT-terapeuter og ledelse. Første nedslag foregik ved fysisk besøg i børnehusene, mens andet og tredje nedslag foregik online. Børnehus 1 indgår kun i den summative del af evalueringen og er først interviewet i forbindelse med tredje og afsluttende nedslag, da den formative implementeringsunderstøttelse i børnehus 1 foregik i forbindelse med afprøvningen af TF-CBT i en dansk kontekst i perioden 2020-2022.

Interviewene med TF-CBT-terapeuterne er således foregået løbende i certificeringsperioden. Ved nedslag 3 er flere terapeuter blevet certificeret. I interviewet med børnehus 1 indgik enkelte terapeuter, der blev certificeret i forbindelse med afprøvning af TF-CBT i en dansk kontekst sammen med TF-CBT-terapeuter under certificering.

Interviewene indeholdt elementer af implementeringsunderstøttelse, hvor fx udfordringer eller opmærksomhedspunkter ved det givne tidspunkt for interviewet blev drøftet mellem VIVE og det enkelte børnehus. Interviewene udgør grundlaget for implementeringsevalueringen, herunder analysen af barrierer i implementeringsmiljøet, og bidrager med kvalitative perspektiver i både nøgletals- og fidelitetsanalysen.

Interviewene er skrevet ud til referater, som er behandlet i analyseprogrammet NVivo. Pointer fra interviewene som kondenserede pointer om særligt tværgående tematikker. Interviewpersoner blev forud for interviewet oplyst om vilkårene for deltagelse i interview og er i undersøgelsen anonymiserede.

8.1.4 Yderligere implementeringsunderstøttelse

VIVE har løbende understøttet børnehusene med implementeringen af TF-CBT. Med henblik på at yde implementeringsstøtte til børnehusene har VIVE gennemført aktiviteterne skitseret i Tabel 8.1.

Tabel 8.1 Aktiviteter i forbindelse med implementeringen af TF-CBT

	Form og indhold	Tidspunkt
Dataindsamlingsworkshop	For at sikre, at alle faglige medarbejdere og ledelse i børnehusene er fortrolige med deres opgave i regi af evalueringen, herunder de redskaber, der skal anvendes og teknikken i forbindelse med dataindsamlingen, afholdt VIVE en fysisk workshop. På workshoppen blev det samlede evalueringsdesign præsenteret, og alle redskaber blev gennemgået i detaljen.	Oktober 2023
Fælles implementeringsseminar	Med henblik på at yde implementeringsstøtte til de deltagende børnehuse gennemførte VIVE i efteråret 2023 et online implementeringsseminar for børnehuslederne og TF-CBT-terapeuterne.	Oktober 2023

Form og indhold		Tidspunkt
	Formålet med implementeringsseminaret var dels at formidle relevant viden og erfaringer fra modningsprojektet med henblik på at understøtte implementeringen i de enkelte børnehuse, dels at understøtte et netværk for erfaringsdeling børnehuse imellem.	
CATS-2-oplæg	For understøtte de fagprofessionelle, som foretager udredningen i børnehuse, samt TF-CBT-terapeuterne i anvendelsen af CATS-2, har Sille Schandorph Løkkegaard (SDU) og VIVE i samarbejde afholdt et 3-timers online CATS-2 seminar for alle børnehuse i juni 2024. Seminaret var opbygget i tre blokke, som gik fra det teoretiske til det praksisnære.	Maj 2024
Udarbejdelse af manual for dataindsamlingen	VIVE har udarbejdet en manual til anvendelse af TF-CBT-terapeuterne i forbindelse med projektet for udbredelsen af TF-CBT i landets børnehuse.	November 2023
Udvikling af hjemmeside til understøttelse af dataindsamlingen	Til at understøtte dataindsamlingen har VIVE opsat en hjemmeside. Hjemmesiden har til formål at samle al informationen på et sted og sikre, at den nyeste viden er tilgængelig for alle.	November 2023

8.2 Virkningsevaluering: Data og metode

Datakilder i virkningsevalueringen består af:

- før- og eftermålinger på måleredskaber
- kvalitative interviews med børn og unge samt omsorgspersoner.

Virkningsevalueringen baseres således på både kvantitative og kvalitative data. De enkelte datakilder og dataindsamlingsmetoderne præsenteres nærmere i de følgende afsnit.

8.2.1 Design af den kvantitative del af virkningsevalueringen

Vi anvender en før- og eftermåling uden kontrolgruppe til at vurdere, om TF-CBT har lovende resultater.

Før- og eftermåling betyder, at TF-CBT-deltagerne svarer på et spørgeskema, før indsatsen er påbegyndt og ved indsatsens afslutning.

At designet er gennemført uden kontrolgruppe betyder, at vi ikke sammenligner udfaldene for indsatsgruppen med en kontrolgruppe, som ikke modtager en TF-CBT-indsats. En kontrolgruppe kan fx være en gruppe af børn og unge, som er i målgruppen for at modtage TF-CBT, men er på venteliste, eller det kan være en gruppe, som modtager en anden form for indsats i perioden (fx familiebehandling).

I designet uden kontrolgruppe fortolkes forskellen mellem tilstanden før og efter indsatsen som virkningen af TF-CBT. Børnene og de unges tilstand før indsatsen anvendes som et udtryk for, hvilken tilstand de ville have været i, hvis de ikke modtog TF-CBT. Udviklingen fra opstart til afslutning er således den udvikling, der sker for deltagerne i løbet af TF-CBT-forløbet.

Før- og eftermåling uden kontrolgruppe er ét af flere mulige designs til at måle virkningen af en indsats og har ligesom andre designs deres indbyggede styrker og svagheder.

En af styrkerne ved pretest-posttest-designet er, at det er velvalgt i de situationer, hvor det ikke er etisk eller praktisk muligt at finde en sammenlignelig kontrolgruppe, som ikke skal modtage indsatsen. Et ventelistedesign, hvor man anvender personer, der står i kø til at modtage indsatsen, vil være en sammenlignelig kontrolgruppe, men det vil kun være et etisk forsvarligt design i et projekt som dette, hvis der ikke i forvejen er kapacitet til at behandle alle.

En af svaghederne ved før- og efterdesignet er, at vi ikke har nogen kontrolgruppe og dermed ikke direkte kan vurdere, hvordan det ville være gået sammenlignelige personer, som ikke modtog TF-CBT-indsatsen. Med et pretest-posttest-design kan der af den grund være større fare for, at den udvikling, vi kan konstatere, skyldes andre faktorer end indsatsen i sig selv. Det kan fx være, at der er andre indsatser eller begivenheder, der finder sted mellem pre-test og post-test, som bidrager til at skabe en forskel for TF-CBT-deltagerne (Dimitrov & Rumrill, 2003). Vi ved ikke, hvad deltagerne modtager af andre former for indsatser samtidig med TF-CBT-forløbet. Det anbefales dog, at de ikke samtidig er i et andet psykologisk forløb.

Uden en kontrolgruppe kan vi desuden ikke tage højde for nogen tidseffekt, dvs. vi ikke kan adskille, hvad der skyldes virkningen af indsatsen, og hvad der skyldes naturligt aftagende symptomer over tid. Målgruppen for evalueringen er børn og unge, der har været udsat for seksuelle, fysiske og/eller psykiske overgreb. Det er dermed sandsynligt, at de har relativt mange symptomer, som ikke umiddelbart forsvinder af sig selv. Det må forventes, at der skal virksomme indsatser til, før der kan ske en markant forbedring for målgruppen.

8.2.2 Måleredskaber

For de børn og unge, der har indgået i projektet, har børnehusets udredning bidraget til den børnefaglige undersøgelse (barnets lov § 125), da børnehuset inddrages i de tilfælde, hvor der er mistanke eller viden om, at et barn under 18 år har været udsat for overgreb, og hvor det er relevant at inddrage politiet og/eller sygehusvæsenet.

I forbindelse med udredningen og screeningen af barnet eller den unge skal den faglige medarbejder vurdere, om barnet er i målgruppen for TF-CBT. Dette gøres ved, at den faglige medarbejder får barnet til at udfylde en papirversion af et spørgeskema om PTSD-symptomer.

Hvis det vurderes, at barnet er plaget af PTSD-symptomer i en grad, der influerer negativt på barnets hverdag og funktionsevne, er det i målgruppen for TF-CBT. Den faglige medarbejder kan inddrage andre måleredskaber, hvis det vurderes nødvendigt.

Da vi har gode erfaringer med de måleredskaber, der blev anvendt i forbindelse med afprøvningen af TF-CBT i Børnehus 1, har vi så vidt muligt anvendt de samme redskaber. Dette giver mulighed for at direkte sammenligne med data fra modningsprojektet og lave en samlet analyse på tværs af dataindsamlingerne.

Den samlede oversigt over måleredskaber, der fremgår i evalueringen, fremgår af Tabel 8.2. Generelt er det vigtigt at fremhæve, at alle de områder, hvor vi havde en forventning til virkninger på målgruppen, afdækkes med de valgte måleredskaber. Enten i de overordnede domæner eller i subskalaer.

Tabel 8.2 Oversigt over anvendte måleredskaber samt timing

 Måleredskaber rettet mod barnet/den unge			Tidspunkt			
Navn	Items	Domæne	T0	T1	T2	T3
CATS-2	25	PTSD-symptomer	X	X	X	X
MFQ	13	Depression		X	X	X
CPTCI	10	Tanker om traumer		X	X	X
TASC	12	Relation til terapeut				
 Måleredskaber rettet mod omsorgsperson			Tidspunkt			
Navn	Items	Domæne	T0	T1	T2	T3
KIDSCREEN	27	Barnets trivsel		X	X	
SDQ	32	Adfærdsproblemer		X	X	
CATS-2	25	PTSD-symptomer		X	X	

Kilde: T0: Undersøgelsesfase, T1: start af TF-CBT-forløb, T2: slutning af TF-CBT-forløb, T3: opfølgning 3 måneder efter afslutning af TF-CBT-forløb.

Måling af PTSD-symptomer

PTSD-symptomer måles med Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2). Den består af 25 spørgsmål, der besvares med aldrig, nogle gange, ofte eller næsten altid. De 25 spørgsmål er direkte relateret til diagnosekriterierne for PTSD og

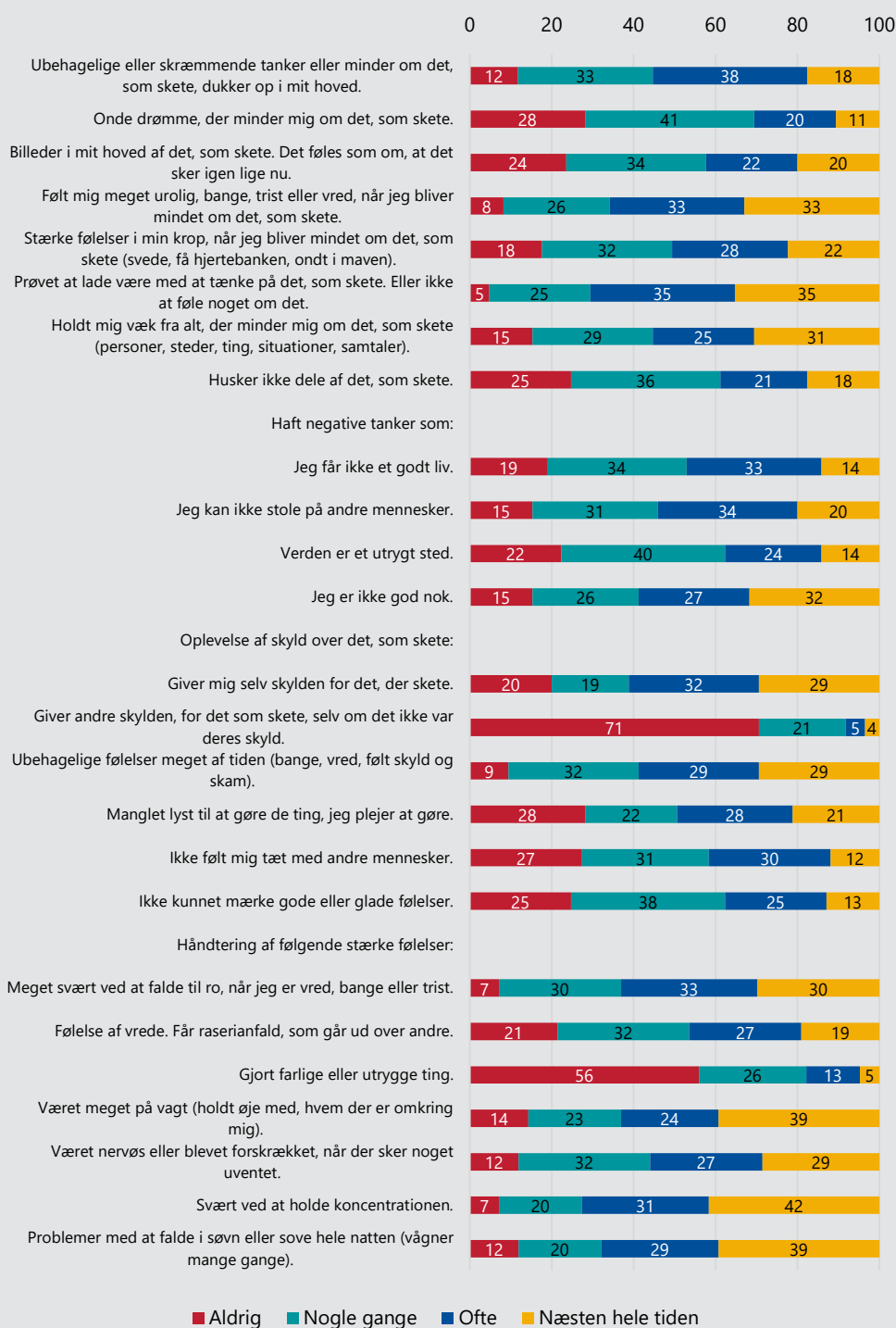
kompleks PTSD i DSM 5 og ICD 11. CATS-2 kan bruges til børn i alderen 7-17 år, men der er gode erfaringer med at bruge den via interviews til børn på 6 år i Norge. CATS-2 kan scores på flere måder. Vi vil følge den måde, den anvendes i Norge, hvor det er summen af items 2, 3, 6, 7, 17 og 18, der afgør, om barnet eller den unge er i målgruppen for TF-CBT. CATS-2 har været anvendt under udredningsforløbet, men skal udfyldes igen, hvis det er mere end en måned siden, det blev udfyldt. For at få et bredere billede af barnets eller den unges udfordringer med PTSD-symptomer vil vi i dette projekt også bede omsorgspersonen vurdere PTSD-symptomerne.

CATS-2 er anvendt i evalueringer af traumefokuserede behandlingsformer, herunder TF-CBT i Norge. Den danske version er oversat af Sille Schandorph Løkkegaard fra SDU og Maiken Pontoppidan fra VIVE. Videnscenter for Psykotraumatologi ved SDU undersøger aktuelt validiteten af den danske version.

Børn og unge, der scorer 7 eller højere (det vil sige i enten 'Forhøjet stress. Over klinisk grænse' (7-8) eller 'Høj traumerelateret stress. Sandsynlig PTSD' (9 eller højere)) er i målgruppen for TF-CBT og er blevet inkluderet i projektet.

VIVE har anbefalet, at mindre børn i alderen 6-8 år interviewes af den faglige medarbejder i stedet for selv at udfylde spørgeskemaet for at sikre, at de forstår, hvad de bliver spurgt om.

Figur 8.3 Oversigt over besvarelser på alle items i baseline



Anm.: N = 84.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelse til børn og unge, som deltager i TF-CBT.

Øvrige måleredskaber ved opstart og afslutning af TF-CBT-behandlingsforløb

Når barnet er vurderet i målgruppen for TF-CBT, og kommunen har bevilget et forløb, har barnet/den unge og omsorgspersonen udfyldt spørgeskemaer ved opstart og afslutning af forløbet.

Depression (barnet/den unge): Den korte version af Moods and Feelings questionnaire (MFQ) bruges til at vurdere depressionssymptomer. Den består af 13 items og kan anvendes hos børn fra 6-17 år (Eg et al., 2018; Sharp et al., 2006). MFQ blev fx anvendt i det norske RCT-studie af TF-CBT. Der er følgende tre svarkategorier: 'Passer ikke', 'Passer nogle gange' og 'Passer'.

Negative tanker (barnet/den unge): Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI) måler dysfunktionelle traumerelaterede tanker hos børn fra 6-17 år. Vi anvender her den korte version med 10 items. CPTCI består af to subskalaer: Fragile Person in a Scary World og Permanent and Disturbing Change (McKinnon et al., 2016). Der er følgende fire svarkategorier: 'Slet ikke enig', 'Lidt uenig', 'Lidt enig' og 'Meget enig'.

Generel trivsel (omsorgspersonen): Omsorgspersonen udfylder 27 item versionen af KIDSCREEN, der vurderer barnets generelle trivsel hos de 8-17-årige. KIDSCREEN anvendes både for at kunne beskrive, hvordan børnenes generelle trivsel er påvirket af traumesymptomerne, men også for at se, om der sker en ændring over tid i forhold til barnets generelle trivsel, mentale trivsel samt trivsel i forhold til familie, venner og skole, der alle er væsentlige områder af et barns liv. I 27 item versionen er der følgende fem domæner (Ravens-Sieberer et al., 2010):

1. Fysiske aktiviteter og sundhed
2. Generelt humør og dine følelser
3. Familie og fritid
4. Dine venner
5. Skole og læring.

Der er følgende fem svarkategorier, der varierer lidt alt efter spørgsmålets ordlyd – fx 'Aldrig', 'Sjældent', 'Ret tit', 'Meget tit' og 'Altid'.

KIDSCREEN har både en version til barnet selv og til forældre. For at holde antallet af spørgsmål til barnet selv på et rimeligt niveau beder vi kun omsorgspersonen om at udfylde KIDSCREEN. Da omsorgspersonen ofte vil være tæt på barnet, vurderer vi, at omsorgspersonens kendskab til barnets trivsel vil være værdifuld viden. Selvom KIDSCREEN officielt skal anvendes fra 8 år, vurderer vi, at spørgsmålene er relevante for alle børn i projektet, og at omsorgspersonerne godt kan besvare spørgsmålene for børn på 6-7 år. Vi bruger derfor KIDSCREEN til alle børn i projektet. Eftersom

omsorgspersonen er til stede og venter under barnets session, beder vi vedkommende udfylde spørgeskemaet der.

Adfærdsproblemer (omsorgspersonen): Til at supplere KIDSCREEN bliver omsorgspersonen også bedt om at udfylde Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Arnfred et al., 2019; Niclasen et al., 2012). SDQ er et meget brugt spørgeskema især til at vurdere adfærdsproblemer hos børn og unge. Da adfærdsproblemer er relativt udbredt blandt målgruppen, er det relevant at undersøge både, hvordan det ser ud ved opstart, og hvordan udviklingen ser ud over tid. SDQ kan bruges til forældre til børn i alderen 2-17 år. Den består af 25 spørgsmål og belyser fem dimensioner: emotionelle, adfærds-, hyperaktivitets-, og kammeratskabsproblemer samt en skala for prosocial adfærd. Der er følgende tre svarkategorier: 'Passer ikke', 'Passer delvist' og 'Passer godt'. Der er desuden syv spørgsmål om funktionsevne, der har fire svarmuligheder: 'Slet ikke', 'Kun lidt', 'Ret meget', 'Virkelig meget'.

Relation imellem barn og terapeut: I det norske studie fandt man, at relationen imellem barn og terapeut er vigtig for at opnå gode resultater med TF-CBT – særligt barnets opfattelse af relationen (Ormhaug et al., 2014; Ovenstad et al., 2020). I pilotprojektet fandt vi, at både børn og TF-CBT-terapeuter oplevede, at de havde en god relation. Ved udbredelsen til de resterende fire børnehuse vil vi følge, om relationen også er tilstrækkelig i udbredelsen. Vi anvender derfor Therapeutic Alliance Scale for Children-revised (TASC), som anvendes i Norge og indgik i pilotprojektet. TASC består af 12 items med følgende 4 svarkategorier: 'Slet ikke', 'Lidt', 'Noget' og 'Ofte'. Både barnet og terapeuten skal udfylde TASC.

8.2.3 Dataindsamling

Når barnet/den unge starter i et TF-CBT-forløb, skal de faglige medarbejdere registrere deltagerne og oplyse følgende:

- Barnet/den unges cpr-nummer
- Barnets/den unges bopælskommune.

Herefter skal det første spørgeskema udfyldes af børn/unge og omsorgsperson ved baseline (første session) og ved afslutning af behandlingsforløbet (sidste session). Barnet/den unge udfylder også et opfølgende skema 3 måneder efter afslutning. Skemaet til at måle den terapeutiske relation udfyldes af både barn og terapeut ved session 3-4 og 10-11.

Spørgeskemaerne er sat op i et samlet hæfte, der printes til barnet/den unge og omsorgspersonen. Omsorgspersonen udfylder spørgeskemaet ved første og sidste session, mens barnet er inde hos terapeuten. Efter udfyldelse indtaster terapeuten

svarene i spørgeskemasystemet Defgo. På den måde har terapeuten adgang til besvarelsen i papirform efterfølgende.

Barnet eller den unge skal desuden svare på de samme spørgsmål 3 måneder efter afslutning af forløbet. Dette gør vi for at kunne vurdere, om virkninger fastholdes over tid. Ved opfølgningen ringer TF-CBT-terapeuten til barnet eller den unge og interviewer dem. Da forløbet er afsluttet på dette tidspunkt, fungerer det bedst at samle data ind ved at ringe barnet eller den unge op.

For de yngre børn i alderen 6-8 år er det vigtigt at være opmærksom på, om de forstår spørgsmålene. Her kan spørgeskemaet med fordel gennemføres som interview med terapeuten i stedet for, at barnet selv læser og udfylder skemaet. Unge, der er i stand til at udfylde spørgeskemaet uden hjælp, kan eventuelt udfylde spørgeskemaet, når de venter på omsorgspersonen.

Spørgeskemaerne er blevet pilottestet med inddragelse af enkelte faglige medarbejdere i børnehuse.

Dataindsamlingen er foregået i perioden 1. december 2023 til 15. august 2025.

For at sikre, at alle faglige medarbejdere og ledelse i de nye børnehuse var trygge og fortrolige med deres rolle, redskaberne og teknikken, afholdt VIVE en fysisk workshop i efteråret 2024. På mødet blev evalueringen og den løbende monitorering præsenteret. Mødet var for de involverede medarbejdere og ledelsen i børnehuse.

Vores erfaring er, at der altid opstår spørgsmål om dataindsamlingen flere gange i løbet af den lange indsamlingsperiode. VIVE har derfor haft løbende fokus på, at spørgeskemaerne er besvaret og indtastet, og løbende holdt virtuelle møder med de enkelte børnehuse, hvis der var udfordringer eller spørgsmål.

8.2.4 Analyser

Reliabilitet

Den interne reliabilitet (i hvor høj grad de enkelte spørgsmål i skalaerne hænger sammen med de andre spørgsmål) er undersøgt med Cronbach's Alpha (Herefter alpha). Alpha angives fra 0 til 1, og acceptable alpha-værdier angives ofte til at være i intervallet 0,7-0,95 (Tavakol & Dennick, 2011). For måleredskaber, der måler blødere koncepter (som fx personlighed og socio-emotionel udvikling), ligger alpha ofte mellem 0,60 og 0,80 med 0,70 som en ofte anvendt minimumsværdi (Coaley, 2010; Fayers & Machin, 2007).

Alpha-værdierne er angivet for både totalskala og for subskalaer i Tabel 8.3. Det fremgår af tabellen, at den interne validitet for langt de fleste total- og subskalaer er acceptable. Den er dog i den lavere ende for 3 ud af 5 SDQ-subskalaer: prosociale styrkesider, vanskeligheder med jævnaldrende og adfærdsmæssige symptomer.

Tabel 8.3 Intern reliabilitet

Skala	Cronbach's alpha	Items	N
CATS-2, egen vurdering	0,93	25	84
PTSD-symptomer, egen vurdering	0,76	6	84
KPTSD-symptomer, egen vurdering	0,88	12	84
CATS-2, omsorgspersons vurdering	0,93	25	81
PTSD-symptomer, omsorgspersons vurdering	0,70	6	81
KPTSD-symptomer, omsorgspersons vurdering	0,86	12	81
MFQ	0,92	13	82
CPCTI	0,91	10	82
Fragile Person in a Scary World	0,83	4	82
Permanent and Disturbing Change	0,87	6	82
KIDSCREEN	0,92	27	81
Fysisk aktivitet og sundhed	0,84	5	81
Generelt humør og følelser	0,86	7	81
Familie og fritid	0,78	7	81
Venner	0,87	4	81
Skole og læring	0,81	4	81
SDQ	0,85	25	81
Prosociale styrkesider	0,68	5	81
Vanskeligheder med jævnaldrende	0,63	5	81
Hyperaktivitet/opmærksomhedsproblemer	0,83	5	81
Adfærdsmæssige symptomer	0,65	5	81
Følelsesmæssige symptomer	0,72	5	81
TASC – barn	0,76	12	75
TASC – terapeut	0,86	12	68

Anm.: Cronbach's Alpha er beregnet ud fra baseline-besvarelsene.

Kilde: VIVES spørgeskemaundersøgelse til børn og unge, som deltager i TF-CBT.

Statistiske test

Til at måle virkningen af TF-CBT anvender vi en mixed effects-model (lineær mixed model), da hvert barn/ung indgår med flere målinger. Dette betyder, at observationerne ikke kan betragtes som uafhængige, altså at PTSD-scorerne fra samme barn/ung ligner hinanden mere, end de ligner andres.

Modellen inkluderer et tilfældigt intercept for hvert barn/ung, hvilket tager højde for den indbyrdes afhængighed mellem målinger inden for samme barn/ung. Denne metode muliggør, at alle tilgængelige data kan indgå i analysen, også selvom nogle børn/unge mangler én eller flere målinger. Der er anvendt følgende regression:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 skema_t + \beta_2 X_i + u_i + \epsilon_{it}$$

hvor u_i er et tilfældigt intercept, der tager højde for gentagne målinger inden for individ. Y er outcomemålet, skema angiver, om det er baseline, afslutning eller opfølgning. X indeholder karakteristika (alder, køn, børnehus, overgrebstype), og ϵ er fejleledet.

Estimaterne beregnes ved maksimum likelihood, hvilket giver konsistente og mindre skæve resultater under antagelsen om, at bortfald kan forklares af observerede karakteristika. Til sammenligning ville klassiske regressionsanalyser kun kunne anvendes på de børn/unge, som har alle målingerne, hvilket reducerer datagrundlaget og kan skabe bias.

Mixed-modellen kan således give et mere præcist og retvisende billede af udviklingen i outcomemål og af TF-CBT-behandlingens virkning end traditionelle metoder. Estimaterne på de forskellige tidspunkter kan samtidig tolkes direkte som gennemsnitlige ændringer i outcomemålet i forhold til baseline, hvilket gør resultaterne lette at formidle.

Et væsentligt metodisk forhold er, at der forekommer frafald mellem måletidspunkterne. Frafaldsanalysen viser, at frafaldet ikke er helt tilfældigt, men varierer med observerede karakteristika såsom symptomer og institution. Dette betyder, at data ikke kan betragtes som "missing completely at random" (MCAR).

Det kan dog ikke udelukkes, at bortfaldet også afhænger af uobserverede forhold, som ikke er indfanget i de tilgængelige data. I så fald kan de rapporterede effekter være undervurderede eller overvurderede. Resultaterne skal derfor tolkes med dette forbehold in mente.

Sub-gruppeanalyse

For at undersøge, om ændringen i outcomemålene over tid varierede mellem subgrupper, blev der gennemført interaktionsanalyser. I disse modeller blev måletidspunkt interageret med den relevante baggrundsvariabel (køn, alder eller relation):

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 skema_t + \beta_3 subgr_i + \beta_4 (skema_t * subgr_i) + \beta_2 X_i + u_i + \epsilon_{it}$$

Det er estimeret på β_4 , som viser, om der er signifikante forskelle for subgrupperne. Det viste sig at være tilfældet for køn og alder i få tilfælde og aldrig i forhold til relation. Dette skyldes formentlig den meget lille variation i relationen, som alle udtrykte små variationer af en god relation.

Da vi længere nede ser en lille, men systematisk forskel i frafaldet, foretages også en subgruppeanalyse, hvor der opdeles på initial PTSD-score. Der sås ikke signifikante forskelle på, om barnet/den unge initialt havde en høj eller en lav score.

Robusthedstjek i forhold til stikprøven: Kun børn og unge med alle tre målinger

Som supplement til hovedanalysen er der gennemført et robusthedstjek, hvor kun de børn, der har besvaret på alle tre tidspunkter (baseline, afslutning og opfølgning), indgår i modellen. Dette reducerer datagrundlaget til 135 observationer fra 45 børn. For eksempel, så viser resultaterne stadig et markant fald i PTSD-scoren over tid:

- Afslutning: -3,5 point ($p < 0,001$)
- Opfølgning: -5,7 point ($p < 0,001$).

Dette ligger relativt tæt på de estimerede fald i hovedanalysen med alle børn (-4,0 og -6,1 point). Virkningen af at deltage i TF-CBT vurderes derfor som robust.

Der er dog forskelle på enkelte kontrolvariable: Alder mister signifikans, og forskelle mellem institutionerne fremstår tydeligere, ligesom psykisk vold bliver stærkere. Dette indikerer, at bortfaldet ikke er helt tilfældigt, og at analyser begrænset til de børn og unge med alle tre målinger kan give et skævt billede af baggrundsvariable.

På den baggrund anvendes mixed effects-modellen med alle tilgængelige observationer som hovedresultat, mens robusthedstjekket underbygger, at programmets virkning er stabil.

Robusthedstjek i forhold til modelspecifikation

Som robusthedstjek er analyserne også gennemført med almindelig lineær regression med klusterede standardfejl på individniveau. Resultaterne viser samme

størrelsesordener af tidseffekter som mixed-modellen, hvilket styrker konklusionens robusthed.

Virkningen fremstår også meget stabil og ændrer sig kun lidt, uanset om der kontrolleres for køn, alder, institution og traumevariabler. Dette underbygger, at resultaterne er robuste over for forskellige modelspecifikationer.

Frafald

95 børn og unge har deltaget i TF-CBT-forløbet. De er forskellige videnskilder og forskellige dataforløb. Det betyder, at der er forskellige datakilder at undersøge frafald på. Derfor vil vi først fokusere på børnene og de unge og dernæst på omsorgspersonerne.

85 af børnene og de unge har ved opstart selv udfyldt CATS-2 (som minimum). 66 børn og unge har også udfyldt CATS-2 ved afslutning. Af disse har 47 børn og unge også udfyldt CATS-2 på opfølgningsskemaet. Det er opgjort efter CATS-2, da CATS-2 er det primære outcomemål.

Det vil sige, at der er 19 børn og unge (22,4 pct.), som vi ikke har data ved afslutning fra, og 45 (44,7 pct.), som vi ikke har opfølgning på. Dette skyldes, at deres forløb ikke er afsluttet endnu, at det ikke har været muligt at få barnet/den unge til at udfylde, eller at skemaet ikke er blevet indtastet.

Ved at sammenligne svarene i opstarten for de børn og unge, som er faldet fra, med de børn og unge, som har svaret på begge spørgeskemaer, kan vi få et billede af, om der er systematik i frafaldet. Vi finder, at de børn og unge, som ikke har udfyldt en måling ved afslutning, har højere PTSD-score og en større andel med symptomer på PTSD. Der er også en større andel med symptomer på depression.

Det ser således ud til, at de børn og unge, som er faldet fra, har større udfordringer, end de børn og unge, som har svaret på spørgsmålene. Forskellene er moderate, men de er systematiske, hvorfor det er en opmærksomhed. At vi udtaler os om børn og unge med mildere symptombillede, kan i sidste ende betyde, at vi overvurderer virkningen.

Tabel 8.4 Sammenligning af svar fra børn og unge med både opstart og afslutning (ikke-frafald) og børn og unge, som ikke har udfyldt afslutningsskemaet (frafald). I gennemsnit og procent.

Måleredskab	Måling	Gns. ikke-frafald	Gns. frafald	Forskel
CATS-2	PTSD-score	9,2	11,9	-2,8 **
	Andel med PTSD-symptomer	75,8	94,7	-4,3 *
	KPTSD-score	18,2	22,5	-2,6
	Andel med KPTSD-symptomer	78,8	84,2	-4,5 *
MFQ	MFQ-score	13,3	15,9	-2,6
	Andel med depressionssymptomer	71,4	78,9	-7,5 *
CPCTI	Total score	23,8	28,3	-4,5
	Skrøbelig	9,9	11,9	-2,1
	Varigt forandret	13,9	16,3	-2,4
Baggrundsfaktorer	Andel drenge	25,8	10,5	15,2
	Alder	12,8	13,9	-1,0
	Børnehus	Ét børnehus har signifikante forskelle		
Antal		66	19	

Anm.: Signifikans er testet med parret t-test, hvor: *: 95-pct.s signifikansniveau, **: 99-pct.s signifikansniveau, ***: 99,9-pct.s signifikansniveau. Det er ikke opdelt på specifikke børnehuse af hensyn til diskretionskravet.

Kilde: VIVE på baggrund af data fra barnet/den unge selv

8.2.5 Kvalitative interviews med unge og omsorgspersoner

Til at afdække, hvordan børnene, de unge og deres omsorgspersoner oplever det at deltage i et TF-CBT-forløb samt virkningerne heraf, har vi gennemført individuelle interviews med børn/unge og omsorgspersoner, der har modtaget behandling.

Rekruttering og deltagere

Interviewdeltagerne er udvalgt og rekrutteret gennem de TF-CBT-terapeuter, der har udført behandlingen i de fem børnehuse. For at etablere kontakt til brugere af TF-CBT bad vi terapeuterne om at spørge de børn og unge, som de havde i behandling, samt deres omsorgspersoner, om VIVE måtte kontakte dem med henblik på et interview. Terapeuterne spurgte de børn, unge og omsorgspersoner, der var i slutningen af eller tæt på at afslutte deres forløb. Enkelte terapeuter spurgte endvidere også børn og unge, de netop havde afsluttet et forløb med. Denne rekrutteringsstrategi blev valgt af praktiske hensyn, da det sikrede, at børn, unge og omsorgs-

personer blev direkte adspurgt, om de ønskede at deltage i interview, frem for at de eksempelvis selv skulle henvende sig til VIVE på baggrund af et brev eller et rekrutteringsopslag i børnehusene.

Der er dog begrænsninger ved den rekrutteringsstrategi, vi har anvendt, som kan have haft betydning for den viden, der er blevet genereret i evalueringen. For det første er det terapeuterne, der har vurderet, hvilke børn, unge og omsorgspersoner der kunne have lyst til at deltage i interview og således, hvem det gav mening at invitere til at deltage i et interview. Det kan have betydet, at det primært er de børn, unge og omsorgspersoner, som terapeuterne vurderede havde mest overskud, der blev inviteret til at deltage og eksempelvis ikke dem, der havde store udfordringer. Denne rekrutteringsstrategi kan således have medført, at de børn, unge og omsorgspersoner, der deltog i interview, er nogle af dem, der særligt har oplevet positive forandringer gennem TF-CBT-forløbet. For det andet har vores rekrutteringsstrategi medført, at vi ikke har interviewet børn, unge og omsorgspersoner, der har fravalgt behandlingen eller har afbrudt denne før tid. Disse perspektiver er også centrale for at forstå TF-CBT fra et brugerperspektiv, eksempelvis med henblik på at få viden om, hvorfor forløbet blev fravalgt, og om der var noget ved behandlingen, der gjorde, at de stoppede før tid. Den viden, der er blevet genereret i evalueringen, skal således ses i kontekst af disse begrænsninger ved vores rekrutteringsstrategi.

VIVE fik i alt kontaktoplysninger på 15 familier, hvor det i 14 tilfælde var barnet eller den unges primære omsorgsperson, som kontaktoplysningerne gik på, og i et enkelt tilfælde gik kontaktoplysningerne på den unges kontaktperson. Herefter kontaktede VIVE familierne med henblik på at lave aftale om interview. I 2 af familierne ønskede barnet eller den unge alligevel ikke at deltage i et interview, da VIVE kontaktede dem, mens 3 af familierne aldrig vendte tilbage på vores henvendelser. Interviewene repræsenterer således 11 familier, hvor der er gennemført interview med 10 børn/unge og 13 omsorgspersoner, da der i nogle af forløbene havde deltaget mere end én omsorgsperson sammen med barnet/den unge.

Der var 8 piger og 2 drenge i alderen 10-18 år blandt de 10 interviewede børn og unge. De 10 børn og unge var eller havde været i behandling hos 9 forskellige terapeuter. Blandt de 13 interviewede omsorgspersoner var de alle biologiske forældre eller plejeforældre til et barn eller en ung, der modtog eller havde modtaget traumebehandling. 10 mødre og 3 fædre deltog i interview. I lighed med børnene og de unge var eller havde omsorgspersonerne været i behandling hos 9 forskellige terapeuter.

Interviewtemaer og gennemførelse

4 af interviewene med børnene og de unge og 8 af interviewene med omsorgspersoner er gennemført i forbindelse med VIVEs første evaluering af TF-CBT. De resterende interviews er gennemført i forbindelse med denne evaluering. Interviewene er

gennemført som hhv. fysiske interviews, telefoniske interviews og online interviews over Zoom (Se fordelingen af interviews efter type af interview i Tabel 8.5). Selvom interviewene er gennemført på forskellig vis, er der ikke forskel på udbyttet af de enkelte interview, som alle har omhandlet de samme interviewtemaer.

Tabel 8.5 **Oversigt over de gennemførte interviews**

	Børn og unge	Omsorgspersoner
Fysisk interview	7	4
Telefonisk interview	1	4
Online interview	2	5
Antal interview i alt	10	13

Interviewene har fokuseret på børnene/de unge og omsorgspersonernes oplevelser med at deltage i et TF-CBT-forløb, samt hvilke virkninger og forandringer de har oplevet som følge heraf. Interviewene tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide med 6 temaer (se Tabel 8.6). Interviewene med de unge varede 30-60 minutter, mens interviewene med omsorgspersonerne varede 30-70 minutter.

Alle interviewene med omsorgspersonerne og 8 af interviewene med børnene/de unge blev optaget på diktafon. 2 af børnene og de unge ønskede ikke, at interviewet blev lydoptaget, hvorfor interviewer i stedet tog noter til barnet/den unges fortælling gennem interviewet. For de interviews, der blev gennemført i forbindelse med VIVEs første evaluering af TF-CBT, er det gældende, at interviewene blev udskrevet som referater, hvorefter udvalgte illustrative citater blev transskriberet fuldt ud til anvendelse i rapporten. For de interviews, der blev gennemført i forbindelse med denne evaluering, er det gældende, at alle interviewene blev transskriberet fuldt ud. Interviewene blev analyseret tematisk med udgangspunkt i tematikker i interviewpersonernes fortællinger. For interviewene med omsorgspersonerne er det gældende, at de tematikker, der går igen på tværs af interviewene, i høj grad er svarende til temaerne i interviewguiden. Temaerne i interviewguiden var ligeledes centrale tematikker i børnene/de unges fortællinger. Ved gennemgangen af disse interviews fremkom der endvidere også tre yderligere centrale tematikker på tværs af interviewene, nemlig tematikkerne 'relationen til terapeuten', 'fysiske rammer for behandlingen' og 'indflydelse på behandlingens indhold og udførelse'.

Tabel 8.6 Temaer afdækket i de gennemførte interviews

Tema	Temaets indhold
Baggrund	Dette tema handlede om baggrunden for børnene/de unge og omsorgspersonernes deltagelse i forløbet.
Forløbets indhold	Dette tema handlede om, hvordan børnene/de unge og omsorgspersonerne oplevede forløbets organisering og tilrettelæggelse, behandlingens indhold og elementer samt relationen til terapeuten.
Udførelse	Dette tema handlede om, hvordan børnene/de unge og omsorgspersonerne oplevede at arbejde med behandlingens elementer i sessionerne i børnehuset samt i hjemmet, herunder arbejdet med traumehistorien og brugen af øvelserne i øvebogen.
Motivation	Dette tema handlede om børnene/de unge og omsorgspersonernes oplevelse af at komme i børnehuset, herunder hvordan de havde det før og efter en session.
Forandringer	Dette tema handlede om børnene/de unge og omsorgspersonernes oplevede forandringer i løbet af og efter TF-CBT-forløbet, eksempelvis i forhold til barnet/den unges trivsel og traumesymptomer.
Deltagelse	Dette tema omhandlede, hvordan det blev besluttet, hvem eller hvilke omsorgspersoner der skulle deltage i TF-CBT-forløbet sammen med barnet/den unge, samt praktiske forhold ved deres deltagelse, herunder transport og forløbets betydning for den øvrige hverdag.

Etiske overvejelser

En central etisk overvejelse i interviewene med børnene/de unge og omsorgspersonerne var, hvordan den eller de traumatiske begivenheder, der var gået forud for deres deltagelse i TF-CBT-forløbet, blev håndteret i interviewsituationen. Da fokus for interviewene var børnene/de unge og omsorgspersonernes oplevelse af selve behandlingsforløbet og ikke de(n) traumatiske begivenhed(er), der lå til grund for deres deltagelse i forløbet, spurgte interviewererne ikke direkte ind til de(n) traumatiske begivenhed(er). Således kunne interviewererne undgå at konfrontere interviewdeltagerne med svære minder og følelser om de(n) traumatiske begivenhed(er) i interviewsituationen.

Børnene/de unge blev under interviewene spurgt til deres oplevelser med at arbejde med traumehistorien. I denne del af interviewet understregede interviewererne, i forlængelse af ovenstående pointe, over for børnene og de unge, at de ikke behøvede at fortælle om selve traumat, men blot deres erfaringer med at arbejde med dette gennem behandlingsforløbet.

I interviewene med omsorgspersonerne spurgte interviewererne ligeledes ikke direkte ind til de traumatiske begivenheder. Intervieweren åbnede i stedet indirekte op for, at omsorgspersonerne kunne fortælle om begivenhederne, eksempelvis ved at indlede interviewet med at spørge åbent ind til forløbet frem mod opstarten i TF-CBT-forløbet. Dette gjorde det muligt for omsorgspersonerne at fortælle om de traumatiske begivenheder, men også undlade dette, hvis de ikke ønskede at fortælle om det.

Inden interviewet begyndte, forklarede interviewerens formålet med evalueringen og betonedede evalueringens fokus på TF-CBT-forløbet og behandlingen. Endvidere understregede interviewerens, at interviewdeltageren altid kunne sige til, hvis der var spørgsmål, vedkommende ikke havde lyst til at svare på. Intervieweren orienterede desuden deltagerne om, at de deltog fortroligt i undersøgelsen samt om deres ret til på ethvert tidspunkt, både under og efter interviewet, at trække deres samtykke til interviewdeltagelsen tilbage.

Af hensyn til børnene/de unges anonymitet angiver vi i analysen ikke deres køn, alder, om de har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb, hvilket børnehus de har været tilknyttet, eller hvilken terapeut der har forestået behandlingen. Ligeledes angiver vi af samme årsag ikke omsorgspersonernes køn, hvilken af børnene/de unge omsorgspersonerne har deltaget i forløb med, hvilket børnehus de har været tilknyttet, eller hvilken terapeut de har modtaget behandling hos.

Litteratur

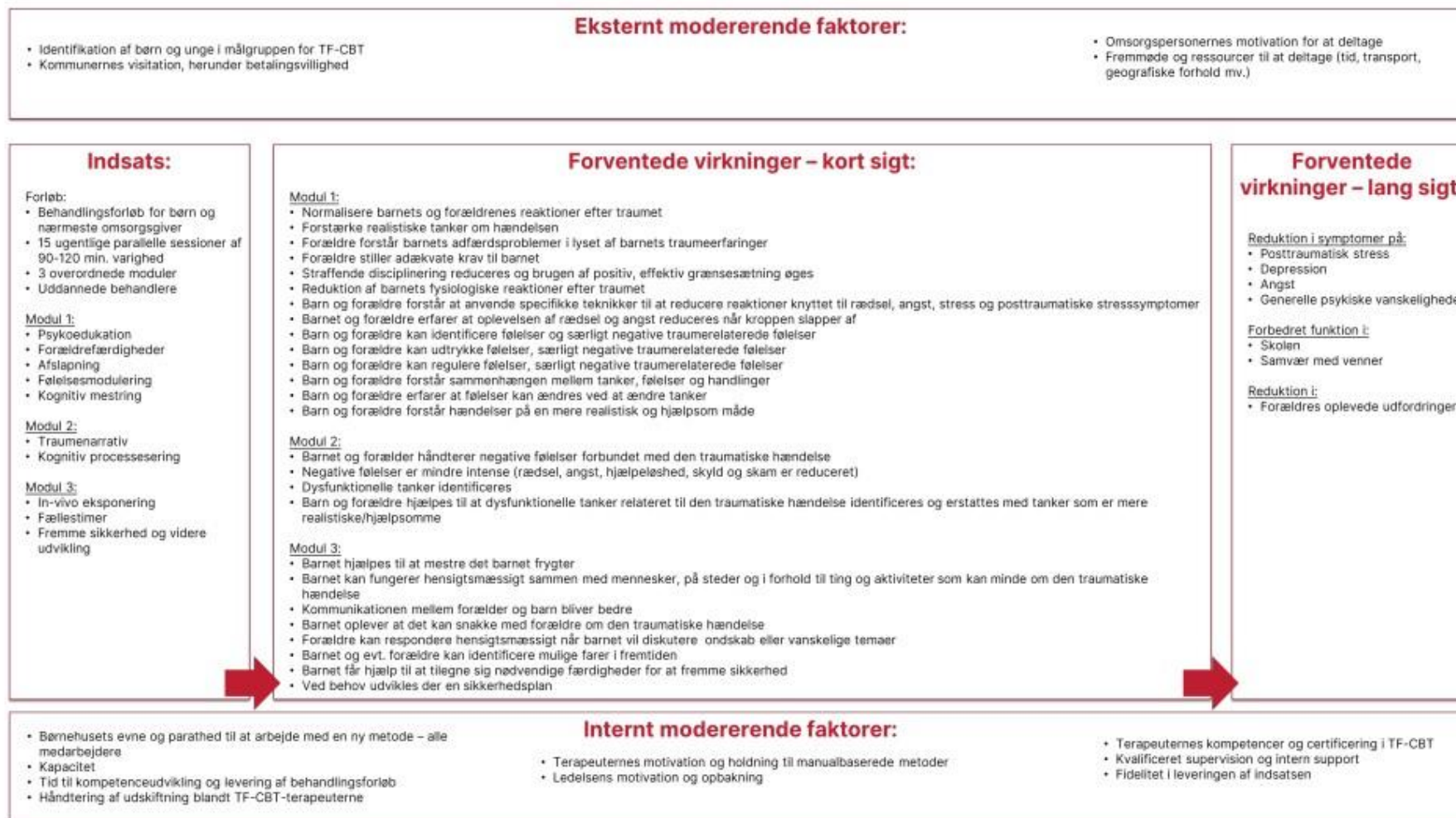
- Amaya-Jackson, L., Hagele, D., Sideris, J., Potter, D., Briggs, E.C., Keen, L., Murphy, R.A., Dorsey, S., Patchett, V., Ake, G.S. & Socolar, R. (2018). Pilot to policy: statewide dissemination and implementation of evidence-based treatment for traumatized youth. *BMC Health Services Research*, 18(1), article number 589.
- Arnfred, J., Svendsen, K., Rask, C., Jeppesen, P., Fensbo, L., Houmann, T., Obel C., Nilsen J. & Bilenberg, N. (2019). Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Danish Medical Journal*, 66(6), A5546.
- Bastien, R.J.B., Jongsma, H.E., Kabadayi, M. & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(10), 1598-1612.
- Birkeland, M.S., Blestad, C., Granly, L.B. & Knutsen, M.L. (2024). *Femten år med forskning på og implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF CBT) i Norge*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Rapport nr. 1/2024.
- Chu, A.T. & Lieberman, A.F. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 469-494.
- Coaley, K. (2010). *An Introduction to Psychological Assessment and Psychometrics*. SAGE.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and 2. udg.* Guilford Press.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (Eds.). (2017). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications. 2. udg.* Guilford Press.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2018). Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom. Universitetsforlaget
- Danzi, B.A. & La Greca, A.M. (2021). Treating children and adolescents with posttraumatic stress disorder: Moderators of treatment response. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(4), 510-516.
- de Haan, A., Meiser-Stedman, R., Landolt, M.A., Kuhn, I., Black, M.J., Klaus, K., Patel, S.D., Fisher, D.J., Haag, C., Ukoumunne, O.C., Jones, B.G., Flaiyah, A.M., Catani, C.,

- Dawson, K., Bryant, R.A., de Roos, C., Ertl, V., Foa, E.B., Ford, J.D., ... Dalgleish, T. (2024). Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: An individual participant data meta-analysis of randomised trials. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8(1), 28-39.
- Deloitte (2019). *Analyse af kommunernes praksis på overgrebsområdet*. Odense: Social- og Boligstyrelsen.
- Dimitrov, D.M. & Rumrill, P.D. (2003). Pretest-posttest designs and measurement of change. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 20(2), 159-165.
- Eg, J., Bilenberg, N., Costello, E.J. & Wesselhoeft, R. (2018). Self- and parent-reported depressive symptoms rated by the Mood and Feelings Questionnaire. *Psychiatry Research*, 268, 419-425.
- Fayers, P. & Machin, D. (2007). *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes*. Wiley.
- Hoppen, T.H. & Morina, N. (2020). Is high quality of trials associated with lower treatment efficacy? A meta-analysis on the association between study quality and effect sizes of psychological interventions for pediatric PTSD. *Clinical Psychology Review*, 78, 101855.
- Hultmann, O., Broberg, A.G. & Axberg, U. (2023). A randomized controlled study of trauma focused cognitive behavioural therapy compared to enhanced treatment as usual with patients in child mental health care traumatized from family violence. *Children and Youth Services Review*, 144, 106716.
- Iversen, K., Hansen, H., Henze-Pedersen, S. & Kjældgaard, J. (2023). *Behandling til børn og unge udsat for seksuelle overgreb*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jarbin, H., Ivarsson, T., Andersson, M., Bergman, H. & Skarphedinsson, G. (2020). Screening efficiency of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) and Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) in Swedish help-seeking outpatients. *PLOS ONE*, 15(3), e0230623.
- Jensen, T.K., Braathu, N., Skogbrott Birkeland, M., Ormhaug, S.M. & Skar, A.-M.S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2114630.

- Jensen, T.K., Holt, T., Ormhaug, S.M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L.C., Hukkelberg, S.S., Indregard, T., Stormyren, S.D. & Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369.
- Karsberg, S., Rønholt, S. & Elkilit, A. (2012). *Hvordan vurderer vi småbørnstraumer? En sammenfatning af en tværfaglig arbejdsgruppes overvejelser*. Odense: Syddansk Universitet, Videnscenter for Psykotraumatologi.
- Lewey, J.H., Smith, C.L., Burcham, B., Saunders, N.L., Elfallal, D. & O'Toole, S.K. (2018). Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(4), 457-472.
- Løkkegaard, S.S., Petersen, A.S., Voschero, S., Dolmer, C.P. & Pontoppidan, M. (2024). Danish version of the Child and Adolescent Trauma Screen version 2.0. Parent report version. [Measurement Instrument].
- McDonnell, C.G., Andrzejewski, T., Gomez Batista, S., DeLucia, E.A., Dike, J., Breitenfeldt, K.E. & Tassone, A.U. (2025). A pilot proof-of-concept study of telehealth-based trauma-focused cognitive behavioral therapy for autistic youth: Initial evidence of efficacy and acceptability. *Child Maltreatment*. Epub ahead of print.
- McKinnon, A., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., Dixon, C., Nixon, R.D V. & Meiser-Stedman, R. (2016). An update on the clinical utility of the Children's Post-Traumatic Cognitions Inventory. *Journal of Traumatic Stress*, 29(3), 253-258.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic stress disorder: NICE guideline NG116, Last reviewed: 8 April 2025. Tilgængelig på <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Niclasen, J., Teasdale, T.W., Andersen, A.M.N., Skovgaard, A.M., Elberling, H. & Obel, C. (2012). Psychometric properties of the Danish Strengths and Difficulties Questionnaire: The SDQ assessed for more than 70,000 raters in four different cohorts. *PLOS ONE*, 7(2), e32025.
- Onsjö, M., Axberg, U., Hultmann, O. & Strand, J. (2025). A mixed-methods evaluation of long-term outcomes after trauma-focused cognitive behavioural therapy for children subjected to family violence. *Psychotherapy Research*, 1-15. Published online: 05 Mar 2025, <https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2469256>

- Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Wentzel-Larsen, T. & Shirk, S.R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52-64.
- Ovenstad, K.S., Ormhaug, S.M., Shirk, S.R. & Jensen, T.K. (2020). Therapists' behaviors and youths' therapeutic alliance during trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 350-361.
- Ravens-Sieberger, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer W., Abel T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., & Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KID-SCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19(10), 1487-1500.
- Sharp, C., Goodyer, I.M. & Croudace, T.J. (2006). The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ): A unidimensional item response theory and categorical data factor analysis of self-report ratings from a community sample of 7- through 11-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 379-391.
- Skiest, H.E. (2025). Therapeutic alliance within trauma-focused cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 220-235.
- Social- og Boligministeriet (2023). *Barnets lov [Lov nr. 721 af 13. juni 2023]*. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2023/721>
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.
- Thielemann, J.F., Goldbeck, L. & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105899.
- Thomas, F.C., Puente-Duran, S., Mutschler, C. & Monson, C.M. (2022). Feasibility and preliminary efficacy of a telehealth group adaptation of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(5), 367-384.
- Wang, W., Chen, K. & Zhang, H. (2022). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among maltreated children: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 33(3), 286-302.
- World Health Organization (2013). *Guidelines for the Management of Conditions specifically related to Stress, including PTSD*. Geneva: World Health Organization.

Bilag 1 Forandringsteori



Bilag 2 TF-CBT-komponenter

Bilagstabel 2.1 TF-CBT-komponenter

TF-CBT-komponenter	Antal komponenter	Gns.	SD	Gns. pr. komponent	Min	Max
Rammer og struktur af hver time (tværgående)	7	56,4	21,6	8,1	0	110
Forældrefærdigheder	9	25,5	17,5	2,8	0	64
Psykoedukation: (barn og forældre/omsorgsperson)	9	18,7	12,6	2,1	6	74
Afspænding/stresshåndtering	7	9,4	7,8	1,3	0	40
Affekt/følelsesregulering	9	13,5	12,1	1,5	3	69
Kognitiv mestring	7	7,6	4,3	1,1	0	24
Traumenarrativ	9	19,0	9,5	2,1	4	53
Kognitiv bearbejdning	8	10,3	5,9	1,3	0	31
In-Vivo eksponering - mestring af traumepåmindere	2	1,0	2,0	0,5	0	9
Fællestimer med barn og forældre/omsorgsperson	4	3,8	3,4	0,9	0	15
Fremtidig sikkerhed og udvikling	9	7,4	6,3	0,8	0	28

