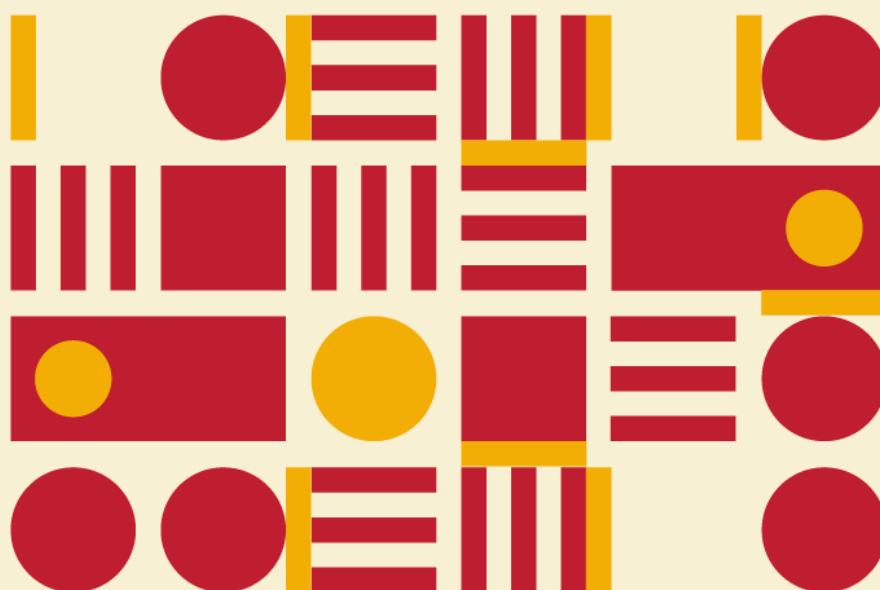


Behandling til børn og unge udsat for seksuelle overgreb

Slutevaluering af traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi



*Behandling til børn og unge udsat for seksuelle overgreb
– Slutevaluering af traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi*

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-137-2

Projekt: 301807

Finansiering: Socialstyrelsen

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.



Forord

Børn udsat for seksuelle overgreb er i stor risiko for at udvikle traumer samt langvarige psykiske lidelser, misbrug og dårligt fysisk helbred. Det er derfor vigtigt at tilbyde effektiv behandling til disse børn.

Socialstyrelsens videnscenter for Sociale indsatser ved vold og seksuelle overgreb (SISO) har i strategien for 2019-2022 haft særligt fokus på at sikre et bedre landsdækkende tilbud til børn udsat for overgreb. Formålet med projektet *Behandling til børn og unge udsat for seksuelle overgreb* er, i regi af den nationale *Strategi for Udvikling af Sociale Indsatser* (SUSI), at udvikle og modne en behandlingsmodel i et af de fem regionale børnehuse. Perspektivet for projektet er at udvikle en behandlingsmodel, der på sigt kan anvendes i alle landets fem regionale børnehuse.

VIVE har i perioden 2020-2022 understøttet processen med at udvikle, kvalitetssikre, modne og pilotteste en organisatorisk og økonomisk bæredygtig behandlingsmodel, der tager udgangspunkt i traumefokuseret terapi (TF-CBT). I denne rapport præsenteres resultaterne af VIVEs afsluttende evaluering af behandlingsmodellen.

VIVE ønsker at takke professor Ask Elklit (Center for Psykotraumatologi, SDU), ph.d. Sille Schandorph Løkkegaard (Center for Psykotraumatologi, SDU), professor Tine Jensen (Psykologisk Institut, Oslo Universitet og Nasjonalt Kunnskapsenter om Vold og Traumatisk Stress), psykolog Cecilie Skagemo (Nasjonalt Kunnskapsenter om Vold og Traumatisk Stress) og analytiker Poa Samuelberg (Linköping Universitet), som alle har bidraget med deres ekspertviden i forbindelse med udviklingen af TF-CBT-behandlingsmodellen i en dansk kontekst.

Dertil ønsker VIVE at takke terapeuterne, medarbejderne og ledelsen i Børnehus Syd, som har ydet en stor indsats i forhold til udviklingen og implementeringen af behandlingsmodellen samt i forhold til at tilvejebringe et solidt datagrundlag for evalueringen af behandlingsmodellen.

Evalueringsrapporten har været i eksternt review, og vi takker de to fagfæller for konstruktive bidrag og kommentarer.

Projektet er rekvireret og finansieret af Socialstyrelsen.

Carsten Strømbæk Pedersen

Forsknings- og analysechef for VIVE Børn og uddannelse



Indholdsfortegnelse

DEL 1 Evaluering af TF-CBT-behandlingsforløb til børn og unge udsat for seksuelle overgreb	6
Hovedresultater	7
1 Indledning	14
2 Hvad viser forskning i TF-CBT?	17
3 Indsatsen er færdigudviklet og defineret	19
3.1 Hvad er traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT)?	20
3.2 TF-CBT som behandlingsmetode	21
3.3 Udvikling af TF-CBT i en dansk kontekst	28
4 Indsatsen er succesfuldt implementeret	34
4.1 Implementeringen af TF-CBT	35
4.2 Kontekstanalyse af barrierer og understøttende forhold for implementeringen af TF-CBT	36
4.3 Er indsatsen implementeret med fidelitet?	46
4.4 Opsamling og opmærksomhedspunkter – implementering af TF-CBT	53
5 Indsatsen har lovende resultater	55
5.1 Målgruppen for TF-CBT i projektet	57
5.2 Virkningen af TF-CBT	78
5.3 Brugernes perspektiver	90
5.4 Opsamling og opmærksomhedspunkter – virkningen af TF-CBT og brugernes oplevelse	104
6 Indsatsen er ikke urealistisk dyr	110
6.1 Omkostningerne forbundet med TF-CBT	113
6.2 Opstartsomkostninger forbundet med TF-CBT-behandlingen	113
6.3 Løbende driftsomkostninger	120
6.4 Basisalternativet	126

6.5	Forholdet mellem ressourceforbrug og indsatsens virkninger	130
6.6	Opsamling og opmærksomhedspunkter – omkostninger forbundet med TF-CBT	132
<hr/>		
7	TF-CBT er accepteret og efterspurgt	134
7.1	Efterspørgselsevaluering	135
7.2	Samlet efterspørgselsevaluering	138
<hr/>		
8	Konklusion	139
<hr/>		
DEL 2 Dokumentation		142
<hr/>		
9	Evaluerings teoretiske afsæt, metode og anvendte data	143
9.1	Læsevejledning	144
<hr/>		
10	Evalueringssteoretisk afsæt	145
<hr/>		
11	Udvælgelse af implementeringsmiljø	147
<hr/>		
12	Dataindsamling – implementering og fidelitet	149
12.1	Registreringer af fidelitet i de enkelte behandlingsforløb	149
12.2	Kvalitative interview om fidelitet	151
12.3	Strukturerede drøftelser om barrierer og understøttende forhold	152
<hr/>		
13	Dataindsamling – virkningsevaluering	154
13.1	Screeningsredskaber	154
13.2	Måleredskaber ved opstart og afslutning af TF-CBT-behandlingsforløbet	159
13.3	Kvalitative interview med unge og omsorgspersoner	166
<hr/>		
14	Dataindsamling til omkostningsvurderingen	171
14.1	Beregning af prisestimer	173
<hr/>		
Litteratur		178



DEL 1

Evaluering af TF- CBT-behandlings- forløb til børn og unge udsat for seksuelle overgreb

Hovedresultater

Børn og unge, der er udsat for seksuelle overgreb, er i stor risiko for at udvikle traumer samt langvarige psykiske lidelser, misbrug og dårligt fysisk helbred (Hailes et al., 2019). Det kan derfor være meget omkostningsfuldt for både barnet og for samfundet, hvis ofre for seksuelle overgreb ikke opspores og behandles i tide (Letourneau et al., 2018).

Det er en kommunal opgave at varetage støtten til børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb. En nyere undersøgelse viser, at kommunerne har meget forskellige tilbud til børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, og at meget få kommuner har et specialiseret tilbud til målgruppen (Deloitte, 2019). Socialstyrelsens videnscenter for Sociale indsatser ved vold og seksuelle overgreb (SISO) har derfor i strategien for 2019-2022 særligt fokus på at sikre et bedre landsdækkende tilbud til børn udsat for overgreb.

Forskning viser, at traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) er meget velegnet i forhold til at behandle PTSD-symptomer og kan bruges til helt små børn såvel som til unge (Bastien et al., 2020; Deblinger et al., 2018; Hoppen & Morina, 2020; Jensen et al., 2014, 2017; Lewey et al., 2018). Da denne terapiform er blevet succesfuldt implementeret i bl.a. Norge, hvor den anvendes til målgruppen af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb eller vold, er det forventningen, at man i tilpasset form vil kunne anvende terapien i en dansk kontekst.

Formålet med modningen af TF-CBT i Danmark er at kunne tilbyde et behandlingstilbud med potentiale for national dækning, så børn med traumer, efter at have været udsat for seksuelle overgreb, kan tilbydes en virksom og ensartet behandling. Denne afsluttende evaluering af modningen af TF-CBT i en dansk kontekst er udarbejdet under den nationale *Strategi for Udvikling af Sociale Indsatser* (SUSI) og skal samlet set belyse, hvorvidt følgende fem kriterier er opfyldt:

- Indsatsen skal være færdigudviklet
- Indsatsen skal være succesfuldt implementeret
- Indsatsen skal vise lovende resultater
- Indsatsen må ikke være urealistisk dyr
- Indsatsen skal være efterspurgt.

Belysningen af, om disse kriterier er opfyldt, danner herefter grundlaget for beslutningen om, hvorvidt den næste fase i SUSI kan påbegyndes.

Resultater

I det følgende præsenteres resultaterne af evalueringen inden for hver af de fem kriterier for et modningsprojekt i regi af SUSI.

Indsatsen skal være færdigudviklet

Det er overordnet set vurderingen, at delkriteriet om, at indsatsen er færdigudviklet, er opfyldt.

TF-CBT-behandling til børn og unge med symptomer på traumer efter overgreb er fagligt velbegrundet, og metoden er velbeskrevet og manualbaseret. Målgruppens udfordringer er veldefinerede, og der foretages screeninger for at sikre, at børnene og de unge tilhører målgruppen forud for behandling.

Fidelitetskriterier

Fidelitet handler om graden af nøjagtighed, hvormed et program eller en indsats er implementeret. Fidelitetskriterier udgøres således af en række kriterier, der skal være opfyldt, førend der er tale om, at programmet eller indsatsen er implementeret med nøjagtighed.

TF-CBT-uddannelsen indeholder brug af fidelitetskriterier, som er tilpasset en nordisk kontekst. Fidelitetskriterierne er anvendt for alle behandlingsforløbene som led i supervisionen i forbindelse med certificeringen af de danske terapeuter. Alle TF-CBT-terapeuterne er blevet certificeret i projektperioden, og brugen af fidelitetsskemaerne er fortsat herefter.

TF-CBT-manualen beskriver tydeligt, i hvilke faser af behandlingen barnet

eller den unge tilegner sig redskaber til at håndtere traumerne, samt hvordan børnene, de unge og den deltagende omsorgsperson i kraft af de redskaber, de tilegner sig i forløbet, vil være i stand til at arbejde med traumer, såfremt de senere i livet dukker op igen.

Indsatsen er succesfuldt implementeret

Evalueringen viser, at TF-CBT-behandlingsmetoden er succesfuldt implementeret, og dette delkriterie i SUSI er således opfyldt.

Det er lykkedes Børnehus Syd at tilvejebringe de nødvendige betingelser for god implementering af TF-CBT. Der har været fuld belægning på TF-CBT-behandlingen, og de børn og unge, der er visiteret til behandlingen, er alle inden for målgruppen for TF-CBT. Dertil er det lykkedes at implementere TF-CBT-uddannelsen efter fidelitetskravene, og alle de gennemførte behandlingsforløb er leveret som intenderet i forhold til mængde, varighed og indhold. TF-CBT-forløbene er således alle leveret med fidelitet.

Indsatsen skal vise lovende resultater

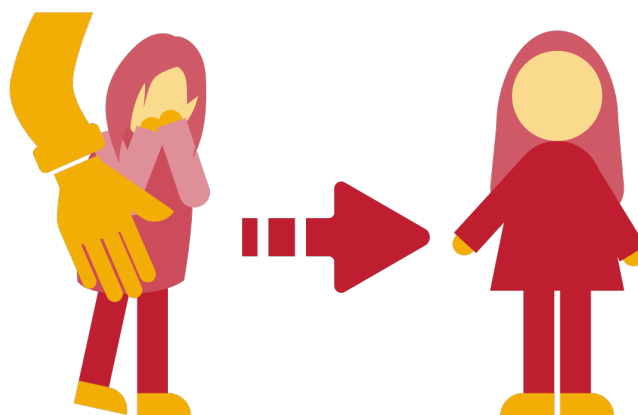
I alt 31 familier har deltaget i TF-CBT-forløb i projektperioden, og der er indsamlet data fra 29 børn og unge.

Ved opstart i projektet viser de kvantitative analyser, at de 29 deltagende børn og unge er karakteriseret ved en markant mistrivsel. Det gælder fx, at:

- 86 % opfylder kriterierne for en PTSD-diagnose
- 83 % har tegn på en klinisk depression
- hovedparten har negative og dysfunktionelle tanker
- hovedparten har problemer med trivsel – især internaliserende adfærd samt problemer med venskaber og indlæring
- hovedparten dog også har markante sociale styrker.

Samlet set peger evalueringen på, at de børn og unge, der har deltaget i TF-CBT-behandlingen, er karakteriseret af en ret alvorlig mistrivsel. Dette peger på, at de har et stort behov for at få hjælp.

Virkningsevalueringen viser, at de børn og unge, som deltager i TF-CBT-behandlingen, oplever markante ændringer fra forløbets opstart til afslutning. Der ses en markant reduktion i PTSD-symptomer for unge, som er 13 år eller ældre. For alle deltagere ses en markant reduktion i depressionssymptomer og negative tanker samt en markant forbedring af deltagernes trivsel. Især de unges indadrettede problemer og depressionssymptomer reduceres i løbet af TF-CBT-forløbet. Der ses dog ikke signifikante forandringer i PTSD-symptomer over forløbsperioden for de yngste deltagere fra 6-12 år.



I projektperioden er der anvendt måleredskaber, som er sammensat af en international ekspertgruppe med særlig viden om traumer og TF-CBT. Evalueringen viser, at de anvendte måleredskaber ser ud til at fungere for målgruppen.

Den internationale forskning, herunder implementeringsforskning i Norge, hvor TF-CBT er anvendt i de sidste 15 år, viser evidens for TF-CBTs effekt. TF-CBT anbefales i international forskning og guidelines som førstevalget til behandling af børn med symptomer på traumer, herunder traumer efter seksuelle og voldelige overgreb. Slutevalueringen bekræfter de positive virkninger af indsatsen i Børnehus Syd, hvorved det er sandsynliggjort, at indsatsen vil have en positiv virkning ved udbredelse til de øvrige danske børnehuse. Samlet set er det således vurderingen, at delkriteriet om, at indsatsen skal vise lovende resultater, er opfyldt.

Indsatsen må ikke være urealistisk dyr

Der foreligger en grundig vurdering af omkostningerne forbundet med at kunne levere TF-CBT-behandlingen. Overordnet set er det vurderingen, at delkriteriet om, at indsatsen ikke må være urealistisk dyr, er opfyldt.

Opstartsomkostningerne forbundet med TF-CBT relaterer sig til uddannelse og supervision i forbindelse med certificeringen af TF-CBT-terapeuterne. Det samlede estimat for opstartsomkostningerne er 436.424 kr. for uddannelse og supervision af i alt seks terapeuter.

Driftsomkostningerne er afdækket på forløbsniveau, og der er således udarbejdet et estimat for driftsomkostningen forbundet med et TF-CBT-behandlingsforløb. Prisestimatet for de løbende driftsomkostninger for et gennemsnitligt TF-CBT-forløb ligger mellem 31.748 kr. til 35.715 kr. Prisforskellen på 3.967 kr. er drevet af, at timelønnen i Børnehus Syd er højere end timelønnen trukket fra KRL-data og forskellen i det anvendte overhead.

Det er en udfordring at beskrive og vurdere omkostningerne ved den indsats, børnene eller de unge ville have fået, hvis ikke de var visiteret til TF-CBT – det såkaldte basialternativ. Som nævnt udfylder TF-CBT-tilbuddet et behandlingstomrum for børn med symptomer på traumer efter seksuelle overgreb, hvorfor det er vanskeligt at sammenligne med den nuværende indsats over for målgruppen. Samlet set vurderes det ikke muligt at give et præcist estimat over alternativomkostningen til TF-CBT-forløbet, fordi kommunerne sjældent har et sammenligneligt basialternativ til TF-CBT.

Der vurderes overordnet set at være et rimeligt forhold mellem ressourcer og resultater af TF-CBT-behandlingen. Kommunernes vurdering er, at TF-CBT-behandlingen i Børnehus Syd er særligt attraktiv for de kommuner, der ikke

selv har specialiserede kompetencer til behandling af målgruppen. De kommunale repræsentanter anser TF-CBT som et attraktivt behandlingstilbud, fordi forløbet er afgrænset i omfang, og at behandlingen også omfatter barnet eller den unges nærmeste omsorgsperson. Det centrale fra det kommunale perspektiv er, at der er tale om en fast pris på et afgrænset behandlingsforløb, hvorved der ikke tilløber merudgifter.

Interviewene med de kommunale repræsentanter er foretaget forud for, at det endelige resultat af omkostningsvurderingen forelå og derfor med udgangspunkt i det prisestimat på 28.000 kr., som blev beregnet for et TF-CBT-forløb i projektperioden. Som følge af, at virkningsevalueringen finder markante positive virkninger af TF-CBT-forløbet for børnene og de unge, er det vurderingen, at kommunerne fortsat vil finde forholdet mellem ressourceforbruget på et TF-CBT-behandlingsforløb og de forventede virkninger rimeligt ved en pris på mellem 31.748 kr. og 35.715 kr. som estimeret i omkostningsvurderingen.

Indsatsen skal være efterspurgt

Efter 18 måneder med TF-CBT-behandlingstilbuddet i drift i Børnehus Syds tre afdelinger har samlet set halvdelen af kommunerne i Region Syddanmark visiteret børn og unge til behandlingen. Dette skal også ses i lyset af, at ikke alle kommunerne nødvendigvis har haft børn eller unge i målgruppen. Alene på baggrund af data om kommunernes visitation og belægningen på behandlingen i Børnehus Syd er det vurderingen, at en stor del af kommunerne i Region Syddanmark finder TF-CBT-behandlingsforløbet interessant og relevant.

Af interviewene med udvalgte kommunale aktører med henholdsvis økonomisk ansvar og myndighedsansvar på området, som har konkrete erfaringer med at visitere børn og unge til behandlingen, fremgår det overordnet set, at de kommunale repræsentanter anser TF-CBT som et attraktivt behandlingstilbud.

Der er generel stor motivation for at udbyde og arbejde med TF-CBT som behandlingstilbud i Børnehus Syd. Der gives i Børnehuset udtryk for en faglig lettelse ved at vide, at der nu er et adækvat behandlingstilbud til målgruppen. Man hidtil har været usikker på, hvilken hjælp man skulle tilbyde efter udredning.

De kvalitative interviews med henholdsvis unge og omsorgspersoner viser, at både de unge og omsorgspersonerne oplever indsatsen som relevant. Omsorgspersonerne ser forandringer i trivslen allerede under behandlingsforløbet, og både de unge og omsorgspersoner oplever, at de har gavn af de redskaber, som behandlingen introducerer dem for til at opnå at føle ro og mindske angst. Selvom de unge har oplevet svære følelser i arbejdet med traumematerialer, giver de udtryk for, at de oplever det som en nødvendighed at arbejde direkte med traumat for at opleve positive forandringer.

Konklusion

Overordnet set er det vurderingen, at resultaterne af implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd er så lovende, at det bør overvejes at udbrede TF-CBT til en landsdækkende behandling af målgruppen af børn og unge udsat for seksuelle overgreb. Som følge af, at resultaterne i denne evaluering stemmer overens med de resultater, der findes af TF-CBT i Norge, hvor man også anvender behandlingen til voldsudsatte børn og unge, kan det endvidere overvejes, om målgruppen i Danmark skal udvides til også at omfatte denne målgruppe.

Anbefalinger

Set i lyst af de markante positive resultater, som evalueringen finder i forhold til virkningen af TF-CBT, er det vigtigt at pointere, at det har været nogle dygtige terapeuter, der har gennemført behandlingsforløbene. Dertil har terapeuterne haft massiv supervision under certificeringsperioden, som udgør stort set hele perioden for dataindsamling til denne evaluering. Fremadrettet er det helt centralt igennem løbende supervision fortsat at sikre kvaliteten i det terapeutiske arbejde, da dette er forudsætningen for virkningen af TF-CBT.

Selvom der ses en markant reduktion af både PTSD-symptomer og depressionssymptomer blandt de børn og unge, der deltager i et TF-CBT-forløb, opfylder en del stadig kriterierne til en PTSD-diagnose og/eller kriterierne for en klinisk depression ved afslutningen af forløbet. Det er derfor væsentligt, at kommunerne er opmærksomme på, at en stor del af deltagerne sandsynligvis har behov for yderligere hjælp og støtte efter et TF-CBT-forløb.

I forbindelse med evt. udbredelse af TF-CBT til en landsdækkende behandlingsmodel er det anbefalingen, at der fortsat systematisk gennemføres før- og efter-målinger af TF-CBT-forløbene. Dette er væsentligt for at kunne vurdere, om de samme virkninger kan opnås ved større udbredelse. Dertil er det anbefalingen, at der gennemføres nærmere undersøgelser af anvendeligheden af TF-CBT i forhold til børn og unge med varierende grader af PTSD, samt at man i det videre arbejde retter et særligt fokus på årsager til evt. frafald i behandlingen.

Datagrundlag

Den afsluttende evaluering er udarbejdet på baggrund af:

- Data om kommunernes visitation af børn og unge til TF-CBT-behandling.
- Strukturerede drøftelser med TF-CBT-terapeuterne og ledelsen i Børnehus Syd om barrierer og understøttende forhold for implementeringen i maj 2021, september 2021 og august 2022.
- Individuelle interviews med TF-CBT-terapeuterne om fideliteten i behandlingsforløbene hver 2.-3. måned i projektperioden – i alt er der gennemført 24 interviews om fidelitet.
- Terapeuternes registreringer af fidelitet på forløbsniveau fra i alt 25 af de gennemførte forløb.
- Spørgeskemaer til børnene og de unge om symptomer og trivsel ved opstart, når forløbet er slut samt 3 måneder efter forløbets afslutning. I alt er der indsamlet data for 29 børn og unge.
- Spørgeskemaer til børnene og de unges nærmeste omsorgspersoner (mor, far eller evt. plejefamilie) om barnets eller den unges trivsel ved opstart og afslutning. I alt er der indsamlet data om 29 børn og unge.
- Spørgeskemaer til barnet, den unge og deres TF-CBT-terapeut om den terapeutiske relation to gange i løbet af forløbet. I alt er der indsamlet data om den terapeutiske relation i 24 forløb.
- Interviews med fire unge og otte omsorgspersoner om beslutningen om deres deltagelse, behandlingens indhold og udførelse, arbejdet med traumat, oplevede forandringer og hverdagen i konteksten af behandlingen.
- Oplysninger om omkostninger forbundet med terapeuternes uddannelse, supervision og uddannelse samt omkostninger relateret til den organisatoriske forberedelse af behandlingstilbuddet. Dertil oplysninger om det løbende ressourceforbrug gennem terapeuternes timeregistreringer på forløbsniveau. I alt er der indsamlet data om tidsforbrug i 21 af de gennemførte forløb.
- Interviews med kommunale repræsentanter fra i alt ni kommuner i Region Syddanmark om henholdsvis basisalternativet og omkostningerne herved samt identifikation og visitation af børn og unge i målgruppen for TF-CBT.

1 Indledning

Børn og unge, der er udsat for seksuelle overgreb, er i stor risiko for at udvikle traumer samt langvarige psykiske lidelser, misbrug og dårligt fysisk helbred (Hailes et al., 2019). Det kan derfor være meget omkostningsfuldt for både barnet og for samfundet, hvis ofre for seksuelle overgreb ikke opspores og behandles i tide (Letourneau et al., 2018).

Det er en kommunal opgave at varetage støtten til børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb. En nyere undersøgelse viser, at kommunerne har meget forskellig dækning af tilbud til børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, samt at meget få kommuner har et specialiseret tilbud til målgruppen (Deloitte, 2019). Desuden viser statistikken for børnehuse, at målgruppen er forholdsvis lille (BIT data1, 2019), og det er derfor forventningen, at det kan være vanskeligt for mindre kommuner at opnå kvalitet og god drift i et specialiseret kommunalt tilbud. Videnscenter for Sociale indsatser ved vold og seksuelle overgreb (SISO) har derfor i strategien for 2019-2022 særligt fokus på at sikre et bedre landsdækkende tilbud til børn udsat for overgreb.

Forskning viser, at traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) er meget velegnet i forhold til at behandle PTSD-symptomer og kan bruges til helt små børn såvel som til unge (Bastien et al., 2020; Deblinger et al., 2018; Hoppen & Morina, 2020; Jensen et al., 2014, 2017; Lewey et al., 2018). Da denne terapiform er blevet succesfuldt implementeret i bl.a. Norge, er det forventningen, at man vil kunne anvende terapiformen i en dansk kontekst – i en tilpasset version.

Formålet med udviklingen og modningen af TF-CBT i Danmark er at kunne tilbyde et behandlingstilbud med potentiale for national dækning, så børn med traumer efter at have været udsat for seksuelle overgreb kan tilbydes en virksom og ensartet behandling. Med ensartet behandling menes, at barnet, uanset hvilken kommune det bor i, skal kunne tilbydes en behandling, der svarer til alvorligheden og karakteren af barnets symptomer på mistrivsel. For at sikre bedre landsdækkende behandlingstilbud til børn udsat for overgreb forankres modningen af TF-CBT som behandlingsforløb i regi af Børnehus Syd, som er et af de 5 regionalt placerede børnehuse.

Modningen af TF-CBT i regi af Børnehus Syd er iværksat i regi af den nationale Strategi for Udvikling af Sociale Indsatser (SUSI). Formålet med SUSI er at sikre et målrettet og systematisk udviklingsarbejde og et større afkast af investeringerne på det sociale område ved at udvikle indsatser med dokumenteret effekt, hvor de afsatte ressourcer anvendes effektivt og hensigtsmæssigt til gavn for de socialt udsatte borgere og for samfundet.

SUSI indeholder fire faser: screenings-, modnings-, afprøvnings- og udbredelsesfasen. Ved afslutningen af en fase skal en række kriterier være opfyldt, før næste fase evt. kan påbegyndes. Udviklingen af TF-CBT som behandlingsmetode i en dansk kontekst er et modningsprojekt, og før en evt. afprøvning eller udbredelse kan igangsættes, skal følgende kriterier være opfyldt:

- Indsatsen skal være færdigudviklet
- Indsatsen skal være succesfuldt implementeret
- Indsatsen skal vise lovende resultater
- Indsatsen må ikke være urealistisk dyr
- Indsatsen skal være efterspurgt.

Denne afsluttende evaluering af modningen af TF-CBT i en dansk kontekst skal således samlet set belyse, hvorvidt ovenstående SUSI-kriterier er opfyldt. Det samlede evalueringdesign består overordnet set af tre dele:

1. En implementeringsevaluering
2. En virkningsevaluering
3. En omkostningsevaluering.

Den afsluttende evaluering belyser desuden, hvorvidt TF-CBT i en dansk kontekst er færdigudviklet, samt hvorvidt TF-CBT som behandlingsmetode er efterspurgt.

Den afsluttende evaluering er opbygget efter de 5 kriterier i SUSI, der er opstillet for overgangen fra en modnings- til en afprøvnings- eller udbredelsesfase. Følgende læsevejledning skitserer evalueringens kapitler og det nærmere indhold i disse.



Læsevejledning

Kapitel 2 – Hvad viser forskning i TF-CBT:

Kapitlet skitserer viden fra eksisterende forskning i TF-CBT og den forskningsmæssige baggrund for, at TF-CBT er valgt til afprøvning som metode til behandling af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i Danmark.

Kapitel 3 – Indsatsen er færdigudviklet og defineret:

Kapitlet indledes med en vurdering af, om TF-CBT er færdigudviklet og defineret som behandlingsmetode. I kapitlet introducerer TF-CBT som behandlingsmetode. Derudover skitserer kapitlet udviklingen af TF-CBT i en dansk kontekst, herunder uddannelsen og certificeringen af de danske TF-CBT-terapeuter.

Kapitel 4 – Indsatsen er succesfuldt implementeret:

Kapitlet indledes med en vurdering af, om TF-CBT er succesfuldt implementeret i Børnehus Syd. I kapitlet belyses implementeringen af TF-CBT, dels gennem en kontekst-analyse af barrierer og understøttende forhold for implementeringen, dels gennem en fidelitetsanalyse.

Kapitel 5 – Indsatsen har lovende resultater:

Kapitlet indledes med en vurdering af, om TF-CBT har lovende resultater som behandlingsmetode. I kapitlet beskrives deltagerne ved opstart i projektet, og der gennemføres en analyse af ændring over tid i forhold til deltagernes trivsel og funktionsniveau.

Kapitlet skitserer desuden både de unge og omsorgspersonernes oplevelser af TF-CBT-behandlingsforløbet, herunder behandlingens indhold og udførelse, de oplevede forandringer og hverdagen i konteksten af behandlingen.

Kapitel 6 – Indsatsen er ikke urealistisk dyr:

Kapitlet indledes med en vurdering af omkostningsniveauet for indsatsen. Derudover skitserer kapitlet henholdsvis et estimat af opstartsomkostningerne forbundet med TF-CBT og et estimat af de løbende driftsomkostninger. Dertil skitseres mulige alternative indsatser til et TF-CBT-forløb, som kommunerne hidtil har gjort brug af.

Kapitel 7 – Indsatsen er accepteret og efterspurgt:

Kapitlet belyser, hvorvidt TF-CBT som behandlingsmetode er accepteret og efterspurgt hos de centrale aktører, herunder særligt de kommunale aktører, som skal visitere børn og unge til indsatsen.

2 Hvad viser forskning i TF-CBT?

I dette afsnit præsenteres kort forskningsresultater fra systematiske reviews og metaanalyser om TF-CBT, resultater fra det norske studie af TF-CBT samt anbefalinger fra internationale guidelines om børn og unge med PTSD og traumer.

Samlet set viser nyere systematiske reviews og metaanalyser af indsatser til at behandle børn og unge, at TF-CBT er effektivt i forhold til at reducere PTSD-symptomer (Bastien et al., 2020; Hoppen & Morina, 2020; Leenarts et al., 2013; Lewey et al., 2018; Mavranezouli et al., 2020a). TF-CBT er desuden omkostningseffektivt (Mavranezouli et al., 2020b).

Der er gennemført et norsk RCT-studie af TF-CBT til børn og unge. Dette studie var det første RCT af TF-CBT til børn og unge, der blev gennemført uden for USA. Studiet er gennemført i et miljø, der kan sammenlignes med Danmark.

Det norske TF-CBT-studie inkluderede 156 børn og unge (80 % piger, i gennemsnit 15 år gamle), der var henvist til 8 forskellige børne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, de såkaldte BUP'er. Studiet viste, at der var en større nedgang i symptomer på både posttraumatisk stress, depression, generelle psykiske problemer og angstsymptomer hos TF-CBT-gruppen end hos kontrol-gruppen (Jensen et al., 2014). Reduktionen i symptomer var opretholdt, 18 måneder efter at behandlingen var slut (Jensen, Holt & Ormhaug, 2017).

Studiet fandt desuden, at også dem med alvorlige depressive symptomer havde nytte af TF-CBT (Jensen, Holt & Ormhaug, 2017). Generelt var både børn og forældre tilfredse med behandlingen. Samfundsøkonomiske analyser viste desuden, at TF-CBT samlet set var mere omkostningseffektivt end den sædvanlige indsats (Aas et al., 2019).

Der findes flere internationale guidelines, hvor eksperter har opsummeret forskningen i forhold til behandling af traumer og PTSD hos børn og unge. Samlet set er TF-CBT anbefalet som første valg af interventionsmetode for børn og unge, der tidligere har været udsat for traumer, i de store opsummerende guidelines, der findes på området. I den forbindelse er det dog vigtigt at nævne, at anbefalingerne bygger på eksisterende forskning, og at der i teorien kan være indsatser, der er lige så effektive, men som ikke er undersøgt i RCT-studier.

I den nyeste guideline fra International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) fra 2019 står der følgende anbefaling til terapeutisk behandling af børn og unge med PTSD-symptomer:



Strong Recommendation – CBT-T (caregiver and child), CBT-T (child), and EMDR are recommended for the treatment of children and adolescents with clinically relevant post-traumatic stress symptoms.

Intervention with Emerging Evidence – Group CBT-T (child), Group Psychoeducation, and Parent-child Relationship Enhancement have emerging evidence of efficacy for the treatment of children and adolescents with clinically relevant post-traumatic stress symptoms.

Insufficient Evidence to Recommend – There is insufficient evidence to recommend CBT-T (caregiver), Family Therapy, Group CBT-T (caregiver and child), KidNET, Non-directive Counselling or Stepped Care CBT-T (caregiver and child) for the treatment of children and adolescents with clinically relevant post-traumatic stress symptoms.

**ISTSS International Society for Traumatic
Stress Studies, 2018**

Effekten af TF-CBT er samlet set blevet undersøgt i mere end 20 randomiserede kontrollerede studier, der omfatter børn i alderen 3-18 år, som har oplevet forskellige traumer, lever under forskellige forhold (fx familiepleje, psykiatri, krisecenter eller krigszoner) og kommer fra forskellige kulturer og lande (Deblinger, Cohen & Mannarino, 2018).

Samlet set viser studierne, at TF-CBT er effektiv i forhold til at reducere PTSD-symptomer hos børn og unge. Flere af studierne har også vist, at effekterne af TF-CBT fortsat kan ses 1 og 2 år efter afsluttet behandling. TF-CBT ser derfor ud til at være en generaliserbar model, der kan virke i forskellige kontekster og i forhold til forskellige slags traumer hos børn og unge.

Systematiske reviews, der samler resultaterne fra individuelle RCT-studier i metaanalyser, finder også, at TF-CBT er en effektiv behandling til børn og unge med traumer. Ligeledes anbefales TF-CBT som det første valg af metode for denne målgruppe i de internationale guidelines.

På baggrund af forskningsresultaterne og de internationale guidelines er det vurderingen, at TF-CBT er en af de bedst dokumenterede behandlingsmetoder til traumatiserede børn og unge. Det er derfor den behandlingsmodel, der er udvalgt til at blive implementeret i børnehusene i Danmark.

3 Indsatsen er færdigudviklet og defineret

Kapitlet præsenterer TF-CBT-behandlingsmetoden. Herunder skitseres kerneværdierne i TF-CBT, faserne i behandlingsforløbet, behandlingsforløbets komponenter samt målgruppen for TF-CBT. I kapitlet belyses også tilpasningen af TF-CBT til en dansk kontekst samt kriterierne for uddannelse og certificering af danske TF-CBT-terapeuter.

Kapitlet indledes med en præsentation af VIVEs vurdering af SUSI-kriterium 1, der handler om, hvorvidt TF-CBT som indsats er færdigudviklet og defineret (se Boks 3.1).

Boks 3.1 Vurdering af kriterie 1: Indsatsen er færdigudviklet og defineret

Indsatsbeskrivelsen har en kvalitet, så andre kommuner/leverandører ud fra beskrivelsen kan implementere den.

Delkriteriet er opfyldt.

TF-CBT-behandling til børn og unge med symptomer på traumer efter overgreb er fagligt velbegrunderet, og metoden er velbeskrevet og manualbaseret. Målgruppens udfordringer er veldefineret, og der foretages screeninger for at sikre, at børnene og de unge tilhører målgruppen forud for behandling. Med udgangspunkt i den norske manual har VIVE udfærdiget et metodenotat, som omsætter manualen til en dansk børnehus kontekst. For eksempel er der udvalgt en række screeningsværktøjer, som er afstemt med dels Børnehus Syds nuværende praksis med udredning af målgruppen, dels de nye behov til måling af progression ved TF-CBT-behandling.

Indsatsbeskrivelsen indeholder fidelitetskriterier, som gør det muligt at afgøre, om man følger indsatsen eller ej.

Delkriteriet er opfyldt.

TF-CBT-uddannelsen indeholder brug af fidelitetsskemaer, som er udviklet af grundlæggerne af TF-CBT og tilpasset af de norske TF-CBT-trænere til en nordisk kontekst. TF-CBT-træneren har anvendt fidelitetsskemaerne for alle

behandlingsforløb i supervisionen af de danske behandlere hver 14. dag. Efter at TF-CBT-certificering af behandlere fandt sted i juni måned 2022, fortsættes brugen af fidelitetsskemaer i en gruppe med en TF-CBT-vejleder, som er udvalgt blandt behandlere. Vejlederen uddannes til vejlederopgaven efter endt certificering. Desuden er det afgørende for fideliteten i leveringen af TF-CBT-behandlingen, at terapeuterne har den nødvendige uddannelsesmæssige baggrund og har gennemført uddannelsen. Der er opstillet en række uddannelsesmæssige krav til terapeuternes uddannelsesmæssige baggrund, og tilsvarende er der en række krav til uddannelsen i TF-CBT for at opnå certificering.

Indsatsbeskrivelsen beskriver tydeligt de resultater, som forventes i forlængelse af indsatsen.

Delkriteriet er opfyldt.

TF-CBT-manualen beskriver tydeligt, i hvilke faser af behandlingen barnet eller den unge dels tilegner sig redskaber til at håndtere traumerne, dels de processer, som fører til traumbearbejdelsen. Desuden beskriver manualen, hvordan barnet eller den unge og den deltagende omsorgsperson i kraft af redskaberne vil være i stand til at arbejde med traumer, når de senere dukker op i livet, hvad der må forventes, når et barn eller en ung har været udsat for voldsomme livssituationer.

3.1 Hvad er traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT)?

TF-CBT-modellen er udviklet af de tre amerikanske forskere Judy Cohen, Anthony Mannarino og Ester Deblinger og bygger på deres arbejde med traumatiserede børn gennem mere end 3 årtier. TF-CBT-modellen er en relativt kort, komponentbaseret terapi, der er baseret på principper fra kognitiv teori, adfærdsteori og familierapi. TF-CBT er oprindeligt udviklet til børn, der har været udsat for seksuelt misbrug, men kan også anvendes til børn, der har været udsat for andre former for traumer som fx 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; Deblinger, Cohen & Mannarino, 2018).

TF-CBT er specifikt designet til at reducere PTSD-symptomer, traumerelateret depression, angst, adfærdsproblemer og almindeligt forekommende traumerelaterede kognitive og følelsesmæssige udfordringer som frygt, skam, forlegenhed og skyld. I TF-CBT-forløbet arbejdes der primært og intensivt med barnet. Der arbejdes desuden parallelt med omsorgspersonen for at forbedre følgende:

- omsorgspersonens støtte til barnet/den unge
- omsorgspersonens forældrekompetencer relateret til barnets traumesymptomer
- kommunikationen imellem omsorgspersonen og barnet/den unge.

TF-CBT

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

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

I TF-CBT-forløbet er det den samme terapeut, der har både barn og omsorgsperson i behandling. Årsagen til, at det er den samme terapeut, er, at det først og fremmest er en behandling rettet mod barnet i modsætning til familierapi, og at omsorgspersonen er forandringsagent imellem sessionerne. Ved at have en fælles terapeut undgår man, at der skal koordineres imellem flere terapeuter.

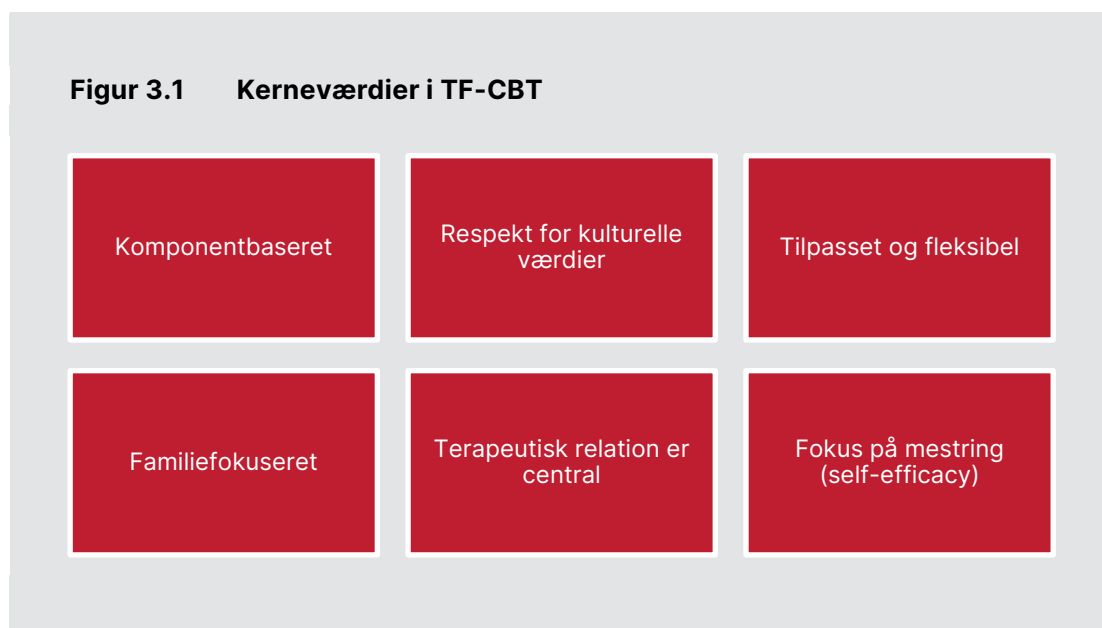
I den danske version af TF-CBT tages der udgangspunkt i den norske oversættelse af den amerikanske manual, men der tillempes til danske forhold og til konteksten i de danske børnehuse.

3.2 TF-CBT som behandlingsmetode

TF-CBT-forløbet er målrettet barnet eller den unge, men i de tilfælde, hvor det er muligt, inddrages en omsorgsperson i forløbet, så han/hun kan støtte op om behandlingen derhjemme og hjælpe med øvelser og lignende. I dette afsnit skitseres indholdet i TF-CBT-behandlingsforløbet, herunder kerneværdierne, de tre faser og de komponenter, der indgår i behandlingsforløbet.

3.2.1 Kerneværdierne i TF-CBT

TF-CBT-behandlingen bygger på 6 kerneværdier, som er præsenteret i Figur 3.1.



Kilde: Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2020)

Komponentbaseret: TF-CBT er ikke bygget på en manual, der skal følges slavisk, men er bygget op omkring komponenter, der hænger tæt sammen og kan tilpasses det enkelte barns og families behov. I løbet af den første fase kan terapeuten anvende sit kliniske skøn til at skræddersy rækkefølgen på komponenterne for det enkelte barn for bedst muligt at møde barnets behov.

Respekt for kulturelle værdier: Det er altafgørende, at terapeuten har respekt for individuelle, familiemæssige, religiøse, samfundsmæssige og kulturelle værdier. Terapeuten skal være bevidst om, at behandlingen skal kunne passe ind i familiens holdninger og kulturelle værdier og bør skaffe sig viden om forhold, der er relevante for behandlingskomponenterne (fx forældreholdninger eller mestringsstrategier).

Tilpasset og fleksibel: Terapeuten skal være kreativ og fleksibel i arbejdet med kernekomponenterne, så hvert forløb tilpasses fx barnets køn og udvikling, da fleksibilitet er afgørende for at kunne hjælpe hvert enkelt barn og familie.

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

Terapeutisk relation er central: Pr. definition indeholder et traume et grundlæggende tillidsbrud for barnet i forhold til forventningen om, at voksne og samfundets regler vil beskytte barnet mod overgreb. I mange tilfælde oplever forældrene også at føle sig svigtede. For at genoprette tillid, optimisme og selvtillid er det afgørende for både det traumatiserede barn og forældrene 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 forældre færdigheder som mestring og selvregulering, som fremmer deres individuelle styrker, så de kan fortsætte med at udvikle sig, efter at terapiforløbet er afsluttet.

3.2.2 TF-CBT-forløbets faser

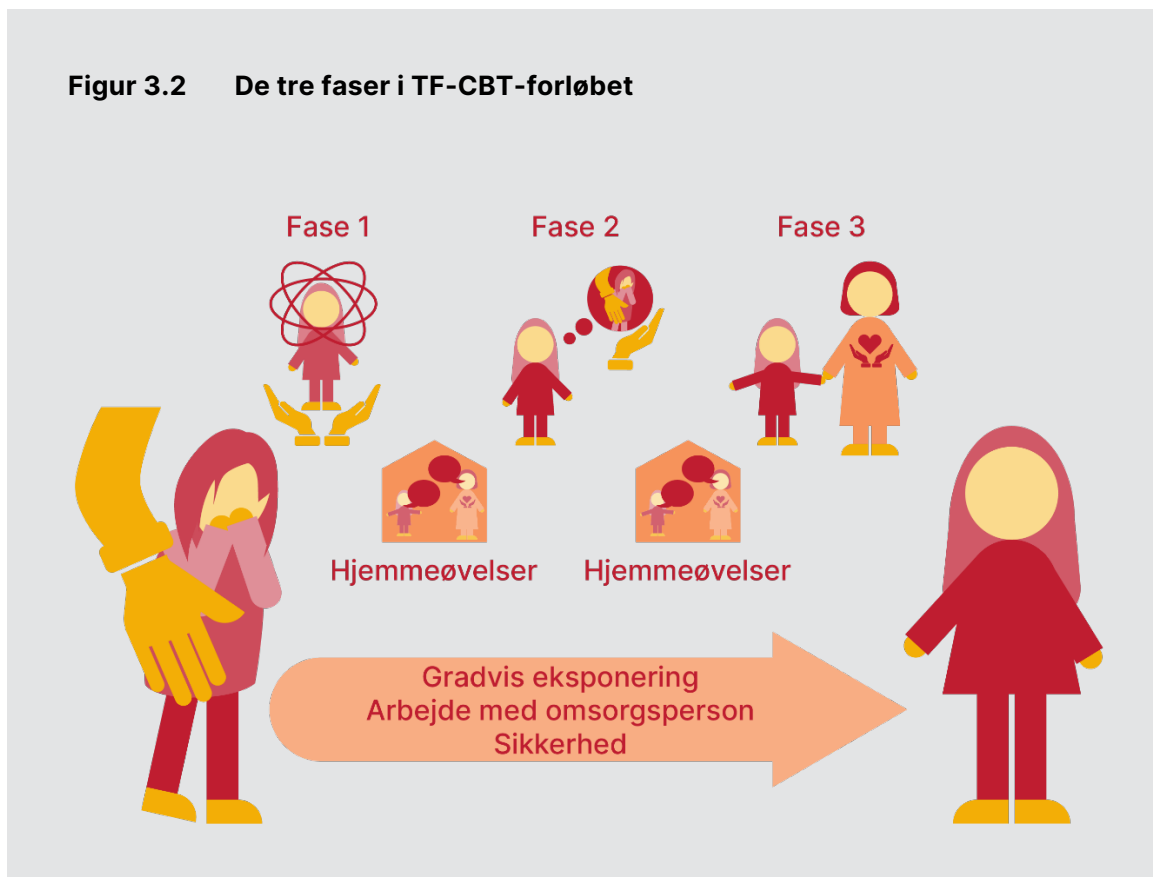
TF-CBT er delt op i 3 faser: 1) stabilisering/færdighedstræning, 2) bearbejdning og 3) integration/konsolidering (se Figur 3.2 næste side). Hver fase indeholder specifikke delelementer, der kaldes komponenter.

I den første fase er der fokus på en indføring i traumeoplevelsen samt at udvikle færdigheder til at håndtere minderne om traumet. Denne fase består af komponenterne psykoedukation og forældrefærdigheder, afspænding, affektregulering og kognitiv mestring. I den anden fase, som består af komponenterne traumenarrativ og kognitiv bearbejdning, kommer minderne om traumet frem og bearbejdes. I den tredje fase rettes fokus mod at få konsolideret det, barnet har lært i de tidligere faser, og fasen består af komponenterne in-vivo mestring af traumeudløsere, kommunikation imellem barn og omsorgsperson samt styrkelse af fremtidig sikkerhed og udvikling. Komponenterne bygger på hinanden, og når barnet gennemfører dem, hjælper det til at opnå en følelse af mestring, når det udvikler færdigheder og bearbejder traumerne.

Normalt fylder hver fase omkring en tredjedel, 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, og der arbejdes i parallelle sessioner med omsorgspersonen. For at kunne opnå gode resultater er det centralt, at både barn og forældre øver sig hjemme imellem sessionerne.

Figur 3.2 De tre faser i TF-CBT-forløbet



Kilde: Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2020)

3.2.3 TF-CBT komponenter

TF-CBT består som nævnt ovenfor af forskellige komponenter. Komponenterne bør gennemføres i den rækkefølge, manualen beskriver, men kan ændres, hvis der er gode kliniske årsager til det.

Her følger en kort beskrivelse af komponenterne. For en dybere indføring henvises til manualerne (Cohen et al., 2017; Deblinger, Cohen & Mannarino, 2018).

Komponenterne i et TF-CBT-forløb

- Psykoedukation
- Forældrefærdigheder
- Afspænding/stresshåndtering
- Følelsesregulering
- Kognitiv mestring
- Traumenarrativ og kognitiv bearbejdning
- In-vivo mestring af traume-remindere
- Fælles forældre-barn timer
- Styrkelse af fremtidig sikkerhed og udvikling

Psykoedukation: Psykoedukation er en af de vigtigste komponenter i TF-CBT. Selvom komponenten ligger i starten af forløbet, indgår den i hele forløbet i forhold til både barn og omsorgsperson. Målet med psykoedukation er at normalisere barnets og omsorgspersonens reaktioner på traumerne, at informere om almindelige fysiske og psykiske reaktioner på traumer samt sikre, at de har en korrekt opfattelse af, hvad der skete.

I løbet af psykoedukationen eksponeres barnet for dets historie, og dets erfaring og respons valideres. Det er vigtigt, at terapeuten formidler håb til barnet og omsorgspersonen, som kan motivere til den videre behandling. Psykoedukation kan godt foregå som fælles sessioner, hvor både barn og omsorgsperson er til stede.

Forældrefærdigheder: Når man har et barn, som har oplevet alvorlige traumatiske livshændelser, kan selv den mest kompetente forælder have svært ved at være en god forælder. Selve traumatet vil ofte påvirke forældrenes funktion direkte, hvilket kan gøre det vanskeligt at opretholde normale rutiner og konsekvente regler og forventninger. For forældre, der ikke har de bedste forældrefærdigheder før den traumatiske hændelse, er det endnu vigtigere at styrke forældrefærdighederne. Gode forældrefærdigheder er særligt vigtige, når barnet reagerer med aggression, vredesudbrud og tristhed, samt for multi-traumatiserede børn.

Målet med denne komponent er, at forældrene/omsorgspersonen bliver bedre til at regulere sig selv og støtte barnet samt opnå en bedre kommunikation. Udfordringer, som omsorgspersonen oplever i forhold til barnet, analyseres ved hjælp af funktionel adfærdsanalyse. Analysen bruges til at identificere, hvilken funktion barnets problemadfærd har. Både positiv og negativ adfærd har oftest en vigtig funktion eller er udløst af grundlæggende behov og ønsker som fx et behov for at flygte fra noget, for at få opmærksomhed, eller et ønske om at føle kontrol, at føle sig som en del af noget, at føle positive kropslige følelser samt at føle mestring. Hos traumatiserede børn vil den adfærd, de viser, ofte genspejle deres problemer og de kaotiske omgivelser, de har været udsat for. Når man

undersøger funktionen bag adfærden sammen med omsorgspersonen, kan terapeuten hjælpe omsorgspersonen til at reagere på en måde, som kan støtte barnet til at få opfyldt de behov, der ligger bag adfærden.

Afspænding/stresshåndtering: Mange børn, der har været udsat for traumer, oplever kropslige reaktioner som høj hvilepuls, uro, søvnproblemer, rastløshed, irritabilitet og vredesudbrud, som kan have negativ indflydelse på barnets dagligdag. Det kan fx være i forhold til problemer med at koncentrere sig i skolen samt en tendens til at overreagere, hvilket fører til problemer med relationerne til andre både i skolen og derhjemme. Stressreguleringsfærdigheder hjælper til at reducere de kropslige reaktioner og kan fx omfatte åndedrætsøvelser, meditation/mindfulness og muskelafspænding.

Affekt/følelsesregulering: Børn, der har oplevet traumer, kan opleve intense og smertefulde følelser, som er vanskelige at regulere. De kan også opleve følelseløshed eller at blive overvældet af følelserne. Målet med denne komponent er at øge barnets bevidsthed om egne følelser og hjælpe det med at blive bedre til at udtrykke og håndtere egne følelser. Det handler om, at barnet bliver i stand til at identificere følelser, knytte følelser til situationer og til kropslige reaktioner og følelser. Det er vigtigt at være opmærksom på, at barnet skal være velreguleret, før man går videre fra denne komponent.

Kognitiv mestring: Kognitiv mestring handler om at få barnet og omsorgspersonen til at udforske deres tanker og udfordre og korrigere tanker, som er upræcise eller uhjælpsomme. Barnet kan på grund af sin begrænsede livserfaring være særligt udsat for at udvikle upræcise eller dysfunktionelle tanker om traumatiske oplevelser, og dette kan have en negativ påvirkning. I denne komponent anvendes den kognitive trekant eller diamant. Først skal barnet identificere følelserne, og derefter skal barnet og omsorgspersonen hjælpes til at forstå forskellen og sammenhængen imellem følelser og tanker. Derefter skal barnet lære at finde alternative tanker, som er mere rigtige eller hjælpsomme. Til sidst skal barnet hjælpes til at forstå sammenhængen imellem tanker, følelser og adfærd og sammenhængen imellem egen adfærd, og hvordan andre mennesker opfører sig som reaktion på denne adfærd.

Traumenarrativ og kognitiv bearbejdning: Arbejdet med at lave traumenarrativet er intenst og omfattende og igangsættes oftest i fase 2. Barnet opfordres igennem flere sessioner til at beskrive flere og flere detaljer ved det, som skete før, under og efter den traumatiske hændelse, og de tanker og følelser, de havde, da det skete. Et mål med traumenarrativet er at frakoble tanker, påmindelserne og samtaler om den traumatiske hændelse fra overvældende negative følelser som skræk, rædsel, hjælpeløshed, undgåelse, vrede, skam og raseri. Traumenarrativet hjælper terapeuten med at identificere barnets traumepåmindelser og dysfunktionelle tanker. Der er ikke nogen fast retningslinje for, hvor detaljeret narrativet skal være – det afhænger af, hvordan barnet reagerer.

Efter at barnet har udformet traumenarrativet og snakket i detaljer om traumeoplevelsen, starter den kognitive bearbejdning. Her begynder terapeuten at identificere, udforske og korrigere barnets traumerelaterede dysfunktionelle kognitioner. Dette er vigtigt, da de dysfunktionelle og uhensigtsmæssige tanker opretholder traumesymptomerne. Kognitiv bearbejdning udføres fx ved hjælp af logisk udforskning, spørgsmål om, hvad barnet ville tænke, hvis det var deres bedste ven, der tænkte sådan, eller ved brug af en ansvars-lagkage, hvor barnet skal fordele ansvaret for traumet.

Traumenarrativet kan laves som en bog, en sang, et digt eller andet alt efter, hvad barnet ønsker. Det afsluttes med ønsker og drømme om fremtiden og evt. med et budskab fra barnet til andre i samme situation. Når det er færdigt, deles traumenarrativet med omsorgspersonen.

In-vivo mestring af traumeudlødere: Denne komponent er den eneste komponent i TF-CBT, der er frivillig. De fleste børn udvikler ikke overgeneraliseret frygt for ufarlige situationer og har derfor ikke behov for denne komponent. Den bør kun bruges med børn, som har markant undgåelsesadfærd i ufarlige situationer, eller hvis undgåelsen forstyrrer barnets mulighed for at udvikle sig positivt.

Hvis komponenten gennemføres, skal der laves en effektiv plan for in-vivo eksponeringen. Det er vigtigt, at omsorgspersonen er aktivt involveret samt komfortabel med og enig i planen.

Fælles forældre-barn timer: TF-CBT-forløbet indeholder fælles timer, hvor barnet og omsorgspersonen er sammen hos terapeuten for at få information, øve færdigheder, dele barnets traumenarrativ og lære at snakke åbent sammen. Målet med fællestimerne er at give barn og omsorgsperson mulighed for at øve sig i færdigheder, der styrker forældre-barn-relationen, samtidig med at det hjælper barnet med gradvist at blive tryk ved at tale direkte med omsorgspersonen om traumeerfaringerne og andre emner, som barnet eller omsorgspersonen ønsker at tale om. Fællestimer bør struktureres nøje, og omsorgspersonen bør være godt forberedt, for at fællestimerne bliver trygge, positive og produktive. Fællestimer bør ikke gennemføres, før omsorgspersonen har tilstrækkelig følelsesmæssig kontrol til at kunne fungere som god rollemodel for barnet.

Styrkelse af fremtidig sikkerhed og udvikling: Selvom styrkelse af sikkerhed er den sidste komponent i forløbet, er det god klinisk praksis at have sikkerhed som et tema igennem hele forløbet, når man har med børn og unge at gøre, der har været eksponeret for traumatiske hændelser. I starten af forløbet er det vigtigt at vurdere, om der er fortsat risiko for traumer. Det er særligt vigtigt at være opmærksom på udfordringer med tryk og tillid for børn med komplekse traumer, da de ofte har oplevet brud i tilknytningsrelationer, der forstærker følelsen af svigt og utryk. Selvom der ikke er nogle aktuelle traumer, bør terapeuten jævnligt vurdere barnets sikkerhed igennem forløbet.

3.2.4 Målgruppen for TF-CBT

TF-CBT er oprindeligt udviklet til børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, men kan også anvendes til børn, der har været udsat for andre former for traumer som fx vold, tab af en forælder, stress og komplekse traumer.

I dette projekt er behandlingen målrettet børn og unge i alderen 6-18 år, der har været udsat for seksuelle overgreb. Klinikerne har udført en screening for PTSD-symptomer, og hvis de på baggrund af den vurderer, at barnet er plaget af PTSD-symptomer i en grad, der influerer negativt på barnets hverdag og funktionsevne, så er de i målgruppen for TF-CBT. Se kapitel 13 for mere information om screeningsprocessen. De børn og unge, der deltager i dette projekt, er endvidere karakteriseret i kapitel 5.1.

3.3 Udvikling af TF-CBT i en dansk kontekst

Formålet med udviklingen og modningen af TF-CBT i Danmark er at kunne tilbyde et behandlingstilbud med potentiale for national dækning, så børn med traumer efter at have været udsat for seksuelle overgreb kan tilbydes en virksom og ensartet behandling. Med ensartet behandling menes, at barnet, uanset hvilken kommune det bor i, skal kunne tilbydes en behandling, der svarer til alvorsgraden og karakteren af barnets symptomer på mistrivsel. For at sikre bedre landsdækkende behandlingstilbud til børn udsat for overgreb forankres modningen af TF-CBT som behandlingsforløb i regi af et af de 5 regionalt placerede børnehuse.

De danske børnehuse er regionalt forankrede organisatoriske enheder, som yder en koordineret, tværsektoriel og tværfaglig indsats i sager om overgreb mod børn og unge. Formålet er, at børn og unge, der har været udsat for seksuelle eller voldelige overgreb, får en kvalificeret og skånsom indsats samlet på ét, børnevenligt sted.

Modningen af TF-CBT i en dansk kontekst foregår i af Børnehus Syd. Se kapitel 11 for en nærmere beskrivelse af udvælgelsen af implementeringsmiljø.

3.3.1 Uddannelse af TF-CBT-terapeuter

Grundlæggerne af TF-CBT har ikke opstillet eksakte krav til typen af uddannelse og erhvervs erfaring, der kræves for at gennemføre et kursus og opnå certificering i TF-CBT. Der er således flere uddannelser og erfaringer, der kan give adgang til uddannelsen.

Der findes ikke ens krav til erfaring og uddannelse på tværs af institutioner endside lande. I Danmark er det aktuelt ikke muligt at blive certificeret i TF-CBT, hvorfor Socialstyrelsen i regi af dette projekt indgået aftale med to norske TF-CBT-trænere, som har uddannet og certificeret medarbejderne i Børnehus Syd. I den forbindelse er der opstillet en række faglige kriterier for medarbejdernes uddannelsesmæssige og erfaringsmæssige kompetencer for at kunne opnå certificering i TF-CBT, dels i dette projekt, dels i et evt. videre perspektiv for at udbrede behandlingsmodellen til de øvrige 4 børnehuse. Kriterierne baserer sig dels på TF-CBT-manualen udviklet af Cohen, Mannarino & Deblinger i 2006 og revideret i 2018, dels på de særligt norske og svenske kriterier opstillet i forskellige institutionelle sammenhænge, hvor man har uddannet terapeuter i TF-CBT.

Særlige forhold omkring målgruppen

TF-CBT er virksom over for en bredere målgruppe end børn og unge udsat for seksuelle overgreb, som er målgruppen i dette projekt. Børn og unge udsat for seksuelle overgreb med symptomer på PTSD udgør en meget sårbar gruppe, hvorfor det er vigtigt, at der tages højde for dette i kravene til uddannelse og erfaring. Det kan derfor ikke udelukkes, at man i andre sammenhænge vil opstille andre og evt. lavere kriterier til at få en certificering i TF-CBT end i dette projekt.

3.3.1.1 Kriterier for medarbejdere, der uddannes som TF-CBT-terapeuter

I den norske oversættelse af Cohen, Mannarino & Deblingers beskrivelse og behandlingsmanual for TF-CBT (2018) står der følgende om krav til uddannelse og erfaring for at opnå uddannelse og senere certificering:



”Ettersom arbeidet med traumatiserte barn og familiene deres er en komplisert oppgave, anbefaler vi sterkt at denne behandlingsmanualen bare benyttes av terapeuter som har fått full opplæring i et fagområde innenfor psykisk helse som inkluderer barns utvikling, og som også har erfaring med å kartlegge og behandle et bredt spekter av ulike psykiske lidelser hos barn”.

**Cohen, Mannarino & Deblingers
2018, s. 115**

I Norge er uddannelseskravene ikke ens, men afhænger af den enkelte institution, som har implementeret TF-CBT. I et projekt, hvor man har uddannet TF-CBT-terapeuter i Statens Barnahus, har kravet været, at man skal være uddannet psykolog, psykologspecialist, psykiater, have en 5-årig klinisk master eller tilsvarende. Her er ikke beskrevet særlige krav til autorisation eller erfaring med målgrupperne. Dog er der i Statens Barnahus et krav om, at man har en aftale med sin leder om, at behandling indgår som en del af ens arbejdsopgaver.

I de norske Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), hvor man over en længere årrække har arbejdet med at uddanne terapeuter i TF-CBT, er kriterierne udarbejdet af Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS. Det er lederen af den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinik, som i samarbejde med TF-CBT-konsulenterne ved NKVTS foretager udvælgelsen af, hvem der kan blive uddannet TF-CBT-terapeut. I udvælgelsen vægtes krav om klinisk grunduddannelse og klinisk erfaring, herunder at man har arbejdet selvstændigt med patienter/klienter (Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, n.d.).

I Sverige har Barnafriid og Linköping Universitet opstillet krav om, at man skal være psykologuddannet, alternativt en uddannelse som læge, sygeplejerske, socionom kombineret med en grundlæggende uddannelse i psykoterapeutisk arbejde. Endvidere skal man kunne dokumentere at have arbejdet med behandling af børn og familier i mindst 1 år (Linköpings Universitet, n.d.A).

3.3.1.2 Uddannelsesmæssige og erfaringsmæssige kriterier for medarbejdere i de danske børnehuse

I det følgende præsenteres kriterierne for at kunne deltage i uddannelsen til TF-CBT-terapeut i Danmark. I opstillingen af kriterierne er der lagt vægt på følgende:

1. at ligge så tæt som muligt op ad de overordnede retningslinjer for uddannelse i TF-CBT, der er opsat af grundlæggerne af TF-CBT og med inspiration fra de øvrige nordiske lande
2. at tage hensyn til, at målgruppen i dette projekt udgør en yderst sårbar gruppe, og at det skærper kravet til erfaring at kunne håndtere børn og unge med traumer efter at være udsat for seksuelle overgreb.

I Cohen, Mannarino & Deblingers beskrivelse og behandlingsmanual for TF-CBT fra 2018 er kravet til uddannelse bredt formuleret som: *“well-rounded training in a mental health discipline that incorporate child development as well as experience in assessing and treating a wide range of different child psychiatric disorders”* (s. 86-87). I både Norge og Sverige er der i forskellige institutioner arbejdet med at indkredse, hvilke uddannelser dette kan dreje sig om.

I en dansk sammenhæng er det relevant at inkludere både psykologer, psykiatere og psykoterapeuter, som har en anerkendt uddannelse, der er godkendt af Psykoterapeutforeningen. For personale uden for disse grupper er kriteriet, at man har en tilsvarende uddannelse kombineret med efterfølgende terapiuddannelse. Det kunne fx være en bacheloruddannelse som socialrådgiver, sygeplejerske mv. kombineret med i alt minimum 3 års terapeutisk uddannelse for at have opnået samme faglige niveau. I disse tilfælde kan det være vanskeligt at leve op til kravet om at have inkluderet børns udvikling i uddannelsen, hvorfor der må suppleres yderligere med klinisk erfaring med behandling af børn i en år-række. Desuden må der i den konkrete behandlingssituation tages højde for, at terapeuter, der ikke er uddannet psykiater eller psykolog, skal indgå et samarbejde med en sådan for at kunne foretage de relevante screeninger, test mv. i et behandlingsforløb.

I behandlingsmanualen beskrives det, at man skal *“have erfaring med at kortlægge og behandle et bredt spektrum af forskellige psykiske lidelser hos børn”*. I Sverige opererer man med 2 års klinisk erhvervs erfaring. Da vi udviklingen af TF-CBT i en dansk kontekst opererer med en særlig sårbar målgruppe af børn og unge med traumer efter seksuelle overgreb børn, bør dette kriterie udvides til 3 år.

På baggrund af ovenstående er der opstillet to kriterier for udvælgelsen af medarbejdere i de danske børnehuse, hvor medarbejdere skal leve op til begge kriterier for at tage uddannelsen.

Boks 3.2 Uddannelses- og erfaringsmæssige kriterier

Uddannelsesmæssige kriterier:

- Psykolog med autorisation eller
- Psykiater eller
- Bacheloruddannelse, fx socialrådgiver, sygeplejerske, pædagog eller lærer mv. kombineret med psykoterapeutuddannelse, godkendt af Psykoterapeutforeningen eller
- 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.

Ud over ovennævnte kriterier skal man i børnehusene i praksis være opmærksom på, at ikke alle terapeuter må foretage alle screeninger/scoringer og progressionsmålinger, der indgår i vurderingen af børnenes belastningsniveau og deres helingsproces gennem et behandlingsforløb, idet nogle kun må foretages af psykologer og psykiatere. Denne del af arbejdet skal derfor foretages af en autoriseret psykolog.

3.3.1.3 Certificering i TF-CBT

På den amerikanske hjemmeside for TF-CBT er der beskrevet en række krav, der skal være opfyldt for at kunne blive certificeret i USA. Da forholdene er lidt anderledes i de nordiske lande, er det vurderet hensigtsmæssigt at følge de norske krav til certificering. Kravene til certificering i Danmark i regi af dette projekt fremgår af nedenstående:

For at kunne blive certificeret skal de danske TF-CBT-terapeuter opfylde følgende krav:

1. Have den rette uddannelsesbaggrund (se ovenfor)
2. Have bestået web-modul
3. Have deltaget i grundtræning
4. Deltage i mindst 16 ud af 22 vejlednings-/supervisions-sessioner med godkendt TF-CBT-vejleder
5. Fuldføre 4 forløb med børn/unge, hvor omsorgsperson deltager aktivt i mindst 3 forløb
6. Anvende mindst 1 måleredskab til at vurdere barnets udvikling i alle 4 forløb.

4 Indsatsen er succesfuldt implementeret

I dette kapitel belyses det, om det har været muligt at implementere TF-CBT succesfuldt og efter hensigten i en dansk kontekst. Dette er undersøgt ved hjælp af en kontekstanalyse af barrierer og understøttende forhold for god implementering samt en fidelitetsmåling, som belyser, i hvilken grad TF-CBT er implementeret efter hensigten.

Samlet set viser resultaterne:

- At TF-CBT-behandlingsmetoden er succesfuldt implementeret
- At det er lykkedes at implementere TF-CBT-uddannelsen efter fidelitetskravene
- At de behandlingsforløb, som de danske TF-CBT-terapeuter har gennemført, er leveret med fidelitet.

I Boks 4.1 præsenteres VIVEs vurdering af SUSI-kriterium 2, der vedrører, om TF-CBT som indsats er succesfuldt implementeret.

Boks 4.1 Vurdering af kriterie: Indsatsen er succesfuldt implementeret

Modningsfasen har vist, at indsatsen kan implementeres i en dansk sammenhæng.

Delkriteriet er opfyldt.

TF-CBT-behandlingsmetoden er succesfuldt implementeret. Forud for implementeringen er der udarbejdet en forandringsteori for TF-CBT i en dansk kontekst; dette på baggrund af forskning i anvendelsen af TF-CBT som behandlingsmetode samt inddragelse af norske og svenske eksperter, der har konkret erfaring med at arbejde med TF-CBT og med implementering af metoden.

I forbindelse med udarbejdelsen af forandringsteorien er der udledt en række interne og eksterne modererende faktorer for implementeringen af TF-CBT i

regi af de danske børnehuse. Disse modererende faktorer har informeret tilrettelæggelsen af implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd. VIVEs evaluering af implementeringen af TF-CBT viser, at det på den baggrund er lykkedes Børnehus Syd at tilvejebringe de nødvendige betingelser for god implementering af TF-CBT.

Evalueringen viser desuden, at det er lykkedes at implementere TF-CBT-uddannelsen efter fidelitetskravene, og at alle de behandlingsforløb, som de danske terapeuter har gennemført, er leveret med fidelitet.

Samlet set er der i projektperioden udviklet og modnet en drifts- og betalingsmodel, som har vist sig bæredygtig i pilottesten.

4.1 Implementeringen af TF-CBT

Implementeringsevalueringen har overordnet set til formål at belyse:

- om det er muligt at tilvejebringe de nødvendige betingelser for god implementering i Børnehus Syd
- om indsatsen vurderes fortsat at kunne være faglig og organisatorisk bæredygtig ved implementering i de øvrige børnehuse.

Implementeringsevalueringen belyser således væsentlige implementeringserfaringer, herunder bl.a. om TF-CBT implementeres som intenderet. TF-CBT kan først forventes at have en positiv virkning for børnene og de unge, hvis TF-CBT-behandlingen implementeres som tiltænkt i praksis. Manglende resultater kan både skyldes mangelfuld implementering og en uvirksom behandlingsmodel. Implementeringsevalueringen bidrager både med viden om, hvorvidt det er muligt at tilvejebringe de nødvendige betingelser for god implementering af TF-CBT som behandlingsforløb i børnehuset og bidrager samtidig med viden til virkningsevalueringen. Hvis TF-CBT implementeres som intenderet i børnehuset følger det af virkningsevalueringen, at det kan sandsynliggøres, at evt. positive resultater kan tilskrives behandlingsmetoden. Til implementeringsevalueringen anvendes to analysestrategier:

- En *kontekstanalyse*, der belyser barrierer og understøttende forhold for en god implementering. Denne tilgang har sit udgangspunkt i 'policy implementation'-litteraturen.

- En *fidelitetsmåling*, der belyser, i hvilken grad indsatsen er implementeret efter hensigten. Denne tilgang har sit udgangspunkt i 'implementation science'-litteraturen.

Disse to analysestrategier skal tilsammen vise, hvorvidt indsatsen er implementeret efter hensigten (fidelitet), hvad der skaber en god implementering, samt hvordan implementeringen evt. kan forbedres (kontekstanalysen). Analysen af implementeringsfideliteten udgør fundamentet for implementeringsevalueringen, mens kontekstanalysen af barrierer og understøttende forhold bygger oven på og forklarer og nuancerer resultaterne. De to dele af implementeringsevalueringen er således i et analytisk perspektiv gensidigt afhængige og beriger hinanden.

I udviklings- og modningsprojekter er det ikke altid hensigtsmæssigt at foretage egentlige fidelitetsmålinger; dette fordi den givne indsats, der skal udvikles og modnes, ofte endnu ikke er fuldstændig beskrevet og fastlagt, men udvikles og modnes løbende. TF-CBT er imidlertid en velbeskrevet og veldefineret behandlingsmodel, som er afprøvet og anvendes i flere lande, herunder også i de nordiske. For at sandsynliggøre, at evt. resultater kan tilskrives TF-CBT samt indsamle læring og erfaringer, der kan anvendes fremadrettet, gennemføres derfor både en måling af implementering og fidelitet.

I det følgende præsenteres først resultaterne af kontekstanalysen af barrierer og understøttende forhold for implementeringen af TF-CBT i en dansk kontekst, og derefter følger fidelitetsanalysen.

4.2 Kontekstanalyse af barrierer og understøttende forhold for implementeringen af TF-CBT

Som ramme for kontekstanalysen af barrierer og understøttende forhold er Socialstyrelsens implementeringsmodel anvendt (Socialstyrelsen, 2019). Modellen bygger på aktuelt bedste viden om implementering og bidrager til at identificere de faktorer, der bør rettes en særlig opmærksomhed på i implementeringsprocesser. Modellen er bygget op om 4 niveauer for implementering, der samlet kan anvendes til at beskrive de omgivelser, som implementeringsprocessen foregår i, samt de elementer, som påvirker og bliver påvirket af implementeringsprocessen. Kontekstanalysen af barrierer og understøttende forhold for implementeringen af TF-CBT tager således udgangspunkt i de 4 niveauer:

Datagrundlaget for implementeringsevalueringen

- Strukturerede drøftelser med TF-CBT-terapeuterne og ledelsen i Børnehus Syd om barrierer og understøttende forhold for implementeringen.
- Data om kommunernes visitation af børn og unge til TF-CBT-behandlingen.
- Interviews med kommunale repræsentanter om identifikation og visitation af børn og unge i målgruppen for TF-CBT.

- Infrastrukturelt niveau
- Institutionelt niveau
- Interpersonelt niveau
- Individuelt niveau.

I det følgende præsenteres analysen af de modererende interne og eksterne faktorer for implementeringen af TF-CBT med udgangspunkt i ovenstående 4 niveauer for implementeringen.

4.2.1 Eksterne og interne modererende faktorer

Som led i den organisatoriske tilrettelæggelse af udviklingen af TF-CBT i en dansk kontekst har VIVE haft fokus på at identificere de faktorer, der kan have betydning for implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd – dette med henblik på allerede i tilrettelæggelsen af TF-CBT-behandlingen i Børnehus Syd at kunne imødekomme flest mulige potentielle barrierer for implementeringen, samt for at identificere faktorer, som det i regi af evalueringen er centralt at følge systematisk. Identifikationen af både eksterne og interne modererende faktorer for implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd er foretaget på baggrund af drøftelser med Børnehus Syd, norske og svenske eksperter i TF-CBT, danske eksperter i traumefokuseret behandling og Socialstyrelsen, interview med kommunale repræsentanter fra 6 udvalgte kommuner og 2 udvalgte børnehuse samt et systematisk review, der netop undersøger, hvilke faktorer der påvirker implementeringen af evidensbaserede traumefokuserede indsatser for børn og unge, herunder TF-CBT og CBITS (Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools) (Powell et al., 2019). De identificerede forhold præsenteres struktureret efter de 4 niveauer for implementering i Tabel 4.1 nedenfor og er alle fulgt tæt i regi af implementeringsevalueringen. I det følgende beskrives hver af de eksterne og interne modererende faktorer nærmere.

Tabel 4.1 Eksterne og interne modererende faktorer inden for de fire niveauer for implementering

	Eksterne modererende faktorer	Interne modererende faktorer
Det infrastrukturelle niveau	Kommunernes visitation, herunder betalingsvillighed Identifikation af børn og unge i målgruppen for TF-CBT	
Det institutionelle niveau		Børnehusets evne og parathed til at arbejde med en ny metode – alle medarbejdere Kapacitet Tid til kompetenceudvikling og levering af behandlingsforløb Håndtering af udskiftning blandt TF-CBT-terapeuterne
Det interpersonelle niveau		Terapeuternes motivation og holdning til manualbaserede metoder Ledelsens motivation og opbakning
Det individuelle niveau	Omsorgspersonens motivation for at deltage Fremmøde og ressourcer til at deltage (tid, transport, geografiske forhold mv.)	Terapeuternes kompetencer og certificering i TF-CBT Kvalificeret supervision og intern support Fidelitet i levering af behandling

4.2.1.1 Det infrastrukturelle niveau

På det infrastrukturelle niveau er der identificeret to eksterne modererende faktorer, der potentielt kan påvirke implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd. Disse vedrører henholdsvis identifikationen af målgruppen for TF-CBT-behandlingen og visitationen af børn og unge til TF-CBT-behandlingen.

Hele forudsætningen for anvendelse af TF-CBT som behandling til børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, er, at de børn og unge, som er i målgruppen for behandlingen, identificeres og visiteres til behandlingsforløbet.

Visitation

Som følge af, at behandlingen foregår i regi af Børnehus Syd og leveres som en relateret ydelse, som barnet eller den unges hjemkommune skal afholde udgiften til, har det været afgørende for implementeringen af TF-CBT, at kommunerne i Region Syddanmark for det første har haft kendskab til behandlingsmuligheden og for det andet faktisk visiterer børn og unge til behandlingen. Disse forhold har der været fokus på allerede indledningsvist i projektperioden, hvorfor Socialstyrelsen i samarbejde med Børnehus Syd har gjort en større indsats for at oplyse kommunerne om behandlingsmuligheden.

Samlet set viser evalueringen, at kommunerne i vid udstrækning faktisk har visiteret børn og unge til TF-CBT-behandlingen. Der har således være fuld belægning på TF-CBT-behandlingen i hele projektperioden, hvor i alt 31 børn og unge fra 13 ud af de 23 kommuner i Region Syddanmark er blevet visiteret til indsatsen. Dette er således et forhold, der har været understøttende for implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd.

Identifikation af målgruppen

Evalueringen viser endvidere, at det i forbindelse med børnehusets udredning af henviste sager er lykkedes at identificere målgruppen for TF-CBT, og at redskaberne til afdækningen af traumesymptomer fungerer efter hensigten (se beskrivelse af redskaberne i afsnit 13.1). Dette er derfor forhold, der har været understøttende for implementeringen af TF-CBT.

Screeningen er tilrettelagt, således at der forud for iværksættelsen af TF-CBT-behandlingen skal foretages en ny screening af barnet eller den unge, hvis der er gået mere end 1 måned fra udredningen til opstarten på et behandlingsforløbet. Her er det erfaringen, at der i nogle tilfælde kan være divergerende resultater af de 2 screeninger, hvorfor der kan opstå tvivl om, hvilken screening der bør være den gældende som grundlag for visitationen til indsatsen. En opmærksomhed, der er blevet løftet i disse tilfælde er, at de fleste af børnene og de unge har massive undgåelsessymptomer (hvilket bekræftes af analyserne i afsnit 5.1). Når børnene og de unge er igennem udredningsforløbet, begynder de ofte at lægge mærke til ting, som de hidtil har forsøgt at undgå, hvilket kan være årsagen til evt. divergerende resultater af screeningerne. Vurderingen er, at barnet eller den unge bør visiteres til behandlingen, hvis den første screening viser, at der er traumesymptomer, selvom resultatet ved den anden screening kan være anderledes.

Ifølge terapeuterne er det erfaringen, at de sager, som kommunerne visiterer til Børnehus Syd, ofte er meget komplekse. Der er tale om børn og unge med kompleks PTSD, og hvor kommunen ikke selv har et relevant behandlingstilbud. At der netop er tale om børn og unge med kompleks PTSD bekræftes af

analyserne af målgruppen for TF-CBT i afsnit 5.1.1. Terapeuterne pointerer, at det på sigt, når flere børn og unge har gennemført behandlingen, er vigtigt, at der bliver samlet op på de konkrete erfaringer med anvendeligheden af TF-CBT i forhold til børn og unge med forskellige grader af PTSD og evt. også i forhold til børn og unge med andre udfordringer ud over PTSD. Dette har ikke været muligt i regi af denne evaluering, da antallet af børn og unge, der har gennemført forløb, er for lille til at undersøge sammenhængen mellem fx graden af PTSD og virkningen af behandlingen.

Generelt vurderer terapeuterne, at de børn og unge, som de har i behandling, tilhører målgruppen. Af interviewene fremgår det, at der kan være et dilemma omkring, hvornår børnene eller de unge er for depressive til, at de har gavn af behandlingen, samt hvordan de håndterer unge, der fylder 18 år under forløbet, eller mens de er på venteliste. Derudover oplever flere af terapeuterne, at mange af børnene og de unge har andre udfordringer, som gør, at de kan have behov for yderligere indsætter efter TF-CBT-forløbet. I samarbejdet med kommunen er det derfor også vigtigt at have fokus på, hvad barnet og den unge tilbydes efter endt forløb i børnehuset.

4.2.1.2 Det institutionelle niveau

På det institutionelle niveau er der identificeret en række potentielle interne modererende faktorer for implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd. Disse vedrører børnehusets evne og parathed til at anvende TF-CBT som ny behandlingsmetode, kapaciteten i børnehuset, tid til kompetenceudvikling og til at implementere en ny praksis, tid til at levere behandlingsforløbene, praktiske forhold i form af fx egnede lokaler samt en evt. udskiftning blandt TF-CBT terapeuterne i børnehuset.

Børnehusets evne og parathed i forhold til at arbejde med en ny metode

Erfaringen i Børnehus Syd er, at den samlede medarbejdergruppe har været positive over for, at børnehuset har fået mulighed for at arbejde med TF-CBT som relateret ydelse og den udvikling i børnehuset, det foranlediger. Generelt har medarbejderne støttet op om projektet, herunder også de medarbejdere, som ikke har været direkte involveret i projektet. Medarbejderne oplever TF-CBT-behandlingsforløbet som en naturlig forlængelse af den eksisterende opgaveportefølje. Det italesættes, at det har haft en positiv betydning for arbejdet med implementeringen af TF-CBT, at arbejdet med behandlingsforløbet er blevet rammesat på en god måde, og så det harmonerer med de øvrige opgaver i Børnehus Syd. Dette giver en gennemsigtighed i, hvor meget tid og hvor mange ressourcer der er anvendt på projektet i børnehuset, hvilket har haft en positiv betydning for teamsamarbejdet og det brede kollegaskab.

Tid til kompetenceudvikling og levering af behandlingsforløb

TF-CBT-terapeuterne påpeger i drøftelserne om implementeringen af TF-CBT, at det kræver en del tid og ressourcer at indlære en ny metode. Erfaringen er, at det indledningsvist har krævet en del forberedelse at kunne levere behandlingen korrekt, og at TF-CBT-forløbet indledningsvist kan opleves meget omfattende. Generelt oplever terapeuterne uddannelsesdagene som kvalificerende, men også er forholdsvist sammenpressede, hvorfor det er helt centralt, at man, som det også kræves, har læst bogen forinden samt bestået onlinekurset. Dertil er det vurderingen, at det kan være hensigtsmæssigt indledningsvist at afsætte god tid til at forberede behandlingsforløbene og til at forberede alle forløbets komponenter forud for forløbene. Konkret anbefaler terapeuterne, at der efter uddannelsesdagene afsættes tid til, at gruppen af terapeuter i fællesskab kan reflektere over uddannelsesdagene og i fællesskab tilrettelægge arbejdet med behandlingsforløbene. Selvom uddannelsesforløbet var sammenpresset og tiden til forberedelse af behandlingsforløbene frem mod opstart var knap, hvilket har presset terapeuterne, lader det ikke til, at disse forhold har udgjort egentlige barrierer for implementeringen af TF-CBT.

De af terapeuterne, der blev uddannet først, fremhæver, at det har været hensigtsmæssigt at være på uddannelsesdagene sammen og efterfølgende opstarte behandlingsforløb på samme tid. Det har betydet, at de første behandlingsforløb i Børnehus Syd har forløbet forholdsvist parallelt, hvilket blev oplevet som en fordel i forbindelse med gruppesupervisionen og som et understøttende forhold for implementeringen af TF-CBT.

Kapacitet

Erfaringen i Børnehus Syd er, at arbejdet med TF-CBT kræver en del kapacitet i forhold til egnede behandlingslokaler. Dette som følge af, at det har vist sig hensigtsmæssigt at have 2 lokaler til den enkelte behandlingssession, så barnet eller den unge kan blive i det ene lokale efter samtalen med terapeuten, mens terapeuten afholder sessionen med den nærmeste omsorgsperson i et andet lokale. Vurderingen er, at det er u hensigtsmæssigt, at barnet fx skal sidde på gangen eller i et ventelokale efter at have talt om de traumatiske oplevelser. For at sikre, at der er ledige lokaler til de enkelte sessioner, kan det derfor være nødvendigt at koordinere placeringen af sessioner på tværs af igangværende behandlingsforløb. Der er dog ikke indikationer på, at det er et forhold, som har udfordret implementeringen af TF-CBT i børnehuset.

En anden opmærksomhed i forhold til kapacitet er allokering af de enkelte terapeuter – dette i tilfælde, hvor der ikke er overensstemmelse mellem efterspørgsel og behandlingskapacitet. For at koordinere TF-CBT-terapeuternes arbejde med TF-CBT og deres øvrige opgaver i Børnehus Syd og for at sikre, at terapeuterne har den nødvendige tid til at levere behandlingsforløbene, er

arbejdet med TF-CBT i børnehuset tilrettelagt således, at de enkelte TF-CBT-terapeuter har 2 forløb i gang ad gangen. For at imødekomme efterspørgslen har det dog været nødvendigt, at enkelte terapeuter periodisk har haft 3 forløb i gang ad gangen. På baggrund af drøftelserne med terapeuterne er det dog ikke et forhold, der lader til at have udfordret implementeringen af TF-CBT. Der bør dog være opmærksomhed på at sikre balancen mellem de ressourcer, som terapeuter har til at gennemføre behandlingsforløb, og ressourcerne til deres resterende arbejdsopgaver, da en ubalance her vil kunne udfordre implementeringen af TF-CBT.

Håndtering af udskiftning blandt TF-CBT-terapeuterne

I Børnehus Syd startede man med at uddanne 5 terapeuter. I løbet af projektperioden har 2 af terapeuterne forladt deres stilling, og der er blevet uddannet 2 nye. Det har været en eksplicit prioritering fra børnehusets ledelse at opretholde kapaciteten og derfor uddanne 2 nye terapeuter med det samme, selvom det har kostet ekstra ressourcer. For at sikre de 2 nye terapeuters certificering, og at terapeuterne som gruppe kunne modtage fælles supervision, valgte man at forlænge den oprindeligt planlagte supervisionsperiode op til certificeringen. Dette har understøttet en smidigere udskiftning af terapeuter i gruppen, og det vurderes på den baggrund, at det ikke er et forhold, der har udfordret implementeringen af TF-CBT i børnehuset.

De to nyeste terapeuter har oplevet, at der indledningsvist var mange informationer at navigere i. Dette som følge af, at de ikke havde været en del af projektet fra begyndelsen, hvorfor de ikke har fået samme introduktion til projektet som de øvrige terapeuter. Deres oplevelse er derudover, at det har været positivt at have nogle kollegaer med mere erfaring med behandlingsforløbene, som de har kunnet sparre med og læne sig op ad. Erfaringen er, at det kan være godt at have en makker og formaliserede aftaler herom for at sikre tilgængeligheden i forhold til sparring. Tilstrækkelig og tilgængelig sparring til nye terapeuter er således forhold, der kan have positiv betydning for implementeringsprocessen.

4.2.1.3 Det interpersonelle niveau

På det interpersonelle niveau er der identificeret en række interne modererende faktorer, der potentielt har kunnet påvirke implementeringen af TF-CBT i børnehuset. Disse relaterer sig til terapeuternes motivation og holdning til manualbaserede indsatser samt ledelsens motivation og ledelsesopbakning.

Terapeuternes motivation og holdning til manualbaserede metoder

Generelt har motivationen blandt terapeuterne været høj i forhold til at arbejde med TF-CBT som behandlingsmetode. Gruppen af terapeuter er gået meget seriøst til opgaven med at implementere TF-CBT, og de giver udtryk for, at de oplever det som en stor motivationsfaktor – gennem behandlingen – at være en hjælpende hånd til børnene og de unge. Erfaringen i børnehuset er, at netop terapeuternes høje motivation er en af grundene til, at man er kommet godt fra start og oplever at lykkedes så godt med implementeringen af TF-CBT, som det er tilfældet i børnehuset.

I udgangspunktet er terapeuterne positive over for TF-CBT som manualbaseret koncept. Det italesættes, at det kan være betryggende for mere uerfarne terapeuter, at der er en manual, man kan følge. Derudover italesættes det, at det er oplevelsen, at manualen, fordi den er komponentbaseret, er forholdsvis fleksibel og kan tilpasses det enkelte forløb (se afsnit 3.2.3). På den måde opleves det positivt, at forløbet nærmere er fasebestemt end manualbaseret, hvilket bevirker, at der er mere frihed til at kunne justere forløbet inden for rammerne af manualen. Erfaringen hos flere af terapeuterne er, at det er understøttende for forløbet, at der er en fast køreplan for, hvordan man kommer nærmere og nærmere de svære emner. Terapeuterne oplever, at kronologien i forløbet er godt tænkt, og at den bidrager til fremdrift i forløbene. Overordnet set oplever terapeuterne, at manualen er understøttende i forhold til at kunne levere behandlingsforløbene med fidelitet.

Ledelsens motivation og opbakning

Ligesom terapeuterne er ledelsen i Børnehus Syd meget motiverede for at arbejde med TF-CBT som behandlingsmetode. Terapeuternes oplevelse er, at der har været en høj grad af ledelsesopbakning, og at ledelsen i tilrettelæggelsen af implementeringen har været meget opmærksomme på, at arbejdet med TF-CBT har skullet kunne lade sig gøre på en god måde for både terapeuterne og for de resterende medarbejdere i børnehuset. I Børnehus Syd er det erfaringen, at det har understøttet kontinuiteten i implementeringen af behandlingsmetoden, at ledelsen har udpeget en af terapeuterne til at varetage en koordinerende funktion. Denne terapeut har således været bindeleddet mellem ledelsen og terapeuterne i forbindelse med implementeringen. Erfaringen er, at det at have etableret en koordinerende funktion har bidraget positivt til at skabe sammenhæng i implementeringen på tværs af ledelse og terapeuter.

4.2.1.4 Det individuelle niveau

På det individuelle niveau er der både identificeret interne og eksterne faktorer, som potentielt kan påvirke implementeringen af TF-CBT i børnehuset.

De interne modererende faktorer handler om de enkelte terapeuters forudsætninger, kompetencer og certificering i TF-CBT, supervisionen og support af de enkelte terapeuter samt fideliteten i terapeuternes levering af TF-CBT-behandlingen. Analysen af fideliteten i leveringen af TF-CBT-behandlingen præsenteres selvstændigt i afsnit 4.3, mens implementeringsforholdene omkring de øvrige faktorer belyses i de følgende afsnit.

De eksterne modererende faktorer vedrører motivationen for deltagelse i behandlingsforløbet blandt børnene eller de unges nærmeste omsorgsperson, deltagernes ressourcer til at deltage i form af tid og transport, herunder betydningen af behandlingsstedets geografiske placering samt deltagernes fremmøde. Disse forhold omkring implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd belyses i de følgende afsnit.

Terapeuternes kompetencer og certificering i TF-CBT

Der er opstillet en række krav til terapeuternes uddannelsesmæssige baggrund for at kunne blive uddannet TF-CBT-terapeut, og tilsvarende er der en række krav til uddannelsen i TF-CBT, der skal være opfyldt, førend terapeuterne kan opnå certificering. Både udvælgelsen af de medarbejdere i børnehuset, der er blevet uddannet i TF-CBT, og tilrettelæggelsen af uddannelsesforløbet er sket i overensstemmelse med disse kriterier.

Krav for at blive certificeret

- Have den rette uddannelsesbaggrund
- Have bestået web-modul
- Have deltaget i grundtræning
- Deltage i mindst 16 ud af 22 vejlednings-/supervisionssessioner med godkendt TF-CBT-vejleder
- Fuldføre 4 forløb med børn/unge, hvor omsorgsperson deltager aktivt i mindst 3 forløb
- Anvende mindst 1 måleredskab til at vurdere barnets udvikling i alle 4 forløb.

For at kunne blive certificeret skal de danske TF-CBT-terapeuter opfylde kravene skitseret i boksen. Alle terapeuterne har inden for projektperioden opfyldt kravene, og er alle i juni 2022 blevet certificeret uden bemærkninger og med stor ros for den kvalitet, hvormed de har leveret TF-CBT-behandlingen.

Erfaringen hos TF-CBT-terapeuterne er, at det er vigtigt, at man som terapeut, ud over de kompetencer man tilegner sig på uddannelsen, har nogle grundlæggende kompetencer, som man kan trække på, når man har børn og unge i TF-CBT-behandlingsforløb. Terapeuterne pointerer, at de trækker på en lang række andre kompetencer, redskaber og erfaringer end dem, de har tilegnet sig igennem TF-CBT-uddannelsen. At de

terapeuter, der certificeres til TF-CBT, lever op til de fastsatte uddannelsesmæssige og erfaringsmæssige kriterier, som er opstillet for uddannelsen af TF-CBT-terapeuter i Danmark, er derfor helt centralt for at kunne gennemføre behandlingsforløbene og dermed også for at kunne implementere behandlingsmetoden.

Kvalificeret supervision og intern support

Det er både uddannelsesdagene og deltagelsen i den efterfølgende supervision, som samlet udgør uddannelsen til TF-CBT-terapeut, og som er grundlaget for certificeringen til TF-CBT-terapeut (se afsnit 3.3.1). Terapeuterne oplever supervisionen som helt essentiel. Ifølge terapeuterne er det netop supervisionen, der understøtter overgangen fra teori på uddannelsesdagene til praksis i de konkrete behandlingsforløb. Erfaringen fra terapeuterne er desuden, at supervisionen bidrager til, at man som terapeut er tro mod TF-CBT-metoden – og dermed, at terapeuterne kan levere behandlingen med fidelitet. Terapeuterne anser derfor supervisionen som afgørende for, at TF-CBT som behandlingsmetode kan implementeres med succes.

Terapeuterne pointerer, at der er vigtigt, at de også fremadrettet modtager supervision. Fremadrettet er supervisionen tilrettelagt således, at en af terapeuterne videreuddannes som vejleder og derefter kan forestå månedlig supervision af de øvrige terapeuter. Terapeuterne italesætter dog også, at der ud over metodesupervision kan være behov for supervision i forhold til rollen som TF-CBT-terapeut. Flere af terapeuterne oplever at være vidne til nogle voldsomme historier. For at minimere risikoen for sekundær traumatisering af at blive eksponeret for disse historier kan der derfor være behov for også at have fokus på supervision i forhold til, hvordan man som terapeut passer på sig selv.

Omsorgspersonens motivation for at deltage

Generelt er det terapeuternes oplevelse, at børnene og de unges nærmeste omsorgspersoner er meget motiverede for at deltage i behandlingsforløbet. Dette understøttes af interviewene med udvalgte omsorgspersoner, der belyser omsorgspersonernes motivation for deltagelse og oplevelse med TF-CBT-behandlingsforløbet nærmere (se afsnit 5.3.2).

Et opmærksomhedspunkt i forhold til afklaringen af, hvilken omsorgsperson der skal deltage i behandlingsforløbet, er, at det er vigtigt, at omsorgspersonen har ressourcerne til at kunne sætte sig i barnets eller den unges sted. Derfor er det forud for opstarten og i forberedelsen af behandlingsforløbet vigtigt at være opmærksom på, hvilken af barnet eller den unges nærmeste omsorgspersoner der bedst kan varetage barnets tarv i behandlingssituationen.

Barn og forældres fremmøde og ressourcer til at deltage (tid, transport mv.)

Deltagerne har generelt haft et meget stabilt fremmøde, og det er generelt oplevelsen, at både børnene, de unge og deres omsorgsperson har haft de nødvendige ressourcer til at deltage. Ingen af terapeuterne har oplevet, at praktiske forhold i form af transport eller geografisk afstand fra hjemmet til behandlingsstedets fysiske lokationer har udfordret deltagernes fremmøde. Et eksempel på dette er en familie, der tager offentlig transport 2 timer hver vej for at deltage i behandlingen. Enkelte deltagere har modtaget kørselsgodtgørelse fra kommunen, men langt de fleste har deltaget uden praktisk hjælp. Disse forhold har således ikke udfordret implementeringen af TF-CBT.

For nogle børn og unge kan det følelsesmæssige arbejde få betydning for deres skolegang, ligesom tidspunktet for behandlingssessionerne ofte ligger i skoletiden. Terapeuternes erfaringer er, at det i disse tilfælde er centralt, at der etableres et godt samarbejde med skolen. Dette understøttes af de interviewede unge og omsorgspersoner (se afsnit 5.3).

En opmærksomhed i forhold til tilrettelæggelsen af det enkelte behandlingsforløb og planlægning af sessionerne er, at det kan være svært for de unge at deltage i behandlingen i eksamensperioderne, i forbindelse med opstart på efterskole eller lignende. I disse perioder har de unge ikke nødvendigvis den energi og det overskud, det kræver at deltage i behandlingen, herunder særligt at arbejde med traumenarrativet, som det kræves. Det er anbefalingen, at TF-CBT-behandlingen gennemføres som et sammenhængende forløb, hvorfor det i udgangspunktet ikke er hensigtsmæssigt at planlægge afbrydelser i forløbene. For at sikre fideliteten i behandlingsforløbet bør der, så vidt muligt, tages højde for forhold, der erfaringsmæssigt kan udfordre den unges ressourcer til at deltage i behandlingen, når opstarten på behandlingsforløbene tilrettelægges.

4.3 Er indsatsen implementeret med fidelitet?

Analysen af implementeringsfidelitet har fokus på terapeuternes konkrete levering af TF-CBT-behandlingsforløbet. At behandlingsforløbene er leveret med fidelitet er afgørende for at kunne sandsynliggøre, at evt. virkninger for de børn og unge, der modtager TF-CBT-behandling, kan relateres til behandlingen. Følgende analyse har således til hensigt at belyse indholdsintegriteten i de gennemførte TF-CBT-behandlingsforløb.

4.3.1 Indholdsintegritet i leveringen af TF-CBT-behandlingen

Indholdsintegritet handler om, at indholdet i TF-CBT-behandlingen er leveret som intenderet i forhold til mængde, varighed og indhold. Børnene og de unge kan kun siges at have modtaget et TF-CBT-behandlingsforløb, hvis mængden, varigheden og indholdet i de enkelte behandlingsforløb efterlever det, som metoden foreskriver. At behandlingsforløbene leveres med indholdsintegritet er således forudsætningen for at kunne sige, at børnene og de unge har modtaget et TF-CBT-behandlingsforløb.

Datagrundlag for fidelitetsanalysen

Implementeringsfideliteten er i projektperioden fulgt gennem to datakilder:

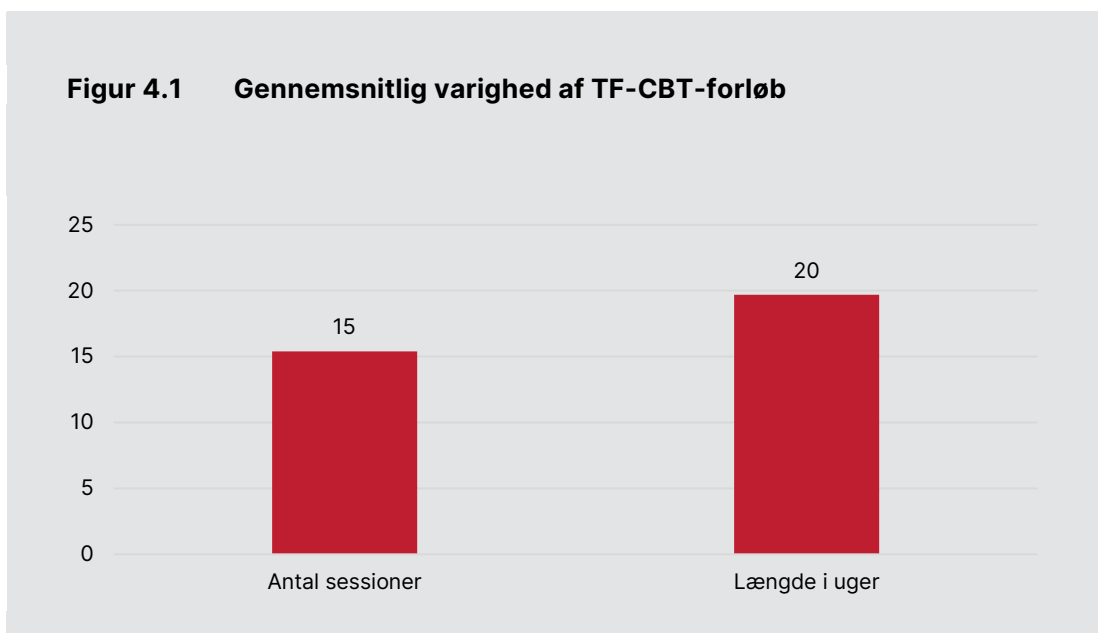
- Der er gennemført individuelle interviews med terapeuterne hver 2.-3. måned i projektperioden
- Indsamling af terapeuternes fidelitetsregistreringer på fase- og komponentniveau i de enkelte behandlingsforløb

4.3.1.1 Forløbenes mængde og varighed

I Figur 4.1 præsenteres gennemsnittet for antallet af sessioner i de enkelte forløb samt gennemsnittet for varigheden af de 25 færdiggjorte forløb, der er fidelitetsdata på.

TF-CBT-forløbene har i gennemsnit en varighed på 15 sessioner, hvilket svarer til det, et TF-CBT-forløb i udgangspunktet er rammesat til i Danmark. I det forløb, hvor der har været afholdt færrest sessioner, er der afholdt 12 sessioner, mens der i det forløb, hvor der er afholdt flest sessioner, er afholdt 20. En særlig opmærksomhed i terapeuternes rejser er, at børnene og de unge kan have mange forskellige udfordringer, og at den enkelte sag kan være mere eller mindre kompleks. Terapeuterne påpeger i den sammenhæng, at det kan være hensigtsmæssigt med en fleksibilitet i forhold til antallet af sessioner, der kan tilbydes, så det sikres, at børnene og de unges behov imødekommes. Fidelitetsregistreringerne viser, at det for knap halvdelen af forløbene gælder, at der præcist er afholdt de 15 sessioner, som TF-CBT-forløbet er rammesat til. I interviewene giver terapeuterne udtryk for, at de på baggrund af de indledningsvise erfaringer forventer, at rammen på 15 sessioner på et TF-CBT-forløb er realistisk i gennemsnit på tværs af forløbene. Terapeuterne

tilkendegiver dog også, at der kan være behov for flere sessioner i de særligt komplekse forløb, og at det fortsat er en balance for terapeuterne at finde ud af, hvornår et forløb kan afsluttes.



Anm.: N=25

Kilde: Fidelitetsregistreringer.

Udgangspunktet er, at der afholdes 1 session ugentligt. Som det fremgår af Figur 4.1, har forløbene dog i gennemsnit en varighed på 20 uger. Dette skyldes, at der i løbet af de fleste TF-CBT-forløb vil være sessioner, der udskydes på grund af sygdom, ferier, helligdage eller uger, hvor det ikke er muligt for barnet, den unge eller nærmeste omsorgsperson at deltage. Ses der på tværs af behandlingsforløbene, er der forholdsvis stor variation i varigheden, hvor det korteste forløb har en varighed på 12 uger, mens det længste forløb er 32 uger. At et enkelt forløb har haft en varighed på hele 32 uger skyldes dog, at forløbet har været afbrudt undervejs, da den unge havde eksaminer i behandlingsforløbet, som var sammenfaldende med arbejdet med traumenarrativet. Dette blev af både den unge og terapeuten vurderet uhensigtsmæssigt, hvorfor fase 2 og 3 i behandlingsforløbet blev udskudt.

I interviewene med terapeuterne har der været fokus på, hvorvidt de oplever, at der er tid nok i sessionerne, samt hvordan de anvender tiden. Det fremgår, at nogle af terapeuterne indledningsvist havde svært ved at overholde tiden. Dette har dog ændret sig, i takt med at terapeuterne har fået mere erfaring med metoden, og ved afslutningen af projektet oplever de generelt set, at der er tid nok i sessionerne. I de fleste tilfælde bruges der mere tid på børnenes og de unges sessioner end sessionerne med nærmeste omsorgsperson –

dette især i de meget komplekse sager, hvor arbejdet med de enkelte komponenter kan tage længere tid, eller der er behov for længere tid til at runde en session godt af. Ifølge flere af terapeuterne anvendes der 45-60 minutter på sessionerne med børnene og de unge.

For flere af terapeuterne har det været vanskeligere at få greb om sessionerne med barnets eller den unges nærmeste omsorgsperson. Omsorgspersonerne opleves som meget motiverede, men oplevelsen er også, at flere af omsorgspersonerne selv kunne have behov for terapi (se også afsnit 5.3.2.5). Det kan derfor være en balancegang at sikre og fastholde et fokus på, hvordan nærmeste omsorgsperson kan støtte op om og forstå barnet eller den unge.

En anden udfordring relaterer sig til forløb, hvor forskellige omsorgspersoner deltager. Dette kan fx være aktuelt, når forældrene er fraskilt, og hvor begge ønsker at deltage, eller i tilfælde, hvor et barn eller ung er anbragt, og hvor både de biologiske forældre og barnets kontaktpædagog eller plejeforældre ønsker at deltage. I disse tilfælde er det erfaringen, at det kræver en ekstra indsats fra terapeuterne at få skabt et sammenhængende forløb for de deltagende omsorgspersoner.

Fællessessionerne, hvor både barnet eller den unge og nærmeste omsorgsperson deltager, anvendes som oftest til at overlevere, hvad der er arbejdet med på dagens session til nærmeste omsorgsperson. Dette skal sikre, at det ikke påhviler barnet eller den unge at videregive informationen til deres omsorgsperson. Erfaringen er, at det fungerer godt, at den enkelte session afsluttes sammen med både barnet eller den unge og omsorgspersonen. Erfaringen fra forløbene med de ældste unge er, at sessionerne er mere adskilt, og at fællessessionerne, af respekt for den unges privatliv, går mindre i dybden med indholdet i den enkelte session med den unge. I disse tilfælde består fællessessionerne ofte af en mere faktuel overlevering.

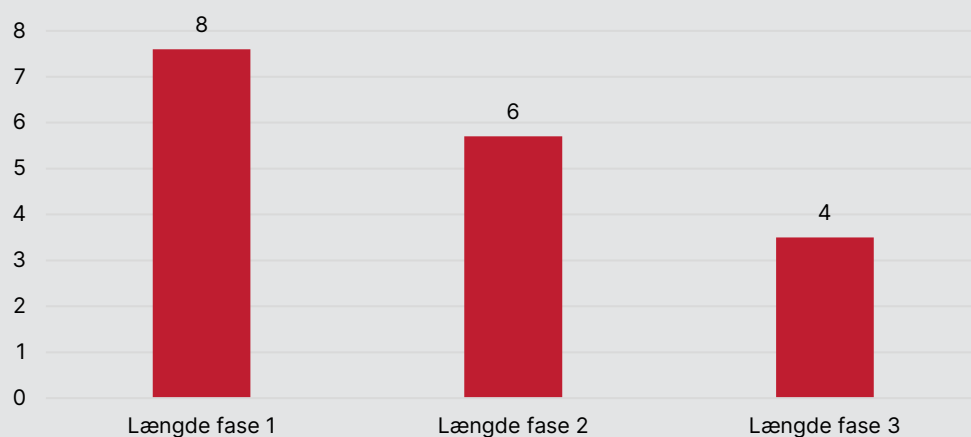
Forløbenes indhold

TF-CBT-forløbet består af tre faser, som bygger oven på hinanden, og som i udgangspunktet har lige lang varighed (ca. 5 sessioner). Terapeuterne oplever, at der er en god opbygning i behandlingsforløbet, hvor den ene fase naturligt bygger oven på den anden. Som det fremgår af Figur 4.2, er der dog i realiteten relativt stor forskel på varigheden af de 3 faser.

Mens der i gennemsnit er anvendt 8 sessioner på fase 1 og 6 sessioner på fase 2, er der kun i gennemsnit anvendt 4 sessioner på fase 3. At der anvendes mere tid på fase 1 og 2 end på fase 3 er også noget, terapeuterne italesætter i de løbende interviews med VIVE. Tendensen er, at der bruges mere tid på stabiliseringen i fase 1 og især komponenten omkring regulering af følel-

ser, således at terapeuterne er sikre på, at barnet eller den unge er klar til arbejdet med traumenarrativet i fase 2. Dertil kommer, at det er i fase 1, at den terapeutiske relation mellem barnet eller den unge og terapeuten etableres. Terapeuterne har stort fokus på at få opbygget en god terapeutisk relation forud for arbejdet med traumenarrativet i fase 2. Som det fremgår af afsnit 3.2.2 om TF-CBT-forløbets faser, kan de i komplekse tilfælde være nødvendigt at bruge op til halvdelen af sessionerne på den første fase. Dette understøttes af de analyser, som præsenteres i afsnit 5.2.4, der viser, at det i alle forløbene er lykkedes terapeuten at etablere en god terapeutisk relation til barnet eller den unge i behandling. Fordi terapeuternes oplevelse er, at der for de børn og unge, der visiteres til TF-CBT, netop er tale om komplekse sager, er det hverken overraskende eller i uoverensstemmelse med TF-CBT-metoden, at der i gennemsnit anvendes flere sessioner på fase 1. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at terapeuterne kommer videre til fase 2 efter omkring 5-7 sessioner.

Figur 4.2 Gennemsnitlig varighed af faserne i TF-CBT-behandlingsforløbene



Anm.: N=25

Note: De 3 faser kan være delvist overlappende, hvorfor længden af de 3 faser sammenlagt overstiger det gennemsnitlige antal sessioner.

Kilde: Fidelitetsregistreringer.

Flere af terapeuterne giver i interviewene udtryk for, at de indledningsvist var meget spændte på at arbejde med traumenarrativet i behandlingsforløbets fase 2. Terapeuterne oplever alle, at arbejdet med traumenarrativet har vist sig at fungere rigtig fint, og flere er overraskede over, hvor virkningsfuldt arbejdet med traumenarrativet er. Traumenarrativet udbygges løbende over sessionerne

i fase 2 og bliver gradvist mere sammenhængende og detaljeret. Narrativet bidrager til at sætte ord på tanker og følelser, og det er terapeuternes oplevelse, at børnene og de unge stiger på ubehagsskaleringen, hvilket er et tegn på, at traumenarrativet har en effekt. Videre er det erfaringen, at barnets eller den unges ubehag bliver mindre, jo længere der arbejdes med narrativet. Af konkrete eksempler på en forandring hos børnene og de unge er fx, at der kan ske et skifte fra, at terapeuten i starten ikke må bruge bestemte ord eller navne, til at barnet eller den unge selv kan sige de forbudte ord og navne. En terapeut fortæller i et interview, at et barn satte følgende ord på arbejdet med traumenarrativet:

Det var næsten, som om at du [terapeuten] læste op fra en bog, og så var det et kapitel fra mit liv, som jeg så kunne lukke.

De unge har ligeledes været meget engagerede i arbejdet med traumenarrativet, og de har forstået rationalet med arbejdet og har kunnet udholde de ubehagelige minder. I relation til de unge har flere af terapeuterne haft nogle konkrete overvejelser omkring, hvor meget af narrativet der skal deles med nærmeste omsorgsperson – dette for at respektere de unges privatliv, og derfor har de indgået meget klare aftaler med de unge om, hvad og hvor meget der skal deles.

Det italesættes i interviewene, at det er positivt, at man som terapeut selv kan vægte komponenterne, da det på den måde bliver muligt at lade det fylde, som fylder i det enkelte forløb. Fidelitetsregistreringerne viser, at terapeuterne kun i begrænset omfang har brugt komponenten in-vivo eksponering, hvor barnet eller den unge konfronteres sig med situationer, som de undgår, fordi de vækker traumerelateret angst og frygt. Denne komponent er, som skitseret i afsnit 3.2.3, den eneste komponent i TF-CBT, der er frivillig, og kun bør anvendes med børn eller unge, som har markant undgåelsesadfærd i ufarlige situationer. Derfor er det ikke overraskende den komponent, som terapeuterne har anvendt mindst.

Både fidelitetsregistreringerne og interviewene med terapeuterne viser, at det særligt er i forløb med de ældste unge tæt på 18 år, at fase 3 fylder mere. Dette som følge af, at der i disse forløb er et større fokus på, hvordan udviklingen fremtidssikres, så de i højere grad står på egne ben. Fidelitetsregistreringerne viser ydermere, at der i fase 3 generelt arbejdes mest med komponenten om *'problemløsningsfærdigheder for at kunne håndtere fremtidige vanskelige situationer'*, hvilket indikerer, at der i fase 3 arbejdes med børnene og de unge i forhold til, hvordan de i fremtiden kan beskytte sig selv, hvis de skulle havne i vanskelige situationer.

4.3.1.2 Anvendelse af supplerende materialer

Den svenske organisation Barnafriid¹ har udarbejdet en arbejdsbog, som kan anvendes af barnet eller den unge igennem hele TF-CBT-behandlingsforløbet. Den indeholder lettilgængeligt materiale til de forskellige dele af behandlingsforløbet, der kan inddrages fleksibelt efter behov. Der er i forbindelse med dette projekt udarbejdet en dansk version af arbejdsbogen. Barnafriid har udarbejdet en lignende arbejdsbog til omsorgspersonen, som sandsynligvis også vil blive oversat til dansk.

Terapeuterne anvender i høj grad arbejdsbogen til barnet. Den bliver især brugt som en del af forberedelsen og som et redskab til at sikre, at de når omkring alle komponenterne. Som en del af forberedelsen kopieres relevante sider, således at de kan bruges aktivt i sessionerne. Flere af terapeuterne udtrykker et ønske om en bog med supplerende materiale/metoder til de enkelte faser til børn og unge i forskellige aldre, da de oplever, at bogen og dertilhørende eksempler er rettet mod børn, og at det kan være svært for de unge at relatere til disse eksempler. Endelig efterspørger terapeuterne også materiale om grooming², som de kan bruge i forløbet.

Terapeuterne har samlet set anvendt en række forskellige metoder og redskaber som supplement til redskaberne i TF-CBT, fx mindfulness, guidet meditation, snakkekort, afspændingsøvelser, tolerancevindue³, EMDR⁴, SUD-scala⁵ og musik. To terapeuter oplever specifikt at have manglet materiale til de børn og unge, hvor overgrebene er sket meget tidligt i deres liv. I disse tilfælde kan TF-CBT i sig selv blive for intellektualiseret, og derfor har terapeuten anvendt sine kompetencer inden for legeterapi og sat metoderne fra TF-CBT ind i den ramme. Dertil har flere af terapeuterne haft en særlig opmærksomhed på afspændingsdelen i TF-CBT. Her har flere oplevet det som en opgave at finde afspændingsøvelser, der passer til barnet eller den unge, som kan have forskellige præferencer. Afspændingsdelen ligger relativt tidligt i forløbet, hvor relationen mellem barnet eller den unge og terapeuten er ny, og derfor kan det være svært at få dem til at slappe af – som en af de unge fx forklarer: *'Det er her, alle tankerne starter'*. Det er således hensigtsmæssigt, at gode erfaringer med materialer, der kan understøtte arbejdet med afspænding, deles på tværs af terapeuterne.

¹ Barnafriid er et nationalt kundskabscenter, der ligger på Linköpings Universitet og har til formål at udvikle og udbrede viden om vold og andre overgreb mod børn (Linköpings Universitet, n.d.B))

² Grooming er et engelsk begreb, der beskriver processen, hvor en krænker opbygger en relation til et barn eller en ung med henblik på at begå et seksuelt overgreb.

³ Tolerancevinduet repræsenterer en række af emotionel intensitet, som hver af os er i stand til at opleve. Inden for denne rækkevidde, eller dette vindue, føler folk sig sikre, kan lære og nyde livet.

⁴ EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) er en evidensbaseret terapi, som hjælper til at mindske det ubehag, som kan forstyrre dagligdagen, hvis man har ubehagelige oplevelser, der følger med fra fortiden.

⁵ SUD-skalen står for Subjectiv Units of Distress eller niveauet for ubehag.

4.4 Opsamling og opmærksomhedspunkter – implementering af TF-CBT

Som led i den organisatoriske tilrettelæggelse af arbejdet med TF-CBT i Børnehus Syd blev der, gennem inddragelse af eksperter fra Danmark, Norge og Sverige samt eksisterende forskning omkring implementeringen af TF-CBT, identificeret en række faktorer, der kunne have betydning for implementeringen. Implementeringsevalueringen viser overordnet set, at det i vid udstrækning har været muligt at imødekomme potentielle barrierer for implementeringen af TF-CBT og dermed tilvejebringe de nødvendige betingelser for god implementering i Børnehus Syd.

Der har således været fuld belægning på behandlingsforløbet, og det er børn og unge inden for målgruppen for TF-CBT, der er blevet visiteret til behandlingen. Terapeuterne har desuden alle gennemført uddannelsen og opnået certificering i TF-CBT. Analysen af indholdsintegriteten i TF-CBT-forløbene viser endvidere, at forløbene er leveret som intenderet i forhold til mængde, varighed og indhold – og dermed, at TF-CBT-forløbene er leveret med fidelitet.

Børnehuset har som samlet organisatorisk enhed evnet at arbejde med TF-CBT som en ny metode, og medarbejderne oplever behandlingsforløbet som en naturlig forlængelse af den eksisterende opgaveportefølje. Evalueringen finder desuden, at både terapeuterne, ledelsen samt børnene eller de unge og deres nærmeste omsorgsperson har haft høj motivation i forhold til TF-CBT-behandlingsforløbet. Børnene, de unge og deres nærmeste omsorgspersoner har haft et stabilt fremmøde, og evt. praktiske udfordringer har ikke foranlediget, at behandlingsforløbene overordnet set ikke har kunnet gennemføres eller forløbe som planlagt.

På baggrund af implementeringsevalueringen er der en række opmærksomhedspunkter, det kan være hensigtsmæssigt at være opmærksom på i det evt. fremadrettede arbejde med TF-CBT.

I tilrettelæggelsen af behandlingsforløbene er det vigtigt at være opmærksom på forhold i børnene og de unges liv i form af fx eksamensperioder, opstart på efterskole eller andre forhold, der kræver mange ressourcer af børnene og de unge. Deltagelse i TF-CBT-forløbene – og især arbejdet med traumenarrativet – kræver mange ressourcer fra børnene og de unge, hvorfor det ikke er hensigtsmæssigt, at dette er sammenfaldende med øvrige forhold i børnene og de unges liv, der kræver mange ressourcer.

TF-CBT-forløbet er faseopdelt og komponentbaseret, hvilket bevirker, at forløbene kan tilrettelægges fleksibelt med udgangspunkt i behovene hos de enkelte børn og unge. Det vurderes dog hensigtsmæssigt, at der i forløbene er en opmærksomhed på fordelingen af de 3 faser i forløbet, således at varigheden af fase 1 ikke bliver for lang.

Terapeuterne efterspørger, at der udarbejdes en bog eller et systematiseret overblik over supplerende materialer og metoder til børn og unge i forskellige aldre, der kan anvendes i de enkelte faser i TF-CBT-behandlingen. Dette kan understøtte deling af gode erfaringer med supplerende materialer, så det ikke er op til den enkelte terapeut at finde frem til virksomme materialer og metoder.

5 Indsatsen har lovende resultater

I dette kapitel belyses det, om der er indikationer på lovende resultater af TF-CBT-forløbet.

Vi analyserer ændringer over tid for TF-CBT-deltagerne i perioden fra forløbets opstart til afslutning og vurderer, om børnene og de unge oplever positive forandringer over tid.

Ved opstart er deltagerne præget af en markant mistrivsel. Samlet set viser resultaterne positive og relativt store forandringer fra opstart til afslutning for stort set alle udfaldsmål.

I Boks 5.1 præsenteres VIVEs vurdering af SUSI-kriterie 3, der vedrører, om TF-CBT som indsats har lovende resultater.

Boks 5.1 Vurdering af kriterie 3: Indsatsen har lovende resultater

De foreløbige resultater er lovende, dvs. de indikerer en betydningsfuld forskel til alternativet/alternativerne), og det er sandsynligt, at en dokumenteret effekt kan påvises i afprøvningsfasen.

Delkriteriet er opfyldt.

TF-CBT-tilbuddet udfylder et behandlingstomrum for børn og unge med symptomer på traumer efter seksuelle overgreb, da stort set ingen kommuner har et specialiseret tilbud. Målgruppen tilbydes typisk psykologsamtaler eller deltager i generel familiebehandling. TF-CBT-behandlingstilbuddet er relativt kort holdt op imod den almindelige praksis med lange og gentagne psykologforløb og evt. sideløbende familiebehandling.

VIVEs evaluering viser, at de børn og unge, som deltager i TF-CBT, oplever markante og positive ændringer fra forløbets opstart til afslutning. Der ses en markant reduktion i PTSD-symptomer for unge, som er 13 år eller ældre. For alle deltagere ses en markant reduktion i depressionssymptomer og negative tanker samt en markant forbedring af deltagerens trivsel. Det er særligt de

indadreagerende problemer og depressionssymptomer, der reduceres i løbet af TF-CBT-forløbet.

Dog kan vi ikke se forandringer i PTSD-symptomer over forløbsperioden for de yngste deltagere fra 6-12 år.

De kvalitative interview viser, at omsorgspersonerne så forandringer i trivsel allerede under behandlingsforløbet i form af forbedret kommunikation om barnets eller den unges udfordringer, samt at barnet eller den unge var mere roligt og tillidsfuldt. Desuden nævner unge og voksne, at de har gavn af de redskaber, som behandlingen introducerer dem for til at opnå at føle ro og mindske angst.

Der er identificeret relevante datakilder og måleredskaber og et realistisk afprøvningsscenario for effektevalueringen

Delkriteriet er opfyldt.

I projektperioden er der anvendt måleredskaber, som er sammensat af en international ekspertgruppe med særlig viden om traumer og TF-CBT.

Evalueringen viser, at de anvendte måleredskaber ser ud til at fungere for målgruppen. Det er anbefalingen, at der fortsat gennemføres før- og eftermålinger af TF-CBT-forløbene, hvis TF-CBT udbredes til landets øvrige børnehuse. Dette er væsentligt for at kunne vurdere, om de samme virkninger kan opnås ved større udbredelse. Samtidig vil det sikre et større datamateriale til at belyse virkningerne af TF-CBT i en dansk kontekst.

Fremadrettet bør det overvejes, om måleredskabet CATS2 skal anvendes til at måle PTSD-symptomer. Dette redskab kan anvendes til børn i hele aldersgruppen fra 7-17 år og bruges i både Norge og Sverige. Der findes desuden en forældreversion af måleredskabet, hvilket kan være en fordel i forhold til de yngre børn. Desuden er det fremadrettet vigtigt at være opmærksom på, at det kan være nødvendigt at tilbyde en mulighed for at besvare spørgsmålene i måleredskaberne på andre sprog end dansk.

Den nye viden, et afprøvningsprojekt vil give, står mål med omkostningerne

Delkriteriet er opfyldt.

Den internationale forskning, herunder implementeringsforskning i Norge, hvor TF-CBT er anvendt i de sidste 15 år, viser evidens for TF-CBTs effekt.

TF-CBT anbefales i international forskning og guidelines som førstevalget til behandling af børn med symptomer på traumer, herunder traumer efter seksuelle og voldelige overgreb. Slutevalueringen bekræfter de positive virkninger af indsatsen i Børnehus Syd, hvorved det er sandsynliggjort, at indsatsen vil have en positiv virkning ved udbredelse til de øvrige danske børnehuse.

5.1 Målgruppen for TF-CBT i projektet

Målgruppen for TF-CBT i denne evaluering er børn og unge, som har været udsat for seksuelle overgreb. Det er en mere snæver målgruppe end den målgruppe, der er blevet tilbudt TF-CBT i andre lande. Her indgår også børn og

unge, som har været udsat for vold.

Derfor kan resultaterne fra denne evaluering ikke sammenlignes direkte med resultater fra andre evalueringer, der anvender en bredere målgruppe til TF-CBT.

I forbindelse med børnehushets udredning og screening af barnet har den faglige medarbejder i huset vurderet barnets PTSD-symptomer (se afsnit 13.1 for flere detaljer om screeningen). Hvis det er vurderet, at barnet eller den unge er plaget af PTSD-symptomer i en sådan grad, at det influerer negativt på barnet eller den unges hverdag og funktionsevne, er vedkommende i målgruppen for TF-CBT.

I alt 31 familier har deltaget i TF-CBT-forløb i projektperioden, og der er indsamlet data fra 29 børn og unge⁶. De 29 børn og unge er i gennemsnit 13,9 år gamle. Hovedparten af deltagerne er således i den ældre ende af målgruppen, idet 20 er 13 år eller ældre, mens

Data

Spørgeskema om symptomer og trivsel er besvaret af børnene og de unge ved opstart, når forløbet er slut samt 3 måneder efter forløbets afslutning.

Derudover har omsorgspersoner (mor, far eller evt. plejefamilie) vurderet barnets trivsel ved opstart og afslutning.

Endelig har de unge og deres TF-CBT-terapeut vurderet den terapeutiske relation to gange i løbet af forløbet, ligesom der er indsamlet data om hvor mange sessioner, hvert forløb har indeholdt.

Der er indsamlet spørgeskemadata fra i alt 29 børn og unge ved opstart, fra 26 ved afslutningen og 15 ved opfølgningen.

⁶ To familier havde ved tidspunktet for udarbejdelsen af evalueringen endnu ikke afsluttet behandlingsforløbet, hvorfor der ikke var gennemført eftermålinger.

9 er under 13 år. Stort set alle deltagerne er piger (27), mens 2 er drenge. Da der kun er 2 drenge, er det ikke muligt at lave nogen analyser i forhold til, om der er forskel imellem køn. Det gælder både ved opstart, afslutning og opfølgning.

For knap halvdelen (48 %) er det moren, der har besvaret spørgeskemaet for omsorgspersonen. For omkring en tredjedel har både mor og far besvaret spørgeskemaet (31 %). Da vi kun kan anvende en enkelt besvarelse, har vi anvendt morens besvarelse i disse tilfælde. Vi har valgt dette, da vi i forvejen har flest besvarelser fra mødre. I de resterende tilfælde har faren, plejeforælderen eller en kontaktpædagog besvaret skemaet.

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af de unges mentale trivsel ved projektets opstart (baseline). Det gøres med udgangspunkt i både de unges egen vurdering af deres tilstand og med udgangspunkt i omsorgspersonernes vurdering af de unges trivsel. Afsnittet belyser således omfanget af udfordringer, som børnene og de unge oplever, inden de starter på TF-CBT-forløbet.

Samlet set peger besvarelserne på, at de unge ved forløbets opstart er karakteriseret af en ret alvorlig mistrivsel:

- Næsten alle deltagere udviser symptomer på PTSD.
- Næsten alle deltagere viser alvorlige symptomer på depression.
- Næsten alle deltagere har dysfunktionelle og negative tanker.

Dette peger på, at de har et stort behov for at få hjælp.

5.1.1 PTSD-symptomer ved baseline

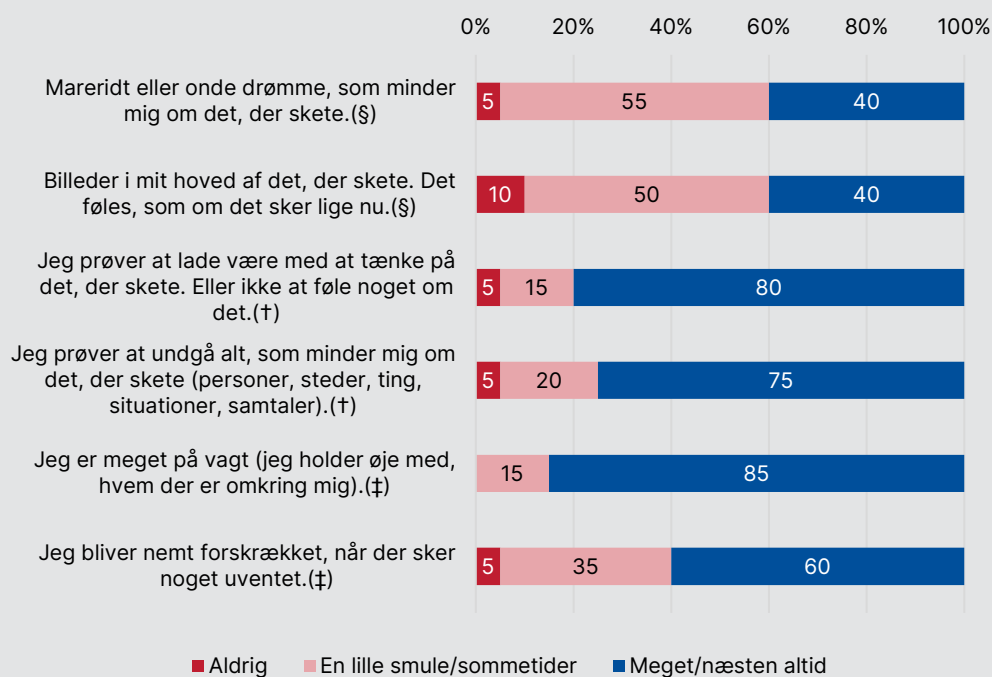
Omfanget af PTSD måles med Thomas-test for børn under 13 år, mens unge over 13 år har besvaret ITQ-CA (*International Trauma Questionnaire - Child and Adolescent Version*). Se afsnit 13.1 for en nærmere beskrivelse af måleredskaberne.

Idet blot 9 børn er under 13 år ved baseline, vises der ikke en detaljeret beskrivelse af deres PTSD-symptomer – dette for at sikre deltagernes anonymitet. I stedet beskrives niveauet af PTSD-symptomer ved opstart for de 20 unge, som er 13 år eller ældre ved forløbets start.

Til at vurdere PTSD-symptomer hos unge over 13 år er de i ITQ-spørgeskemaet bl.a. blevet spurgt om, hvor ofte de har mareridt eller onde drømme, som minder dem om overgrebet; hvor ofte de er på vagt, og hvor ofte de nemt bliver forskrækket, når der sker noget uventet. PTSD-symptomerne opdeles i overordnet PTSD og selvorganisering. Overordnet PTSD indeholder genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed, mens selvorganisering indeholder affekt-regulering, selvopfattelse og relationer til andre.

Figur 5.1 viser, hvordan de unge svarer i forhold til spørgsmål om overordnet PTSD. Som det fremgår af figuren, oplever alle unge på 13 år eller ældre, at de i en eller anden grad altid er på vagt (85 %). For langt de fleste gælder det desuden, at de ofte eller næsten altid prøver at lade være med at tænke på overgrebet (80 %) og ofte eller næsten altid prøver at undgå alt, som minder dem om det, der skete (75 %). Det vidner om, at de unge ved baseline især viser symptomer på følelsesmæssig undgåelse og vagtsomhed, som er en helt naturlig reaktion på alvorlige traumer som seksuelle overgreb. Stort set alle oplever desuden i en eller anden grad at have mareridt, at blive nemt forskrækkede eller at have billeder i hovedet af det, der skete.

Figur 5.1 Overordnet PTSD (ITQ-CA)



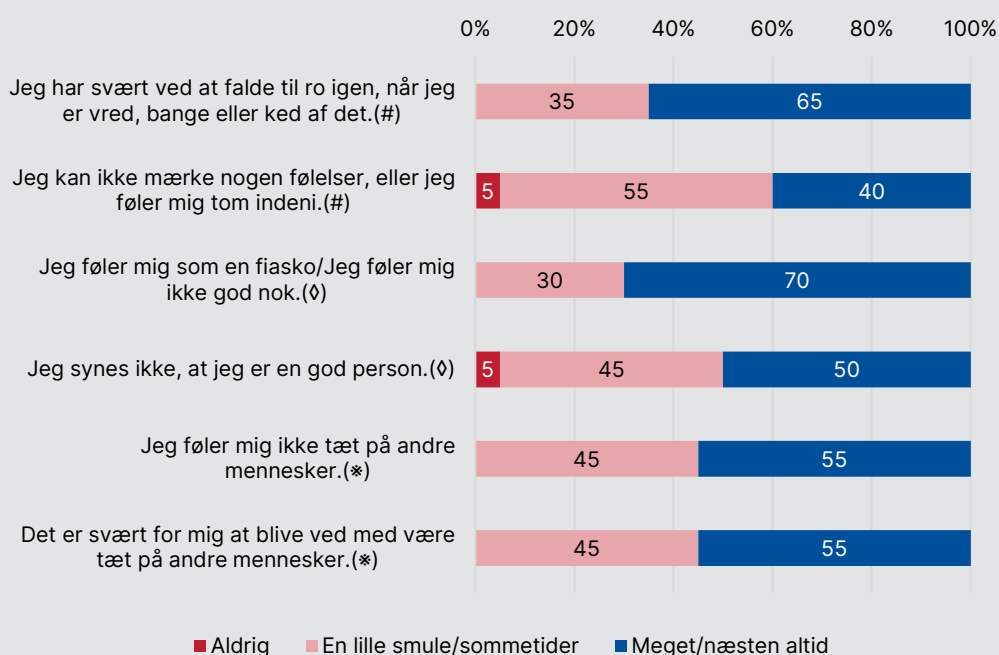
Anm.: N=20

Note: Tegnene indikerer symptomclusteret: (§) er genoplevelse, (†) er undgåelse og (‡) er vagtsomhed.

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

Figur 5.2 viser, hvordan de unge svarer i forhold til spørgsmål, der handler om selvorganisering. Figuren viser, at mange af de unge meget eller næsten altid føler sig som en fiasko eller ikke føler, at de er gode nok (70 %). Alle eller stort set alle oplever desuden i en eller anden grad at have svært ved at falde til ro igen, at føle sig tom inden i, at have svært ved at være tæt på andre mennesker samt ikke at følge sig som en god person. Som ved de overordnede PTSD-symptomer har de unge ved opstart ligeledes store udfordringer i forhold til selvorganisering.

Figur 5.2 Selvorganisering – PTSD (ITQ-CA)



Anm.: N=20

Note: Tegnene indikerer symptomclusteret: (#) er affektregulering, (∅) er selvopfattelse og (*) er relationer til andre.

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

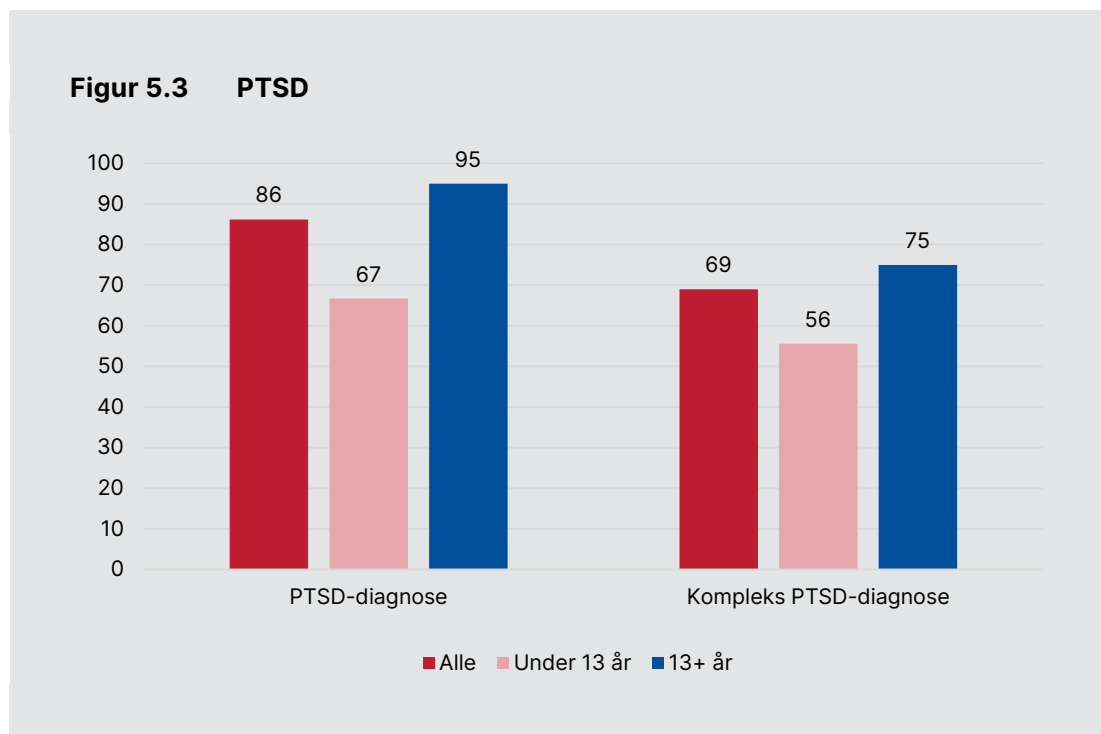
5.1.1.1 PTSD-diagnose

For både Thomas-testen og ITQ-CA er der lavet kriterier til at vurdere, om et barn/en ung opfylder kriterierne for en PTSD-diagnose. Disse anvendes til at undersøge den samlede andel af børn og unge, der opfylder kriterierne for en PTSD-diagnose ved opstart. Resultaterne her gælder derfor for alle børn og unge (8-17 år) ved baselinemålingen.

Figur 5.3 viser, hvor stor en andel af deltagerne der opfylder kriterierne for enten en PTSD-diagnose eller kompleks PTSD (se afsnit 13.1 for en beskrivelse af kriterierne). Kompleks PTSD er en ny diagnose, hvor personen ud over kerne-symptomerne fra PTSD-diagnosen desuden har udfordringer i forhold til følelser og relationer. Samlet set udviser børnene eller de unge tydelige tegn på PTSD. I alt opfylder 86 % af deltagerne kriterierne for en PTSD-diagnose. Det gælder i højere grad for de unge fra 13 år, hvor det gælder for 95 %, mens 67 % af børnene på 6-12 år lever op til kriteriet. Børn på 6-12 år har besvaret Thomas-testen og ikke ITQ, og det er derfor uvist, om de reelt ikke oplever samme niveau

af symptomer som de ældre deltagere, eller om det skyldes, at der er anvendt forskellige måleinstrumenter til grupperne. Umiddelbart tyder det på, at de yngste deltagere på 6-12 år oplever færre PTSD-symptomer end de ældre ved opstart i forløbet, men det kan som nævnt skyldes, at der anvendes to forskellige måleredskaber.

Andelen, som opfylder kriteriet for en kompleks PTSD-diagnose, er 75 % for deltagere 13 år eller ældre og 56 % for deltagere fra 6-12 år.



Anm.: N = 29.

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

5.1.2 Depressionssymptomer ved baseline

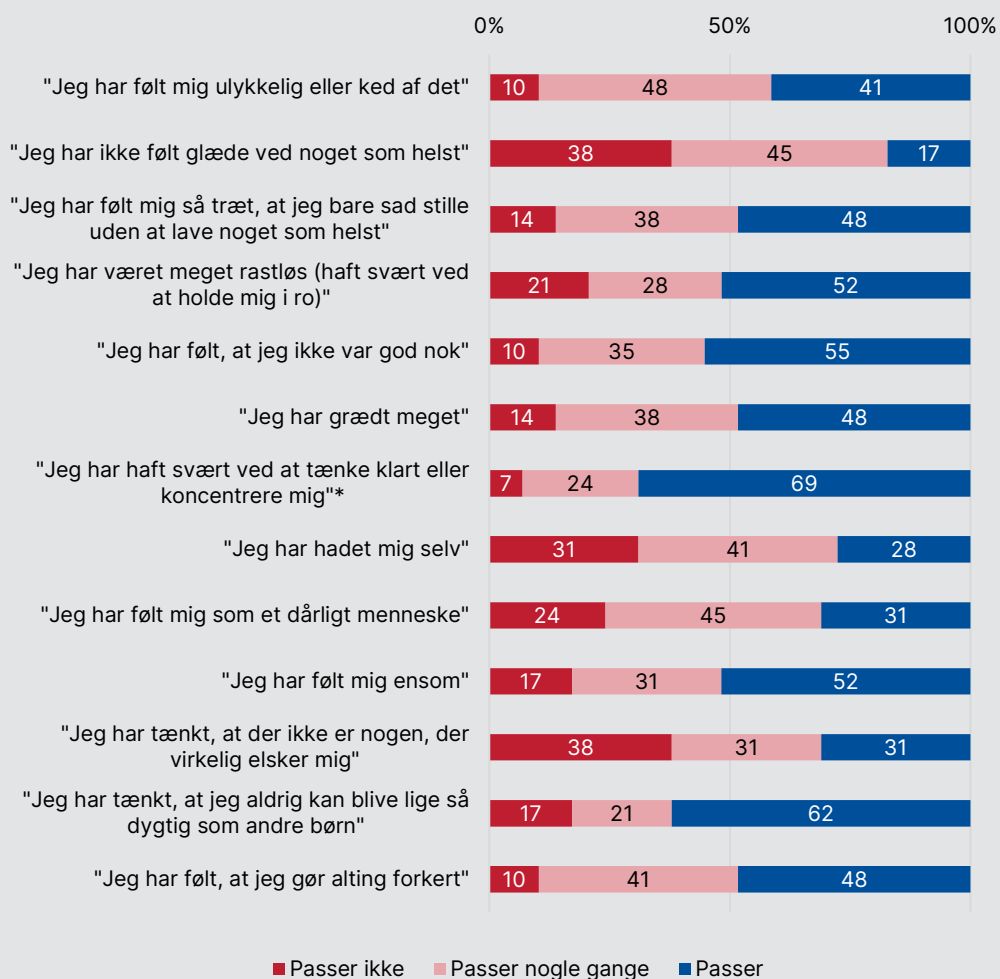
Depressive symptomer måles hos alle børn og unge med MFQ (*Mood and Feelings Questionnaire*). MFQ indeholder spørgsmål om, hvorvidt deltageren har følt sig ensom, om de har hadet sig selv, om de har grædt meget, eller om de ikke har følt glæde ved noget som helst (se afsnit 13.2.1 for en nærmere beskrivelse af instrumentet).

Fordelingen af deltagernes svar på de 13 spørgsmål vises i Figur 5.4. Det fremgår, at langt størstedelen af børnene og de unge svarer bekræftende (passer eller passer nogle gange) på, at de har haft svært ved at tænke klart og koncen-

trere sig (93 %), at de ikke har følt sig gode nok (90 %), eller at de gør alting forkert (89 %). Desuden har de oplevet, at de har grædt meget (86 %) eller følt sig ensomme (83 %).

På baggrund af de 13 spørgsmål, som indgår i MFQ, konstrueres en samlet depressionsscore på mellem 0 og 26. En score på 12 eller mere for piger og en score på 6 eller mere for drenge indikerer kliniske tegn på depression hos de unge (Jarbin et al., 2020). 4 ud af 5 deltagere (83 %) ligger over grænsen, hvilket indikerer, at en stor del af deltagerne har en klinisk depression ved forløbets opstart.

Figur 5.4 MFQ



Anm.: N=29

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

5.1.3 CPTCI ved baseline

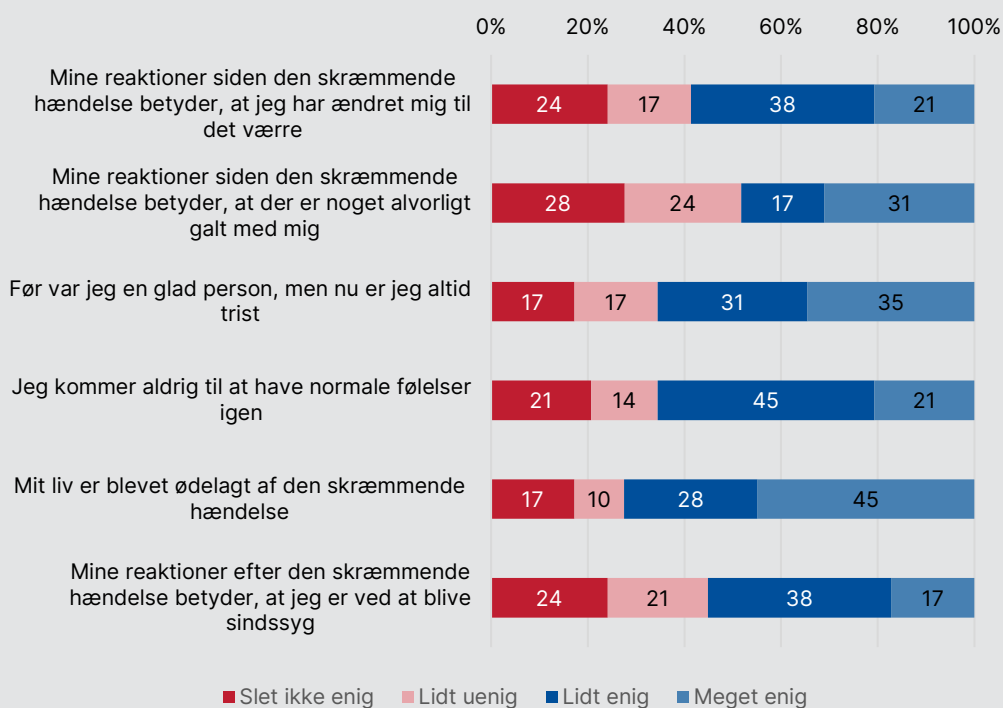
CPTCI (*Child Post-Traumatic Cognitions Inventory*) måler dysfunktionelle traumerelaterede tanker hos børn og unge fra 6-17 år. Den giver et indblik i omfanget af negative forandringer i de tanker, som barnet/den unge kan opleve efter en traumatisk hændelse (se afsnit 13.2.2 for en nærmere beskrivelse af redskabet).

De dysfunktionelle tanker kan bidrage til at fastholde symptomerne på PTSD, og hvis TF-CBT-forløbet er i stand til at mindske omfanget af disse oplevede negative forandringer, er det et stort skridt på vejen mod, at børnene og de unge kan få det bedre.

CPTI måler to forskellige dele: *varige og forstyrrende forandringer* samt *skrøbelig person i en skræmmende verden*.

Figur 5.5 viser andelen af børn og unge, som oplever *varige og forstyrrende forandringer* efter overgrebet. Næsten 3 ud af 4 af børnene eller de unge er lidt eller meget enige i, at deres liv er blevet ødelagt af den skræmmende hændelse (73 %), og 2 ud af 3 er lidt eller meget enige i, at de er blevet triste efter hændelsen, hvor de ellers før var glade personer (66 %). Disse markante tal vidner om, at børnene og de unge ved forløbets opstart i høj grad er præget af negative og dysfunktionelle tanker.

Figur 5.5 CPTCI – Varige og forstyrrende forandringer (Permanent and disturbing change)

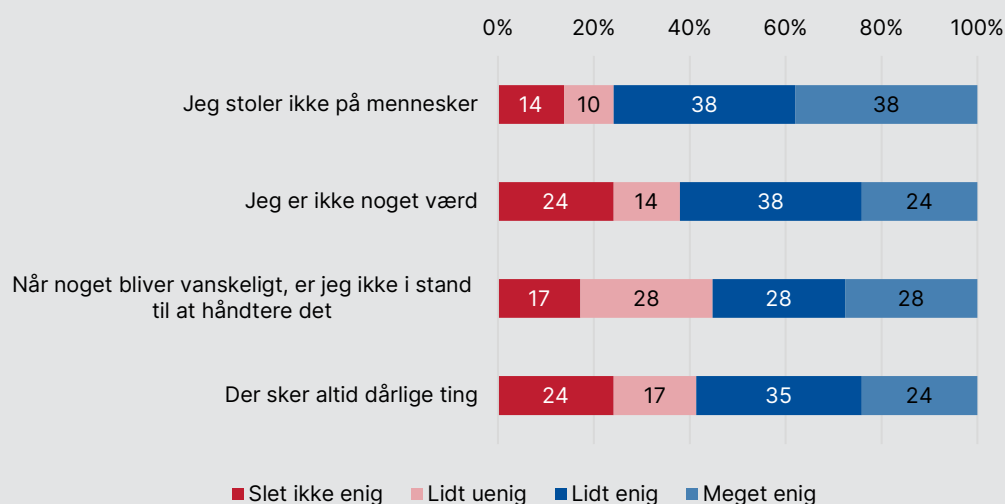


Anm.: N=29

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

Subskalaen *skrøbelig person i en skræmmende verden* (Figur 5.6) 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. Disse indikatorer vidner også om, at børnene og de unge oplever alvorlig mistrivsel og er præget af negative tanker. 76 % er lidt eller helt enige i, at de ikke stoler på mennesker, 62 % er lidt eller helt enige i, at de ikke er noget værd, og over halvdelen er lidt eller helt enige i, at de ikke er i stand til at håndtere det, når der sker noget vanskeligt (56 %).

Figur 5.6 CPTCI – Skrøbelig person i en skræmmende verden (Fragile person in a scary world)



Anm.: N=29

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

5.1.4 Omsorgspersonens vurdering af barnets trivsel ved baseline

Mens de foregående afsnit har belyst børnene og de unges egen vurdering af deres mentale trivsel, sættes i dette afsnit fokus på omsorgspersonernes vurdering af børnene eller de unges trivsel ved forløbets opstart på baggrund af SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) og KIDSCREEN. I nogle tilfælde har flere omsorgspersoner vurderet samme barns trivsel, fx både en mor og far. I disse tilfælde er morens vurdering anvendt, da der er flest besvarelser fra mødre, og det kun er muligt at anvende den ene besvarelse.

5.1.4.1 Trivsel målt ved SDQ

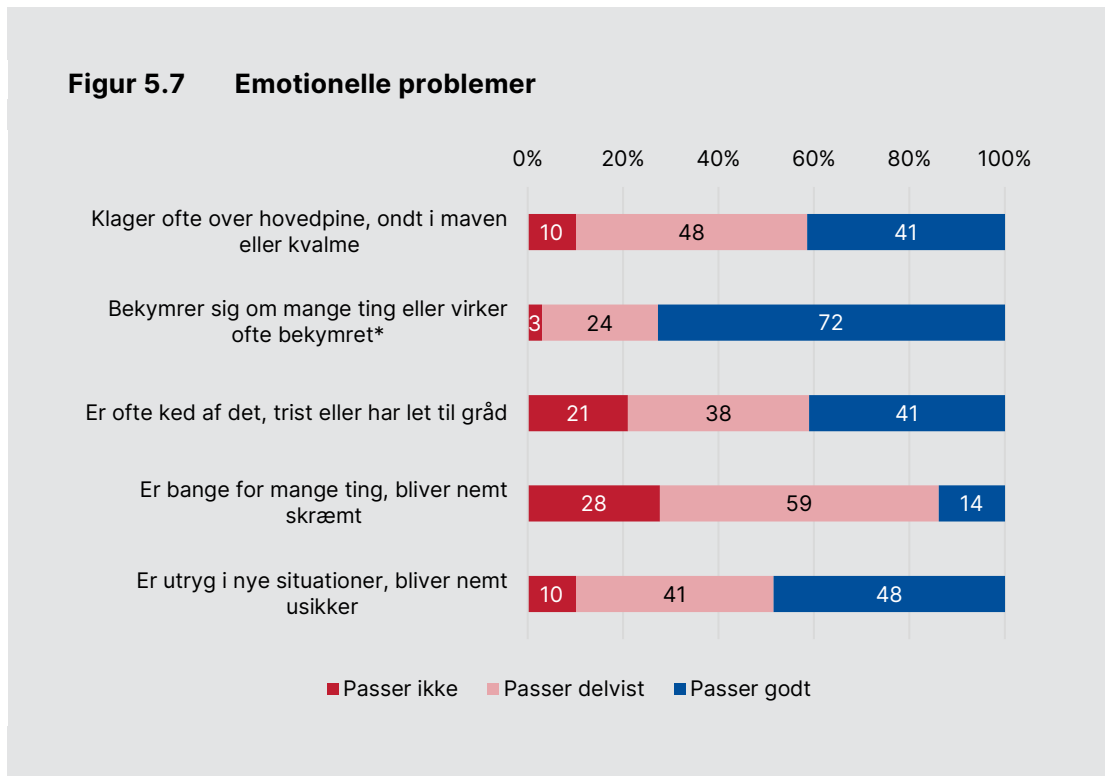
SDQ belyser de unges mentale trivsel på baggrund af følgende områder:

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

Der beregnes en totalscore for de 4 problemområder. Der findes danske normer for SDQ for forskellige aldersgrupper og køn til at indikere, om deres symptomer på de 4 områder ligger højt eller meget højt (se SDQ, 2022).

Både emotionelle problemer (Figur 5.7) og den efterfølgende subskala om problemer i forhold til jævnaldrende (Figur 5.8) måler mere indadrettede symptomer. De emotionelle problemer berører børnene 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) (se afsnit 13.2.5 for en nærmere beskrivelse af redskabet).

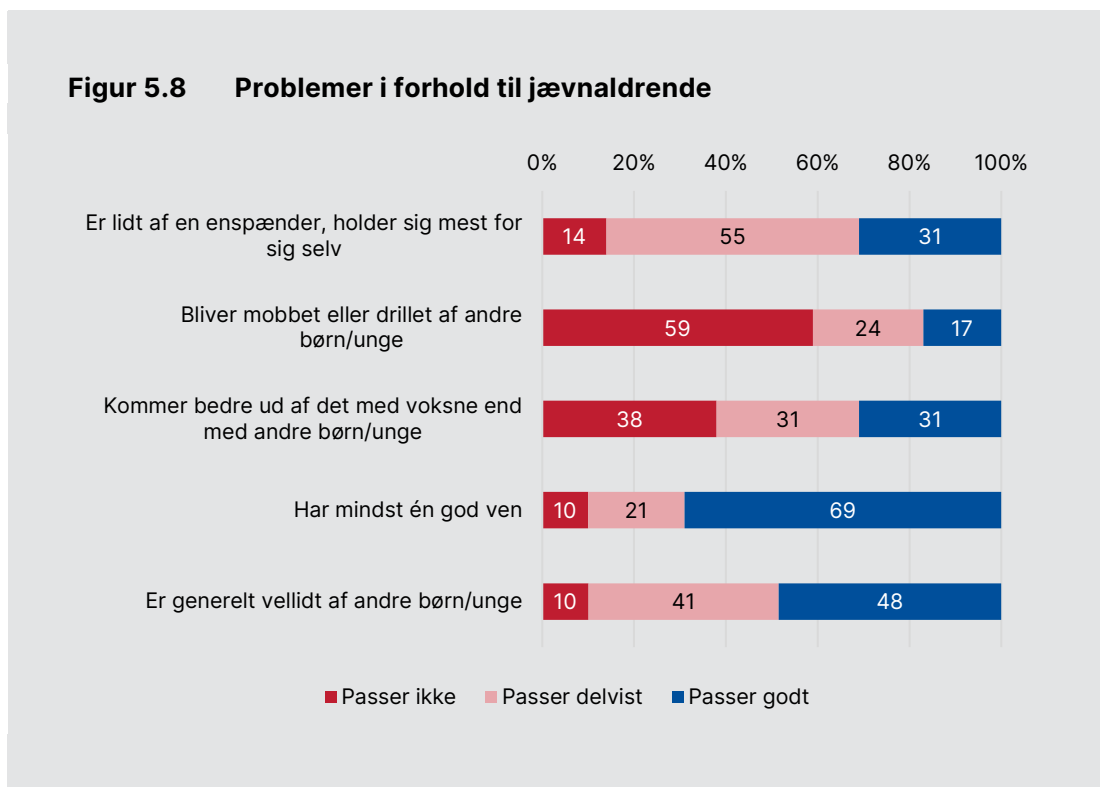
Figur 5.7 viser svarfordelingen i forhold til emotionelle problemer. Ud af de 4 problemområder har deltagerne særligt udfordringer i forhold til den emotionelle dimension ved forløbets opstart. Stort set alle omsorgspersoner svarer bekræftende på, at barnet eller den unge bekymrer sig om mange ting eller ofte virker bekymret (97 %). 90 % angiver, at barnet eller den unge har fysiske symptomer som hovedpine, kvalme og ondt i maven, samt at barnet eller den unge er utryg i nye situationer. 4 ud af 5 svarer desuden 'passer delvist' eller 'passer godt' i forhold til, at barnet eller den unge ofte er ked af det, er trist eller har let til gråd.



Anm.: N=29

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

I forhold til jævnaldrende svarer mange omsorgspersoner bekræftende på, at barnet eller den unge mest holder sig for sig selv (86 %), og 41 % vurderer, at barnet eller den unge bliver mobbet eller drillet af andre børn eller unge (se Figur 5.8). Stort set alle deltagerne har dog mindst én god ven og er vellidt af andre børn og unge.

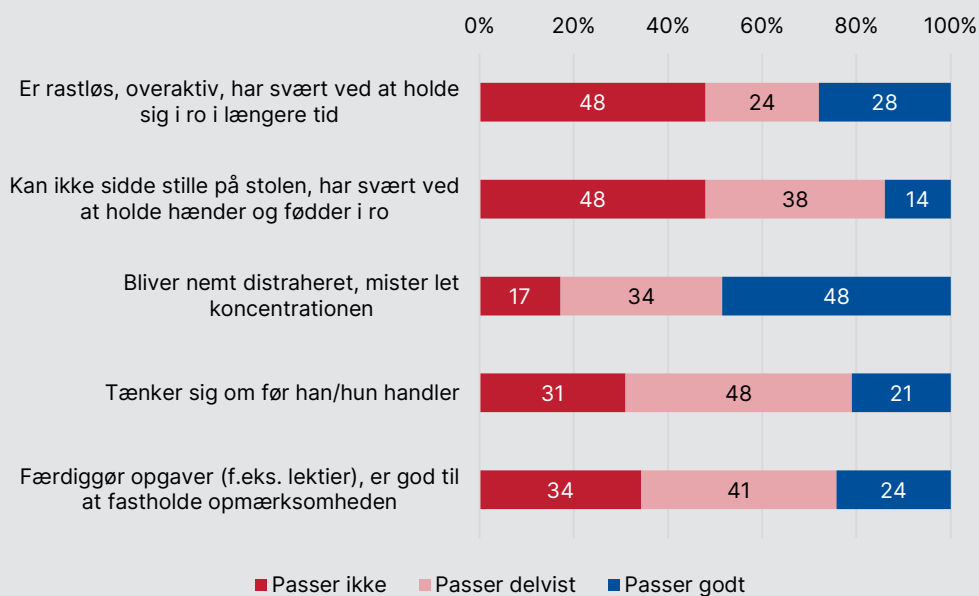


Anm.: N=29

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

I forhold til mere hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser angiver 83 % af omsorgspersonerne, at barnet eller den unge nemt bliver distraheret eller mister koncentrationen (se Figur 5.9). Omkring halvdelen kan desuden opleve uro, være rastløse eller have svært ved at sidde stille på stolen. For 1 ud af 3 vurderer omsorgspersonen, at barnet eller den unge har problemer med at fastholde opmærksomheden og tænke sig om, før de handler.

Figur 5.9 Hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser

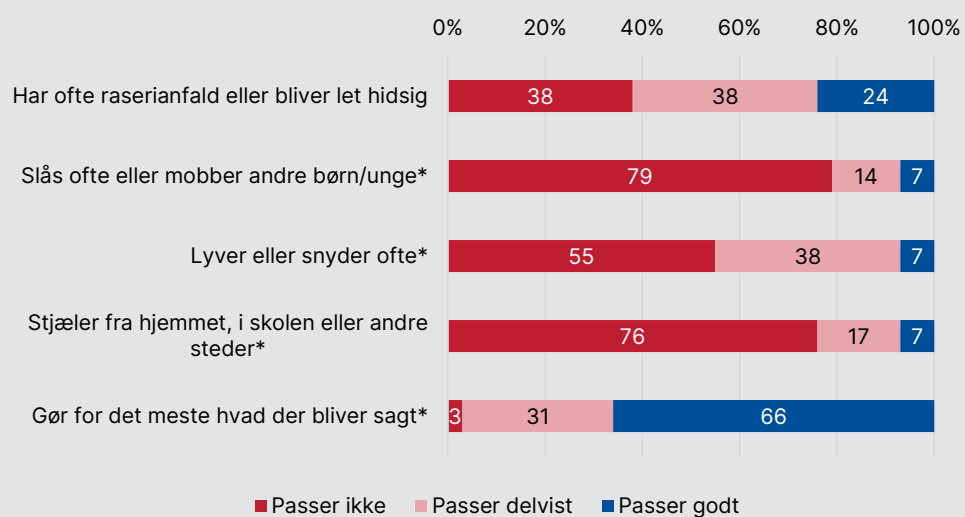


Anm.: N=29

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

Det sidste problemområde afdækker adfærdsproblemer. Det fremgår af Figur 5.10, at deltagerne sjældent slås, mobber eller stjæler. Knap halvdelen angives at lyve eller snyde, mens næsten 2 ud af 3 ofte har raserianfald eller bliver hid-sige. Omsorgspersonerne angiver dog samtidig, at stort set alle (97 %) for det meste gør, hvad der bliver sagt.

Figur 5.10 Adfærdsproblemer



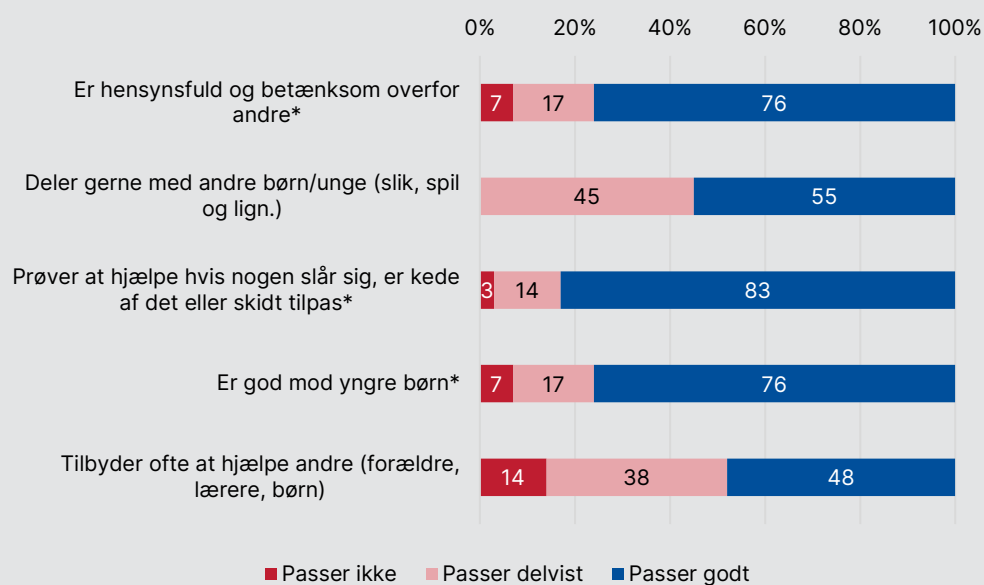
Anm.: N=29

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

Samlet set peger resultaterne på, at deltagerne i højere grad er karakteriseret ved at have internaliserede frem for eksternaliserende problemer.

SDQ omfatter en enkelt subskala, der vurderer barnets eller den unges sociale styrker. Her angiver omsorgspersonerne, at stort set alle børn eller unge har markante sociale styrker (se Figur 5.11). Deltagerne er således karakteriseret ved at være betænksomme, hjælpsomme og omsorgsfulde over for både voksne og børn.

Figur 5.11 Sociale styrker

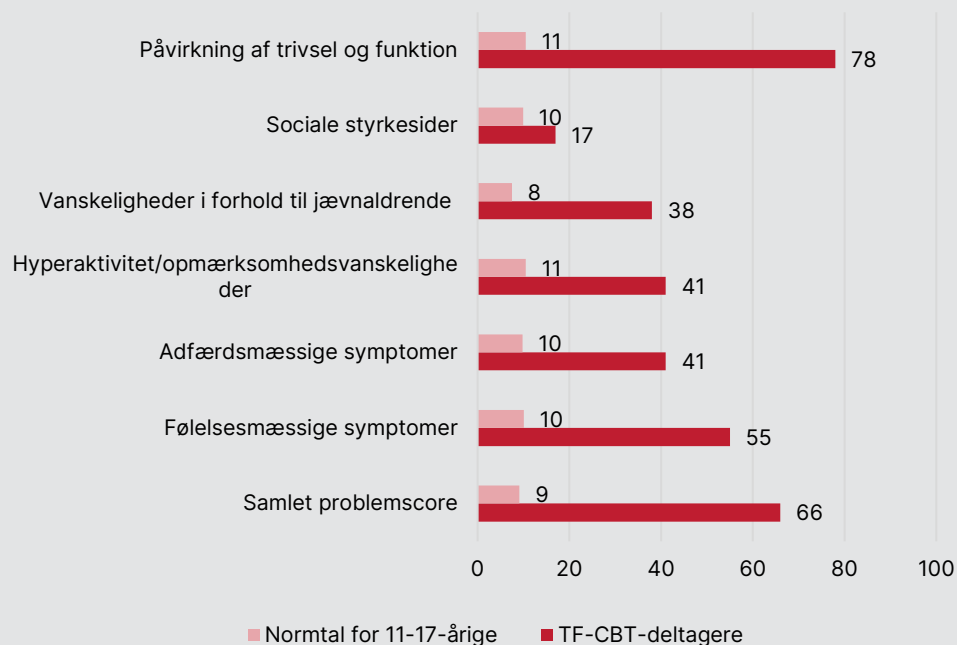


Anm.: N=29

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

Sammenlignes deltagerne i projektet med normal for andre unge på 11-17 år, har de børn og unge, som er visiteret til TF-CBT-behandlingen, markant flere problemer i forhold til deres samlede mentale trivsel, når vi ser på andelen af børn og unge, der ligger højt eller meget højt på samlet problemscore og på problemområder (se Figur 5.12). Hele 66 % af de børn og unge, som er visiteret til TF-CBT, ligger højt på den samlede problemscore, hvilket gælder for blot 9 % af andre børn og unge mellem 11 og 17 år.

Figur 5.12 TF-CBT-deltagere og andre unge, som ligger højt eller meget højt på samlet problemscore og problemområder. Procent.



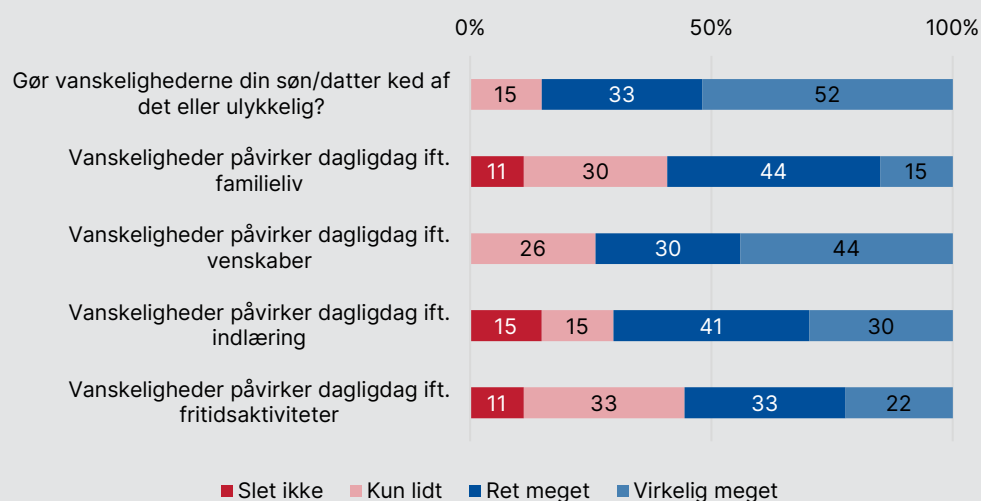
Anm.: N=27-29.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelse til omsorgspersoner til børn og unge, som deltager i TF-CBT. Normalt er hentet på SDQ's hjemmeside (SDQ, 2022). Forældrebesvarelser. Andelen af unge, som ligger højt eller meget højt på skalaen.

SDQ indeholder også spørgsmål, hvor omsorgspersonen bliver bedt om at vurdere barnets eller den unges funktionsniveau, dvs. hvor påvirket barnets eller den unges daglige funktion er af de problemer, de oplever.

Det fremgår af Figur 5.13, at omsorgspersonerne vurderer, at børnenes og de unges dagligdag særligt er negativt påvirket i forhold til venskaber, indlæring, og at de er ulykkelige, men det gælder også for både familieliv og fritidsinteresser.

Figur 5.13 Funktionsniveau



Anm.: N=27

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

5.1.4.2 Trivsel målt ved KIDSCREEN

KIDSCREEN er et måleinstrument, som bruges til at få indblik i børns og unges trivsel og sundhed på følgende områder (se afsnit 13.2.4 for nærmere beskrivelse af redskabet):

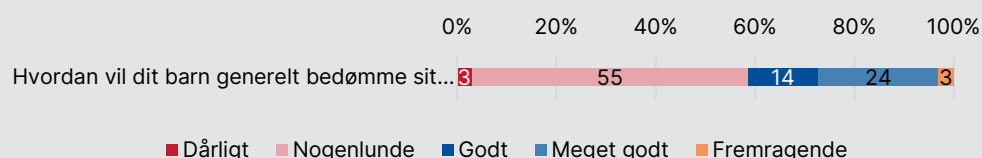
- fysisk sundhed
- humør og følelser
- familie og fritid
- venner
- trivsel i skolen.

KIDSCREEN kommer således bredt omkring barnets eller den unges trivsel og kan bl.a. bruges til at indkredse specifikke områder, hvor trivslen er udfordret.

Spørgeskemaet indledes med et overordnet spørgsmål omkring barnets eller den unges generelle helbred. Generelt helbred kan sige noget om barnets eller den unges livskvalitet, og et godt helbred kan betragtes som en beskyttelsesfaktor for senere negativ udvikling. Figur 5.14 viser, at over halvdelen af om-

sorgspersonerne vurderer, at barnets eller den unges generelle helbred er dårligt eller blot nogenlunde (58 %) ved baselinemålingen. Der er altså et stort potentiale for at styrke børnene og de unges helbred.

Figur 5.14 Fysiske aktiviteter og sundhed: Generelt helbred

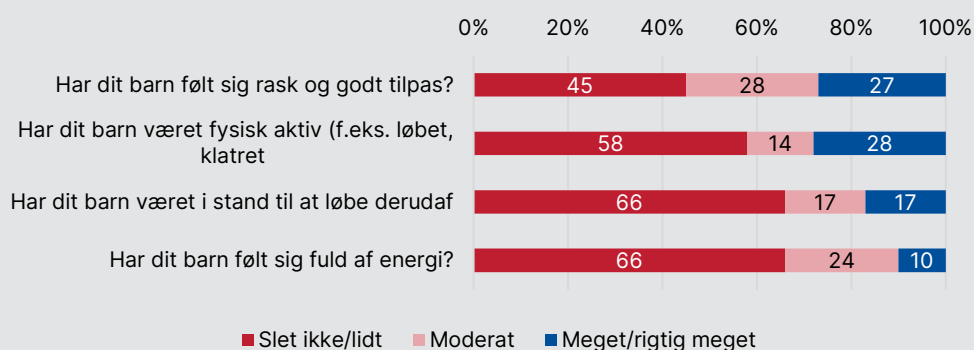


Anm.: N=29

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

En stor del af deltagerne har udfordringer i forhold til fysisk aktivitet. Omsorgspersonerne angiver, at 2 ud af 3 børn eller unge ikke har følt sig fulde af energi (66 %) eller været i stand til at løbe derudaf. Kun hver fjerde vurderes til i høj grad at føle sig rask og godt tilpas (27 %).

Figur 5.15 Fysiske aktiviteter og sundhed: "Tænk på sidste uge..."



Anm.: N=29

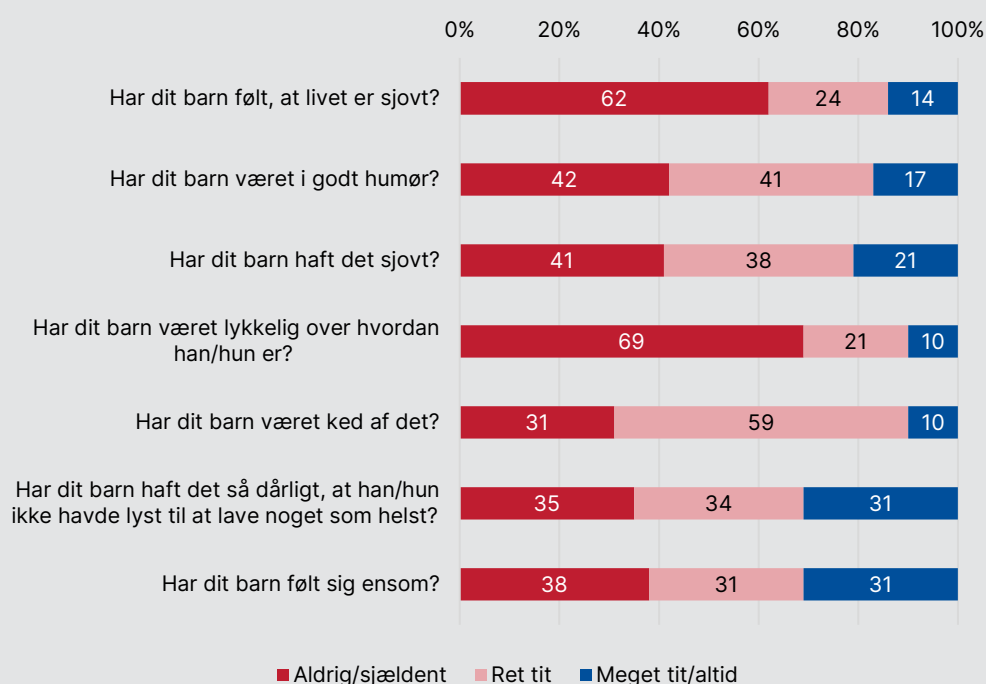
Note: Svarkategorierne "slet ikke" og "liidt" er slået sammen, ligesom svarkategorierne "meget" og "rigtig meget" er slået sammen.

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 spørgeskemaundersøgelse til omsorgspersoner til børn og unge, som deltager i TF-CBT.

Deltagerne oplever markante udfordringer i forhold til humør og følelser (Figur 5.16). Omkring 2 ud af 3 omsorgspersoner angiver, at børnene og de unge tit eller altid føler, at livet ikke er sjovt, at de ikke er lykkelige over, hvordan de er, at de har været kede af det, at de har været ensomme, samt at de har haft det så sårligt, at de ikke havde lyst til noget som helst. Lidt over halvdelen af omsorgspersonerne angiver dog samtidig, at barnet eller den unge har været i godt humør eller haft det sjovt.

Figur 5.16 Humør og følelser: "Tænk på sidste uge..."



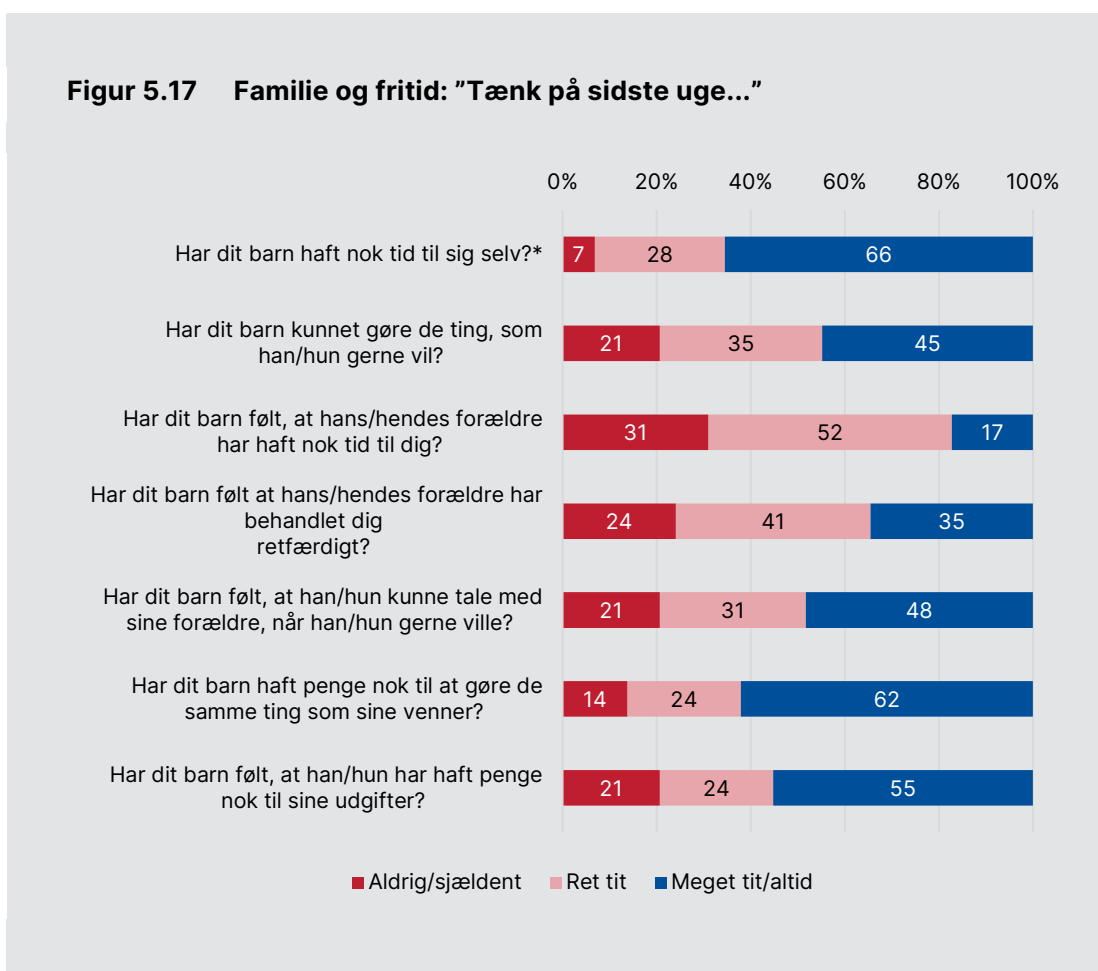
Anm.: N=29

Note: Spørgsmålet "Har dit barn følt, at livet er sjovt?" har lignende svarkategorier med en anden ordlyd: "slet ikke/liidt", "moderat", "meget/rigtig meget"

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

Omsorgspersonerne har angivet, hvordan barnet eller den unge har haft det i forhold til familie og fritid (Figur 5.17). De fleste angiver, at barnet eller den unge har haft tid til sig selv og til at gøre, hvad de vil. Det samme gælder i forhold til, om de har haft penge nok, om de har kunnet tale med forældre, når de vil, og om de er blevet behandlet retfærdigt. 1 ud af 3 omsorgspersoner angiver, at barnet eller den unge aldrig eller sjældent har følt, at forældrene har haft nok tid til dem.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at det er omsorgspersonen (som oftest er mor), der har svaret på disse spørgsmål på barnets vegne. Det vides derfor ikke, om børnene eller de unge er enige i omsorgspersonens vurdering.

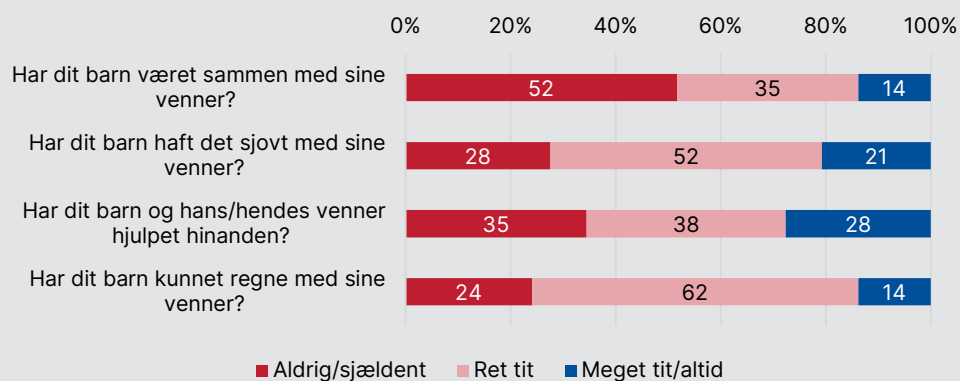


Anm.: N=29

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

I forhold til venner angiver omsorgspersonen, at de fleste af børnene og de unge har kunnet regne med deres venner, har haft det sjovt med dem, og at de har hjulpet hinanden. Omkring halvdelen angives til sjældent eller aldrig at være sammen med sine venner (se Figur 5.18).

Figur 5.18 Venner: "Tænk på sidste uge..."

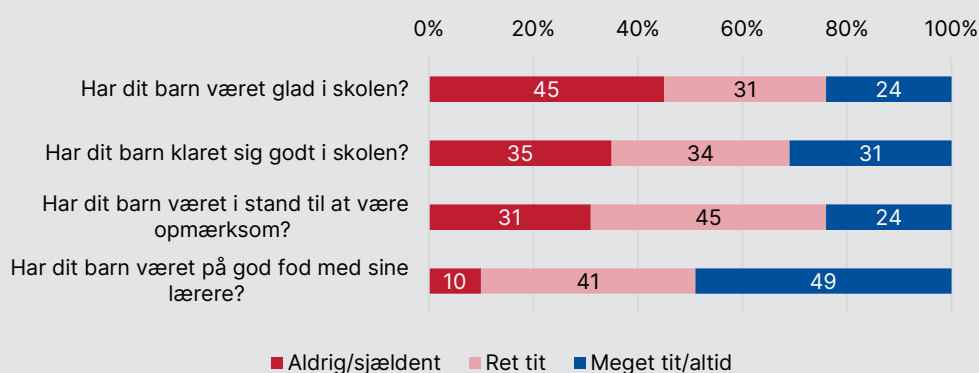


Anm.: N=29

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

Den sidste dimension handler om skole og læring (Figur 5.19). Næsten alle børnene og de unge er på god fod med deres lærere. 2 ud af 3 børn eller unge angives tit eller altid at klare sig godt i skolen og være i stand til at være opmærksomme. For knap halvdelen (45 %) angiver omsorgspersonen, at barnet eller den unge sjældent eller aldrig har været glad i skolen.

Figur 5.19 Skole og læring: "Tænk på sidste uge..."



Anm.: N=29

Note: De to første spørgsmål har lignende svarkategorier med en anden ordlyd: "slet ikke/lidt", "moderat", "meget/rigtig meget".

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

Når alle dimensioner betragtes samlet set, vidner resultaterne om, at omsorgspersonerne oplever tydelige tegn på, at barnet eller den unge mistrives – særligt i forhold til helbred, fysisk sundhed, indlæring samt humør og følelser, men en del oplever også problemer med trivsel i forhold til venner og skolen. Det vidner om, at en stor del af børnene eller de unge ikke blot mistrives på én dimension, men på flere.

5.2 Virkningen af TF-CBT

I dette afsnit belyses det, hvordan børnenes og de unges mentale trivsel udvikler sig fra TF-CBT-forløbets opstart (baseline) til afslutning. Denne analyse giver et indblik i virkningen af TF-CBT.

Manglende kontrolgruppe

Det er vigtigt at understrege, at der kan være andre forhold end TF-CBT, som kan have indvirket på barnets/den unges udvikling i løbet af forløbsperioden, og vi har ikke nogen kontrolgruppe, vi kan sammenligne udviklingen for forløbsdeltagerne med. Dog er det vurderingen, at det er sandsynligt, at det er TF-CBT-forløbet, der har skabt de forandringer, vi kan spore mellem forløbets opstart og afslutning.

Først analyseres børnene og de unges egne besvarelser, hvorefter omsorgspersonernes vurdering af barnets eller den unges trivsel ved opstart og afslutning analyseres. Afslutningsvis undersøges det, om der er forskel på virkningen af TF-CBT-forløbet alt afhængigt af børnene og de unges vurdering af den terapeutiske relation til den terapeut, som forløbet er gennemført sammen med.

For 3 af de unge har det ikke været muligt at indsamle data ved afslutningen af forløbet, da de ikke har afsluttet forløbet endnu.

Boks 5.2 giver en oversigt over de statistiske begreber, som anvendes til at fortolke virkningen af TF-CBT. En mere detaljeret gennemgang af metoden, der er anvendt til at undersøge virkningen, fremgår af afsnit 13.2.6.

Forskel angiver ændringen i barnets eller den unges trivsel mellem baseline og afslutning. Jo større forskellen er, jo større forskel er der i det enkelte udfald mellem baseline og afslutning. For alle mål bortset fra KIDSCREEN angiver en negativ forskel, at der er sket en positiv ændring i barnets/den unges udvikling. De negative forskelle angiver nemlig, at der er sket en reduktion i symptomer. For KIDSCREEN angiver en positiv forskel, at der er sket en positiv ændring for barnet/den unge. De positive forskelle for KIDSCREEN betyder, at trivslen er øget.

Standardfejlen (sd) og **p-værdien** anvendes til at vurdere, om forskellen i målingen fra baseline til afslutning er statistisk signifikant, dvs. ikke tilfældig. En lavere standardfejl betyder mindre usikkerhed, mens en højere standardfejl betyder større usikkerhed. P-værdien bliver udregnet på baggrund af størrelsen på forskellen og standardfejlen. Ved p-værdier $< 0,05$ er forskellen statistisk signifikant. Den statistiske signifikans bidrager til at vurdere, om forskellen mellem baseline og afslutning er sikker eller blot skyldes en tilfældighed på grund af stikprøveusikkerhed.

Cohens d er et mål til at vurdere størrelsen af forskellen mellem målingen fra baseline og afslutning (effektstørrelse). Den udregnes som forskellen i udfaldet før og efter indsatsen divideret med standardafvigelsen på udfaldet før indsatsen. Hvis værdien er positiv, svarer det til, at forløbsdeltagerne scorer højere ved afslutning end ved baseline, mens en negativ værdi svarer til, at forløbsdeltagerne scorer lavere ved afslutning. Om en høj negativ eller høj positiv score er bedst afhænger af den enkelte skala. For alle skalaer på nær KIDSCREEN betyder en negativ Cohens d-værdi, at der er sket en positiv ændring for de unge.

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

5.2.1 Virkning af TF-CBT målt ved barnet eller den unges besvarelse før og efter indsatsen

Beskrivelsen af deltagernes tilstand ved forløbets opstart (se afsnit 5.1) viser, at børnene og de unge har en markant mistrivsel på flere områder ved opstarten af behandlingen. De fleste har markante symptomer på PTSD og depression, og mange har negative og dysfunktionelle tanker. For at det kan konstateres, at TF-CBT-forløbet viser lovende resultater, skal der ske en reduktion i de unges symptomer, dvs. et fald i omfanget af PTSD-symptomer, depression og negative tanker mod afslutningen af forløbet. I Boks 5.3 følger en liste af de udfald, der anvendes til at måle de unges udvikling, hvorefter resultaterne af analyserne præsenteres i de følgende afsnit.

Boks 5.3 Udfald til måling af de unges udvikling

PTSD (ITQ-CA, Thomas-test)

- Gennemsnitlig PTSD-score
- Andel, der opfylder kriteriet for PTSD-diagnose
- Andel, der opfylder kriteriet for kompleks PTSD-diagnose
- Andel med PTSD-symptomerne: genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed
- Andel med selvorganiserings symptomerne: affektregulering, selvopfattelse og relationer til andre.

Depression (MFQ)

- Samlet depressionsscore
- Andel med depressionssymptomer.

Dysfunktionelle traumerelaterede tanker (CPTCI)

- Samlet CPTCI-score
- Score på skrøbeligheds-subskala
- Score på varigt forandret-subskala.

5.2.1.1 PTSD-symptomer

I Tabel 5.1 præsenteres resultaterne af analyserne af virkningen af TF-CBT. Samlet set viser resultaterne, at der over forløbsperioden sker en betydelig og signifikant reduktion i deltagernes symptomer på PTSD. Reduktionen er signifikant for deltagere fra 13-17 år, som besvarer spørgeskemaet ITQ-CA, men ikke for deltagerne på 6-12 år.

For de yngre deltagere, som besvarer Thomas-testen, ses ingen statistisk signifikant reduktion i den samlede PTSD-score. Børnene på 8-12 år har et gennemsnit på 6,0 på Thomas-testens PTSD-score ved baseline og en score på 5,4 ved forløbets afslutning, altså en lille, men statistisk insignifikant reduktion. Som nævnt i afsnit 5.1.1.1 er det uvist, om de yngre børn ikke oplever samme reduktion i symptomer som de ældre deltagere, eller om det skyldes, at der er anvendt forskellige måleinstrumenter til grupperne.

De ældre deltagere fra 13 år og ældre har et gennemsnit på 16,7 på ITQ-CA-testens PTSD-score ved baseline og et gennemsnit på 11,7 ved afslutning. Det er en statistisk signifikant reduktion med en høj effektstørrelse målt ved Cohens d (-1,12).

For at kunne måle ændringen i PTSD for alle forløbsdeltagere, standardiseres PTSD-scoren. Standardiseringen medfører, at det er muligt at sammenligne ændringerne for alle deltagere, selvom de har udfyldt forskellige tests. Når PTSD-scoren er standardiseret, er den gennemsnitlige værdi for alle deltagere lig 0. Ved baselinemålingen er den gennemsnitlige værdi på scoren 0,41, hvilket er næsten en halv standardafvigelse over gennemsnittet. Ved afslutning er den gennemsnitlige værdi -0,31. Samlet set er forløbsdeltagernes PTSD-score altså faldet med næsten 1 standardafvigelse, hvilket er et markant fald. Det ændrer dog ikke på, at det hovedsageligt er de ældste deltagere på 13-17 år, som ser ud til at opleve en positiv udvikling, når vi måler på forløbsdeltagernes PTSD-symptomer ved opstart og afslutning.

Ses der på andelen af børn og unge, der opfylder kravene til en PTSD-diagnose, falder den fra 85 % ved opstart til 54 % ved afslutning. Forskellen er statistisk signifikant. Ved afslutningen er det således omkring halvdelen, der opfylder kravene til en PTSD-diagnose. Dette viser, at selvom der er en markant reduktion af PTSD-symptomer blandt de børn og unge, der deltager i et TF-CBT-forløb, så opfylder halvdelen stadig kriterierne til en PTSD-diagnose ved afslutningen. Det er derfor væsentligt at være opmærksom på, at en stor del af deltagerne sandsynligvis har behov for yderligere hjælp og støtte efter TF-CBT-forløbet.

Andelen med kompleks PTSD er faldet fra 64 % til 36 %, hvilket er en statistisk signifikant reduktion.

5.2.1.2 Depressionssymptomer

Børnene og de unge oplever et betydeligt fald i omfanget af depressionssymptomer i løbet af TF-CBT-forløbet. Depressionsscoren ligger på 15,7 ved opstart og er faldet til 9,0 ved afslutning. Det er et statistisk signifikant fald med en høj effektstørrelse (-1,01). Andelen, der opfylder kriterierne for en klinisk depression, falder betragteligt fra 81 % ved opstart til 31 % ved afslutning. Mens 4 ud af 5 børn eller unge havde symptomer på depression ved opstart, er det blot 1 ud af 4 børn eller unge, som har det ved afslutning.

5.2.1.3 Dysfunktionelle tanker

Endelig ser vi også et markant fald i omfanget af negative traumerelaterede tanker i løbet af projektperioden blandt deltagerne. Den samlede CPTCI-score er faldet fra 26,0 ved opstart til 19,3 ved afslutning. Det er et statistisk signifikant fald med en høj effektstørrelse (-0,84).

Tabel 5.1 Ændring i PTSD-symptomer, depression og negative traumerelaterede tanker fra baseline til afslutning. Barnets/den unges egen vurdering. Gennemsnit og procent.

	Baseline		Afslutning		Statistiske test			
	Gns.	Sd	Gns.	Sd	Forskel	p-værdi	N	Cohens d
PTSD								
PTSD-score, under 13 år	6,0	2,8	5,4	2,1	-0,6	0,58	8	-0,23
PTSD-score, 13+ år	16,7	4,4	11,7	4,6	-5,0	0,00	18	-1,12
PTSD-score (std.)	0,41	0,95	-0,31	0,86	-0,72	0,00	26	-0,76
Depression (MFQ)								
Depressionsscore	15,7	6,6	9,0	6,5	-6,7	0,00	26	-1,01
Negative tanker/traumer								
CPTCI-score	26,0	8,0	19,3	6,7	-6,7	0,00	26	-0,84
Skrøbelighed	10,5	3,3	8,4	2,9	-2,2	0,00	26	-0,65
Varigt forandret	15,5	5,1	10,9	4,2	-4,6	0,00	26	-0,89
PTSD								
Andel med PTSD-diagnose	85	37	54	51	-31	0,00	26	-0,84
Andel med kompleks PTSD-diagnose	64	49	36	49	-28	0,02	25	-0,57
Genoplevelse	92	27	73	45	-19	0,06	26	-0,71
Undgåelse	96	20	85	37	-12	0,08	26	-0,59

	Baseline		Afslutning				Statistiske test	
Vagtsomhed	88	33	77	43	-12	0,18	26	-0,35
Affektregulering	92	28	80	41	-12	0,19	25	-0,43
Selvopfattelse	80	41	60	50	-20	0,06	25	-0,49
Relationer	84	37	76	44	-8	0,43	25	-0,21
Depression (MFQ)								
Depressionssymptomer	81	40	31	47	-50	0,00	26	-1,24

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

5.2.2 Virkning af TF-CBT målt ved omsorgspersonens besvarelse før og efter indsatsen

I Tabel 5.2 vises ændringerne i de unges trivsel på baggrund af omsorgspersonernes vurdering ved baseline og afslutning. En forøgelse i KIDSCREEN-scorerne betyder en forøgelse i trivsel. For SDQ-scorerne forholder det sig omvendt. Her betyder et fald i scoren et fald i problemomfang og dermed øget mental trivsel (se afsnit 13.2 for nærmere beskrivelse af måleredskaberne).

Børnene og de unges overordnede trivsel målt ved KIDSCREEN er steget fra 80 til 93. Det er en signifikant positiv udvikling med en høj effektstørrelse (0,82). Der sker ligeledes statistisk signifikante positive ændringer på KIDSCREEN-subskalaerne (fysisk sundhed, humør og venner etc.). Den største positive ændring sker i forhold til børnene og de unges humør (effektstørrelse 0,75). Eftersom deltagerne særligt oplevede udfordringer med fysisk sundhed og humør ved opstart, er det positivt, at der ses en signifikant forbedring af trivslen på disse områder.

Analysen af SDQ viser, at der sker en statistisk signifikant reduktion i den samlede problemscore og i forhold til følelsesskalaen. Den samlede problemscore reduceres fra 18,0 til 14,7 (effektstørrelse -0,50), mens følelsesscoren reduceres fra 6,6 til 5,0 (effektstørrelse -0,74), og andelen, som ligger højt på følelsesproblemscoren, falder fra 58 % til 29 %.

På de andre subskalaer sker der ingen statistisk signifikant reduktion. Det vidner om, at TF-CBT-forløbet særligt har en virkning i forhold til barnets eller den unges indadadreagerende eller internaliserende symptomer. Det var også særligt her, at deltagerne havde problemer ved opstart. Det vil sige, at børnene og de unge ved forløbets afslutning ikke er lige så kede af det og er mere glade for livet. Disse resultater stemmer overens med barnets egen vurdering af deres tilstand, hvor der ses en markant reduktion i depressive symptomer.

Tabel 5.2 Ændring i KIDSCREEN-scorer og SDQ-scorer fra baseline til afslutning. Omsorgspersonens vurdering. Gennemsnit og procent.

	Baseline		Afslutning		Statistiske test			
	Gns.	Sd	Gns.	Sd	Forskel	p-værdi	N	Cohens d
KIDSCREEN-27								
Trivselsscore	80,0	15,9	93,0	15,7	13,0	0,00	24	0,82
Fysisk sundhed	12,9	4,5	15,6	3,6	2,7	0,00	24	0,59
Humør	20,2	4,6	23,6	4,3	3,5	0,00	24	0,75
Familie	24,0	5,1	26,6	4,8	2,7	0,00	24	0,52
Venner	11,1	3,3	13,6	3,6	2,5	0,00	24	0,74
Skole	11,8	3,4	13,5	3,5	1,7	0,00	24	0,50
SDQ								
Samlet problemscore	18,0	6,7	14,7	6,1	-3,3	0,01	24	-0,50
Jævnaldrende	3,7	2,1	2,9	2,1	-0,8	0,06	24	-0,39
Hyperaktivitet	5,3	2,7	4,8	2,7	-0,5	0,21	24	-0,19
Følelser	6,6	2,2	5,0	2,4	-1,6	0,00	24	-0,74
Adfærd	2,4	2,1	2,0	1,9	-0,5	0,28	24	-0,22
Sociale styrkesider	8,0	2,1	7,9	2,4	-0,2	0,70	24	-0,08
Trivsel og funktion	5,3	2,8	3,7	2,2	-1,6	0,01	18	-0,55
SDQ								
Samlet problemscore høj	67	48	58	50	-8	0,16	24	-0,17
Jævnaldrende høj	38	49	29	46	-8	0,16	24	-0,17
Hyperaktivitet høj	42	50	33	48	-8	0,33	24	-0,17
Følelser høj	58	50	29	46	-29	0,02	24	-0,58
Adfærd høj	46	51	29	46	-17	0,10	24	-0,33
Sociale styrkesider lav	21	41	21	41	0	1,00	24	0,00
Trivsel og funktion høj	78	43	72	46	-6	0,58	18	-0,13

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

5.2.2.1 Sammenligning med norske data

Der er gennemført et norsk randomiseret studie af TF-CBT med børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb eller vold. I dette studie fandt de også markante reduktioner i både PTSD- og depressionssymptomer samt forbedret mental trivsel (SDQ) hos de børn og unge, der deltog i TF-CBT-forløb. Effekttørrelserne var endda større, end hvad vi finder her (PTSD-diagnose $d = 1,92$, depressionssymptomer $d = 1,79$, mental trivsel (SDQ) $d = 1,42$).

Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at når der i det norske studie tages højde for kontrolgruppens udvikling, og der laves en samlet analyse af effekten, så bliver effektstørrelserne væsentligt mindre. De finder således en signifikant reduktion i andelen, der opfyldte kriterierne til PTSD-diagnose svarende til en effektstørrelse på 0,51 (Cohens d), en signifikant reduktion i depressive symptomer svarende til en effektstørrelse på 0,54 (Cohens d) samt en signifikant reduktion i mental trivsel (SDQ) svarende til en effektstørrelse på 0,45 (Cohens d).

Disse effektstørrelser er for PTSD og depression noget mindre end dem, vi finder i dette projekt (PTSD-symptomer $d = 0,76$, depressionssymptomer $d = 1,24$). Dette skyldes sandsynligvis, at det norske studie er et randomiseret kontrolleret studie og derfor et stærkere design til at vurdere effekter. Det ses ofte, at effekter er i mindre studier, hvor der også tages højde for udviklingen i en kontrolgruppe. For eksempel finder de i det norske studie også en relativt stor reduktion i PTSD-symptomer og depression hos deltagerne i kontrolgruppen, hvilket betyder, at effekten af TF-CBT bliver mindre.

Det er desuden vigtigt at være opmærksom på, at målgruppen i Norge er bredere, da den inkluderer børn og unge udsat for vold.

5.2.3 Virkning af TF-CBT ved opfølgning 3 måneder efter forløbet

Børnene og de unge har haft mulighed for at besvare et opfølgningsspørgeskema 3 måneder efter forløbets afslutning. Der er indsamlet i alt 15 besvarelser fra børn og unge. Omsorgspersonerne er ikke blevet bedt om at udfylde et spørgeskema på dette tidspunkt. I dette afsnit undersøges ændringerne fra forløbets afslutning til opfølgning (follow-up) for at vurdere, om den positive udvikling, der ses ved afslutning, lader til at vare ved.

Tabel 5.3 viser, at de forbedringer i symptomer, som deltagerne oplevede ved afslutning af TF-CBT-forløbet, fortsat ses ved opfølgningen 3 måneder efter. Ingen af udfaldene er ved opfølgningen statistisk signifikante fra værdierne ved afslutningen. 2 udfald er i nærheden af at være signifikante: Der er en yderligere reduktion i andelen, der opfylder kriterierne for kompleks PTSD og en reduktion i genoplevelsessymptomer. Det tyder således på, at der kan være symptomer, der reduceres yderligere i perioden umiddelbart efter TF-CBT forløbet er afsluttet.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at knap halvdelen af deltagerne fortsat opfylder kriterierne for en PTSD-diagnose 3 måneder efter TF-CBT-forløbets afslutning. Det indikerer, at en del børn og unge fortsat har brug for indsatser efter TF-CBT-forløbets afslutning.

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

	Afslutning		Opfølgning		Forskel	p-værdi	Statistiske test	
	Gns.	Sd	Gns.	Sd			N	Cohens d
PTSD								
PTSD-score, under 13 år	6,5	2,5	6,3	2,9	-0,3	0,39	4	-0,10
PTSD-score, 13+ år	11,7	4,5	10,7	5,1	-1,0	0,50	11	-0,22
PTSD-score (std.)	-0,2	0,9	-0,4	1,0	-0,2	0,41	15	-0,18
Depression (MFQ)								
Depressionsscore	10,6	6,5	10,3	7,2	-0,3	0,78	13	-0,05
Negative tanker/traumer								
CPTCI-score	21,3	7,4	20,6	7,9	-0,6	0,66	14	-0,09
Skrøbelighed	9,4	2,8	8,7	3,2	-0,6	0,34	14	-0,23
Varigt forandret	11,9	4,7	11,9	4,8	0,0	1,00	14	0,00
Andel med PTSD-diagnose	60,0	50,7	46,7	51,6	-13,3	0,43	15	-0,26
PTSD								
Andel m. kompleks PTSD-diagnose	40,0	50,7	26,7	45,8	-13,3	0,16	15	-0,26
Genoplevelse	80,0	41,4	53,3	51,6	-26,7	0,10	15	-0,64
Undgåelse	80,0	41,4	86,7	35,2	6,7	0,58	15	0,16
Vagtsomhed	86,7	35,2	86,7	35,2	0,0	1,00	15	0,00
Affektregulering	80,0	41,4	80,0	41,4	0,0	1,00	15	0,00
Selvopfattelse	66,7	48,8	53,3	51,6	-13,3	0,33	15	-0,27
Relationer	86,7	35,2	73,3	45,8	-13,3	0,43	15	-0,38
Depression (MFQ)								
Depressionssymptomer	38,5	50,6	38,5	50,6	0,0	1,00	13	0,00

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

5.2.4 Relationen mellem terapeuten og den unge under TF-CBT-forløbet

I dette afsnit beskrives den terapeutiske relation mellem børnenes og de unges TF-CBT-terapeut. Både deltagerne og terapeuterne er blevet bedt om at vurdere, hvordan relationen har været på to tidspunkter i forløbet (omkring session 3 og 10).

Børnene og de unge har besvaret TASC (*Therapeutic Alliance Scale for Caregivers*), som er i stand til at indfange deres oplevelse af relationen til deres terapeut. Terapeuterne har på samme tidspunkt vurderet, hvordan barnet eller den unge oplever relationen til dem som terapeut.

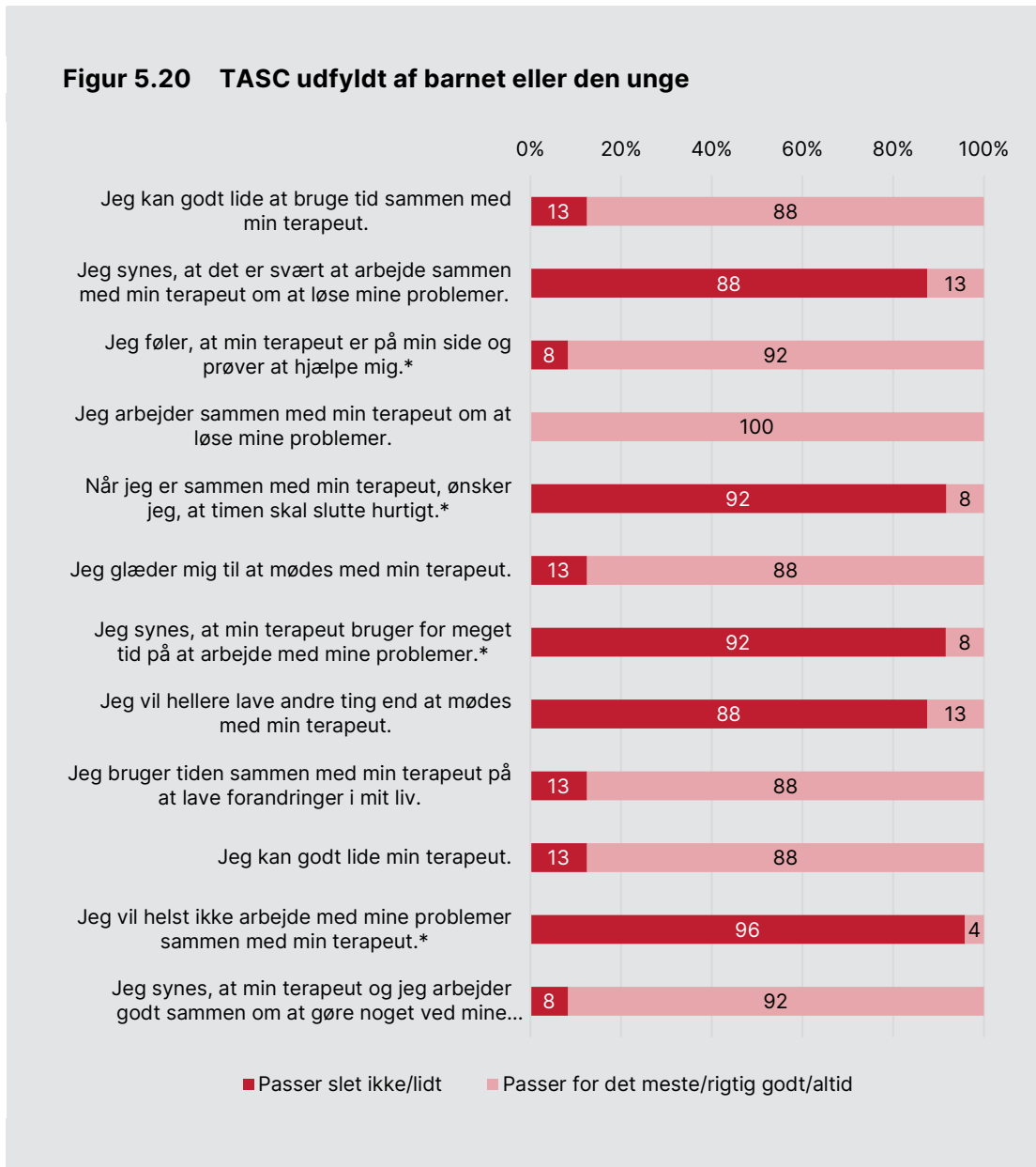
Børnene og de unge er stillet 12 spørgsmål og er bl.a. blevet bedt om at vurdere, hvor enige eller uenige de er i følgende udsagn: *"Jeg kan godt lide at bruge tid sammen med min terapeut"* eller *"jeg føler, at min terapeut er på min side og prøver at hjælpe mig"*. Svarkategorierne er "passer slet ikke", "passer lidt", "passer for det meste", "passer rigtig godt/altid". På baggrund af de 12 spørgsmål dannes en samlet score mellem 12 og 48, hvor 48 er den bedste mulige relation. Tilsvarende dannes en samlet score for terapeutens vurdering.

Den samlede score hos børn og unge har et gennemsnit på 43 med en standardafvigelse på 5, både i starten af forløbet og ved forløbets afslutning. Det vil sige, at børnene og de unges oplevelse af relationen til deres terapeut er virkelig god og ligger tæt på den maksimale score på 48. De oplever ligeledes, at relationen er god både i starten og i slutningen af forløbet. Standardafvigelsen på 5 viser, at der ikke er særlig stor variation omkring gennemsnittet: Børnene eller de unges besvarelser ligger kun omkring 5 point under eller over gennemsnittet på 43.

Terapeuterne vurderer ligeledes, at relationen er god, men vurderer den dog en smule dårligere end børnene og de unge. Den samlede score har et gennemsnit på 40 med en standardafvigelse på mellem 5 og 6 både ved opstart og afslutning. Samlet set viser de høje TASC-scoringer, at ingen børn eller unge oplever en decideret dårlig relation til deres terapeut – og ingen børn eller unge oplever dermed et lavere udbytte af TF-CBT som følge af en dårlig terapeutisk relation. Dermed er det ikke muligt at belyse, om de virkninger, der er skitseret i de foregående analyser, vil kunne opnås, hvis barnet eller den unge ikke oplever, at der er en god terapeutisk relation imellem dem og terapeuten. Den høje TASC-score kan delvist skyldes, at en del af de børn og unge, der har modtaget TF-CBT-forløbet, kendte deres terapeut, inden de gik i gang med forløbet. Det er dermed muligt, at de kan have etableret en positiv relation allerede i forbindelse med udredningen, og dermed inden forløbet gik i gang.

Figur 5.20 viser, hvordan børnene og de unges svar fordeler sig på de 12 spørgsmål ved forløbets opstart (session 3, 4 eller 5). På dette tidspunkt har børnene og de unge nået at få et vist kendskab til terapeuten og en fornemmelse af, hvordan det er at deltage i TF-CBT-forløbet. Da der stort set ikke er nogen forskel til den anden måling, vises kun den første måling her.

Figuren viser, at langt de fleste af børn og unge oplever en god relation til deres terapeut. Alle oplever at arbejde sammen med terapeuten om at løse deres problemer, 92 % oplever, at terapeuten er på deres side og prøver at hjælpe, og 88 % glæder sig til at mødes med deres terapeut.



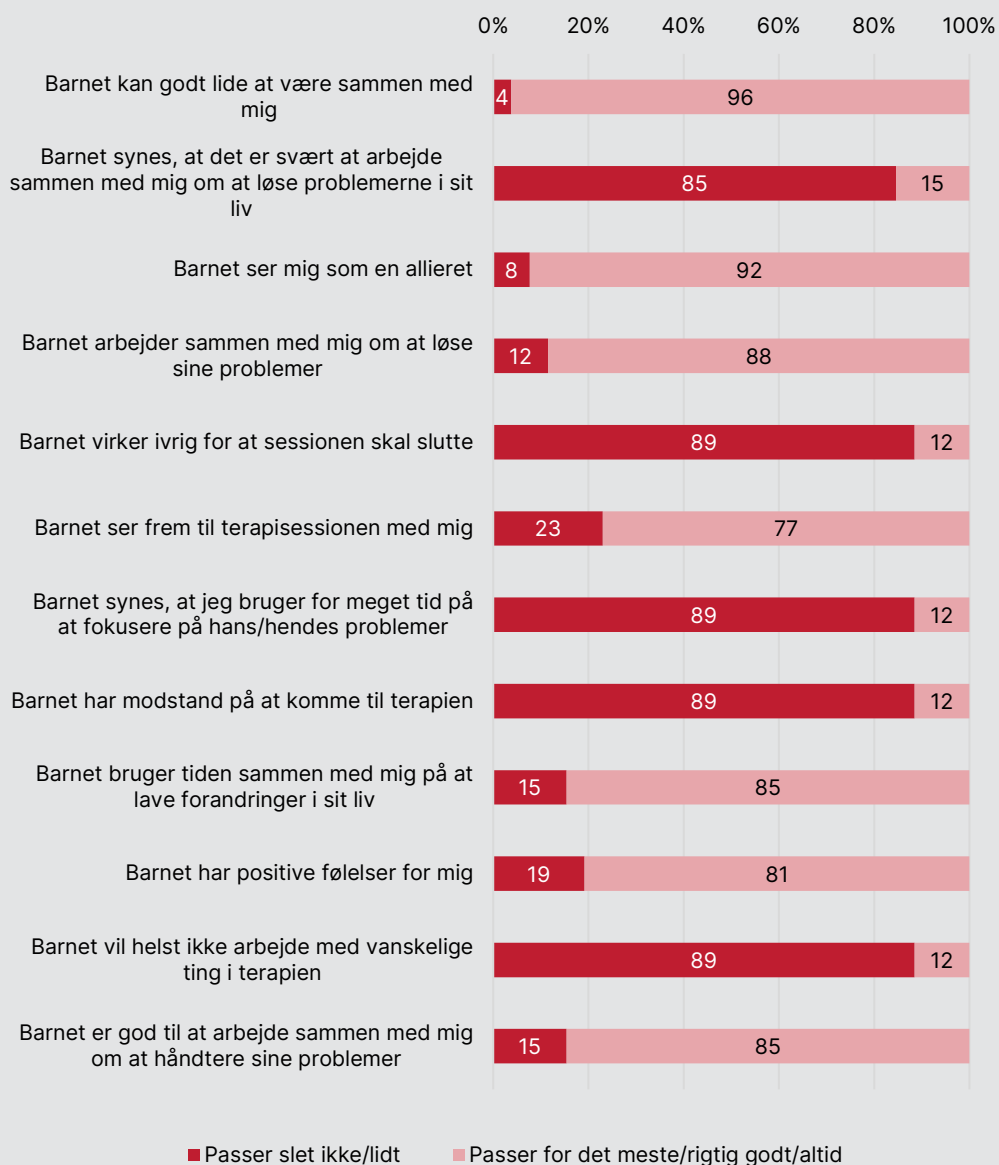
Anm.: N = 24

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

Figur 5.21 viser terapeutens oplevelse af relationen til barnet eller den unge. Terapeuterne har stort set samme oplevelse som barnet eller den unge, nemlig at relationen er velfungerende på mange områder. 85 % af terapeuterne oplever, at barnet eller den unge er i stand til at arbejde godt sammen med terapeuten

med henblik på at få løst barnets eller den unges problemer, og 96 % af terapeuterne oplever, at barnet eller den unge kan lide at tilbringe tid sammen med terapeuten.

Figur 5.21 TASC udfyldt af terapeuten



Anm.: N = 26

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelse til terapeuter, som deltager i TF-CBT.

5.3 Brugernes perspektiver

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. Afsnittet beskriver først de unges oplevelser, dernæst omsorgspersonernes oplevelser.

Afsnittet er baseret på interview med 4 unge og 8 omsorgspersoner (se Boks 5.4 samt afsnit 13.3 for nærmere beskrivelse af dataindsamling og databehandling). Et særligt opmærksomhedspunkt er, at der udelukkende er gennemført interview med unge og omsorgspersoner, der har afsluttet behandlingen. Der er således ikke gennemført interview med personer, der har fravalgt behandlingen eller er stoppet før tid. Disse perspektiver er også væsentlige for at forstå TF-CBT fra et brugerperspektiv, men er ikke mulige at inkludere i denne evaluering.

Boks 5.4 Data og metode

De unge

Der er gennemført interview med 4 unge i alderen 15-17 år – 1 dreng og 3 piger. De 4 unge har været i behandling hos 3 forskellige terapeuter. Af hensyn til de unges anonymitet angiver vi ikke i analysen deres køn, alder eller hvilken terapeut, de har været i behandling hos.

Omsorgspersonerne

Der er gennemført interview med 8 omsorgspersoner. De er alle forældre til en ung i behandling, og repræsenterer i alt 6 forskellige familier. 2 fædre og 6 mødre har deltaget i interview. Af hensyn til omsorgspersonernes anonymitet angiver vi ikke i analysen, hvilken af de unge de har deltaget i et forløb med, eller hvilken terapeut der har forestået behandlingen.

Interviewtemaer

Interviewene omhandlede 6 temaer: 1) baggrund, fx beslutning om deltagelse og forventninger, 2) forløbets indhold, fx behandlingens organisering og relation til terapeuten, 3) udførelse, fx arbejdet med traumehistorien og øvebogen, 4) motivation, fx oplevelse af at komme i børnehuset, 5) forandringer, fx trivsel og traumesymptomer, 6) deltagelse, fx valg af omsorgsperson(er) og praktiske forhold.

5.3.1 De unges oplevelser med TF-CBT

I dette afsnit skitseres, hvordan de 4 unge, der har deltaget i interview, har oplevet deres deltagelse i TF-CBT-forløbet. Afsnittet belyser, hvordan beslutningen om deres deltagelse blev truffet, hvordan de unge har oplevet behandlingens indhold og udførelse, hvilke forandringer de har oplevet i løbet af og efter forløbet, samt hvordan behandlingen har spillet sammen med de unges øvrige hverdag.

5.3.1.1 Beslutning om deltagelse

De unge har i starten af interviewene beskrevet, hvordan det blev besluttet, at de skulle deltage i traumebehandlingen, samt hvem eller hvilke omsorgspersoner der skulle deltage.

De fleste unge fortæller, at beslutningen om deltagelse var truffet på forhånd, som en af dem siger: *"Det besluttede mine forældre"* (Ung 4). Selvom det kun er én af de unge, der giver udtryk for at være blevet inddraget i beslutningen, så fortæller de fleste, at de ønskede en eller anden form for behandling for at få det bedre og derfor var indstillet på at deltage. De unge fortæller også, at de ikke vidste meget om forløbet, inden de startede, og derfor ikke havde nogle forventninger.

Ligeledes fortæller de fleste unge, at beslutningen om, hvem eller hvilke omsorgspersoner der skulle deltage i behandlingen, også var truffet på forhånd. En af de unge siger:

Det blev sådan lidt besluttet, at de begge [forældre] skulle deltage. [...] Det havde jeg det helt fint med. Det er meget dejligt, så de også kan følge med. (Ung 2)

På trods af, at beslutningen om, hvem der skulle deltage sammen med dem, var truffet på forhånd, så giver alle unge i lighed med interviewuddraget udtryk for, at de var tilfredse med, at den eller de pågældende omsorgsperson(er) deltog, og ingen nævner, at en anden burde have deltaget i stedet.

5.3.1.2 Behandlingens indhold og udførelse

Omdrejningspunktet for behandlingssessionerne med de unge har været at arbejde med de udfordringer, som de unge oplevede (fx søvnproblemer eller angst) samt traumet (arbejdet med traumet beskrives i afsnit 5.3.1.3).

De unge fortæller, at de gennem behandlingssessionerne og øvelser hjemme har lært forskellige redskaber og teknikker. De unge nævner særligt vejtrækningsøvelser samt teknikker til at ændre fokus, men også afslapningsøvelser (fx musik). Redskaberne og teknikkerne kan de anvende i forskellige situationer, når de oplever konkrete udfordringer, som én af de unge siger: *"Altså kunne jeg virkelig ikke koncentrere mig, så var den [øvelse], hvor jeg skulle tænke på noget nemmere end vejtrækning [øvelse]"* (Ung 4). De unge fortæller overordnet set, at de var glade for både at arbejde med redskaberne og teknikkerne til sessionerne og i hjemmet, om end flere af de unge fortæller, at de nogle gange glemte at lave øvelserne. Flere giver udtryk for, at det kunne være svært at huske at lave øvelserne, når den øvrige hverdag satte ind.

Om relationen til terapeuten fortæller alle de interviewede unge, at relationen var god. Nogle af de unge kendte terapeuten fra tidligere forløb i Børnehuset, og det skabte tryghed at vide, at det var den samme terapeut, som skulle stå for traumebehandlingen. En af de unge fortæller:

Det der med at hun [terapeut] var der fra starten, og jeg havde snakket med hende før. Jeg kendte hende allerede, og følte ikke at jeg skulle starte på ny. Og så også – hun er meget forstående, og tog tingene meget stille og roligt. (Ung 1)

En af de unge, der derimod ikke kendte terapeuten på forhånd, fortæller, at deres relation i starten var udfordret, men at den blev bedre i takt med, at den unge forstod, at terapeuten ønskede at hjælpe. De unge giver overordnet set udtryk for en god og fortrolig relation til terapeuten, som citatet ovenfor også illustrerer. Andre unge beskriver deres relation til terapeuten som tillidsfuld og omsorgsfuld. De kvalitative interview med de unge understøtter således fundene vedrørende den terapeutiske relation mellem børnene, de unge og deres TF-CBT-terapeut (målt via TASC) skitseret i afsnit 5.2.4.

Selve behandlingsforløbet opbygning med separate sessioner for henholdsvis de unge og deres omsorgsperson(er) har ifølge de unge fungeret godt. I nogle tilfælde har der været et overlap med deres omsorgsperson i sessionerne, hvis der eksempelvis har været nogle praktiske beskeder, der skulle gives. Derudover var de fleste af de unge trygge ved at komme i børnehuset, som nogle som nævnt kendte fra tidligere forløb. En af de unge havde dog tidligere været til videoafhøring i børnehuset og oplevede i løbet af behandlingen at møde den person, der stod for afhøringen:

Ovenpå [i børnehuset] der er der samtalelokaler, nede under der er der forhørslokaler. Så du bliver forhørt samme sted, som du skal til psykolog, og det synes jeg, virkelig er... er virkelig nedern. Fordi for et par gange siden, der mødte jeg hende, jeg var blevet... øh, hvad

hedder sådan noget, forhørt af, da jeg var mindre, og det sætter sig bare sådan noget, for det har man jo ikke lyst til. (Ung 3)

For denne unge var det ubehageligt at møde den person, der havde stået for videoafhøringen, hvilket havde en negativ betydning for, hvordan vedkommende oplevede at komme i børnehusets fysiske rammer.

5.3.1.3 Arbejdet med traumet

Inden de unge startede med at arbejde med traumehistorien, var den blevet introduceret af terapeuten, og de havde talt om, hvordan de skulle arbejde med den. På tidspunktet for interviewet var alle 4 unge enten i gang med traumehistorien eller havde afsluttet behandlingen. De unge, der har deltaget i interview, valgte alle at skrive historien ned. I løbet af behandlingen blev historien læst højt, og til sidst i forløbet blev historien læst op for den eller de omsorgsperson(er), der havde deltaget. For de unge var arbejdet med traumet en vanskelig proces – for nogle fordi de ikke havde talt med nogen om det før, og for andre fordi de havde forsøgt at glemme det. For alle de unge var det derfor forbundet med svære følelser at arbejde med traumehistorien.

I løbet af behandlingen oplevede de unge, at det gradvist blev nemmere at tale om traumet. Flere af de unge fortæller, at det særligt var brugen af 'termometeret', hvor de skulle angive på en skala fra 1 til 10, hvordan de havde det i løbet af traumehistorien, der hjalp dem til at se deres udvikling. En af de unge siger: *"Hvis man sagde et lavere nummer end sidste gang, så kunne man godt fornemme at det blev bedre"* (Ung 1). På den måde gjorde termometeret de unges oplevelse af progression håndgribelig. For en af de andre unge var det særligt det, at historien blev læst op af terapeuten, der hjalp i arbejdet med traumet:



Jeg synes, det har hjulpet meget, fordi når hun [terapeut] først begynder at læse op – jo, jeg ved godt, at det er mig, det handler om, men det er rart, at det er en ny stemme, der kommer på, som læser det op. Så det ikke er mit hoved og min stemme, der sådan læser det op... Ja, det bliver bare sådan noget helt andet.

Ung 2

For denne unge skabte det således en form for afstand til traumet, at historien blev læst op af en anden stemme.

Selvom de unge har oplevet svære følelser i arbejdet med traumehistorien, så nævner nogle af dem specifikt nødvendigheden af at arbejde direkte med traumat for at opleve forandringer. En af de unge fortæller om dette, da vedkommende beskriver, hvad der har været det bedste ved forløbet:

Ung 3: 'Det er at få den rette hjælp, og få det ud af verden, så man kan fokusere på noget godt igen.'

Interviewer: 'Havde du prøvet noget andet hjælp før?'

Ung 3: 'Jeg havde prøvet terapeut og sådan noget, og det var også fint nok, men jeg har ikke prøvet [noget] lige så godt som ved [navn på TF-CBT terapeut].'

Interviewer: 'Kan du sætte en finger på, hvad det er ved det her forløb, der har fungeret?'

Ung 3: 'Jamen altså, jeg tror bare, at det er, fordi man graver ned i det, indtil man ikke gider grave ned i det mere. Og hvis man kun lige vil tage overfladen, så er det det. Så man bestemmer selv.'

Interviewer: 'Og det kunne man ikke på samme måde hos den anden terapeut?'

Ung 3: 'Nej, der var det bare hverdagssnak.'

I dette uddrag fremhæver den unge vigtigheden af at arbejde direkte med traumat frem for 'hverdagssnak', men den unge betoner også betydningen af at have kontrol over, hvornår man ønsker at tale om traumat, og hvornår man gerne vil tale om noget andet.

Da traumehistorien skulle læses op for omsorgspersonen eller omsorgspersonerne, valgte de fleste unge, at det var terapeuten, der skulle læse historien højt. De fortæller, at de havde det "stramt" med, at omsorgspersonen skulle høre historien, eller syntes det "kom for tæt på", hvis de selv skulle læse historien op. En af de unge ville derimod gerne selv læse historien op for sin omsorgsperson og begrundede det således: "Fordi at det er min historie, og jeg ville gerne, da det er personligt. Og så ville jeg gerne snakke til mor" (Ung 3). De unge har således arbejdet med traumehistorien på forskellige måder alt efter deres egne behov og ønsker, hvilket er sket i dialog med terapeuten.

5.3.1.4 Oplevede forandringer

Inden de unge startede i traumebehandlingen, beskriver de alle, at de oplevede forskellige udfordringer i deres hverdag og havde flere traumesymptomer (se også afsnit 5.1.1). En af de unge fortæller her, hvordan vedkommende havde det i tiden inden forløbet: *“Generelt ked af det og tænkte meget over det hele”* (Ung 4). En af de andre unge fortæller om lignende udfordringer, før vedkommende startede i traumebehandlingen:



Inden [behandlingsforløbet], der havde jeg det ikke sådan særligt godt. Jeg var meget ængstelig og meget ked af det hele tiden. Jeg havde ikke så meget lyst til ting. Så jeg havde det ikke sådan vildt godt.

Ung 1

Alle 4 interviewede unge fortæller i lighed med uddraget om en hverdag inden forløbet præget af tristhed og uro. Dertil havde nogle af de unge mareridt og oplevede flashbacks til den traumatiserende begivenhed, mens en af de interviewede unge også havde en selvskadende adfærd. De kvalitative interviews med de unge bekræfter således fundene i den kvantitative analyse af målgruppens symptomer ved baselinemålingen skitseret i afsnit 5.1.

På tidspunktet for interviewene manglede nogle af de unge 1-2 behandlings-sessioner, men de giver alle udtryk for, at de har oplevet en positiv udvikling som følge af behandlingen. De fortæller alle, at deres traumesymptomer er blevet reduceret, men de fleste oplever fortsat nogle symptomer (fx tristhed eller mareridt). Også her bekræfter interviewene med de unge fundene i de kvantitative analyser af virkningen af TF-CBT-behandlingen skitseret i afsnit 5.2.1.

Nogle af de unge har dog ikke kun oplevet en udvikling i forhold til deres specifikke traumesymptomer, men beskriver også, at de har gennemgået en personlig udvikling i løbet af behandlingen. En af de unge fortæller i det følgende om tiden inden forløbet samt oplevede forandringer i løbet af behandlingen:

[Inden forløbet] der havde jeg det rigtig rigtig svært i hvert fald, og var sådan... Jeg havde det virkelig dårligt. Jeg var utryg hele tiden, og kunne ikke finde rundt på ting, jeg kunne ikke overskue noget. Og der skulle ikke meget... Altså folk og mennesker omkring mig, de skulle bare lave et eller andet ansigtsudtryk, og så var jeg bare helt

nede. Men altså nu, der skal der meget til, før folk får skudt mig ned. Jeg kan i hvert fald godt stå ordentligt og stærkt på mine egne ben. (Ung 2)

Denne ung beskriver i uddraget, at behandlingen har bidraget til, at vedkommende har udviklet sig personligt og fået større selvtillid. En af de andre unge beskriver en lignende udvikling og fortæller, at vedkommende har fået både større selvtillid og mere selvværd efter forløbet.

En af de væsentligste forandringer, som flere af de unge fremhæver, er, at de oplever, at de og deres nærmeste omsorgsperson(er) – der har deltaget i forløbet – har fået en fælles forståelse for, hvad der er sket, den unges reaktioner, og hvordan disse kan håndteres i dagligdagen. En af de unge siger:

Vi forstår hinanden lidt mere. Min mor har snakket om nogle ting, der gik hende på. Og så, nu forstår vi hinanden lidt mere. Nu har vi det bare generelt endnu bedre sammen. (Ung 1)

Nogle af de andre unge fortæller, at de før forløbet ofte kom op at skændes med deres nærmeste omsorgsperson(er), men at dette sker mindre efter forløbet. Som en af de unge beskriver i det følgende i forhold til relationen til sin mor:

Der [inden behandlingsforløbet] kunne vi ikke snakke om noget, vi diskuterede meget, og jeg stak meget af og sådan noget. Og nu kan – vi øver stadig, det gør man jo – men vi kan snakke om pressede ting, og så kan vi sige til hinanden, hvis vi skal have pause, at nu skal vi have pause, og så må vi tage den senere. Det kunne vi ikke før. Så det har hjulpet rigtig meget. (Ung 3)

De unge beskriver således ikke blot forandringer i relation til deres traumesymptomer, men beskriver også, at behandlingen har haft positiv betydning for deres personlige udvikling samt omsorgsrelationer.

5.3.1.5 Hverdagen i konteksten af behandlingen

For de interviewede unge har behandlingssessionerne ligget i deres skoletid. De giver alle udtryk for, at der har været et fint samarbejde med skolen, og at der ikke har været udfordringer med at få fri til behandlingen. Dog fortæller en af de unge, at skolen i starten manglede forståelse for anvendelsen af teknikkerne i skoletiden, men at terapeuten her tog kontakt til skolen, hvilket bidrog til en større forståelse fra skolens side.

I sessionerne arbejder de unge som nævnt med temaer, der kan være vanskelige at tale om og forbundet med svære følelser. For flere af de unge har dette

påvirket deres øvrige hverdag, da de har oplevet det udmattende at have deltaget i behandlingssessionerne i tiden umiddelbart efter – og for én af de unge påvirker det også vedkommendes skolegang dagen efter behandlingen, hvor den pågældende kan opleve at blive ked af det:

Det [perioder hvor vedkommende er ked af det] svinger. Det kommer nogle gange... Så er der lige sådan en dag – tit onsdag [dagen efter behandlingen], der tager jeg ikke i skole. Det kan jeg ikke. Det kan jeg simpelthen ikke overskue. (Ung 2)

De andre unge beskriver, at de i tiden umiddelbart efter en behandlingssession har behov for at slappe af, falde ned og finde sig selv igen.

Nogle af de unge fortæller, at det, at behandlingen finder sted uden for hjemmet, hjælper dem positivt i forhold til deres øvrige hverdag. En af de unge siger: "Når jeg snakker med [navn på terapeut] derovre. I børnehuset. Så når jeg er færdig, vinker jeg bare lige farvel, og så kan jeg gå tilbage til det, jeg gjorde før" (Ung 1). For denne unge betød fremmødet i børnehuset, at vedkommende kunne lægge de svære samtaler dér og bagefter fortsætte med sin hverdag. En lignende oplevelse fortæller en af de andre unge om:

Det er sådan, når vi kommer ud i børnehuset, så ved jeg godt, at det er her, vi skal snakke om de ting, som jeg ikke har lyst til, men det er sådan trygt og befriende. Fordi i dagligdagen går jeg ikke og tænker over det så meget. Der er lige nogle påmindelser, men ellers ikke. (Ung 2)

På trods af at denne unge ikke havde lyst til at tale om traumet, så fungerede det alligevel at gøre det i børnehuset, da vedkommende på den måde vidste, at det var her, de talte om det, og således ikke skulle bekymre sig om at skulle tale om det uden for børnehuset.

5.3.2 Omsorgspersoners oplevelser med TF-CBT

I dette afsnit beskriver vi, hvordan de 8 omsorgspersoner, der har deltaget i interview, har oplevet deres deltagelse i TF-CBT-forløbet. Omsorgspersonerne er en del af behandlingen sammen med det barn eller den unge, der har været udsat for et seksuelt overgreb.

Afsnittet belyser, hvordan beslutningen om deltagelse blev truffet, hvordan de har oplevet behandlingens indhold og udførelse, hvilke forandringer de har oplevet hos den unge i løbet af og efter forløbet, samt hvordan behandlingen har spillet sammen med deres øvrige hverdag.

5.3.2.1 Beslutning om deltagelse

Omsorgspersonerne fortæller alle om en svær tid efter de traumatiske hændelser, som den unge har oplevet. De oplevede eksempelvis en ung, som var ulykkelig, havde angst, PTSD eller havde selvskadende adfærd (fx selvmordsforsøg) (se også afsnit 5.2.1, hvor fundene i de kvantitative analyser bekræfter omsorgspersonernes oplevelser). Derfor havde flere af dem opsøgt hjælp, eksempelvis i børnepsykiatrien eller børnehuset, og flere af de unge havde deltaget i forløb her, inden de startede i et TF-CBT-forløb. Det var ofte i forbindelse med afslutningen af disse forløb, at enten børnehuset eller en sagsbehandler i kommunen fortalte dem om muligheden for at deltage i et TF-CBT-forløb. Ingen af omsorgspersonerne kendte således forløbet på forhånd, men blev gjort opmærksom på det af andre.

Det var omsorgspersonerne, der blev informeret om TF-CBT-forløbet først, og blandt de fleste af de interviewede omsorgspersoner traf de beslutningen om deltagelse og fortalte efterfølgende den unge om forløbet og beslutningen. Som denne omsorgsperson fortæller:

Vi fortalte [ung], at det var sådan her, det blev, og det var det, vi skulle. Og det kunne [ung] godt se. Jeg var ret spændt på om [ung] ville tage det til sig, og om [ung] ville samarbejde. Og det gik lynhurtigt op for os, at det ville [ung] gerne. (Omsorgsperson 7)

Selvom de unge i de fleste tilfælde først blev informeret efter beslutningen, så giver omsorgspersonerne udtryk for, at de unge ønskede hjælp og behandling og derfor var indstillet på forløbet. I enkelte tilfælde talte omsorgspersonen og den unge om forløbet, inden beslutningen blev truffet.

Beslutningen om, hvem eller hvilke omsorgspersoner der skulle deltage sammen med den unge, blev ligeledes ofte truffet af omsorgspersonerne, uden at den unge blev taget med på råd. De interviewede omsorgspersoner var alle forældre til en ung, der deltog i et TF-CBT-forløb, og i flere tilfælde havde begge forældre deltaget i behandlingen. De fleste forældre havde deltaget i behandlings-sessioner sammen, men i nogle tilfælde havde forældrene delt sessionerne mellem sig (fx hvis de var skilt), som denne omsorgsperson forklarer:

Til at starte med var det os alle 3 [terapeut og begge forældre], hvor vi så – jeg mener det var efter anden gang – blev enige om, at det var mere fordelagtigt [at have separate sessioner], fordi man kan tale dybere ind i tingene, hvis man kommer ind enkeltvis og ligesom kan fokusere på de ting og den vinkel, som man selv kommer med. Så det gav måske mere mening for den voksne persons rolle i forhold til [ung] og i forhold til det, der er sket. (Omsorgsperson 1)

For dette forældrepar havde de behov for at deltage hver for sig, da de begge havde nogle individuelle problemstillinger, som de gerne ville fokusere på i behandlingen. Det har dog også betydet – som denne omsorgsperson fortæller senere i interviewet – at vedkommende har en oplevelse af at "glippe" noget af behandlingen, eksempelvis det arbejde og de øvelser, som fandt sted de gange, hvor vedkommende ikke deltog.

5.3.2.2 Behandlingens indhold og udførelse

Selve behandlingen i TF-CBT-forløbet har primært fokus på barnet eller den unge, som har været udsat for seksuelle overgreb. For de deltagende omsorgspersoner har omdrejningspunktet for forløbets indhold derfor været at få viden om og redskaber til, hvordan de kan tale (eller ikke tale) om de traumatiske hændelser, og hvordan de kan håndtere den unges reaktioner samt støtte vedkommende i bestemte situationer.

Omsorgspersonerne fortæller, at de alle har fået konkrete redskaber til at håndtere den unges reaktioner i hverdagen. Eksempelvis fortæller en af omsorgspersonerne, hvordan dette forældrepar har fået redskaber til at håndtere den unges udfordringer med fysisk kontakt efter den traumatiske hændelse:

[Ung] havde det meget svært ved sin far, fordi han var mand. Derfor kunne [navn på far] ikke nærme sig med knus. Og han har altid haft den der 'fars lille pige'. Det var mega hårdt og en sorg for ham, at hun sagde: 'Du skal bare blive væk'. Det har jo ikke noget med ham at gøre. Det er hendes egen måde at sige, at 'der er nogle ting der er sket med mig, og jeg har brug for at trække mig for at hele'. Det har vi arbejdet meget på herhjemme og sagt... Det er jo ikke sikkert, det ikke kommer igen på et andet tidspunkt, men vi har respekteret hendes afgrænsning for kram og knus og berøring. Altså, jeg spørger om lov, eksempelvis: 'må jeg give dig et kram?'. Det er et helt konkret værktøj vi har lært derude fra [børnehuset].

(Omsorgsperson 4)

I denne familie har den traumatiske hændelse ændret familiens kropslige intimitet, da den unge har haft behov for at sætte grænser for, hvornår vedkommende ønsker kropslig kontakt. Andre omsorgspersoner fortæller, hvordan de har fået redskaber til håndteringen af den unges angst i bestemte situationer (fx afslapningsøvelser), eller at de har fået viden om den unges reaktioner og herigennem udviklet en større forståelse, så omsorgspersonerne bedre kan undgå frustration.

I hjemmet har den unge arbejdet med øvelserne og teknikkerne i den tilhørende øvebog, og omsorgspersonerne giver generelt udtryk for, at det har fungeret

godt også at skulle træne teknikker i hjemmet (fx mindfulness, vejrtrækningsøvelser og afslapningsøvelser). I nogle tilfælde fortæller de dog, at den unge ikke altid har fået lavet øvelserne, da de godt kan blive glemt i hverdagen og ungelivet.

Flere af omsorgspersonerne beskriver, at terapeuten i løbet af behandlingen har fungeret som budbringer – eller som en af omsorgspersonerne beskriver det en form for "tolk" – mellem den unge og omsorgspersonerne ved først at tale med den unge om, hvad omsorgspersonen skulle have at vide (fx om hændelserne, eller hvad der fylder hos den unge i øjeblikket). Dette, giver flere af omsorgspersonerne udtryk for, har bidraget til, at de har fået en større forståelse for den unges oplevelser og reaktioner.

De fleste omsorgspersoner giver udtryk for, at forløbets opbygning med det givne antal sessioner og indhold har været passende. I ét tilfælde oplevede omsorgspersonen dog forløbets afslutning som brat. Den pågældende omsorgsperson har derfor et ønske om, at forløbet gradvist udfases, så det ikke slutter fra den ene uge til den anden:

Så man lige havde to-tre gange, hvor man lige får lukket det helt. Det kunne være rigtig godt [...]. I stedet for at det bare er 15 gange og så [markerer 'slut' med hånden]. Så havde det måske været meget rart med – fordi man skal også have en eller anden begrænsning. At det slutter her. Og det har børnene måske også godt af at vide, at det er hertil. Men så havde det været rart at mødes og snakke om, hvordan forløbet har været. (Omsorgsperson 8)

I uddraget giver omsorgspersonen udtryk for, at det er godt med en fast begrænsning på antallet af sessioner, men at det ville have været rart, hvis man i slutningen af forløbet havde et par gange, hvor man kunne snakke om selve forløbet. Konkret foreslår vedkommende 2-3 gange, hvor man mødes med terapeuten med nogle ugers mellemrum for at følge op på, hvordan det går, og hvordan redskaberne og teknikkerne fungerer i hverdagen efter forløbet.

5.3.2.3 Arbejdet med traumet

Blandt omsorgspersonernes forløb var alle på nær ét forløb i gang med eller havde afsluttet arbejdet med traumehistorien på tidspunktet for interviewet. For flere af dem var det gennem forløbet, at de første gang fik en detaljeret fortælling om, hvad der skete i forbindelse med de traumatiske hændelser.

Alle omsorgspersoner giver udtryk for, at det har været svært for dem at høre traumehistorien, og at de også oplever, at det har været svært for den unge at

arbejde med historien. De har dog en oplevelse af, at det gradvist blev nemmere for den unge at tale om hændelserne, som behandlingen skred frem. Nogle af omsorgspersonerne fortæller også, at det at høre historien gjorde det nemmere for dem selv at komme videre. I det følgende fortæller en af omsorgspersonerne om den session, hvor traumehistorien blev læst op:

Jeg kunne bruge den til at få en ro i, at [ung] havde været åben og ærlig og havde fået noget ud af det. Selve historien havde jeg ikke synderligt meget brug for at få genfortalt. Men det er jo sådan noget, man skal igennem. Der var jo heldigvis ikke noget nyt i den historie, kan man sige, så det var lige den time, man skulle igennem, og så synes jeg bagefter, så har det været nemmere at lægge den i rygsækken. (Omsorgsperson 6)

Denne omsorgsperson fik en ro ved at høre historien, da vedkommende kunne se, at den unge havde udviklet sig gennem forløbet, samtidig med at det blev nemmere for vedkommende selv at lægge historien fra sig.

Inden traumehistorien blev læst op for omsorgspersonerne, fortæller de i lighed med de unge, at omsorgspersonerne sammen med terapeuten og efter de unges ønsker var blevet forberedt på, hvordan historien skulle fortælles, og hvad der skulle ske efterfølgende. En omsorgsperson siger:

Den sidste gang, der skal [ung] læse historien – [ung] har skrevet en historien – og den skal vi høre. Og vi er også forberedt på den historie. Den øver vi også, både [den anden omsorgsperson] og jeg. Så det ender med, at vi skal kunne fortælle den historie, hvor sådan noget som vores følelser og alle de her ting ikke skal gøre, at vi ikke kan fortælle den, uden at vi går helt i stykker. (Omsorgsperson 3)

Omsorgspersonerne har således også gennem behandlingen arbejdet med traumehistorien og særligt deres egne reaktioner for at kunne støtte den unge i hans eller hendes arbejde med at bearbejde traumet. Som uddraget også beskriver, så har det betydet, at omsorgspersonerne skal "parkere" deres egne følelser, som en anden omsorgsperson beskriver det, hvilket for nogle har været en vanskelig proces.

5.3.2.4 Oplevede forandringer

Flere af omsorgspersonerne fortæller, at de allerede i løbet af behandlingen begyndte at se en positiv udvikling hos den unge. De beskriver eksempelvis, at den unge blev gladere, mere udadvendt, mere åben, fik en bedre trivsel samt evnen til at sætte grænser. Nogle beskriver også, at den unge efter behandlin-

gen er blevet sig selv igen, eller at de kan genkende den unge, som vedkommende var, før det seksuelle overgreb fandt sted. I det følgende uddrag fortæller en af omsorgspersonerne, at den unge i løbet af behandlingen er blevet mere glad og åben end tidligere:



[Ung] er blevet mere glad og åben i det. [...] Det [ung] har været ude for, har været en langvarig proces. Og det, at [ung] har fået talt om det, har selvfølgelig gjort en hel del. Fået talt ud om det. Og jo flere gange [ung] snakker om det, jo lettere får man også ved at komme videre. Og det er jo det, [ung] har fået snakket ud om dernede [i børnehuset]. Også nogle ting, som [ung] måske har svært ved at snakke med mig om, det har [ung] haft nemmere ved at snakke med [navn på terapeut] om.

Omsorgsperson 5

Ud over at italesætte en positiv udvikling hos den unge som følge af behandlingen, så fremhæver denne omsorgsperson i lighed med nogle af de unge betydningen af at få talt om de traumatiske begivenheder for at opleve en positiv udvikling. Nogle af de andre omsorgspersoner beskriver også en forbedret kommunikation, eksempelvis at deres unge har fået nemmere ved at sætte ord på det der er sket, men også i højere grad end tidligere er i stand til at give udtryk for andre evt. udfordringer. Endelig beskriver nogle af omsorgspersonerne, at de nye redskaber og teknikker har givet den unge mere ro.

I lighed med de unge fortæller nogle af omsorgspersonerne også om positive forandringer i forælder-barn-relationen. En af omsorgspersonerne fortæller i interviewet om, hvilken betydningen behandlingen har haft for relationen mellem vedkommende og den unge:

Alt det her [TF-CBT-forløbet] gjorde os tættere. Vi fik snakket om nogle ting, som vi nok aldrig nogensinde ville have snakket om ellers, så jeg synes egentlig, at det er da... når det skulle være, så var det da positivt at kunne få det ud af det, at man bliver stærkere som forældre-barn-relation. (Omsorgsperson 6)

Ifølge denne omsorgsperson har TF-CBT-forløbet betydet, at de har fået talt om emner, de ellers ikke ville have fået talt om, hvilket har haft positiv betydning for vedkommendes relation til den unge. Nogle af omsorgspersonerne fortæller

også, at det, at de har deltaget i forløbet sammen med den unge (og evt. en anden omsorgsperson), har betydet, at de mere generelt er blevet tættere som familie og vist, at de støtter hinanden.

At behandlingen både har inddraget barnet eller den unge og en eller flere omsorgspersoner, har for flere af omsorgspersonerne betydet, at de har fået en fælles forståelse sammen med den unge af den traumatiske hændelse samt fælles viden og værktøjer til brug i hverdagen. Da både den unge og omsorgspersonen har deltaget, har der således ikke været behov for, at sessionerne eller værktøjerne skulle forklares efterfølgende, hvilket har givet en fælles forståelse af behandlingens indhold og teknikker.

5.3.2.5 Hverdagen i konteksten af behandlingen

De fleste af omsorgspersonerne havde brug for at få fri fra arbejde for at kunne deltage i behandlingen. De fortæller alle, at deres arbejdsplads har udvist forståelse for dette, men i nogle tilfælde har det krævet fleksibilitet, som en af omsorgspersonerne fortæller: *“Det betyder jo, at [den anden omsorgsperson] har manglet [på arbejdet] og haft en masse ophobede opgaver efterfølgende”* (Omsorgsperson 7). På den måde har det, at behandlingen har ligget i arbejdstiden, betydet, at de har måttet arbejde på andre tidspunkter for at få arbejdsforpligtelserne til at gå op.

I enkelte af familierne har den unge haft en kontaktperson, der har hjulpet med transport til behandlingen en gang imellem. I én af familierne har dette været afgørende for deres deltagelse i forløbet, da de ikke selv havde mulighed for at køre den unge til behandling hver uge. Derudover nævner enkelte af omsorgspersonerne, at transporten til børnehuset for nogle familier kan være en økonomisk udfordring, da der kan være langt alt afhængigt af, hvor man bor.

Omsorgspersonerne giver generelt udtryk for, at det ikke har været et problem for den unge at få fri fra skole til at deltage i behandlingen, ligesom skolerne i de fleste tilfælde har udvist forståelse for brugen af teknikkerne i skoletiden. Her skal det bemærkes, at nogle af de unge deltog i et TF-CBT-forløb, imens skolerne havde hjemmeundervisning i forbindelse med covid-19-nedlukningerne.

Nogle af de interviewede omsorgspersoner fortæller, at de ved siden af TF-CBT-forløbet har måttet søge hjælp til dem selv, eksempelvis psykologsamtaler. Det har de gjort, da de har oplevet at stå med deres egne udfordringer som følge af den traumatiske hændelse, der ikke er blevet bearbejdet gennem TF-CBT-forløbet. En af omsorgspersonerne fortæller om dette i det følgende:



Det er ikke sådan, at jeg kommer i mål på det her [TF-CBT-forløbet]. Jeg skal tage min egen opgave, kan man sige, i forhold til at få arbejdet på det, som jeg har brug for at arbejde med. Det primære er barnet, men man kan sige, hvis man er forælder, som måske ikke lige har resourcerne, så kan det måske godt være en udfordring for forældrene afhængigt af situationen og de følelser, forældrene står tilbage med. Fordi der vil altid være en stor pakke der, som har brug for at blive set på, for at kunne være den bedst mulige støtte for barnet.

Omsorgsperson 1

TF-CBT har primært fokus på barnet eller den unge, som har været udsat for seksuelle overgreb, men som uddraget beskriver, så kan omsorgspersonerne omkring barnet eller den unge selv opleve udfordringer, som de har brug for at arbejde med – særligt for at kunne være en støtte for barnet eller den unge gennem forløbet. I interviewene nævnes særligt oplevelsen af skyld og skam, eksempelvis fordi omsorgspersonen ikke opdagede overgrebet, eller hvis overgrebet blev begået af en person inden for familien. I disse tilfælde har omsorgspersonerne derfor fundet det nødvendigt at søge individuel hjælp.

5.4 Opsamling og opmærksomhedspunkter – virkningen af TF-CBT og brugernes oplevelse

Ved opstart i projektet viser de kvantitative analyser, at de 29 deltagende børn og unge er karakteriseret ved en markant mistrivsel. Det gælder eksempelvis at:

- 86 % opfylder kriterierne for en PTSD-diagnose
- 83 % har tegn på en klinisk depression
- Hovedparten har negative og dysfunktionelle tanker
- Hovedparten har problemer med trivsel – især internaliserende adfærd samt problemer med venskaber og indlæring
- Hovedparten har dog også markante sociale styrker.

Hovedparten af deltagerne er i den ældre del af målgruppen fra 13-17 år og stort set kun piger.

De kvalitative analyser viser, at både de interviewede unge og omsorgspersoner beskriver tiden inden opstarten i et TF-CBT-forløb som præget af svære udfordringer og følelser, hvorfor de unge var motiveret for at deltage i behandlingen. De unge beskriver dog, at de kun havde begrænset viden om forløbet, og både de unge og omsorgspersonerne fortæller, at det i de fleste tilfælde var omsorgspersonerne, der havde besluttet, at de skulle deltage. En systematisk forskningsgennemgang, der belyser brugernes oplevelse af TF-CBT, peger på, at børn og unge ofte har uklare forventninger til behandlingen, hvilket kan føre til negative forventninger til, hvordan behandlingen foregår, og hvordan relationen til terapeuten vil være (Neelakantan, Hetrick & Michelson, 2019). Selvom de unge i denne evaluering ikke giver udtryk for, at deres begrænsede viden medførte negative forventninger, så er det alligevel vigtigt at være opmærksom på, hvordan børn og unge inddrages inden opstarten af forløbet, så evt. usikkerheder og bekymringer kan blive adresseret.

I forhold til virkninger over tid er de kvantitative analyser baseret på 26 besvarelser ved afslutningen og 15 ved opfølgningen 3 måneder efter forløbet. Samlet set viser analyserne positive og relativt store forandringer fra opstart til afslutning for stort set alle udfaldsmål. Der ses en markant og signifikant reduktion i:

- Andelen, der opfylder krav til PTSD-diagnose
- PTSD-symptomer hos unge på 13+ år
- Depressionssymptomer
- Negative og dysfunktionelle tanker
- Mistrivsel
- Følelsesregulering.

Vi kan dog ikke se en reduktion i PTSD-symptomer over forløbsperioden for de yngste deltagere fra 8-12 år. Analyserne ved opfølgningen 3 måneder efter tyder på, at virkningerne stadig ses på dette tidspunkt. Disse analyser bygger dog kun på 15 deltagere.

Da der ikke er inddraget nogen form for kontrolgruppe i analyserne, er det vigtigt at understrege, at vi ikke ved, hvordan ændringen over tid ville have set ud, hvis børnene og de unge *ikke* havde deltaget i forløbet. Dog er ændringerne over forløbsperioden markante, og TF-CBT-forløbet har også vist lovende resultater i Norge (Jensen et al., 2014; Jensen, Holt & Ormhaug, 2017) og i lande uden for Skandinavien (Bastien et al., 2020; Hoppen & Morina, 2020). Derfor vurderer vi, at det er sandsynligt, at der er positive ændringer over tid som følge

af TF-CBT-forløbet. I lyset af de norske resultater må vi dog forvente, at effektstørrelserne ville være mindre, hvis der var anvendt et kontrolgruppedesign.

Selvom vi finder en markant reduktion af PTSD-symptomer blandt de børn og unge, der deltager i et TF-CBT-forløb, så er det vigtigt at være opmærksom på, at halvdelen af deltagerne stadig opfylder kriterierne til en PTSD-diagnose ved både afslutning og opfølgning 3 måneder efter. Disse børn og unge kan have behov for yderligere hjælp og støtte efter TF-CBT-forløbet.

Både børn og unge samt terapeuter vurderer via måleinstrumentet TASC den terapeutiske relation til at være god både i starten og slutningen af forløbet.

I interviews med unge og omsorgspersoner fremhæves traumehistorien og betydningen af at arbejde direkte med traumet som et vigtigt element i de unges oplevelser af forandringer. For de unge er arbejdet med traumet en følelsesmæssig vanskelig proces, men de oplever i løbet af behandlingen, at det bliver nemmere at tale om traumet, hvilket står centralt for flere af dem i forhold til deres oplevede forandringer. Derudover beskriver de unge forskelligt udbytte af behandlingen, herunder nye redskaber og værktøjer, en personlig udvikling, en reduktion i deres symptomer på traumer og en forbedret relation til den eller de deltagende omsorgsperson(er). Selvom de unge beskriver, at behandlingen har mindsket deres traumesymptomer, så oplever de alle på tidspunktet for interviewet fortsat nogle symptomer.

For nogle af de interviewede unge betyder behandlingen i børnehuset, at de kan 'lægge' de svære samtaler der, men for andre kan arbejdet med traumet få negativ betydning for deres efterfølgende overskud i hverdagen, eksempelvis misset skolegang. Derudover kræver behandlingens placering i skoletiden et godt samarbejde med skolen. Én af de unge oplever dog utryghed ved de fysiske rammer i børnehuset, da vedkommende tidligere er blevet videoafhørt i samme bygning. Det kan derfor være relevant at overveje, hvordan tidspunktet for behandlingen tilrettelægges i forhold til barnet eller den unges øvrige hverdag, samt hvordan børnehusets forskellige funktioner kan adskilles.

Der er kun gennemført få forskningsstudier, der belyser børn og unges oplevelser med at deltage i et TF-CBT-forløb (Dittmann & Jensen, 2014; Eastwood et al., 2021; Neelakantan, Hetrick & Michelson, 2019). De gennemførte studier inddrager børn og unge, der har oplevet forskellige traumatiske begivenheder, herunder seksuelle overgreb, men også overfald, trusler eller dødsfald. Nogle har deltaget i et individuelt TF-CBT-forløb, mens andre har deltaget i et gruppeforløb. Flere af de oplevelser og virkninger, som de unge beskriver i denne evaluering, er også at finde i den internationale forskningslitteratur. Her beskrives børn og unge i alderen 11-17 år i et norsk studie (Dittmann & Jensen, 2014), at de havde en positiv oplevelse med at tale med en terapeut frem for deres forældre, og at det var rart, at terapeuten fungerede som en form for bindeled

mellem dem og forældrene. I samme studie beskriver de unge, at det var vanskeligt at arbejde med traumet, men at de forstod nødvendigheden af det. De unge i det norske studie beskriver ligeledes, at de efter behandlingen havde færre traumesymptomer. Et australsk studie (Eastwood et al., 2021) blandt unge i alderen 17-25 år finder lignende resultater som det norske studie, men peger ud over en reduktion i traumesymptomer på, at de unge kan opleve en positiv personlig udvikling. Derudover peger det australske studie på, at vanskelige følelser i forbindelse med arbejdet med traumehistorien kan påvirke den øvrige hverdag negativt (fx overskud til uddannelse eller arbejde).

I denne evaluering har vi kun gennemført interview med deltagere, der har gennemført behandlingen, og ikke talt med børn og unge, der har fravalgt eller stoppet behandlingen. Anden forskning om unges oplevelser med deltagelse i TF-CBT peger på, at det særligt er i forbindelse med traumehistorien, at nogle dropper ud af behandlingen, eller hvis relationen mellem dem og terapeuten er dårlig (Dittmann & Jensen, 2014; Eastwood et al., 2021). De unge i denne evaluering beskrev alle, at arbejdet med traumehistorien var vigtig for deres oplevede forandringer, og at de havde en god relation til terapeuten. Nogle af dem kendte dog terapeuten på forhånd. Det kan derfor fremadrettet være væsentligt at have fokus på, hvordan arbejdet med traumehistorien opleves af barnet eller den unge samt understøtte opbygningen af en tillidsfuld relation mellem barnet eller den unge og terapeuten i starten af behandlingen.

Blandt de interviewede omsorgspersoner har der overordnet set været tilfredshed med behandlingens indhold og udførelse. De fleste havde brug for at få fri fra arbejde for at kunne deltage, men har generelt oplevet opbakning fra deres arbejdsplads side. Derudover nævner nogle, at transporten til børnehuset kan være en udfordring af praktiske eller økonomiske årsager. I enkelte tilfælde er sessionerne med omsorgspersonerne blevet delt mellem to forældre, som har deltaget hver for sig. Her gives der udtryk for en oplevelse af at misse noget af behandlingen. Det kan derfor være nødvendigt at tale med omsorgspersonerne om, hvordan behandlingen bedst kan tilrettelægges – både i forhold til deres arbejdssituation og relationen mellem deltagende omsorgspersoner.

Omsorgspersonerne fortæller i interviewene, at de allerede i løbet af forløbet begyndte at se positive forandringer hos den unge. Nogle af omsorgspersonerne har dog fundet det nødvendigt at opsøge hjælp til dem selv ved siden af forløbet for at få bearbejdet deres egne oplevelser og følelser i forbindelse med den traumatiske hændelse. Anden forskning beskriver, at selvom omsorgspersonerne også får redskaber og strategier gennem TF-CBT-forløbet, så er der tilfælde, hvor deres egne udfordringer kræver henvisning til individuel behandling (Martin et al., 2019). Det kan derfor være nødvendigt at være opmærksom på, om omsorgspersoner tæt på barnet eller den unge har behov for individuel hjælp og evt. støtte dem i at opsøge denne hjælp.

Boks 5.5 sammenfatter opmærksomhedspunkterne på baggrund af de kvantitative analyser af virkninger af TF-CBT samt brugernes oplevelser med TF-CBT- forløbet.

Boks 5.5 Opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Målgruppe

Vær opmærksom på, om der kan være børn under 13 år eller drenge i målgruppen, som er svære at opdage. Overvej, om målgruppen skal udvides til at omfatte børn og unge, der har været udsat for vold.

Måleredskaber

Fortsæt med at måle symptomerne hos børn og unge både før og efter TF-CBT-forløbet, så der bliver indsamlet et større datamateriale og det sikres, at de positive ændringer fortsat ses ved en større udbredelse. Overvej, om man på et tidspunkt skal overgå til at anvende måleredskabet CATS2 til at måle PTSD-symptomer.

Virkninger

Vær særligt opmærksom på ændringerne over tid i PTSD-symptomer for børn under 13 år, hvor vi finder mindre ændringer. Vær opmærksom på, at der for en væsentlig andel af deltagerne kan være behov for yderligere hjælp og støtte efter TF-CBT-forløbet.

Inddragelse af børn og unge

Tidligere forskning peger på, at uklare forventninger til behandlingen kan medføre negative forventninger (Dittmann & Jensen, 2014; Neelakantan, Hetrick & Michelson, 2019). Det er derfor vigtigt at sikre inddragelse af børn og unge, før behandlingen starter, da det kan skabe mulighed for, at usikkerheder og bekymringer kan blive adresseret, eksempelvis også hvis barnet eller den unge forbinder de fysiske rammer i Børnehuset med en svær oplevelse.

Tillidsfuld relation til terapeut

Relationen til terapeuten fremhæves af andre studier som vigtig for at opleve et positivt udbytte af behandlingen (Okamura et al., 2020), mens udfordringer kan medføre, at barnet eller den unge stopper behandlingen (Dittmann & Jen-

sen, 2014). Det er derfor vigtigt at have fokus på, hvordan en tillidsfuld relation opbygges i starten af forløbet, når barnet eller den unge ikke har et forudgående kendskab til terapeuten.

Progression i traumehistorien

Arbejdet med traumehistorien er en følelsesmæssig vanskelig proces, men en proces, der hos de unge fremstår central for oplevelsen af forandringer. Betydningen af traumearbejdet fremhæves også i anden forskning, som dog beskriver, at hvis barnet eller den unge føler sig presset til at tale om traumat eller ikke oplever, at det bliver nemmere, er der risiko for, at de stopper behandlingen (Dittmann & Jensen, 2014). Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, hvordan traumearbejdet og progressionen i dette opleves.

Betydning for hverdagslivet

For nogle børn og unge kan det følelsesmæssige arbejde påvirke dem i længere tid. Dette kan eksempelvis få betydning for deres skolegang, ligesom behandlingstidspunktet i skoletiden kræver et godt samarbejde med skolen. Påvirkningen af den øvrige hverdag fremhæves i et studie (Eastwood et al., 2021), som peger på nødvendigheden af at være opmærksom på, hvornår behandlingen ligger (fx i eksamensperioder). Derudover kan omsorgspersonernes arbejde blive påvirket af behandlingstidspunktet, mens nogle også kan opleve økonomiske og praktiske udfordringer med hensyn til transport. Dette er også vigtigt at adressere i tilrettelæggelsen af forløbet.

Behandlingstilbud til omsorgspersonen

Overgrebet påvirker ikke kun barnet eller den unge, men også omsorgspersonen og kan være betinget af overgrebets karakter (fx overgreb begået af en nær relation). Behandlingen har primært fokus på barnet eller den unge, men omsorgspersonen kan også have behov for hjælp. For at sikre, at omsorgspersonen kan støtte barnet eller den unge i behandlingen, kan det derfor være nødvendigt at være opmærksom på, om omsorgspersonen selv har behov for hjælp (fx psykolog).

6 Indsatsen er ikke urealistisk dyr

I dette kapitel belyses omkostningerne forbundet med opstart og drift af TF-CBT i Børnehus Syd. Dertil skitseres vurderingen af, om forholdet mellem resourceforbruget på et TF-CBT-behandlingsforløb og virkningerne heraf er rimeligt.

Omkostningerne forbundet med TF-CBT-behandlingen relaterer sig til:

- Opstartsomkostninger
 - Omkostninger til certificering og supervision af terapeuter
 - Udgifter til organisatorisk forberedelse af TF-CBT
- Løbende driftsomkostninger.

Omkostningsvurderingen viser, at det samlet set har kostet **436.424 kr.** at uddanne og certificere 6 terapeuter i Børnehus Syd. Analysen viser endvidere, at driftsomkostningerne ved et gennemsnitligt TF-CBT-forløb ligger mellem **31.748 kr.** til **35.715 kr.**, hvor prisforskellen er drevet af variation i timeløn og overhead.

Overordnet set er det vurderingen, at der er et rimeligt forhold mellem ressourcer og resultater af TF-CBT-behandlingen. De kommunale repræsentanter anser TF-CBT som et attraktivt behandlingstilbud, fordi forløbet er afgrænset i omfang, og at behandlingen også omfatter barnet eller den unges nærmeste omsorgsperson.

I Boks 6.1 præsenteres VIVEs vurdering af SUSI-kriterie 4 om, at indsatsen ikke er urealistisk dyr.

Indsatsens omkostninger er velbelyst.

Delkriteriet er opfyldt.

Der foreligger en grundig vurdering af omkostninger forbundet med at kunne levere TF-CBT-behandlingen. Der er udarbejdet et detaljeret estimat over de direkte omkostninger til både opstart og drift af TF-CBT i Børnehus Syd. Derudover er basisalternativet til TF-CBT i en kommunal kontekst belyst.

Opstartsomkostningerne forbundet med TF-CBT relaterer sig til uddannelse og supervision i forbindelse med certificeringen af TF-CBT-terapeuterne. Samlet set er der afholdt udgifter til uddannelse og supervision af 6 terapeuter for 210.000 kr. Derudover er der udarbejdet et prisestimat på 72.994 kr. for terapeuternes arbejdstid anvendt på supervision og registrering af fidelitet samt et prisestimat på 153.430 kr. for terapeuternes arbejdstid anvendt på uddannelsesaktiviteter. Det samlede estimat for opstartsomkostningerne er således 436.424 kr.

Driftsomkostningerne er afdækket på forløbsniveau, og der er således udarbejdet et estimat for driftsomkostningen forbundet med et TF-CBT-behandlingsforløb. Alt afhængigt af, om der i estimeringen af prisen for et TF-CBT-forløb tages udgangspunkt i Børnehus Syds timeløn i effektiv timenorm eller KLR-løndata i effektiv timenorm, samt om der tages udgangspunkt i Børnehus Syds overhead på 13,5 % eller det af Socialstyrelsen anbefalede overhead på 20 %, ligger prisen for et TF-CBT-behandlingsforløb på mellem 31.748 kr. og 35.715 kr.

Det er en udfordring at beskrive og omkostningsvurdere den indsats, børnene eller de unge ville have fået, hvis ikke de var visiteret til TF-CBT, det såkaldte basisalternativ. Som nævnt udfylder TF-CBT-tilbuddet et behandlingstomrum for børn med symptomer på traumer efter seksuelle overgreb og vold, hvorfor det er vanskeligt at sammenligne med den nuværende indsats over for målgruppen. Samlet set vurderes det ikke muligt at give et præcist estimat over alternativomkostningen til TF-CBT-forløbet, fordi kommunerne sjældent har et sammenligneligt basisalternativ til TF-CBT. Der er foretaget en kvalitativ afdækning af basisalternativerne i kommunerne. Af denne fremgår det, at det mest sammenlignelige med TF-CBT-behandlingen vurderes at være et internt tilbud i en kommune, som koster knap 24.000 kr. for 20 samtaler. Såfremt en kommune selv skulle etablere et forløb sammenligneligt med TF-CBT og købe

det eksternt hos en autoriseret privatpraktiserende psykolog, vurderes prisen til at ligge mellem 40.000 og 45.000 kr.

Der er et rimeligt forhold mellem ressourcer og de forventede resultater.

Delkriteriet er opfyldt.

Der vurderes overordnet set at være et rimeligt forhold mellem ressourcer og resultater af TF-CBT-behandlingen. Vurderingen hviler på interviews gennemført med repræsentanter fra udvalgte kommuner i Region Syddanmark. Kommunernes vurdering er, at TF-CBT-behandlingen i Børnehus Syd er særligt attraktiv for de kommuner, der ikke selv har specialiserede kompetencer til behandling af målgruppen, men også kan være attraktiv for kommuner, der har specialiserede kompetencer, men hvor der kan være venteliste til behandling internt i kommunen.

De kommunale repræsentanter anser TF-CBT som et attraktivt behandlingstilbud, fordi forløbet er afgrænset i omfang, og behandlingen også omfatter barnet eller den unges nærmeste omsorgsperson. Det centrale fra det kommunale perspektiv er, at der er tale om en fast pris på et afgrænset behandlingsforløb, hvorved der ikke tilløber merudgifter.

Interviewene med de kommunale repræsentanter er foretaget forud for, at det endelige resultat af omkostningsvurderingen forelå og derfor med udgangspunkt i det prisestimat på 28.000 kr., som blev beregnet for et TF-CBT-forløb i projektperioden. En kommunal repræsentant vurderer, at 28.000 kr. er en lille pris at betale for et behandlingsforløb, der virker, og påpeger i den sammenhæng, at det kan blive dyrt på mange andre områder både på kommunalt niveau samt for barnet eller den unge senere i livet, hvis barnet eller den unge ikke tilbydes behandlingen. Med udgangspunkt i, at virkningsevalueringen finder markante positive virkninger af TF-CBT-forløbet for børnene og de unge, er det vurderingen, at kommunerne fortsat vil finde forholdet mellem ressourceforbruget på et TF-CBT-behandlingsforløb og de forventede virkninger rimeligt ved en pris på mellem 31.748 kr. og 35.715 kr. som estimeret i omkostningsvurderingen.

6.1 Omkostningerne forbundet med TF-CBT

VIVE har udarbejdet en omkostningsvurdering af TF-CBT til behandling af børn og unge udsat for seksuelle overgreb. Formålet har været at belyse spørgsmålet:

Hvor mange ressourcer kræver det at gennemføre TF-CBT-behandlingen i form af tid og økonomiske ressourcer?

Økonomiske konsekvenser af TF-CBT

Økonomiske konsekvenser, der indirekte fremkommer som følge af indsatsens effekt på barnet i behandling eller omsorgspersonen, medregnes ikke i omkostningsvurderingen. Det er således ikke et formål med omkostningsvurderingen at foretage en samlet økonomisk evaluering af TF-CBT. Det tilstræbes derimod så fyldestgørende som muligt at afdække de fulde bruttoomkostninger ved TF-CBT i både opstart og driftsfase fra marts 2021 til medio 2022.

Hensigten med omkostningsvurderingen er således at udarbejde et estimat over de direkte omkostninger til opstart og drift af TF-CBT-behandling til børn og unge udsat for seksuelle overgreb i Børnehus Syd.

Et vigtigt element i omkostningsvurderingen er også at belyse, hvilke basisalternativer til TF-CBT kommunerne aktuelt benytter sig af eller ville have benyttet som alternativ til TF-CBT – dette vel vidende, at ingen af kommunerne for nuværende har tilbud, der én-til-én er sammenligneligt med TF-CBT-behandlingen.

Omkostningsvurderingen skal samlet set tilvejebringe et grundlag for at kunne belyse følgende centrale, men komplekse spørgsmål:

Er der et rimeligt forhold mellem forbruget af ressourcer på at gennemføre TF-CBT-behandlingen og de forventede resultater?

I de følgende afsnit præsenteres resultaterne af omkostningsvurderingens 3 dele. Først præsenteres estimatet af opstartsomkostningerne, dernæst følger estimatet af de løbende driftsomkostninger, og endelig præsenteres undersøgelsen af basisalternativet.

6.2 Opstartsomkostninger forbundet med TF-CBT-behandlingen

Opstarten af TF-CBT-behandlingen har krævet en række opstartsomkostninger – dette i form af fx udgifter til uddannelse af personale og ledelsesmæssige og

administrative ressourcer anvendt på (om)organisering, rekruttering til og tilrettelæggelse af behandlingstilbuddet. Udgifter forbundet med uddannelse og certificering af nye medarbejdere vil dog også påløbe over tid som følge af fremtidig medarbejderomsætning.

I det følgende belyses opstartsomkostningerne inden for 2 hovedkategorier:

- Udgifter til certificering og supervision af terapeuter
- Udgifter til organisatorisk forberedelse af behandlingstilbuddet.

6.2.1 Udgifter til certificering og supervision af terapeuter

Udgifter til certificering og supervision af terapeuter kan deles op i følgende 3 kategorier:

1. Udgifter til uddannelsesforløb og supervision i forbindelse med certificering
2. Udgifter forbundet med terapeuternes arbejdstid i forbindelse med løbende supervision
3. Udgifter forbundet med terapeuternes arbejdstid i forbindelse med den øvrige uddannelsesaktivitet.

Udgifter til uddannelsesforløb og supervision i forbindelse med certificering

For den del af udgifterne, der vedrører uddannelsesforløbet til terapeuterne, samt udgifterne til supervision i forbindelse med certificeringen af terapeuterne i TF-CBT-metoden, foreligger der en præcis og dækkende udgiftsopgørelse, som er stillet til rådighed af Socialstyrelsen. Som det fremgår af Boks 6.2, er der afholdt udgifter til certificering og supervision af 6 terapeuter for i alt 210.000 kr. Det svarer til 35.000 kr. pr. terapeut. Størstedelen af disse udgifter er afholdt af Socialstyrelsen i regi af dette projekt. Efter en evt. udbredelse er gennemført, må det fremadrettet forventes, at børnehusene selv afholder udgifter til uddannelse og certificering over tid som følge af fremtidig medarbejderomsætning.

Boks 6.2 Udgifter til uddannelsesforløb og supervision i forbindelse med certificering af terapeuterne

Samlet set er der afholdt udgifter til uddannelse og supervision for **210.000 kr.**

Socialstyrelsen afholdt udgifterne til certificering og supervision af 5 terapeuter (samlet set 171.500 kr.), mens Børnehus Syd har afholdt udgiften til uddannelse og certificering af 1 terapeut (i alt 38.500 kr.). Udgifterne fordeler sig således:

Socialstyrelsen:

- **32.000 kr.** til uddannelse af 4 behandlere, november 2020 (4 behandleres uddannelse * 8.000 kr.)
- **14.500 kr.** til uddannelse af 1 behandler, november 2021
- **88.000 kr.** til supervision af behandlere (17 gange af 2 timer i 2021 og 5 gange 2 timer i 2022 af 4000 kr.)
- **37.000 kr.** til certificeringskursus 2 dage i juni 2022, herunder 24.000 kr. for selve kurset og anslået 13.000 kr. for kursusudbyderens hotel, transport og forplejning samt forplejning til 6 deltagere i 2 dage.

Børnehus Syd:

- **14.500 kr.** til uddannelse af 1 behandler, november 2021
- **24.000 kr.** til supervision af ekstra 6 gange 2 timer af 4.000 kr., marts 2022-juni 2022.

Udgifter forbundet med terapeuternes arbejdstid anvendt på supervision i forbindelse med certificering

Foruden de direkte udgifter til uddannelse og supervision af de 6 terapeuter er der også en del uddannelsesomkostninger forbundet med terapeuternes tidsforbrug på den løbende supervision. Disse omkostninger estimeres på baggrund af løbende tidsregistreringer foretaget af terapeuterne. Som det fremgår af afsnit 6.3 om de løbende driftsomkostninger, har VIVE indsamlet oplysninger om terapeuternes tidsforbrug på supervision og tid anvendt på registreringer i fidelitetsskemaer på forløbsniveau (se afsnit 12.1 for nærmere beskrivelse af det anvendte fidelitetsskema), hvilket er et krav i forbindelse med supervisionen og certificeringen.

Terapeuternes tidsregistreringer af supervisionen på forløbsniveau viser, at terapeuterne i gennemsnit har anvendt 7,0 timer på supervision samt registrering i fidelitets-skema pr. behandlingsforløb, jf. Figur 6.1. På tværs af forløb er der en variation på tiden anvendt på supervision på forløbsniveau fra 0,5 timer pr. behandlingsforløb til 16 timer på det forløb med flest registrerede timer. Den store variation dækker dels over, at der kan være forskel på længden af de faktisk realiserede behandlingsforløb, men i denne sammenhæng er det mest vigtige forhold, at der er forskel på, hvor mange forløb hver terapeut har gennemført sideløbende med supervisionen, jf. ovenfor.

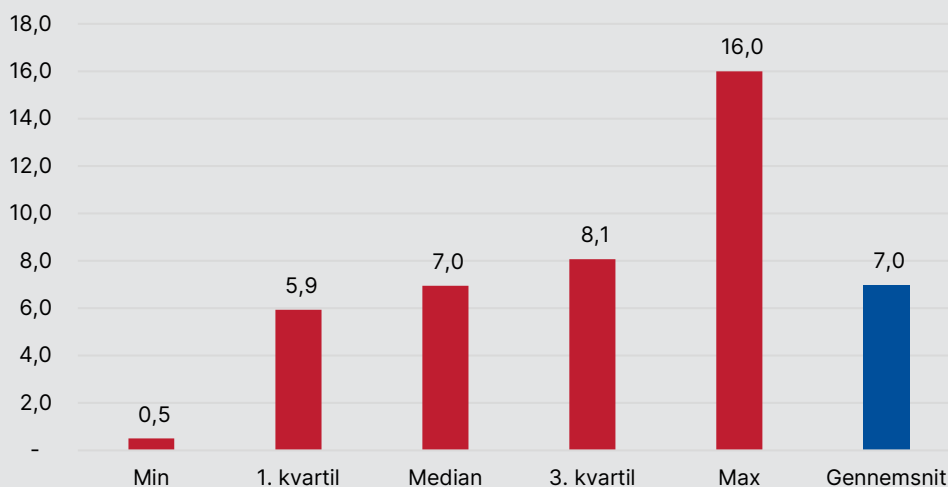
Tid anvendt på supervision

Terapeuternes tid anvendt på supervision opgøres i tidsregistreringsskemaerne af terapeuterne på forløbsniveau. I tilfælde, hvor en terapeut er i gang med 2 eller flere behandlingsforløb, fordeles tiden forbrugt på supervision under behandlingsforløbene ligeligt på terapeutens igangværende forløb. Hvis terapeuten fx har 3 igangværende forløb og modtager 2 timer supervision, registreres afrundet 0,7 timer på hvert behandlingsforløb.

VIVE har i projektperioden indsamlet 21 registreringsskemaer for afsluttede forløb fra terapeuterne i Børnehus Syd. Samlet set har terapeuterne således anvendt 147 timer (21 gange 7,0 timer) på supervision og registreringer i fidelitets-skemaerne.

For at omregne arbejdstimerne til et prisestimat, anvender VIVE KRL-løndata for bruttolønnen inkl. pension for en gennemsnitlig psykolog under overenskomst med KL for akademikere. VIVE anvender endvidere Finansministeriets effektive timenorm (1.418 timer årlige arbejdstimer) samt et typisk anvendt overhead på 20 % i beregningen (se afsnit 6.3.2 for en detaljeret gennemgang af den valgte metode for prisberegningen).

Figur 6.1 Antal timer anvendt på supervision og registrering i fidelitetsskemaer på forløbsniveau



Note: n=21

Kilde: Børnehus Syds TF-CBT-terapeuters registreringsskemaer.

Boks 6.3 Prisestimat for terapeuternes arbejdstid anvendt på supervision

Prisberegningen er skitseret i det nedenstående:

- 147 timer * timepris på 413,8 kr. * overhead på 20 % = prisestimat på 72.994 kr.¹⁾

¹⁾ 2022-priser.

Prisestimatet for den arbejdstid terapeuterne har anvendt på løbende supervision, som er en del af uddannelsen og certificeringen, ligger således på 72.994 kr.⁷ (2020-priser).

⁷ Anvendes gennemsnitstimeprisen inkl. pension for TF-CBT-terapeuterne i Børnehus Syd i effektiv timenorm (454,5 kr.) og samme overhead på 20 %, bliver prisen 80.174 kr.

Udgifter forbundet med terapeuters arbejdstid anvendt på øvrige uddannelsesaktiviteter

Ud over den løbende supervision skal terapeuterne også anvende tid på at forberede uddannelsen og selve uddannelsesdagene. Forud for uddannelsesdagene skal terapeuterne læse grundbogen til TF-CBT samt gennemføre et web-modul til uddannelsen. Derudover indebærer uddannelsen 2 uddannelsesdage og 2 certificeringsdage. I samarbejde med Børnehus Syd har VIVE udarbejdet følgende estimat for terapeuternes tidsforbrug på uddannelsesaktiviteterne:

Tabel 6.1 Arbejdstid anvendt på øvrige uddannelsesaktiviteter

Effektiv arbejdstid på øvrige uddannelsesaktiviteter pr. terapeut	Antal timer
Tid brugt på at læse grundbogen	9
Tid brugt på at gennemføre web-modulet	10,5
Tid brugt på grunduddannelsen: 2 dage af 8 timer	16
Tid som bruges på opfølgingsdage og selve certificeringen: 2 dage af 8 timer	16
I alt	51,5

Også her anvendes KRL-løndata for bruttolønnen inkl. pension for en gennemsnitlig psykolog under overenskomst med KL for akademikere til at estimere prisen for tidsforbruget forbundet med uddannelsesaktiviteterne. Efter omregning til effektiv timenorm for offentligt ansatte (1.418 arbejdstimer om året) opnås en timepris på 413,80 kr. Med følgende prisberegning opnås en pris på 25.572 kr. pr. terapeut for uddannelsesaktiviteterne.

Boks 6.4 Prisestimat for terapeuternes arbejdstid anvendt på øvrige uddannelsesaktiviteter

Prisberegningen er skitseret i det nedenstående:

- $51,5 \text{ timer} * \text{timepris på } 413,8 \text{ kr.} * \text{overhead på } 20 \% = 25.572 \text{ kr.}^{1), 2)}$

1) Anvendes gennemsnitsprisen inkl. pension for TF-CBT-terapeuterne i Børnehus Syd i effektiv timenorm (454,50 kr.) og samme overhead på 20 %, bliver prisen 28.091 kr. (for 6 terapeuter er det 168.544 kr.).

2) 2022-priser.

For 6 terapeuter – som det er tilfældet i Børnehus Syd – er beløbet 153.430 kr. (ibid.).

Samlede udgifter til certificering og supervision af terapeuter i Børnehus Syd

Når udgifterne for de 3 kategorier gennemgået i dette hovedafsnit lægges sammen, får vi et samlet prisestimat for udgifter til uddannelse (supervision og certificering) af 6 terapeuter i Børnehus Syd på **436.424 kr.**,⁸ hvor:

- 210.000 kr. dækker udgifter til selve uddannelsen og supervisionen
- 72.994 kr. dækker terapeuternes arbejdstid i forbindelse med den løbende supervision
- 153.430 kr. dækker terapeuternes arbejdstid i forbindelse med uddannelsesaktiviteterne.

6.2.2 Udgifter til organisatorisk forberedelse af TF-CBT i Børnehus Syd

Et præcist estimat over omkostningerne forbundet med den organisatoriske forberedelse af TF-CBT i Børnehus Syd er vanskeligere at tilvejebringe. Den primære del af forberedelsen er gennemført som en del af de almindelige ledelsesopgaver, og det har derfor ikke været muligt at foretage et egentligt estimat over tidsforbruget på opgaverne. Da den organisatoriske tilrettelæggelse af TF-CBT tager udgangspunkt i den eksisterende organisering og opgavetilrettelæggelse i Børnehus Syd, samt at det organisatoriske udgangspunkt for implementering af TF-CBT forventeligt vil variere fra børnehus til børnehus, vurderes dette mindre problematisk. I stedet skitseres i det følgende de opgaver, som ledelsesteamet har løst i forbindelse med den organisatoriske forberedelse af implementeringen af TF-CBT i børnehuset.

Beskrivelsen af opgaverne relateret med den organisatoriske forberedelse af behandlingstilbuddet er udarbejdet på baggrund af interviews gennemført med lederteamet i Børnehus Syd primo 2022. Erfaringen i ledelsesteamet er, at der har været væsentlige ledelsesrelaterede og administrative opgaver forbundet med opstarten af TF-CBT i Børnehus Syd. I forbindelse med udvælgelsen af de medarbejdere, der har skullet uddannes til TF-CBT-terapeuter, gennemførte ledelsen fx en række samtaler med de potentielle medarbejderkandidater og afholdt efterfølgende opstartsmøder med de udvalgte medarbejdere. Dertil blev der udarbejdet et budgetoverblik, en organisationsstrategi, informationsmaterialer til kommunerne, klargøring af organiseringen i Børnehus Syd for at understøtte rekruttering af børn og unge i målgruppen for TF-CBT samt lagt en strategi for generel ledelsesinformation til de dele af børnehuset, som ikke var direkte involveret i den forestående implementering af TF-CBT-behandlingstilbuddet. Det er forventningen, at disse opgaver i forbindelse med opstarten af

⁸ Anvendes gennemsnitstimeprisen inkl. pension for TF-CBT-terapeuterne i Børnehus Syd i effektiv timenorm (454,50 kr.) i stedet for KRL-data, bliver prisen samlet set 458.718 kr.

TF-CBT ikke afviger fra de opstartsopgaver, man kan forvente ved implementering af andre metoder eller behandlingsmodeller.

TF-CBT-behandlingen har kunnet foretages inden for de eksisterende rammer i Børnehus Syd, og børnehuset har derfor ikke foretaget større investeringer i form af fx lokaler eller indkøb af it-systemer. Børnehuset har oplyst, at man har foretaget indkøb af relevant litteratur for et mindre beløb i forbindelse med opstarten.

6.3 Løbende driftsomkostninger

VIVEs afdækning af omkostninger til den løbende drift baserer sig på følgende 2 overordnede elementer:

1. Løbende ressourceforbrug afdækkes på forløbsniveau under relevante omkostningskategorier i samarbejde med terapeuterne i Børnehus Syd.
2. Prisestimering på baggrund af afdækningen af ressourceforbruget.

6.3.1 Løbende ressourceforbrug

Omkostningsvurderingen af de løbende driftsudgifter er alene foretaget på baggrund af den del af tidsforbruget, der anvendes direkte på behandlingsforløbene, idet sigtet med omkostningsvurderingen er at estimere, hvad indsatsen reelt set koster i drift, og ikke hvad det har kostet for Børnehus Syd i projektperioden.

Til at estimere terapeuternes tidsforbrug på TF-CBT-behandlingen har VIVE indsamlet terapeuternes timeregistreringer på forløbsniveau for en række foruddefinerede omkostningskategorier (se afsnit 14 for nærmere beskrivelse). Den behandlingsrettede tidanvendelse er delt op i hhv. en visitationsfase, en behandlingsfase og i en overordnet kategori for understøttende aktiviteter.

VIVEs opgørelser over de indsamlede tidsregistreringsskemaer (21 tidsregistreringsskemaer) for de færdigbehandlede TF-CBT-forløb viser, at der gennemsnitligt anvendes 57,5 timer pr. forløb, jf. Figur 6.2, på de aktiviteter, der er direkte relateret til behandlingsforløbet, og som ikke bortfalder ved projektets ophør. Det vil sige alle omkostningskategorier beskrevet i Boks 14.1 ekskl. tidsforbrug relateret til evalueringsarbejdet og supervision. Dette gennemsnitlige tidsforbrug ligger relativt tæt på det af Børnehus Syd oprindeligt estimerede tidsforbrug på 54,5 timer. Det gennemsnitlige tidsforbrug på 57,5 dækker over en vis variation i antallet timer på tværs af de gennemførte behandlingsforløb. På

det korteste behandlingsforløb er der anvendt 37,3 timer i alt, mens der på det mest omfattende forløb er anvendt 81,4 timer, jf. Figur 6.2. I den forbindelse skal det bemærkes, at en forklarende årsag til, at der kun er anvendt knap 40 timer på det korteste behandlingsforløb, er, at barnets/den unges nærmeste

omsorgsperson kun i meget begrænset omfang var aktivt deltagende i behandlingen, hvorfor terapeuten kun i begrænset omfang har anvendt tid på sessioner med omsorgspersonen.

Kvalitetssikring af registreringer

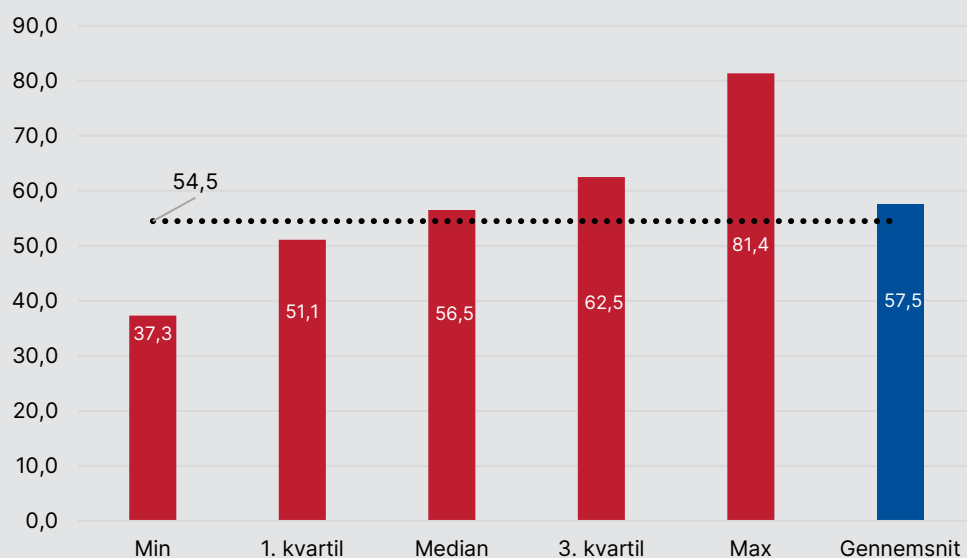
Med henblik på at validere timeregistreringerne samt sikre interrater-reliability på tværs af terapeuternes registreringer, har VIVE via enkeltinterviews med terapeuterne gennemført en validering af timeregistreringerne med udgangspunkt i gennemførte forløb i henholdsvis september 2021, december 2021 og marts 2022. I den afsluttende del af projektperioden er enkelte tidsregistreringer kvalificeret via mailkorrespondance med terapeuterne, da der efter flere interviewrunder med de enkelte terapeuter vurderedes at være opbygget en tilstrækkelig rutine og driftssikkerhed i tidsregistreringsøvelsen.

TF-CBT er et forholdsvis klart defineret behandlingsforløb med et bestemt antal visiterede timer, og derfor er der i udgangspunktet ikke den store spredning i antallet af timer anvendt pr. forløb (se afsnit 4.3.1.1). Dog er der forløb, hvor det har været nødvendigt at afbryde forløbet før tid, ligesom det også i nogle tilfælde har været nødvendigt for terapeuterne at forlænge behandlingsforløbet med et par sessioner – dette fx i tilfælde, hvor det har været vanskeligere at få etableret en tillidsfuld relation til barnet/den unge. Dette afspejler sig også i spredningen i den

tidsmæssige ressourceomkostning på de forskellige forløb, hvor nogle forløb tager kortere tid end først antaget, mens andre tager længere tid. Med til at forklare variationen i tidsforbruget på de enkelte forløb er også det forhold, at der er en vis variation i tidsforbruget på statusmøder og statusbeskrivelser samt midtvejsevalueringsmødet. Statusmøde og statusbeskrivelse samt midtvejsevalueringsmøder findes således relevant af terapeuterne at anvende i nogle forløb, mens de ikke gør det i andre. Det har vist sig, at terapeuterne nogle gange beder en kollega om hjælp til at foretage et af møderne, fx som mødeleder, hvorfor netop denne type aktivitet i enkelte af forløbene tidsmæssigt set kan blive dyrere end først antaget.

For at give et mere nuanceret billede af den reelle spredning i tidsforbruget på tværs af TF-CBT-forløbene, viser Figur 6.2 også tallene for 1. kvartil, medianen og 3. kvartil. 1. kvartil er tidsforbruget på det TF-CBT-forløb, hvor alle forløb med et lavere tidsforbrug udgør 25 % af datasættet, mens 3. kvartil er tidsforbruget på det TF-CBT-forløb, hvor alle forløb med et lavere tidsforbrug udgør 75 % af datasættet. Medianen er den mellemste værdi af datasættet. Som det fremgår af figuren, ligger tidsforbruget for 1. kvartil på 51,1 timer, medianen har et tidsforbrug på 56,5 timer, mens der er anvendt 62,5 timer på det forløb, der udgør 3. kvartil.

Figur 6.2 Tidsforbrug i timer pr. TF-CBT-sag ekskl. evalueringsarbejde og supervision med Socialstyrelsen



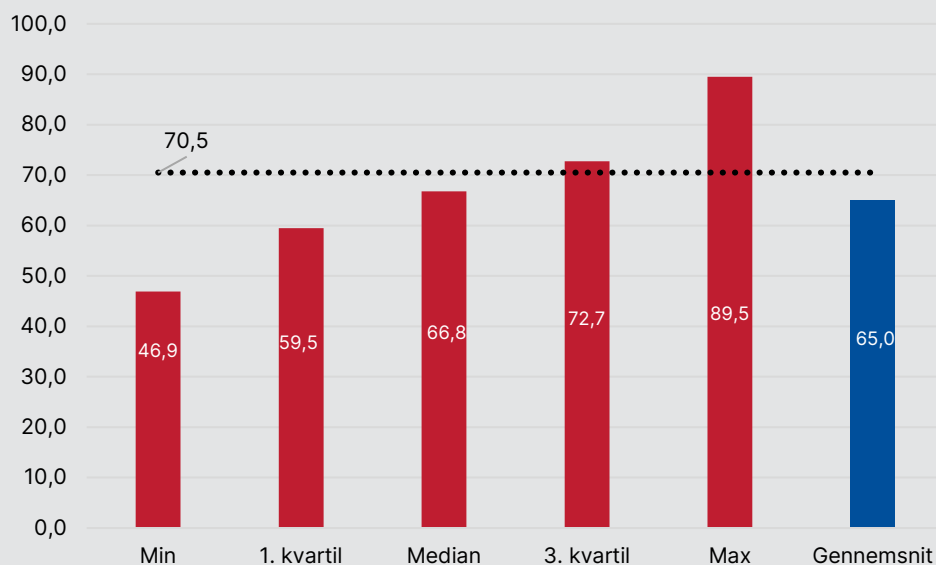
Anm.: n=21

Kilde: Tidsregistreringsskemaer fra terapeuter i Børnehus Syd samt egne beregninger.

Figur 6.3 viser en opgørelse over det samlede tidsforbrug, hvor også aktiviteter forbundet med evalueringen (som bortfalder ved projektets ophør) fremgår. Også her ligger gennemsnittet pr. behandlingsforløb på 65,0 tæt på det, som Børnehus Syd initialt estimerede til 70,5, men dog en smule under. Forskellen skyldes primært, at der på forløbsniveau er anvendt mindre tid på supervision end initialt estimeret. Forklaringen på dette ligger i, at de fleste af terapeuterne i størstedelen af projektperioden har kørt flere TF-CBT-forløb sideløbende, hvorfor de anvendte timer på løbende supervision er fordelt på terapeutens igangværende forløb på tidspunktet for registreringen.

Det er centralt at bemærke, at tiden anvendt på supervision i projektperioden er gennemført som en del af certificeringen, hvorfor denne bortfalder, da terapeuterne opnåede certificering. Terapeuterne vil dog fortsat have behov for supervision og faglig sparring i forbindelse med TF-CBT-forløbene, hvorfor der fortsat, men i et mindre omfang, skal afsættes ressourcer til dette. Det estimeres således, at halvdelen af den anvendte tid på supervision i regi af certificeringen fremadrettet vil skulle omkonteres til faglig sparring og supervision, hvilket der tages højde for i prisestimeringen i afsnit 6.3.2.

Figur 6.3 Tidsforbrug i timer pr. TF-CBT-sag inkl. evalueringsarbejde og supervision med Socialstyrelsen



Anm.: n=21

Kilde: Børnehus Syds behandleres registreringsskemaer samt egne beregninger.

Generelt set bør ovenstående opgørelser over tidsforbruget betragtes som **konservative tidsestimater**. Den generelle erfaring fra interviewene med terapeuterne er, at det i forbindelse med VIVEs gennemgang af tidsregistreringsskemaerne med terapeuterne har vist sig, at de har anvendt lidt flere timer på de givne aktiviteter end oprindeligt registreret, mens det omvendte sjældent har været tilfældet. Den samlede vurdering på den baggrund er, at tidsestimaterne må betragtes som konservative i den forstand, at det er mere sandsynligt, at der i praksis er pågået flere arbejdstimer på det enkelte forløb, end det er sandsynligt, at der pågået færre timer end registreret. Dertil kommer, at der i forbindelse med interviewene tilsvarende er observeret en tendens til, at terapeuterne har været tilbageholdende med at registrere tid anvendt på mindre opgaver, men hvor summen af disse kan lede til et større tidsforbrug. Terapeuterne har i forbindelse med interviewene og på baggrund af dialogen med VIVE derfor i flere tilfælde opjusteret timeforbruget. De validerede timeregistreringer, der indgår i omkostningsvurderingen, vurderes dog generelt set at være valide og dækkende for det anvendte tidsforbrug. Vurderingen er endvidere, at terapeuterne oftest har holdt sig til at registrere den 'effektive arbejdstid'. I prisestimationsøvelsen i afsnit 6.3.2 forsøger VIVE at tage højde for dette ved at anvende Finansministeriets 'effektive timenorm for offentligt ansatte' i beregningerne.

6.3.2 Prisestimation

I det følgende præsenteres variationsspændet i prisestimatet for den løbende drift af et TF-CBT-forløb. Prisestimaterne er udarbejdet på baggrund af en række forskellige beregninger med udgangspunkt i forskellige antagelser, som er skitseret nærmere i kapitel 14.

Lønomkostninger til terapeuter udgør langt den største driftsudgift, hvorfor VIVE har foretaget følsomhedsberegninger på denne post ved både at indhente løndata direkte fra Børnehus Syd samt fra Kommunernes og Regionernes Løn-datakontor (KLR). Derfor arbejdes der med følgende 4 følsomhedsanalyser i prisestimatet for de løbende driftsudgifter til et TF-CBT-forløb skitseret i Tabel 6.2 (se detaljeret udfoldelse af de 4 følsomhedsanalyser i afsnit 14.1).

Tabel 6.2 Antagelserne bag følsomhedsanalyse 1.1 og 1.2

	Børnehus Syds timepriser for hver af de tre personalekategorier i effektiv timenorm	KRL-baserede timepriser i effektiv timenorm
Et almindeligt overhead på 20 %	Følsomhedsanalyse 1.1	Følsomhedsanalyse 1.2
Børnehus Syds tidligere anvendte "overhead"/ sats for afledte udgifter på 13,5 %	Følsomhedsanalyse 2.1	Følsomhedsanalyse 2.2

For samtlige følsomhedsberegninger gælder, at prisestimaterne foretages på baggrund af det gennemsnitlige timeforbrug pr. TF-CBT-forløb ekskl. tid anvendt på evalueringsaktiviteter, der bortfalder ved projektets ophør (gennemsnittet i Figur 6.2). Dog lægges halvdelen af tiden anvendt på supervision i forbindelse med certificeringen til timeestimatet, da det forventes, at terapeuterne også i en driftsfase løbende har behov for faglig sparring og supervision.

Tabel 6.3 viser de 4 følsomhedsberegninger for prisestimatet i den løbende driftsomkostning for et gennemsnitligt TF-CBT-forløb.

Ved anvendelse af antagelserne fra **følsomhedsanalyse 1.1** opnås et prisestimat for den løbende driftsomkostning i et gennemsnitligt TF-CBT-forløb på 34.886 kr. i 2022-priser. Variationsbredden og spredningen for hver af de 4 modeller for følsomhedsberegningerne er belyst ved angivelse af medianen, minimum- og maksimumværdierne samt værdierne for 1. og 3. kvartil af forløbene i tabellen. For alle 4 modeller gælder, at medianen ligger nogenlunde på niveau med gennemsnittet, hvilket indikerer, at der ikke er tale om, at der er ekstreme forløb, som påvirker gennemsnittet.

Med antagelserne fra **følsomhedsanalyse 1.2** opnås et prisestimat for den løbende driftsomkostning i et gennemsnitligt TF-CBT-forløb på 31.748 kr. i 2022-priser, jf. Tabel 6.3.

Dermed opnås et lavere prisestimat ved antagelse om mere gennemsnitlige løn niveauer for psykologer end ved prisestimering på baggrund af de faktiske lønomkostninger for de anvendte psykologer i Børnehus Syd.

Når antagelserne fra **følsomhedsanalyse 2.1** anvendes, dvs. med andre overhead-satser samt andre antagelser om indholdet i dette overhead, fremkommer det højeste prisestimat for et gennemsnitligt TF-CBT-forløb på 35.715 kr. i 2022-priser. Med antagelserne fra **følsomhedsanalyse 2.2** opnås et prisestimat for den løbende driftsomkostning i et gennemsnitligt TF-CBT-forløb på 31.964 kr. i 2022-priser, jf. Tabel 6.3. Igen ses det, at prisestimatet bliver lidt lavere ved anvendelse af KRL-løndata som udgangspunkt for timeprisberegningen.

Det laveste prisestimat opnås således med følsomhedsberegningen, hvor der anvendes KLR-løndata og et almindeligt overhead på 20 %, mens det højeste prisestimat opnås med følsomhedsberegningen, der anvender Børnehus Syds timepriser for hver af deres 3 personalekategorier i effektiv timenorm samt Børnehus Syds tidligere anvendte overhead (sats for afledte udgifter) på 13,5 %.

Estimat for tid anvendt på faglig sparring

Det gælder også for samtlige følsomhedsberegninger, at Børnehus Syds eget estimat over tidsforbrug pr. forløb til faglig sparring fra ledelsen/den faglige koordinator indgår. Det skyldes, at ledelsen/den faglige koordinator ikke er blevet bedt om at registrere deres tidsforbrug på forløbsniveau. Der var initialt estimeret 5 sparringstimer (ekskl. visitationen) fra ledelsen/den faglige koordinator, men timeopgørelserne viser, at der på forløbsniveau reelt kun er anvendt 3 timer, hvorfor dette timeforbrug er anvendt i beregningerne.

Tabel 6.3 Følsomhedsberegninger i prisestimatet for et TF-CBT-forløb

Følsomheds-analyse	Minimum	1. kvartil	Median	3. kvartil	Maksimum	Gennemsnit
1.1	22.128	31.152	34.359	37.936	50.382	34.886
1.2	20.135	28.349	31.269	34.525	45.855	31.748
2.1	23.648	32.183	35.217	38.599	50.372	35.715
2.2	20.979	28.749	31.511	34.590	45.307	31.964

Kilde: Tidsregistreringsskemaer fra Børnehus Syds terapeuters samt egne beregninger og KRL-løndata.

VIVEs prisestimer viser en vis variation i prisestimatet for den løbende drifts-omkostning for et gennemsnitligt TF-CBT-forløb. Variationen i prisestimatet for den løbende driftsomkostning ved et gennemsnitligt TF-CBT-forløb er således **31.748 til 35.715 kr.** Samlet set er der en prisforskel på 3.967 kr. fra det billigste til det dyreste prisestimat i omkostningsvurderingen. Denne prisforskel er som beskrevet drevet af, at timelønnen i Børnehus Syd er højere end timelønnen trukket fra KRL-data og forskellen i det anvendte overhead. Fremadrettet er anbefalingen at anvende det almindelige overhead på 20 %, hvorved det alene vil være lønniveauet hos TF-CBT-terapeuterne, der kan drive variationen i prisen for et TF-CBT-forløb.

6.4 Basisalternativet

I en omkostningsvurdering af en given indsats er det relevant at afdække, hvilken indsats målgruppen for den givne indsats alternativt ville være blevet tilbudt – det er det, der kaldes basisalternativet. For at tilvejebringe et grundlag for at kunne sammenligne en given indsats med basisalternativets indhold og pris – og på den baggrund kunne foretage en vurdering af, om omkostningsniveauet ved indsatsen er rimeligt – er det nødvendigt at afdække omkostningerne forbundet med basisalternativet.

Boks 6.5 Data og metode anvendt til afdækning af basisalternativet

VIVEs afdækning af basisalternativet og omkostningerne herved er undersøgt ved hjælp af interviews gennemført ad 2 omgange.

Indledningsvist er der gennemført interviews med relevante ledere i 6 udvalgte kommuner i Region Syddanmark i 2020 forud for modningen af TF-CBT. De 6 kommuner er udvalgt efter graden af kontakt til Børnehus Syd (antal børnehussager), geografisk afstand til børnehuset samt kommunestørrelse (antal 0-17-årige). Derudover er der tilstræbt geografisk spredning af kommunerne.

I forbindelse med udarbejdelsen af den afsluttende evaluering er der gennemført interviews med kommunale ledere og sagsbehandlere fra 3 kommuner. Disse kommuner er udvalgt, fordi de har visiteret flest børn og unge til TF-CBT-behandlingen i Børnehus Syd og dermed har størst konkret erfaring med visitation til TF-CBT-forløb i Børnehus Syd i 2022. Da de sidstnævnte interviews er gennemført med kommunale medarbejdere med konkret erfaring med og indsigt i TF-CBT-behandlingsforløbet, tillægges disse den primære vægt i analysen.

Der eksisterer i dag kun begrænset viden om kommunernes eksisterende tilbud og indsatser til målgruppen af børn og unge, der er udsat for seksuelle overgreb. De indledningsvise indsigter fra interviewene med de kommunale ledere forud for afprøvningen af TF-CBT viste, at kommunerne kunne opdeles i 3 typer afhængig af deres anvendelse af egne eller eksterne leverandører til behandling af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb.

Boks 6.6 Kommunale tilbudstyper

- Type 1:** Kommunen benytter udelukkende egne tilbud til målgruppen.
- Type 2:** Kommuner, som har egne tilbud til målgruppen, men som også i større eller mindre omfang benytter eksterne leverandører.
- Type 3:** Kommuner, som ikke har egne tilbud til målgruppen og derfor udelukkende gør brug af eksterne leverandører, typisk privatpraktiserende psykologer med mere eller mindre specialiseret viden om målgruppen.

Den indledende analyse fandt, at kommunernes anvendelse af eksterne tilbud typisk afhænger af kommunens størrelse samt en evt. politisk strategi om at være selvforsynende. Særligt de mindre kommuner kan være afhængige af at tilkøbe ydelser på området eksternt, da behandling af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, ofte kræver specialiserede kompetencer, hvilket kan være vanskeligt at dække inden for kommunens egen tilbudsvifte. Nogle kommuner har den nødvendige specialiserede viden til rådighed internt, men i de tilfælde, hvor der er lang ventetid hos den eller de interne kapaciteter, kan det være relevant at have mulighed for at visitere barnet/den unge til et eksternt forløb i børnehuset.

Interviewundersøgelsen viser, at kommunerne ikke systematisk anvender et bestemt behandlingstilbud til målgruppen for TF-CBT – uagtet om der anvendes egne eller eksterne leverandører. Dette gør det vanskeligt for de kommunale informanter at beskrive deres "typiske" behandlingstilbud til målgruppen. Samtaleterapi synes dog at være den mest anvendte behandlingsmetode til målgruppen.

Samlet set vurderes det ikke muligt at give et præcist estimat over alternativomkostningen til TF-CBT-forløbet, fordi kommunerne sjældent har et sammenligneligt basialternativ til TF-CBT. Det mest sammenlignelige med TF-CBT-behandlingen i en kommune vurderes at være et internt tilbud, der koster knap 24.000 kr. for 20 samtaler. Såfremt en kommune selv skulle etablere et forløb sammenligneligt med TF-CBT og købe det eksternt hos en autoriseret privatpraktiserende psykolog, vurderer en anden informant, at det ville koste 40.000-45.000 kr.

Ved interviewundersøgelsen i foråret 2022 blev de kommunale informanter med erfaring med TF-CBT-forløb i Børnehus Syd bedt om at pege på, hvad de ville have tilbudt af behandling til barnet eller den unge, hvis det ikke havde været en mulighed at visitere til et TF-CBT-forløb. Derudover blev de bedt om at beskrive praksis i den pågældende kommune, før TF-CBT-behandlingen i Børnehus Syd var en mulighed. Informanterne pegede i den forbindelse primært på Funktionel Familierapi (FFT), kognitiv terapi eller et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb som de indsætter, de anvender og er mest sammenlignelige med TF-CBT-behandlingen.

6.4.1 Funktionel Familierapi som basisalternativ

Funktionel Familierapi (FFT) involverer den unge og forældrene eller nærmeste omsorgspersoner. FFT varetages af både en ungeterapeut, der har fokus på barnet/den unge, og en familierapeut, der har fokus på forældrene og familien som et samlet hele. Af interviewet med de kommunale informanter fremgår det, at den del af behandlingen i FFT, der er sammenlignelig med TF-CBT, typisk har en varighed på ca. 6 måneder, dvs. den del af behandlingen, der har fokus på det overgreb, som barnet eller den unge har været udsat for. Denne del af behandlingen indebærer ugentlige sessioner for barnet/den unge samt sessioner med forældre eller nærmeste omsorgspersoner hver anden uge. FFT er dog ikke, ligesom TF-CBT, en traumefokuseret behandling, hvorfor de kommunale informanter pointerer, at FFT med fordel kan anvendes som supplerende indsats til TF-CBT, da FFT-behandlingen kan anvendes som indsats ved den efterfølgende stabilisering af familien.

Kommunen, der har anvendt FFT-behandling til målgruppen, har tilkøbt FFT-forløbet eksternt for ca. 14.000 kr. pr. måned. For de 6 måneder, hvor behandlingen i FFT kan sammenlignes med den behandling, som tilbydes i TF-CBT, koster FFT-forløbet således 84.000 kr. Det skal bemærkes, at der i denne pris er inkluderet den særlige ydelse, at ungeterapeuten ved akut behov står til rådighed for en samtale hele døgnet, hvorfor prisen for et TF-CBT-forløb naturligvis ikke kan sammenlignes én-til-én med prisen for FFT-forløbet, for ikke at nævne, at der tilbydes flere sessioner i FFT-forløbet end ved et normalt TF-CBT-forløb.

6.4.2 Kognitiv terapi som basisalternativ

En kommune oplyser, at de har visiteret børn og unge i målgruppen til kognitiv adfærdsterapi enten ved en ekstern privatpraktiserende psykolog eller i regi af kommunens interne tilbud. Af interviewene med de kommunale informanter fremgår det, at kommunen normalt ville kunne visitere målgruppen for TF-CBT til 10 timers behandling hos en privatpraktiserende psykolog med speciale i behandling af traumer fra seksuelle overgreb og sidenhen vurdere, om og hvor

meget længere behandling der er behov for. Erfaringen i kommunerne er, at det meget sjældent er tilstrækkeligt med en behandling af 10 timers varighed. En af de kommunale repræsentanter oplyser, at prisen for en privatpraktiserende psykolog typisk ligger på omkring 900 kr. i timen.

6.4.3 Individuel tilrettelagt støtte som basisalternativ

I en kommune estimerer en informant, at det ville koste mellem 40.000 og 45.000 kr. for kommunen, hvis den selv skulle tilrettelægge et behandlingsforløb, der er sammenligneligt med et TF-CBT-forløb og skulle varetages af en ekstern privatpraktiserende autoriseret psykolog.

I en anden kommune oplyser en informant, at kommunen har et internt forløb til målgruppen, som varetages af en intern psykolog og familiebehandler, der er fagligt og indholdsmæssigt sammenligneligt med TF-CBT-behandlingen. Informanten vurderer, at kommunens eget forløb normalvis indebærer 20 samtaler, og at den interne pris for forløbet ligger på knap 24.000 kr.

6.5 Forholdet mellem ressourceforbrug og indsatsens virkninger

I dette afsnit belyses det, om det er vurderingen, at der er et rimeligt forhold mellem ressourceforbruget på et TF-CBT-behandlingsforløb og de forventede virkninger.

Hvorvidt der er et rimeligt forhold mellem ressourceforbruget på TF-CBT-behandlingen og behandlingens virkninger er belyst gennem interviews med kommunale repræsentanter fra 3 udvalgte kommuner i region Syddanmark, som er de kommuner, der kan visitere børn og unge til behandling i Børnehus Syd. Interviewene med de kommunale repræsentanter er foretaget i foråret 2022, og dermed før resultaterne af virkningsevalueringen og omkostningsvurderingen af TF-CBT var kendte. De interviewede kommunale repræsentanter har derfor på tidspunktet for interviewene ikke haft kendskab til resultaterne af virkningsevalueringen af TF-CBT-behandlingen, men repræsenterer dog alle kommuner, der har konkrete erfaringer med at visitere børn og unge til TF-CBT-behandling i Børnehus Syd. De kommunale repræsentanter har i interviewene forholdt sig til det foreløbige prisestimat på 28.000, som blev estimeret forud for afprøvningen af TF-CBT og er den pris, som TF-CBT forløbet har kostet kommunerne i projektperioden og ikke den faktisk estimerede pris,

der er beregnet som led i omkostningsvurderingen (mellem 31.748 kr. til 35.715 kr., jf. afsnit 6.3.2).

Flere af de kommunale repræsentanter pointerer, at mindre kommuner sjældent har den specialiserede viden, der skal til for at behandle målgruppen internt. Dertil kommer, at det er svært at finde virksomme eksterne tilbud til målgruppen, da behandling af målgruppen kræver specialiseret viden og specialiserede kompetencer (hvilket understøttes af Deloittes undersøgelse fra 2019, som er skitseret i kapitel 1).

De udvalgte kommunale repræsentanter

De kommunale repræsentanter fra de 3 udvalgte kommuner repræsenterer både myndighedspersoner, der foretager visitationen af børn og unge til TF-CBT-behandlingen, samt repræsentanter med økonomisk ansvar.

Overordnet set er det de kommunale repræsentanternes vurdering, at TF-CBT-behandlingen i Børnehus Syd er særligt attraktiv for de kommuner, der ikke selv har specialiserede kompetencer til behandling af målgruppen, men også kan være attraktiv for kommuner, der har specialiserede kompetencer, men hvor der kan være venteliste til behandling internt i kommunen.

De kommunale repræsentanter anser ligeledes TF-CBT som et attraktivt behandlingstilbud, fordi forløbet

er afgrænset i omfang, og behandlingen også omfatter barnet eller den unges nærmeste omsorgsperson. Vurderingen på tværs af repræsentanterne er, at den foreløbige pris på 28.000 kr. pr. forløb er rimelig set i forhold til både det forventede og det oplevede udbytte af TF-CBT-behandlingsforløbet. I interviewene gav de kommunale repræsentanter desuden udtryk for, at TF-CBT fortsat vil være et attraktivt behandlingstilbud til målgruppen på trods af evt. mindre opjusteringer af prisen pr. forløb. Det centrale fra det kommunale perspektiv er, at der er tale om en fast pris på et afgrænset behandlingsforløb, så man kan regne med, at der ikke tilløber merudgifter. En kommunal repræsentant mener, at de 28.000 kr. er en lille pris at betale for noget, der virker, og at det kan blive meget dyrt på mange andre områder og for barnet eller den unge senere i livet, hvis barnet/den unge ikke tilbydes behandlingen. Sammenholdt med, at vi i virkningsevalueringen finder væsentlige virkninger af TF-CBT-forløbet (se afsnit 5.2), er det forventningen, at kommunerne fortsat vil finde forholdet mellem forbruget af ressourcer på et TF-CBT-behandlingsforløb og de forventede resultater rimelig, hvis prisen på forløbet ligger på mellem 31.748 kr. og 35.715 kr. som estimeret i omkostningsvurderingen (se afsnit 6.3.2).

6.6 Opsamling og opmærksomhedspunkter – omkostninger forbundet med TF-CBT

VIVEs samlede prisestimat for uddannelse, supervision og certificering af de 6 terapeuter i Børnehus Syd er 436.424 kr., jf. afsnit 6.2.1.

Det har ikke været muligt at foretage et estimat over den del af opstartsomkostningerne, der ligger i ledernes og administrationens arbejdstid forbundet med den organisatoriske forberedelse af implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd. Sidstnævnte vurderes dog under alle omstændigheder at variere betydeligt på tværs af landets børnehuse, og viden om omkostninger forbundet hermed vil derfor ikke være generaliserbar. Der er ikke foretaget større investeringer i materiel, it-systemer eller lignende i forbindelse med opstarten af TF-CBT i Børnehus Syd.

Som følge af, at opstartsomkostningerne kan variere fra børnehus til børnehus, samt at der ikke er en fast afgrænset periode for behandlingstilbuddet, dvs. en slutdato for anvendelsen af TF-CBT som behandlingsmetode, har VIVE valgt ikke at indregne opstartsomkostningerne i den samlede beregning af prisen for de enkelte TF-CBT-forløb.

En opmærksomhed i forbindelse med beregningen af opstartsomkostningerne er, at terapeuternes tid anvendt på registreringer i fidelitetsskemaerne som led i supervisionen og certificeringen indgår i estimatet. For at understøtte fortsat fidelitet i leveringen af TF-CBT-behandlingen er det anbefalingen, at terapeuterne fortsætter registreringen af fideliteten i de enkelte TF-CBT-forløb. Dette er der taget højde for i prisestimatet for den løbende driftsomkostning for et gennemsnitligt TF-CBT-forløb, hvor der er indlagt tid til supervision og registrering af fidelitet.

Prisestimatet for de løbende driftsomkostninger for et gennemsnitligt TF-CBT-forløb ligger på mellem 31.748 kr. og 35.715 kr. Prisforskel på 3.967 kr. er drevet af, at timelønnen i Børnehus Syd er højere end timelønnen trukket fra KRL-data og forskellen i det anvendte overhead. Anbefalingen fremadrettet er at anvende det almindelige overhead på 20 %, hvorved det alene vil være lønniveauet hos TF-CBT-terapeuterne, der kan drive variationen i prisen for et TF-CBT-forløb. En opmærksomhed i denne forbindelse er, at den reelle driftsomkostning på forløbsniveau i de øvrige børnehuse vil afhænge af det faktiske løn-niveau blandt de medarbejdere, der skal varetage TF-CBT-behandlingen.

Som følge af ovenstående er en opmærksomhed ydermere, at prisen for et TF-CBT-forløb vil stige, hvis forløbene i gennemsnit bliver længere end de rammede 15 sessioner.

Det har været vanskeligt at give et præcist estimat over alternativomkostningen til TF-CBT-forløbet, fordi kommunerne sjældent har et sammenligneligt basisternativ til TF-CBT. Særligt for mindre og mellemstore kommuner kan TF-CBT udfylde et behandlingstomrum, fordi kommunerne ikke selv kan opretholde drift af et specialiseret tilbud til målgruppen. Det er dog et opmærksomhedspunkt, at nogle kommuner har en strategi om at være selvforsynende og derfor i mindre grad ønsker at gøre brug af eksterne behandlingstilbud.

7 TF-CBT er accepteret og efterspurgt

I dette kapitel belyses det, om kommunerne på baggrund af modningsfasens evaluering fortsat finder indsatsen interessant. Dertil belyses, om relevante medarbejdergrupper, fagpersoner og øvrige aktører oplever TF-CBT som en relevant indsats.

Analysen finder overordnet set, at både TF-CBT-terapeuterne, ledelsen i Børnehus Syd, de unge, der har modtaget behandlingsforløbet, samt omsorgspersoner til børn og unge, der har modtaget behandlingsforløbet, er positive over for behandlingsforløbet og finder det interessant og relevant. Tilsvarende gør sig gældende for de kommunale aktører, som er dem, der skal visitere til og finansiere behandlingsforløbet.

I Boks 7.1 præsenteres VIVEs vurdering af SUSI-kriterie 5 om, at indsatsen er accepteret og efterspurgt.

Boks 7.1 Vurdering af kriterie 5: Indsatsen er accepteret og efterspurgt

Kommunerne finder på baggrund af modningsfasens evaluering fortsat indsatsen interessant.

Delkriteriet er opfyldt.

Efter 18 måneder med TF-CBT-behandlingstilbuddet i drift i Børnehus Syds 3 afdelinger har samlet set halvdelen af kommunerne i Region Syddanmark visiteret børn og unge til behandlingen. Dette skal også ses i lyset af, at ikke alle kommunerne nødvendigvis har haft børn eller unge i målgruppen. 4 kommuner har visiteret et barn eller en ung til behandlingen, mens de resterende 9 kommuner har visiteret 2-7 børn eller unge til behandlingen. Der har i hele projektperioden været fuld belægning af TF-CBT-terapeuter, og i nogle perioder har der været venteliste, hvilket er forsøgt håndteret ved, at nogle terapeuter periodisk har haft 3 behandlingsforløb i gang ad gangen mod de planlagte 2. Alene på baggrund af data om kommunernes visitation og belægningen på behandlingen i Børnehus Syd er det vurderingen, at en stor del af

kommunerne i Region Syddanmark finder TF-CBT-behandlingsforløbet interessant og relevant.

Af interviewene med udvalgte kommunale aktører med henholdsvis økonomisk ansvar og myndighedsansvar på området, som har konkrete erfaringer med at visitere børn og unge til behandlingen, fremgår det overordnet set, at de kommunale repræsentanter anser TF-CBT som et attraktivt behandlingstilbud. TF-CBT anses som meget seriøst behandlingstilbud, og flere af repræsentanterne giver udtryk for, at man tidligere har været frustreret over, at det ikke har været muligt at finde relevante kvalificerede behandlingstilbud til målgruppen.

Relevante medarbejdergrupper, fagpersoner og øvrige aktører oplever indsatsen som relevant.

Delkriteriet er opfyldt.

Der er generel stor motivation for at udbyde og arbejde med TF-CBT som behandlingstilbud i Børnehus Syd. Af de løbende drøftelser fremgår det, at både børnehusets ledelse og de TF-CBT-certificerede terapeuter oplever, at behandlingstilbuddet er yderst relevant. I børnehuset gives der udtryk for en faglig lettelse ved at vide, at der nu er et adækvat behandlingstilbud til en målgruppe, man hidtil har været usikker på, hvilken hjælp har modtaget efter udredning.

De kvalitative interview med henholdsvis unge og omsorgspersoner viser, at omsorgspersonerne ser forandringer i trivslen allerede under behandlingsforløbet i form af forbedret kommunikation om barnets/den unges udfordringer, og at barnet/den unge var mere roligt og tillidsfuldt. Desuden nævner både de unge og omsorgspersonerne, at de har gavn af de redskaber, som behandlingen introducerer dem for til at opnå at føle ro og mindske angst. Det fremgår ligeledes af interviewene, at de unge, selvom de har oplevet svære følelser i arbejdet med traumenarrativet, specifikt oplever det som en nødvendighed at arbejde direkte med traumet for at opleve positive forandringer.

7.1 Efterspørgselsevaluering

Det er helt centralt, at de involverede aktører, på baggrund af de konkrete erfaringer med modningen af TF-CBT i en dansk kontekst, fortsat oplever TF-CBT-

behandlingsforløbet interessant og relevant. De centrale aktører i denne sammenhæng er ledelsen og medarbejderne i Børnehus Syd, som er dem, der leverer indsatsen; børnene, de unge og nærmeste omsorgspersoner, som er dem, der modtager indsatsen, samt ikke mindst kommunerne i region Syddanmark, som er dem, der visiterer til og finansierer TF-CBT-behandlingsforløbene. I det følgende skitseres disse 3 aktørgruppers oplevelse af, om indsatsen er interessant og relevant.

7.1.1 Børnehusets ledelse og medarbejdere

I forbindelse med de løbende drøftelser, der i projektperioden er foretaget med ledelsen i Børnehus Syd og de involverede medarbejdere i form af TF-CBT-terapeuterne, om implementeringen af TF-CBT, er ledelsens og medarbejdernes oplevelse af indsatsen belyst.

Som det er skitseret i afsnit 4.2.1, er der generelt stor motivation for at udbyde og arbejde med TF-CBT som behandlingstilbud i Børnehus Syd. Af de løbende drøftelser fremgår det, at både børnehusets ledelse og de TF-CBT-certificerede terapeuter oplever, at behandlingstilbuddet er yderst relevant. Både på ledelses- og medarbejdersiden er det oplevelsen, at behandlingstilbuddet skaber en helhed i børnehusets ydelser fagligt indadtil, men også for målgruppen ved at samle udredning og behandling under samme tag. Desuden gives der udtryk for en faglig lettelse ved at vide, at der nu er et adækvat behandlingstilbud til en målgruppe, man hidtil har været usikker på, hvilken hjælp de har modtaget efter udredning.

7.1.2 Børnene, de unge og deres omsorgspersoner

Belysningen af, om børnene, de unge og deres nærmeste omsorgsperson finder TF-CBT-behandlingsforløbet relevant, er dels afdækket gennem interviews gennemført med unge og omsorgspersoner, dels gennem løbende interviews med TF-CBT-terapeuterne om fideliteten i behandlingsforløbene.

Af interviewene med TF-CBT-terapeuterne fremgår det, at der generelt har været et stabilt fremmøde blandt børnene, de unge og deres omsorgspersoner til behandlingssessionerne, og at børnene, de unge og deres nærmeste omsorgsperson oplever den viden og de redskaber, de får i regi af behandlingen, som brugbar.

Dette understøttes af interviewene med udvalgte unge og omsorgspersoner. Som skitseret i kapitel 5 oplever de unge de tilegnede redskaber og teknikker som anvendelige. Samtidig er det de unges oplevelse, at selve behandlingsfor-

løbets opbygning har fungeret godt, og de beskriver relationen til deres terapeut som tillidsfuld og omsorgsfuld. Det fremgår ligeledes af interviewene, at de unge, selvom de har oplevet svære følelser i arbejdet med traumenarrativet, specifikt oplever det som en nødvendighed at arbejde direkte med traumat for at opleve positive forandringer.

Af interviewene med omsorgspersonerne fremgår det, at omsorgspersonerne oplever at have fået konkrete redskaber til at håndtere børnene og de unges reaktioner i hverdagen. Derudover er det oplevelsen, at terapeuten på en positiv måde i løbet af behandlingen har kunnet fungere som tolk mellem barnet/den unge og omsorgspersonen, hvilket har givet dem en større forståelse for barnet/den unges oplevelser og reaktioner. De beskriver ligeledes, at de overordnet set oplever forløbets opbygning med det givne antal sessioner og indhold som passende. Oplevelsen er endvidere hos nogle af omsorgspersonerne, at det at høre barnet eller den unges historie igennem traumenarrativet har gjort det nemmere for omsorgspersonen at komme videre efter den traumatiske hændelse.

7.1.3 De kommunale aktører

Efter 18 måneder med TF-CBT-behandlingstilbuddet i drift i Børnehus Syds 3 afdelinger har samlet set halvdelen af kommunerne i Region Syddanmark visiteret børn og unge til behandlingen. Dette skal også ses i lyset af, at ikke alle kommunerne nødvendigvis har haft børn eller unge i målgruppen. 4 kommuner har visiteret et barn eller ung til behandlingen, mens de resterende 9 kommuner har visiteret 2-7 børn eller unge til behandlingen. Der har i hele projektperioden været fuld belægning af TF-CBT-terapeuter, og i nogle perioder har der været venteliste, hvilket er forsøgt håndteret ved, at nogle terapeuter periodisk har haft 3 behandlingsforløb i gang ad gangen mod de planlagte 2. Alene på baggrund af data om kommunernes visitation og belægningen på behandlingen i Børnehus Syd er det vurderingen, at en stor del af kommunerne i Region Syddanmark finder TF-CBT-behandlingsforløbet interessant og relevant.

Af interviewene med udvalgte kommunale aktører med henholdsvis økonomisk ansvar og myndighedsansvar på området, og som har konkrete erfaringer med at visitere børn og unge til behandlingen, fremgår det overordnet set, at de kommunale repræsentanter anser TF-CBT som et attraktivt behandlingstilbud. Det fremgår af interviewene, at det i kommunerne er oplevelsen, at både børnene, de unge og deres nærmeste omsorgsperson har stort udbytte af behandlingen. TF-CBT anses som et meget seriøst behandlingstilbud, og flere af repræsentanterne giver udtryk for, at man tidligere har været frustreret over, at det ikke har været muligt at finde relevante kvalificerede behandlingstilbud til målgruppen. En kommune pointerer, at man ser en værdi i at investere tidligt i

traumebehandling, og at man har en forventning om, at behandlingsforløbet også kan reducere senfølger af de traumatiske oplevelser.

Af interviewene fremgår det yderligere, at erfaringen er, at der er rigtig mange dygtige privatpraktiserende psykologer, som man tidligere har gjort brug af, men at behandlingen i børnehuset anses som et sikkert valg kvalitetsmæssigt. Flere af de kommuner, som aktørerne repræsenterer, har strategier om at være selvforsynende i forhold til sociale indsatser og tilbud. Flere af disse kommuner giver dog samtidig udtryk for, at man gerne visiterer til behandlingsforløb uden for kommunalt regi, hvis der er faglige argumenter for det, og at dette særligt gælder sager, hvor der er tale om seksuelle krænkelser, da disse kræver meget specialiserede kompetencer, som sjældent findes inden for kommunernes eksisterende tilbudsvifte. Flere kommuner efterspørger i denne sammenhæng også behandlingstilbud til børn med traumer efter voldsproblematikker i nære relationer.

7.2 Samlet efterspørgselsevaluering

Som det fremgår af ovenstående, giver de 3 aktørgrupper henholdsvis udtryk for, at de finder TF-CBT-behandlingsforløbet både interessant og relevant. På den baggrund er det vurderingen, at behandlingsforløbet kan betragtes som accepteret og efterspurgt blandt centrale aktører for TF-CBT-behandlingsforløbet i Region Syddanmark.

8 Konklusion

Evalueringen viser overordnet set, at de børn og unge, som har deltaget i TF-CBT-behandlingen, ved forløbets opstart er karakteriseret ved en ret alvorlig mistrivsel. 85 % af børnene og de unge opfylder ved opstarten kravene til en PTSD-diagnose, og 81 % opfylder kriterierne for en klinisk depression. Dertil har næsten alle deltagerne dysfunktionelle og negative tanker.

Børnene og de unges omsorgspersoner oplever tilsvarende tydelige tegn på børnene og de unges mistrivsel. Dette særligt i forhold til helbred, fysisk sundhed, indlæring samt humør og følelser. En del oplever desuden problemer med trivsel i forhold til venner og skolen.

Samlet set vidner analyserne om, at en stor del af børnene og de unge ikke blot mistrives på én, men på flere livsdimensioner. Disse fund peger på, at børnene/de unge har et massivt behov for at få hjælp.

TF-CBT anbefales i international forskning og guidelines som førstevalget til behandling af børn med symptomer på traumer, herunder traumer efter seksuelle og voldelige overgreb. Implementeringen af TF-CBT-tilbuddet udfylder et behandlingstomrum for børn og unge med symptomer på traumer efter seksuelle overgreb, da stort set ingen kommuner har et specialiseret tilbud.

Der gives i børnehuset udtryk for en faglig lettelse ved at vide, at der nu er et adækvat behandlingstilbud til en målgruppe, man hidtil har været usikker på, hvilken hjælp har modtaget efter udredning. Dertil finder evalueringen, at de kommunale repræsentanter overordnet set anser TF-CBT som et attraktivt behandlingstilbud.

I forhold til virkninger over tid viser analyserne positive og relativt store forandringer fra opstart til afslutning på stort set alle de anvendte udfaldsmål. Der ses en markant og signifikant reduktion i:

- Andelen, der opfylder krav til PTSD-diagnose
- PTSD-symptomer hos unge på 13+ år
- Depressionssymptomer
- Negative og dysfunktionelle tanker
- Mistrivsel
- Følelsesregulering.

Der kan dog ikke ses en reduktion i PTSD-symptomer over forløbsperioden for de yngste deltagere under 13 år.

Ses der på andelen af børn og unge, der opfylder kravene til en PTSD-diagnose, falder den fra 85 % ved opstart til 54 % ved afslutning af forløbet. Forskellen er statistisk signifikant. Ved afslutningen er det således omkring halvdelen, der opfylder kravene til en PTSD-diagnose. Andelen, der opfylder kriterierne for en klinisk depression, falder tilsvarende betragteligt fra 81 % ved opstart til 31 % ved afslutning. Mens 4 ud af 5 børn eller unge havde symptomer på depression ved opstart, er det blot 1 ud af 4 børn eller unge, som har det ved afslutning.

De forbedringer i symptomer, som deltagerne oplevede ved afslutning af TF-CBT-forløbet, kan fortsat ses ved opfølgningen 3 måneder efter. Derudover ses der en yderligere reduktion i andelen, der opfylder kriterierne for kompleks PTSD og en reduktion i genoplevelsessymptomer. Det tyder således på, at der kan være symptomer, der reduceres i perioden, umiddelbart efter TF-CBT-forløbet er afsluttet.

Da der ikke er inddraget nogen form for kontrolgruppe i analyserne, er det vigtigt at understrege, at vi ikke ved, hvordan ændringen over tid ville have set ud, hvis børnene og de unge *ikke* havde deltaget i forløbet. Dog er ændringerne over forløbsperioden markante, og TF-CBT-forløbet har også vist lovende resultater i Norge (Jensen et al., 2014; Jensen, Holt & Ormhaug, 2017).

Der er gennemført et norsk randomiseret studie af TF-CBT med børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb eller vold. I dette studie fandt man også markante reduktioner i både PTSD og depressionssymptomer samt forbedret mental trivsel (SDQ) hos de børn og unge, der deltog i TF-CBT-forløb. Det er derfor overordnet vurderingen, at det er sandsynligt, at der også i en dansk kontekst er positive ændringer over tid om følge af TF-CBT-forløbet.

Set i lyst af de markante positive resultater, som evalueringen finder i forhold til virkningen af TF-CBT, er det vigtigt at pointere, at det har været nogle dygtige terapeuter, der har gennemført behandlingsforløbene. Dertil har terapeuterne haft massiv supervision under certificeringsperioden, som udgør stort set hele perioden for dataindsamling til denne evaluering. Fremadrettet er det helt centralt, igennem bl.a. løbende supervision, fortsat at sikre kvaliteten i det terapeutiske arbejde, da dette er forudsætningen for virkningen af TF-CBT.

Selvom der ses en markant reduktion af både PTSD-symptomer og depressionssymptomer blandt de børn og unge, der deltog i et TF-CBT-forløb, opfylder en del stadig kriterierne til en PTSD-diagnose og/eller kriterierne for en klinisk depression ved afslutningen. Det er derfor væsentligt, at kommunerne er opmærksomme på, at en stor del af deltagerne sandsynligvis har behov for yderligere hjælp og støtte efter et TF-CBT-forløb.

En yderligere opmærksomhed bør rettes mod børnene og de unges nærmeste omsorgspersoner. Dette som følge af, at evalueringen viser, at overgrebet ikke kun har påvirket barnet eller den unge, men også omsorgspersonen. Behandlingen har primært fokus på barnet eller den unge, men for at sikre, at omsorgspersonen kan støtte barnet eller den unge i behandlingen, kan det derfor være nødvendigt at være opmærksom på, om omsorgspersonen selv har behov for hjælp (fx psykolog).

Overordnet set er det vurderingen, at resultaterne af implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd er så lovende, at det bør overvejes at udbrede TF-CBT til en landsdækkende behandling af målgruppen af børn og unge udsat for seksuelle overgreb. Som følge af, at resultaterne i denne evaluering stemmer overens med de resultater, der findes af TF-CBT i Norge, hvor man også anvender behandlingen til voldsudsatte børn og unge, bør det endvidere overvejes, om målgruppen i Danmark skal udvides til også at omfatte denne målgruppe.

I forbindelse med en evt. udbredelse af TF-CBT til en landsdækkende behandlingsmodel er det anbefalingen, at der fortsat systematisk gennemføres før- og efter-målinger af TF-CBT-forløbene. Dette er væsentligt for at kunne vurdere, om de samme virkninger kan opnås ved større udbredelse. Derudover er det anbefalingen, at der gennemføres nærmere undersøgelser af anvendeligheden af TF-CBT i forhold til børn og unge med varierende grader af TF-CBT, samt at man i det videre arbejde retter et særligt fokus på årsager til evt. frafald i behandlingen.

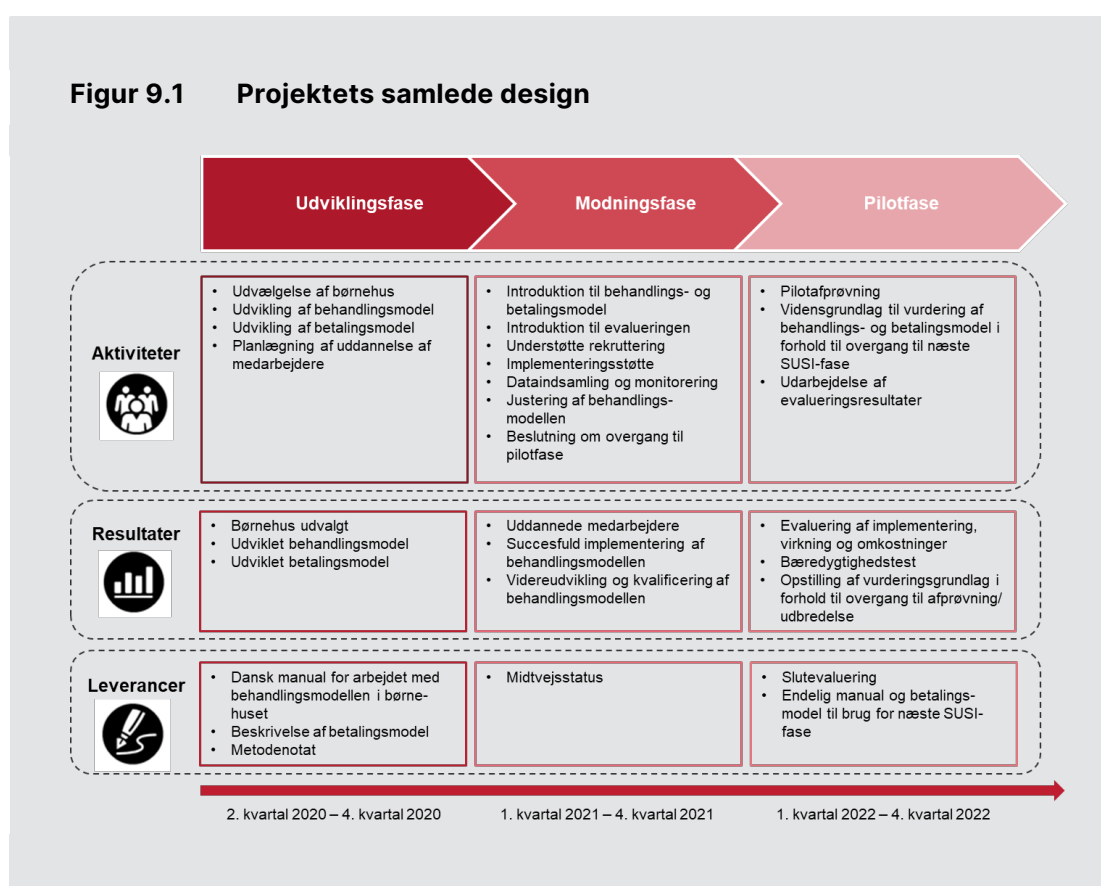


DEL 2

Dokumentation

9 Evalueringens teoretiske afsæt, metode og anvendte data

I denne anden del af evalueringsrapporten uddybes og konkretiseres det samlede projektdesign for implementeringsstøtten og evalueringen af TF-CBT i en dansk kontekst. Projektets samlede design er illustreret i Figur 9.1 nedenfor:



VIVEs implementeringsstøtte og evaluering har bestået af en vifte af måleredskaber og værktøjer, som har været samlet i en fælles ramme for dataindsamlingen for at understøtte en effektiv udvikling og evaluering.

Behandlingsmodellen er udviklet og modnet i samarbejde med Børnehus Syd. Som grundlag for den tætte implementeringsstøtte til børnehuset er der anvendt en forandringsteori over TF-CBT i en dansk kontekst, som er udarbejdet i

samarbejde med en række eksperter på feltet. Evalueringen har taget udgangspunkt i forandringsteorien, der har fungeret som et redskab til at sikre, at TF-CBT er blevet implementeret korrekt. Forandringsteorien er således testet gennem fidelitetsmålinger, strukturerede drøftelser, interview og måling af udviklingen hos de børn/unge og nærmeste omsorgsperson, der modtager behandlingen, samt dataindsamling om de økonomiske omkostninger forbundet med TF-CBT-behandlingen. Hensigten med dette har samlet set været at tilvejebringe et vidensgrundlag for vurderingen af, om betingelserne for et afprøvnings- eller udbredelsesprojekt ifølge SUSI-kriterierne er opfyldt. I det følgende præsenteres de metoder og datakilder, der er anvendt til belyse forandringsteorien nærmere.

9.1 Læsevejledning



Evalueringsrapportens anden del består af 5 indholdskapitler, som samlet set giver et overblik over de anvendte metoder og datakilder i evalueringen af TF-CBT som behandlingsmetode.

Kapitel 10 skitserer og begrundet evalueringens virkningsteoretiske tilgang, og forandringsteorien for TF-CBT præsenteres.

Kapitel 11 belyser kriterierne for og udvælgelse af det børnehus, hvori udvikling og modning af TF-CBT i en dansk kontekst er foregået.

Kapitel 12 præsenterer designet for implementeringsevalueringen, herunder undersøgelsen af metodefidelitet og kontekstanalysen af barrierer og understøttende forhold for implementeringen samt det dertil hørende datagrundlag og dataindsamlingen.

Kapitel 13 skitserer designet for virkningsevalueringen samt den tilhørende dataindsamling. Måleredskaberne til screening og udredning forud for TF-CBT-behandlingen præsenteres og tilsvarende redskaberne til måling af progression hos de børn og unge, som modtager behandlingen. I kapitlet skitseres også virkningsevalueringens kvalitative dataindsamling i form af interview med børn/unge og nærmeste omsorgsperson.

Kapitel 14 skitserer designet for omkostningsvurderingen og den tilhørende dataindsamling. Tilgangen til afdækning af bruttoomkostninger forbundet med TF-CBT-behandlingen, og prisestimeringen af omkostningskategorier skitseres. Ligeledes beskrives designet for afdækningen af basisalternativet til TF-CBT som behandling.

10 Evalueringsteoretisk afsæt

Evalueringen er designet med udgangspunkt i en virkningsteoretisk tilgang. Denne tilgang er valgt, da den kan understøtte indsamlingen af relativt solid viden om sammenhængen mellem anvendelsen af TF-CBT i en dansk kontekst og evt. virkninger af behandlingen. Den virkningsteoretiske tilgang har i denne sammenhæng understøttet udviklingen af et skræddersyet evalueringsdesign, der er tilpasset TF-CBT, og de specifikke organisatoriske forhold omkring tilrettelæggelsen og afprøvningen af behandlingsforløbet i Danmark. Derudover har den virkningsteoretiske tilgang struktureret og guidet VIVEs løbende proces- og implementeringsstøtte.

Med udgangspunkt i den virkningsteoretiske tilgang har VIVE i samarbejde med en række eksperter udarbejdet en forandringsteori for anvendelsen af TF-CBT i Danmark. Forandringsteorien er anvendt som et redskab til at skabe og understøtte en fælles forståelse for evalueringens fokus blandt de centrale involverede aktører. Forandringsteorien er i projektperioden anvendt som grundlag for identifikationen af evt. behov for justeringer af behandlingsmodellen samt det organisatoriske setup. Forandringsteorien har ligeledes dannet grundlag for identifikationen af eksterne og interne modererende faktorer i forhold til implementeringen af TF-CBT i en dansk kontekst. Disse faktorer er alle fulgt tæt i regi af implementeringsevalueringen (se afsnit 12.3).

I den grafiske fremstilling af forandringsteorien nedenfor skitseres elementerne i TF-CBT-behandlingsforløbet i form af de konkrete aktiviteter (indsats) og de forventede virkninger på henholdsvis kort og lang sigt. Da TF-CBT er en evidensbaseret og manualbaseret indsats, har udgangspunktet for opstillingen af forandringsteorien været manualen for TF-CBT. TF-CBT er i Danmark i videst muligt omfang afprøvet i sin eksisterende form, da det har været ønsket at følge den metode, der er undersøgt og fundet virksom i andre studier. Der er derfor kun foretaget mindre justeringer. For det første er forløbets varighed i udgangspunktet fastlagt til 15 sessioner med mulighed for udvidelse, hvis terapeuten vurderer, at det er nødvendigt. Derudover er der oversat en arbejdsbog til terapeuterne udviklet i Sverige, som er anvendt undervejs i TF-CBT-behandlingen. Der har desuden været tilrettelagt et specifikt uddannelsesforløb til terapeuterne i Børnehus Syd i regi af dette projekt. Alle justeringer i forhold til afprøvningen af TF-CBT i en dansk kontekst følges nøje i regi af evalueringen.

Eksternt modererende faktorer:

- Identifikation af børn og unge i målgruppen for TF-CBT
- Kommunernes visitation, herunder betalingsvillighed

- Omsorgspersonernes motivation for at deltage
- Fremmøde og ressourcer til at deltage (tid, transport, geografiske forhold mv.)

Indsats:

Forløb:

- Behandlingsforløb for børn og nærmeste omsorgsgiver
- 15 ugentlige parallelle sessioner af 90-120 min. varighed
- 3 overordnede moduler
- Uddannede behandlere

Modul 1:

- Psykoedukation
- Forældreferdigheder
- Afslapning
- Følelsesmodulering
- Kognitiv mestring

Modul 2:

- Traumenarrativ
- Kognitiv processering

Modul 3:

- In-vivo eksponering
- Fællestimer
- Fremme sikkerhed og videre udvikling

Forventede virkninger – kort sigt:

Modul 1:

- Normalisere barnets og forældrenes reaktioner efter traumet
- Forstærke realistiske tanker om hændelsen
- Forældre forstår barnets adfærdsproblemer i lyset af barnets traumeerfaringer
- Forældre stiller adækvate krav til barnet
- Straffende disciplinering reduceres og brugen af positiv, effektiv grænsesætning øges
- Reduktion af barnets fysiologiske reaktioner efter traumet
- Barn og forældre forstår at anvende specifikke teknikker til at reducere reaktioner knyttet til rædsel, angst, stress og posttraumatiske stresssymptomer
- Barnet og forældre erfarer at oplevelsen af rædsel og angst reduceres når kroppen slapper af
- Barn og forældre kan identificere følelser og særligt negative traumerelaterede følelser
- Barn og forældre kan udtrykke følelser, særligt negative traumerelaterede følelser
- Barn og forældre kan regulere følelser, særligt negative traumerelaterede følelser
- Barn og forældre forstår sammenhængen mellem tanker, følelser og handlinger
- Barn og forældre erfarer at følelser kan ændres ved at ændre tanker
- Barn og forældre forstår hændelser på en mere realistisk og hjælpsom måde

Modul 2:

- Barnet og forælder håndterer negative følelser forbundet med den traumatiske hændelse
- Negative følelser er mindre intense (rædsel, angst, hjælpeløshed, skyld og skam er reduceret)
- Dysfunktionelle tanker identificeres
- Barn og forældre hjælpes til at dysfunktionelle tanker relateret til den traumatiske hændelse identificeres og erstattes med tanker som er mere realistiske/hjælpsomme

Modul 3:

- Barnet hjælpes til at mestre det barnet frygter
- Barnet kan fungere hensigtsmæssigt sammen med mennesker, på steder og i forhold til ting og aktiviteter som kan minde om den traumatiske hændelse
- Kommunikation mellem forælder og barn bliver bedre
- Barnet oplever at det kan snakke med forældre om den traumatiske hændelse
- Forældre kan respondere hensigtsmæssigt når barnet vil diskutere ondskab eller vanskelige temaer
- Barnet og evt. forældre kan identificere mulige farer i fremtiden
- Barnet får hjælp til at tilegne sig nødvendige færdigheder for at fremme sikkerhed
- Ved behov udvikles der en sikkerhedsplan

Forventede virkninger – lang sigt:

Reduktion i symptomer på:

- Posttraumatisk stress
- Depression
- Angst
- Generelle psykiske vanskeligheder

Forbedret funktion i:

- Skolen
- Samvær med venner

Reduktion i:

- Forældres oplevede udfordringer

Internt modererende faktorer:

- Børnehusets evne og parathed til at arbejde med en ny metode – alle medarbejdere
- Kapacitet
- Tid til kompetenceudvikling og levering af behandlingsforløb
- Håndtering af udskiftning blandt TF-CBT-terapeuterne

- Terapeuternes motivation og holdning til manualbaserede metoder
- Ledelsens motivation og opbakning

- Terapeuternes kompetencer og certificering i TF-CBT
- Kvalificeret supervision og intern support
- Fidelitet i leveringen af indsatsen

11 Udvalgelse af implementeringsmiljø

Udvælgelsen af det børnehus, hvori udvikling og modning af TF-CBT i en dansk kontekst skal foregå, er sket på baggrund af en vurdering af, i hvilket børnehus der er de bedste betingelser for implementering af TF-CBT samt de bedste betingelser for igennem evaluering af behandlingsforløbet at belyse virkningen af TF-CBT i en dansk kontekst.

I forbindelse med udviklingen, implementeringen og evalueringen af TF-CBT i et af de danske børnehuse som organisatorisk ramme har det været afgørende at sikre, at der er et tilstrækkeligt antal udredte børn anbefalet til psykologbehandling på årsbasis. Dette for det første for at sikre, at der er et tilstrækkeligt antal børn, for hvem TF-CBT-behandlingen er relevant, og dermed et tilstrækkeligt antal TF-CBT-behandlingsforløb til, at de danske terapeuter, der trænes i behandlingsmetoden, har kunnet leve op til kriteriet for antal gennemførte behandlingsforløb i forbindelse med certificering til behandlingsmetoden (se afsnit 3.3.1.3 for beskrivelse af kriterier for certificering). For det andet for at sikre det bedst mulige grundlag for indsamling af data i forbindelse med evalueringen af virkningen af TF-CBT i en dansk kontekst.

Kriterier for udvælgelse af børnehus

1. Børnehuset har det højeste mulige antal udredte børn anbefalet til psykologbehandling på årsbasis.
2. Børnehuset har erfaringer med at samarbejde med flest mulige kommuner om relaterede ydelser med relevans for behandlingsmetoden TF-CBT.
3. Forældre/nærmeste omsorgsperson spiller en afgørende rolle i TF-CBT-behandlingen, hvorfor det er afgørende, at børnehuset har erfaringer med at foretage screeninger/test med både forældre og børn.

Det har endvidere haft afgørende betydning for udviklingen og modningen af TF-CBT, at de tilknyttede kommuner til det udvalgte børnehus, ville visitere børn til behandlingen i børnehuset. For at sikre de bedste betingelser for dette var det væsentligt, at det børnehus, der blev udvalgt, havde erfaringer med at samarbejde med et bredt udsnit af børnehusets tilknyttede kommuner om relaterede ydelser med relevans for behandlingsmetoden TF-CBT.

Dertil kommer, at et væsentligt element i TF-CBT-behandlingen er arbejdet med barnets/den unges forældre eller nærmeste omsorgsperson. For at sikre de bedste betingelser for udviklingen og implementeringen af TF-

CBT i børnehusets regi blev det endvidere vurderet centralt, at det børnehus, der blev udvalgt, havde erfaring med test/screening af forældre eller nærmeste omsorgsperson.

På baggrund af en objektiv vurdering af data for hver af de 5 børnehuse blev Børnehus Syd udvalgt som det børnehus, hvor TF-CBT-behandlingen er blevet modnet og evalueret.

Børnehus Syd dækker de 22 kommuner i Region Syddanmark og lever samlet set bedst op til de opstillede kriterier for udvælgelse af børnehus. Børnehus Syd er det børnehus, der i 2019 udredte flest børn og unge til psykologbehandling, leverede flest relaterede ydelser med relevans for TF-CBT, samarbejdede med flest kommuner om relaterede ydelser, gennemførte flest screeninger og test af børn og unge og gennemførte flest screeninger/test af forældre/nærmeste omsorgsperson.

12 Dataindsamling – implementering og fidelitet

Datakilder i implementeringsevalueringen består af:

1. Registreringer af fidelitet i de enkelte behandlingsforløb
2. Kvalitative interview om fidelitet
3. Interview med terapeuter og Børnehusets ledelse om barrierer og understøttende forhold for implementering.

Implementeringsevalueringen og analysen af fidelitet baseres således på både kvantitative og kvalitative data. De enkelte datakilder og dataindsamlingsmetoderne præsenteres nærmere i de følgende afsnit.

12.1 Registreringer af fidelitet i de enkelte behandlingsforløb

Til at følge indholdsintegriteten i de enkelte TF-CBT-behandlingsforløb er der løbende i projektperioden gennemført registreringer af fideliteten.

I forbindelse med certificeringen af TF-CBT-terapeuterne i Norge har de norske eksperter udviklet et værktøj til registrering af fideliteten i de enkelte behandlingsforløb, hvor TF-CBT-terapeuterne løbende registrerer progressionen og indholdet i behandlingssessionerne. Skemaet er et hjælpemiddel til at opretholde fremdrift og fidelitet i behandlingen under certificeringen. Skemaet anvendes i dette projekt både til at dokumentere indholdsintegriteten i de enkelte forløb og bruges endvidere i supervisionen i certificeringsperioden (se billede af skemaet i Figur 12.1).

Figur 12.1 Progressions- og fidelitetsskema til opfølgning på indholdsintegritet på forløbsniveau

Progressjons- og fidelitetsskjema TF-CBT																									
Terapeut-ID: _____													Barnets alder:Kjønn:												
TF-CBT-KOMPONENTER																									
Rammer og struktur av hver 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																									
• Sjekke hjemmeoppgave																									
• Jobbe med aktuell komponent, inkludere gradvis eksponering																									
• Bruke ros/støtte/opmuntring																									
• Gi hjemmeoppgave																									
• Sjekke 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 sammen																									
• Øve på positiv forsterkning og positive tilbakemeldinger.																									
• 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: Progressjons- og fidelitetsskjema TF-CBT, Norge

VIVE har oversat vejledningen samt fidelitets- og progressionsværktøjet til dansk og opsat skemaet i et Excel-regneark. TF-CBT-terapeuterne har udfyldt skemaet som opfølgning på hver afholdt eller planlagt session i TF-CBT-behandlingsforløbene.

Som nævnt er registreringen anvendt i de enkelte forløb i den løbende supervision af terapeuterne, og derudover er registreringerne anvendt som datakilde i fidelitetsanalysen⁹. I fidelitetsanalysen bidrager registreringerne med informationer om indholdsintegriteten i de enkelte forløb, herunder:

- varigheden af det samlede forløb
- varigheden af de enkelte moduler i forløbet
- indholdet i de enkelte sessioner
- viden om antallet af aflyste sessioner.

⁹ I Norge anvendes fidelitetsmålingsredskabet alene i perioden frem mod certificeringen. Da fidelitetsværktøjer i sig selv kan understøtte, at man arbejder med en højere grad af fidelitet, kan det overvejes, at redskabet også efter certificeringen anvendes som en fast del af TF-CBT-behandlingen i Danmark.

VIVE har løbende indsamlet data omkring indholdsintegriteten i forløbene, og data er anvendt som grundlag for de løbende strukturerede interview med TF-CBT-terapeuterne om fidelitetsdimensioner, design, udførelse og modtagelse i de enkelte forløb (se afsnit 4.3).

12.2 Kvalitative interview om fidelitet

Med udgangspunkt i TF-CBT-terapeuternes registreringer af fideliteten i de enkelte behandlingsforløb har VIVE igennem hele projektperioden gennemført strukturerede kvalitative interview med terapeuterne – dette for at supplere de kvantitative registreringer i de konkrete behandlingsforløb med bredere viden om forløbene samt terapeuternes konkrete erfaringer med dem. Hensigten med interviewene har været at tilvejebringe viden om terapeuternes erfaringer og evt. udfordringer relateret til fx rammerne for forløbene, balancen mellem sessionerne for børnene/de unge og nærmeste omsorgsperson, balancen mellem TF-CBT-modulerne samt viden om målgruppen. Interviewene tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide med de 4 temaer, som fremgår af Tabel 12.1.

De kvalitative interview bidrager både med viden om årsagsforklaringer til afvigelser i indholdsintegriteten samt til at belyse dimensionerne samt modtagelse og udførelse implementeringsfideliteten. Samtidig har interviewene løbende bidraget med viden om, hvorvidt der har været elementer i forløbene, som ikke har fungeret optimalt og evt. skulle justeres.

Tabel 12.1 Temaer i interviewene med terapeuterne om fidelitet

Fidelitets-dimension	Interviewspørgsmål
Design	Er der tid nok i sessionerne? Hvordan fordeles tiden imellem barn/unge og omsorgsperson? Hvordan fungerer tiden med børnene/de unge? Hvordan fungerer tiden med omsorgspersonen? Hvordan fungerer tiden, hvor både barn/ung og omsorgsperson er sammen? Skal der være mere af noget eller mindre af noget andet? Hvordan fungerer overgangene? Er der noget, der fungerer bedre end noget andet? Hvordan er balancen mellem de 3 faser i forløbet? Er varigheden af de enkelte sessioner passende? Hvordan fungerer traumenarrativet? Hvordan fungerer det med gradvis stigende eksponering? Er antallet af sessioner tilstrækkeligt? Anvendes der supplerende metoder/redskaber?

Fidelitetsdimension	Interviewspørgsmål
Modtagelse	Vurderer du, at dem, du har i behandling, tilhører kernemålgruppen? Møder barn/ung og nærmeste omsorgsperson op? Hvad er årsager til frafald? Hvordan fungerer arbejdsbogen til barnet? Inddrages andre materialer?
Udførelse	Udfører barnet/den unge hjemmeopgaverne? Udfører omsorgspersonen hjemmeopgaverne? Ser du nogle ændringer/udvikling hos børnene?
Overordnet vurdering	Hvordan fungerer udfyldelsen af spørgeskemaer til progressionsmåling hos barn/ung og omsorgsperson? Hvad har været svært i forløbene? Hvad har været godt i forløbene?

VIVE har gennemført interview med de enkelte TF-CBT-terapeuter hver anden til tredje måned i projektperioden (afhængig af perioder med ferie samt antallet af igangværende forløb hos den enkelte terapeut). Interviewene varede 30-45 minutter. I alt er der gennemført 24 fidelitetsinterviews. Alle interviewene blev optaget på diktafon og udskrevet som referater. Interviewene blev efterfølgende analyseret tematisk med udgangspunkt i temaerne i interviewguiden.

Et behandlingsforløb på 15 sessioner har typisk 3-4 måneders varighed, og gennem interview med hyppig kadence har det været muligt at indsamle systematisk viden om samtlige behandlingsforløb i projektperioden. Første interviewrunde fandt sted i maj/juni måned 2021, da terapeuterne havde gjort sig de første erfaringer med konkrete behandlingsforløb. VIVE har aftalt tidspunktet for interview med den enkelte terapeut, som forud for interviewet har fremsendt deres fidelitetsregistreringer af gennemførte og igangværende TF-CBT-forløb. VIVE har som forberedelse til de strukturerede interview gennemgået registreringerne; dette med henblik på at kunne målrette de strukturerede interview til de konkrete behandlingsforløb, terapeuten havde gennemført eller var i gang med. Datamaterialet har både bidraget med viden om den løbende proces- og implementeringsstøtte og som datakilde i denne afsluttende evaluering.

12.3 Strukturerede drøftelser om barrierer og understøttende forhold

3 gange i projektperioden har VIVE gennemført strukturerede drøftelser med TF-CBT-terapeuterne og ledelsen i Børnehus Syd. Formålet med de strukturerede drøftelser har været at identificere barrierer og understøttende forhold i

implementeringen af TF-CBT i Børnehuset. Hensigten har således været at belyse alle de forhold, der har påvirket implementeringen, herunder om og hvordan de eksterne og interne modererende faktorer på de 4 implementeringsniveauer har påvirket implementeringen. I Tabel 12.2 fremgår en tentativ liste af forhold, der er drøftet.

Tabel 12.2 Identifikation af forhold, der påvirker implementeringen af TF-CBT

Implementerings-niveau	Barrierer og understøttende forhold for implementeringen
Infrastrukturelle forhold:	<p>I hvilken udstrækning understøtter den kommunale visitation anvendelsen af indsatsen over for målgruppen?</p> <p>Har den geografiske afstand fra hjemkommunen til Børnehusets satellitter betydning for deltagelsen i behandlingsforløbene?</p>
Institutionelle forhold:	<p>Understøtter organiseringen af screeningsarbejdet i Børnehuset identifikationen af børn og unge, der er i målgruppen for TF-CBT-behandlingen?</p> <p>Er der tilstrækkelig kapacitet i Børnehuset til at levere TF-CBT-behandlingen?</p> <p>Har terapeuterne tilstrækkelig tid til kompetenceudviklingen, til at tilegne sig den nye praksis og til at gennemføre behandlingsforløbene?</p> <p>Er de fysiske rammer passende?</p> <p>Er der sket udskiftning i medarbejdergruppen, som har betydning for implementeringen?</p>
Interpersonelle forhold:	<p>Er ledelsen motiveret for, at Børnehuset leverer TF-CBT-behandlingsforløb som supplerende ydelse?</p> <p>Er der tilstrækkelig ledelsesopbakning til TF-CBT-terapeuterne?</p> <p>Er der tilstrækkelig intern support til TF-CBT-terapeuternes arbejde med TF-CBT-behandlingsforløbene?</p> <p>Er TF-CBT-terapeuterne motiverede for at levere TF-CBT som en manualbaseret behandlingsmetode som supplerende ydelse?</p> <p>Har TF-CBT-terapeuterne i Børnehuset de rette forudsætninger for/kompetencer til at kunne levere TF-CBT-behandlingen?</p>
Individuelle forhold:	<p>Er det muligt for TF-CBT-terapeuterne at gennemføre de aktiviteter, der skal til for at blive certificeret terapeut?</p> <p>Bidrager supervision og vejledning til at kvalificere terapeuterne?</p> <p>Er det muligt for terapeuterne at levere TF-CBT-behandlingen med fidelitet?</p>

De strukturerede drøftelser er dels anvendt til at understøtte Børnehusets implementering af TF-CBT samt til at informere en iterativ modningsproces af TF-CBT i en dansk kontekst, dels til en bredere opsamling af implementeringserfaringerne i regi af denne afsluttende evaluering.

13 Dataindsamling – virkningsevaluering

13.1 Screeningsredskaber

For de børn og unge, der kommer til at indgå i projektet, vil Børnehusets udredning bidrage til den børnefaglige undersøgelse (SEL § 50), 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.

Proces for screening af barnet/den unge til TF-CBT under udredningen

PTSD-symptomer:

- Thomas-test for de 6-12-årige
- ITQ-CA for de 13-17-årige

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 de i målgruppen for TF-CBT.

Den faglige medarbejder kan inddrage andre måleredskaber, hvis det vurderes nødvendigt.

I både Norge og Sverige anvendes redskabet CATS til at måle PTSD-symptomer hos børn fra 7-17 år. I Norge har man oversat CATS2, der er tilpasset DSM5 og ICD-11, og er i gang med at validere redskabet. Der vil også komme norske normer for CATS2.

I Danmark anvendes i stedet Thomas-test for de yngre børn og ITQ-CA – International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version – for de unge i alderen 13-17 år. Begge skemaer er oversat til dansk af Videnscenter for Psykotraumatologi og er blevet implementeret i børnehusene.

Da Thomas-test og ITQ-CA allerede er implementeret og fungerer i børnehuse, er det vurderet hensigtsmæssigt at fortsætte med at anvende disse, indtil valideringen af CATS2 er gennemført, og der er norske normer. På det tidspunkt vil vi sandsynligvis anbefale at overgå til at bruge CATS2 i stedet for. Ud over normalt har CATS2 de fordele, at det også kan bruges til de yngre børn (evt. som interview). Der er en forældreversion (hvilket kan være en fordel ved de yngre børn), og der findes en del oversættelser på forskellige sprog (fx arabisk). Hvis TF-CBT udrulles til resten af landet, kan CATS2 evt. afprøves i et enkelt børnehus til en start.

13.1.1 Thomas-test

Thomas-test er en tegneserietest for yngre børn, hvor der indgår billeder og letforståelig tekst (6-12 år).

Thomas-test måler PTSD-symptomer hos børn. Billederne illustrerer både følelsesmæssige, kognitive eller adfærdsmæssige symptomer på PTSD relateret til fx seksuelle overgreb eller vold.

Tegningerne har Thomas, en præ-teenagedreng af ubestemmelig etnicitet, som hovedfigur, og hvert tegneseriebillede svarer til et PTSD-symptom.

For hvert billede læser interviewer et kort manuskript højt, der beskriver symptomindhold. Barnet skal derefter afgøre, om barnet oplever symptomet "aldrig", "noget af tiden" eller "altid".

Thomas-testen er oversat til dansk af Videnscenter for Psykotraumatologi (Schandorph Løkkegaard et al., 2017).

Indholdet i Thomas-testen ses i Tabel 13.1.

Tabel 13.1 Thomas-testen

Billede	Indhold	Symptom/klynge	ICD-11
1	Introduktion af Thomas		
2	Traumeeksponering og oplevelse/reaktion ved eksponering	Traume	
3	Leger sekvenser af traumet	Genoplevelse, non-specifikt symptom	
4	Non-specifikt mareridt	Genoplevelse, non-specifikt symptom	
5	Mareridt	Genoplevelse	PTSD
6	Invaderende erindringer/flashbacks	Genoplevelse	PTSD

Billede	Indhold	Symptom/klynge	ICD-11
7	Undgåelse af indre stimuli: tanker eller følelser	Undgåelse	PTSD
8	Undgåelse af ydre stimuli: situationer, personer, ting, steder, samtaler	Undgåelse	PTSD
9	Forøget vagtsomhed	Vagtsomhed	PTSD
10	Forskrækkelse	Vagtsomhed	PTSD
11	Problemer med at nedregulere følelser	Dysregulering af affekt	Selvorganisering
12	Følelsesfladhed	Dysregulering af affekt	Selvorganisering
13	Oplevelse af ikke at være noget værd	Negativt selvbillede	Selvorganisering
14	Følelse af at være en fiasko	Negativt selvbillede	Selvorganisering
15	Svært ved at fastholde relationer	Relationer til andre forstyrrede	Selvorganisering
16	Vanskeligheder ved at være tæt på andre	Relationer til andre forstyrrede	Selvorganisering
17	Mavepine	Somatisering, non-specifikt symptom	
18	Hovedpine	Somatisering, non-specifikt symptom	
19	Nedregulering efter spørgeskema: Yndlings is		
20	Åbent spørgsmål: Andet barnet ønsker at fortælle og oplevelse af at udfylde spørgeskemaet		

Kilde: Manual: Administration og opgørelse af Thomas-Test.

13.1.1.1 Scoringsinstruktioner for Thomas-testen

Når barnet har besvaret Thomas-testen, skal hvert spørgsmål scores med følgende værdi:

SVAR	SCORE
Aldrig	0
Nogle gange	1
For det meste	2

Den overordnede PTSD-score beregnes ved at summere besvarelsene for billede 5-10. Den samlede score kan rangere mellem 0-12, hvor en lav score indikerer færre PTSD-symptomer.

For at leve op til kravene til en PTSD-diagnose skal barnet opfylde følgende kriterier i Thomas-testen:

- Opfyldelse af traumekriteriet (scorer mindst 1 ved billede 2)
- Mindst et symptom på genoplevelse (billede 5 og/eller 6)
- Mindst et symptom på undgåelse (billede 7 og/eller 8)
- Mindst et symptom på forøget vagtsomhed (billede 9 og/eller 10).

Derudover skal barnet opleve nedsat funktionsniveau på grund af symptomerne. Nedsat funktionsniveau indgår ikke i Thomas-testen og skal derfor vurderes klinisk.

For at leve op til kravene til en kompleks PTSD-diagnose skal barnet opfylde følgende kriterier:

- Opfylde kravene til en PTSD-diagnose (se ovenfor)
- Mindst et symptom på dysregulering af affekt (billede 11 og/eller 12)
- Mindst et symptom på negativt selvbillede (billede 13 og/eller 14)
- Mindst et symptom på forstyrrelse i relationer til andre (billede 15 og/eller 16).

Inklusionskriterie for 6-12-årige: Børn, der opfylder enten PTSD eller komplekse PTSD-kriterier, inkluderes i projektet. Eftersom vi også ønsker at få subkliniske børn med i dette projekt, behøver barnet kun at have symptomer inden for 2 ud af 3 PTSD-clustre for at opfylde kravene til at være i målgruppen for TF-CBT.

13.1.2 ITQ-CA

ITQ-CA – International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version er et selvrapporteringsspørgeskema, der er udviklet til at screene for ICD-11-symptomer på PTSD og kompleks PTSD hos unge i alderen 13-17 år. Det er oversat til dansk af Videnscenter for Psykotraumatologi.

ITQ-CA indeholder 6 spørgsmål, som dækker ICD-11-kernesymptomerne på PTSD (genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed) og 6 spørgsmål om selvorganisering (affektregulering, selvopfattelse og relationer til andre).

Der er følgende 5 svarkategorier: Aldrig, En lille smule, Sommetider, Meget og Næsten altid. Indholdet i ITQ-CA fremgår af Tabel 3.12.

Tabel 13.2 Beskrivelse af ITQ-CA

PTSD		Symptomcluster
1.	Mareridt eller onde drømme, som minder mig om det, der er sket	Genoplevelse
2.	Billeder i mit hoved af det, der skete. Det føles, som om det sker lige nu.	
3.	Jeg prøver at lade være med at tænke på det, der skete. Eller ikke at føle noget om det.	Undgåelse
4.	Jeg prøver at undgå alt, som minder mig om det, der skete (personer, steder, ting, situationer, samtaler)	
5.	Jeg er meget på vagt (jeg holder øje med, hvem, der er omkring mig)	Vagtsomhed
6.	Jeg bliver nemt forskrækket, når der sker noget uventet	
SELVORGANISERING		Symptomcluster
7.	Jeg har svært ved at falde til ro igen, når jeg er vred, bange eller ked af det	Affektregulering
8.	Jeg kan ikke mærke nogle følelser, eller jeg føler mig tom indeni	
9.	Jeg føler mig som en fiasko/Jeg føler mig ikke god nok	Selvopfattelse
10.	Jeg syntes ikke, at jeg er en god person	
11.	Jeg føler mig ikke tæt på andre mennesker	Relationer til andre
12.	Det er svært for mig at blive ved med at være tæt på andre mennesker	

13.1.2.1 Scoringsinstruktioner for ITQ-CA

Efter hver sektion stilles der 5 spørgsmål om, hvorvidt symptomerne påvirker barnets dagligdag (funktionspåvirkning) i forhold til venner, familie, skole, andre områder som fx fritidsaktiviteter samt overordnet trivsel. Disse spørgsmål besvares med ja eller nej.

Når den unge har besvaret ITQ-CA, skal hvert spørgsmål scores med følgende værdier:

SVAR	SCORE
Aldrig	0
En lille smule	1
Sommetider	2
Meget	3
Næsten altid	4

- Den overordnede PTSD-score beregnes ved at summere items 1-6 (score range fra 0-24)
- Selvorganiseringscore beregnes ved at summere items 7-12 (score range fra 0-24)

- Kompleks PTSD-score beregnes ved at summere items 1-12 (score range fra 0-48)
- Totalscoren giver en indikation af graden af symptomer (lav score er godt).

En score på 2 eller derover indikerer symptomer på det enkelte item. Jo flere items, hvor der er en score på 2 eller højere, jo højere grad af symptomer.

En PTSD-diagnose kræver en markering af ét symptom i hvert PTSD-cluster (genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed) samt tilhørende funktionsnedsættelse (svaret ja i ét af funktionsspørgsmålene) (Haselgruber, Sölva & Lueger-Schuster, 2020; Kzlauskas et al., 2020).

En kompleks PTSD-diagnose kræver en PTSD-diagnose samt en markering af ét symptom i hvert selvorganiserings-cluster (affektregulering, selvopfattelse og relationer til andre) samt tilhørende funktionsnedsættelse (svaret ja i ét af funktionsspørgsmålene) (Haselgruber, Sölva, & Lueger-Schuster, 2020; Kazlauskas et al., 2020).

Inklusionskriterie for unge 13-17 år: Børn/unge, der opfylder enten PTSD eller kompleks PTSD-kriterierne, inkluderes i projektet. Eftersom vi også ønsker at få subkliniske børn med i dette projekt, behøver den unge kun at have symptomer inden for 2 ud af 3 clustre for både PTSD og selvorganisering for at opfylde kravene til at være i målgruppen for TF-CBT.

13.2 Måleredskaber ved opstart og afslutning af TF-CBT-behandlingsforløbet

Når barnet er vurderet i målgruppen for TF-CBT, og kommunen har bevilget et forløb, så skal både barn og omsorgsperson udfylde spørgeskemaer ved opstart af forløbet. Spørgeskemaet til at vurdere PTSD-symptomer har været anvendt under udredningsforløbet, men skal udfyldes igen, hvis det er mere end en måned siden, det blev udfyldt. Desuden skal skemaet udfyldes ved afslutning af forløbet, og 3 måneder efter forløbet er afsluttet.

Boks 13.1 Spørgeskemaer ved opstart og afslutning af TF-CBT-forløbet

Barn/ung:

- Thomas-test (kun 6-12-årige)
- ITQ-CA (kun 13-17-årige)
- MFQ
- CPTCI
- TASC.

Barnet/den unges nærmeste omsorgsperson:

- KIDSCREEN (kun for 8-17-årige)
- SDQ.

13.2.1 MFQ

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, Goodyer & Croudace, 2006). MFQ blev fx anvendt i det norske RCT-studie af TF-CBT. Der er følgende 3 svarkategorier: Passer ikke, Passer nogle gange og Passer.

13.2.2 CPTCI

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 2 subskalaer: Fragile Person in a Scary World og Permanent and Disturbing Change (McKinnon et al., 2016). Der er følgende 4 svarkategorier: Slet ikke enig, Lidt uenig, Lidt enig og Meget enig.

13.2.3 TASC

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). Vi anvender derfor Therapeutic Alliance Scale for Childrenrevised (TASC), som også anvendes i Norge.

TASC består af 12 items med følgende 4 svarkategorier: Slet ikke, Lidt, Noget og Ofte. TASC er blevet oversat til dansk som en del af dette projekt. Både barnet og terapeuten skal udfylde TASC.

13.2.4 KIDSCREEN

Omsorgspersonen udfylder 27-item versionen af KIDSCREEN, der vurderer barnets generelle trivsel. Vi anvender dette spørgeskema for at kunne beskrive, hvordan børnenes generelle trivsel er påvirket af traumesymptomerne, men også for at kunne 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 5 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. Eftersom omsorgspersonen er til stede og venter under barnets session, kan vi bede vedkommende udfylde spørgeskemaet der.

13.2.5 SDQ

Til at supplere KIDSCREEN har omsorgspersonen også udfyldt 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 både at undersøge, 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 5 dimensioner: Emotionelle, adfærds-, hyperaktivitets- og kammeratskabsproblemer samt en skala for prosocial adfærd. Der er følgende 3 svarkategorier: Passer ikke, Passer

delvist og Passer godt. Der er desuden 7 spørgsmål om funktionsevne, som har 4 svarmuligheder (Slet ikke, Kun lidt, Ret meget, Virkelig meget).

13.2.6 Dataindsamlingen

De fleste måleredskaber skal udfyldes 2 gange: ved opstart og ved afslutning af behandlingen. Redskabet til afdækning af PTSD-symptomer, depressionssymptomer og tanker om traumer skal desuden udfyldes af barnet eller den unge 3 måneder efter afslutning af forløbet.

Spørgeskemaerne er sat op i et samlet hæfte, der printes til barnet og omsorgspersonen. Efter udfyldelse indtaster terapeuten svarene i surveysystemet Defgo. På den måde har terapeuten efterfølgende adgang til besvarelsen i papirform.

Børnene udfylder spørgeskemaet under den første og sidste session. De unge kan udfylde spørgeskemaet, når de venter på omsorgspersonen. Opfølgningen 3 måneder efter afslutning gennemføres via et telefonopkald fra terapeuten til barnet.

Skemaet til at måle den terapeutiske relation udfyldes af både barn og terapeut omkring session 3 og 10.

Omsorgspersonen udfylder spørgeskemaet ved første og sidste session, mens barnet er inde hos terapeuten.

For de yngre børn er det vigtigt at være opmærksom på, om de forstår spørgsmålene. Her kan MFQ og CPTCI med fordel gennemføres som interview med terapeuten, i stedet for at barnet selv læser og udfylder skemaet.

13.2.7 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 subskaler i Tabel 13.3. Det fremgår af tabellen, at den interne validitet for langt de fleste total- og

subskalaer er acceptable. Den er dog relativt lav for 4 ud af 5 SDQ-subskalaer: sociale styrker, vanskeligheder med jævnaldrende, følelsesmæssige symptomer og adfærdsmæssige symptomer.

Tabel 13.3 Intern reliabilitet (Cronbach's alpha) for skalaer

Skala	Cronbach's alpha	Items	N
Thomas-test	0,89	12	9
Sub: PTSD	0,70	6	9
Sub: Selvorganisering	0,86	6	9
ITQ-CA	0,84	12	20
Sub: PTSD	0,74	6	20
Sub: Selvorganisering	0,77	6	20
MFQ	0,91	13	29
CPTCI	0,90	10	29
Fragile Person in a Scary World	0,74	4	29
Permanent and Disturbing Change	0,87	6	29
Kidscreen	0,92	27	29
Fysiske aktiviteter og sundhed	0,85	5	29
Generelt humør og dine følelser	0,87	7	29
Familie og fritid	0,85	7	29
Dine venner	0,88	4	29
Skole og læring	0,78	4	29
SDQ	0,81	20	29
Sociale styrker	0,69	5	29
Vanskeligheder m. jævnaldrende	0,52	5	29
Hyperaktivitet/opmærksomhedsproblemer	0,76	5	29
Følelsesmæssige symptomer	0,63	5	29
Adfærdsmæssige symptomer	0,54	5	29
TASC - barn	0,78	12	24
TASC - terapeut	0,80	12	26

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

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

13.2.8 Design af virkningsevalueringen

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

Før- og efter-måling 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 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. De unges tilstand før indsatsen anvendes som et udtryk for, hvilken tilstand de unge 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 efter-måling 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 valgt i de situationer, hvor det ikke er etisk eller praktisk muligt at finde en sammenlignelig kontrolgruppe, som ikke skal modtage indsatsen. Et venteliste-design, 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 efter-designet 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 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.

13.2.9 Statistiske test

Til at måle virkningen af TF-CBT anvender vi en *parret t-test* til at afgøre, om forskellen mellem de unges tilstand ved opstart og afslutning er statistisk signifikant.

En parret t-test anvendes til at vurdere, om 2 afhængige variable er forskellige fra hinanden. I TF-CBT-forløbet er de 2 afhængige variable fx de unges PTSD-symptomer ved opstart og deres PTSD-symptomer ved afslutning. Afhængigheden henviser til, at de 2 variable, som vi gerne vil vurdere forskellen på, kommer fra det samme individ. Det er tilfældet i TF-CBT-forløbet, hvor de samme unge indgår ved opstart og afslutning. Derfor kaldes en parret t-test også ofte for *dependent samples t-test* eller *repeated-measures t-test*.

Om forskellen mellem unges tilstand ved opstart og afslutning er statistisk signifikant, afhænger af størrelsen på forskellen mellem de 2 variable (opstartsmåling og afslutningsmåling), af standardafvigelsen på de 2 variable og af antallet af unge, som indgår i indsatsen. Statistisk signifikans vil her sige, at forskellen mellem opstart og afslutning er så stor, at det skyldes andet end tilfældig variation.

13.2.10 Frafald

29 unge har deltaget i TF-CBT-forløbet ved opstart, og 26 unge har også deltaget ved afslutning. Det vil sige, at der er 3 unge (10 %), som vi ikke har data ved afslutning fra (frafald). Dette skyldes, at deres forløb ikke er afsluttet endnu.

Hvis vi sammenligner disse 3 deltageres data ved opstart i forhold til resten (Tabel 13.4), finder vi, at de 3 i lidt højere grad end de andre 26 deltagere har udfordringer på tværs af områderne og derfor ser ud til at være mere sårbare.

At vi ikke har data ved afslutning endnu for disse 3 unge, som udgør 10 % af samplet ved opstart, underminerer ikke resultaterne af TF-CBT. Men det er væsentligt fremover at være opmærksom på et evt. frafald, som kan skævvride resultaterne.

Tabel 13.4 Frafald. Procent og gennemsnit.

	Baseline og afslutning		Frafaldet	
	Procent	N	Procent	N
PTSD				
Andel med PTSD-diagnose	85	26	100	3
Andel med kompleks PTSD-diagnose	64*	26	100	3
Depression (MFQ)				
Andel med depressionssymptomer	81*	26	100	3
	Baseline og afslutning		Frafaldet	
	Gennemsnit	N	Gennemsnit	N
Alder	14	26	13	3
Depression				
MFQ-score	15,7*	26	21,7	3
CPTCI				
CPTCI-score	26,0*	29	34,7	3
Skrøbelighed	10,5*	29	13,7	3
Variigt forandret	15,5*	29	21	3

Note.: Statistisk signifikante forskelle er markeret med * ($p < 0,05$).

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

13.3 Kvalitative interview med unge og omsorgspersoner

Til at afdække, hvordan brugerne – unge og omsorgspersoner – oplever det at deltage i et TF-CBT forløb samt virkningerne heraf, har vi gennemført individuelle interview med unge og omsorgspersoner, der har modtaget behandling.

13.3.1 Rekruttering og deltagere

Interviewdeltagerne er rekrutteret gennem Børnehus Syd og TF-CBT-terapeuterne, der udførte behandlingen. For at få kontakt til brugere af TF-CBT bad vi terapeuterne om at spørge de børn og unge, som de havde i behandling, samt deres omsorgsperson eller omsorgspersoner, om VIVE måtte kontakte dem med

henblik på interview. Terapeuterne spurgte de børn, unge og omsorgspersoner, der var i slutningen af eller tæt på at afslutte deres forløb. Denne fremgangsmåde blev valgt af praktiske hensyn, da det sikrede, at børn, unge og omsorgspersoner blev spurgt direkte, 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 opslag i Børnehus Syd.

Der er dog begrænsninger ved den fremgangsmåde, vi har anvendt, som kan have fået betydning for den viden, der genereres i evalueringen (Kristensen & Ravn, 2015). For det første er det terapeuterne, som har lavet en vurdering af, hvilke børn, unge og omsorgspersoner de mente ville have lyst 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 er blevet inviteret til interview, og eksempelvis ikke deltagere, der havde store udfordringer. Det kan have betydet, at de unge og omsorgspersoner, der er gennemført interview med, er nogle af dem, der særligt har oplevet en positiv udvikling gennem forløbet. For det andet betyder vores rekrutteringsstrategi, at vi ikke har fået kontakt til børn, unge og omsorgspersoner, der har fravalgt behandlingen eller er stoppet før tid. Disse perspektiver er også væsentlige for at forstå TF-CBT fra et brugerperspektiv, eksempelvis for at få viden om, hvorfor forløbet blev fravalgt, og om der var noget ved behandlingen, der gjorde, at de stoppede før tid.

VIVE fik i alt kontaktoplysninger på 7 familier, hvor det i alle tilfælde var barnet eller den unges primære omsorgsperson, som kontaktoplysningerne gik på. 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 én af familierne aldrig vendte tilbage på vores henvendelser. Interviewene repræsenterer således 6 familier, hvor der er gennemført interview med 4 unge og 8 omsorgspersoner, da der i nogle af forløbene havde deltaget mere end én omsorgsperson sammen med den unge.

Blandt de 4 interviewede unge var der tale om én dreng og 3 piger i alderen 15-17 år. De 4 unge var eller havde været i behandling hos 3 forskellige terapeuter. Blandt de 8 interviewede omsorgspersoner var de alle forældre til en ung, der modtog behandling. Her deltog 2 fædre og 6 mødre i interview. I lighed med de unge var eller havde omsorgspersonerne været i behandling hos 3 forskellige terapeuter. I 3 af familierne var forældrene skilt. I disse tilfælde havde begge forældre deltaget i behandlingen enten sammen eller hver for sig.

13.3.2 Interviewtemaer og gennemførelse

I løbet af evalueringsperioden gennemførte VIVE interview med unge og omsorgspersoner to gange. Første gang i foråret og sommeren 2021 og anden gang i vinteren og foråret 2022. De to interviewrunder fandt således sted under og efter perioder med nedlukning af det danske samfund i forbindelse med covid-19 pandemien. Dette betød, at nogle interview måtte gennemføres online eller telefonisk. I perioderne efter nedlukningerne kunne deltagerne dog også vælge at gennemføre interviewet online eller telefonisk (se fordelingen efter typen af interview i Tabel 13.5). Selvom interviewene er gennemført på forskellig vis, er der ikke forskel på udbyttet af de enkelte interview, som alle er kommet omkring de samme interviewtemaer.

Tabel 13.5 Fordeling af interview på interviewtyper (antal)

	Ungeinterview	Omsorgspersoninterview
Fysisk interview	2	1
Online interview	1	3
Telefonisk interview	1	4

Interviewene omhandlede de unge og omsorgspersonernes oplevelser med at deltage i et TF-CBT forløb, samt hvilke virkninger og forandringer de har oplevet heraf. Interviewene tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide med 6 temaer (se Tabel 13.6). Interviewene med de unge varede 30-35 minutter, mens interviewene med omsorgspersonerne varede 30-60 minutter.

Alle interviewene blev optaget på diktafon og udskrevet som referater. Efterfølgende blev interviewene analyseret tematisk med udgangspunkt i temaerne i interviewguiden. Her blev udvalgte illustrative citater transskriberet fuldt ud til anvendelse i rapporten. Analysen fokuserede først på henholdsvis de unges og omsorgspersonernes oplevelser af forløbet hver for sig, hvorefter en analyse på tværs af de 2 typer af interview dannede baggrund for en diskussion af resultaterne.

Tabel 13.6 Temaer i interview med unge og omsorgspersoner

Tema	Temaets indhold
Baggrund	Dette tema handlede om de unge og omsorgspersonernes beslutning om deltagelse i TF-CBT og deres forventninger til forløbet og behandlingen.
Forløbets indhold	Dette tema handlede om, hvordan de unge og omsorgspersonerne oplevede forløbets organisering og tilrettelæggelse, behandlingens indhold og elementer samt relationen til terapeuten.
Udførelse	Dette tema handlede om, hvordan 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 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 de unge og omsorgspersonernes oplevede forandringer i løbet af og efter TF-CBT-forløbet, eksempelvis i forhold til 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 den unge, samt praktiske forhold ved deres deltagelse, herunder transport og forløbets betydning for den øvrige hverdag.

13.3.3 Etiske overvejelser

En særlig etisk overvejelse i interviewene med 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 interviewene havde fokus på de unge og omsorgspersonernes oplevelse af selve forløbet og behandlingen, spurgte interviewerene ikke direkte ind til den eller de traumatiske begivenheder, der havde fundet sted, for at undgå at interviewdeltagere blev konfronteret med svære følelser, som de ikke ønskede i interviewsituationen (Leahy, 2022).

I interviewene med de unge søgte en del af interviewet dog at afdække arbejdet med traumehistorien. I denne del af interviewet forklarede interviewerene, at temaet handlede om arbejdet med traumehistorien i behandlingen og ikke selve traumat, hvorfor de unge ikke behøvede fortælle om de traumatiske begivenheder, men i stedet hvordan denne del af behandlingen havde forløbet (se også Mudaly & Goddard, 2009). Efter denne forklaring spurgte interviewerene, om den unge var okay med at tale om arbejdet med traumehistorien. Samtlige af de interviewede unge gav samtykke til dette.

I interviewene med omsorgspersonerne spurgte interviewerene ligeledes ikke direkte ind til de traumatiske begivenheder. Intervieweren åbnede i stedet indi-

rekte op for, at omsorgspersonerne kunne fortælle om begivenhederne, eksempelvis hvis der var særlige omstændigheder, som havde haft betydning for deres TF-CBT-forløb. Intervieweren indledte således interviewet med at spørge åbent ind til forløbet frem mod opstarten i TF-CBT. 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 startede, forklarede intervieweren formålet med evalueringen og betonedede evalueringens fokus på TF-CBT-forløbet og behandlingen. Intervieweren fortalte også om deltagerens anonymitet samt deres ret til både i løbet af interviewet og efter interviewet at trække deres samtykke tilbage. Ved afslutningen af interviewene gentog intervieweren, at deltagerne havde mulighed for at trække samtykket tilbage eller kontakte VIVE, hvis der var dele af interviewet, de ikke ønskede blev brugt. Ingen af deltagerne har gjort brug af denne mulighed.

I denne evaluering indgår et begrænset antal interviews – særligt med unge – hvorfor vi i analysen ikke angiver køn og alder på de unge, samt hvilken terapeut der har forestået behandlingen af hensyn til de unges anonymitet. Derudover angiver vi i analysen vedrørende omsorgspersonerne ikke, hvilken af de unge de har deltaget i et forløb sammen med, eller hvilken terapeut der har forestået behandlingen af samme årsag.

14 Dataindsamling til omkostningsvurderingen

Terapeuterne har for hvert TF-CBT-forløb registreret, hvor meget tid de har anvendt på forløbet. I Figur 14.1 ses den initialt fastsatte norm for hver af timeposterne i et TF-CBT-forløb. Skemaet er udviklet i Børnehus Syd, og terapeuterne har foretaget registreringerne i Excel-regneark.

Terapeuten har enten løbende eller ved afslutningen af forløbet registreret, om forløbet har kunnet gennemføres inden for den fastsatte norm på 70,5 timer, samt på hvilke poster de har anvendt mere eller mindre tid end den normerede. Dette med henblik på at kunne belyse variationen i tidsforbruget på de enkelte poster på tværs af behandlingsforløbene.

2 gange i løbet af projektperioden (august/september 2021 og februar/marts 2022) har VIVE indsamlet terapeuternes timeregistreringer og herefter i fællesskab med den enkelte terapeut foretaget en kvalificering af timeregistreringerne – dette for at sikre en ensartet registrering på tværs af behandlingsforløb og på tværs af TF-CBT-terapeuterne.

Figur 14.1 Tidsregistreringsskema til TF-CBT-behandlingsforløb

Specialiseret behandling rettet mod følger af overgreb			
2021			
(forventes ca. 15 ugers forløb)			
Projekt Socialstyrelsen TF CBT 2 år (2021+2022) - SEL§ 52 3 9 anden hjælp			
Pakke med 15 sessioner (hver session indeholder 45min. konfrontationstime med barnet og 45 min. konfrontationstime med forældrene)			
Ydelse	medarb.timer	Ledesle / faglig koordinator timer	Timer i alt
Supervision (støtte makkertimer) med ledelse/koordinator	4	2	6
Visitationssamtale	2	2	4
Netværksmøde	4		4
Behandlingspakke (min. 15 sessioner af 2*45 min)	22,5		22,5
Forberedelse, koordinering og journalisering	10		10
Statusmøde og udarbejdelse af statusbeskrivelse	5		5
Afsluttende møde	1,5		1,5
Midtvejs evalueringsmøde	2	1	3
Effektmåling	2		2
Koordinering	3	1	4
Supervision ifm. projektet Socialstyrelsen 7-8 gange	14		14
Andet			
Adm/ledelse	0,5	1	1,5
Samlede antal faktureringstimer	70,5	7	77,5
x antal behandlingstimer x 3			

Kilde: Børnehus Syd.

Den behandlingsrettede tidanvendelse er delt op i hhv. en visitationsfase, en behandlingsfase og i en overordnet kategori for understøttende aktiviteter. Som det fremgår af Boks 14.1, består disse 3 overordnede kategorier af en række mere konkretiserede omkostningskategorier, der er dem, som terapeuterne i Børnehus Syd er blevet bedt om at registrere deres tidsforbrug inden for. Endelig har terapeuterne også løbende registreret de timer, de har anvendt på understøttende aktiviteter, og som bortfalder ved projektets ophør, dvs. tidsforbrug relateret til evalueringsarbejdet og supervisionen i forbindelse med certificeringen. Boks 14.1 præsenterer kortfattede forklaringer og eksempler på de enkelte omkostningskategorier.

Boks 14.1 Anvendte omkostningskategorier

Omkostningskategorier forbundet med visitationsfasen

- **Visitationssamtale:** Sagen visiteres til børnehuset, og det drøftes, om den lever op til inklusionskriterierne til TF-CBT, og om barnet/den unge er i målgruppen for behandlingen. Til samtalen peges der også i retning af en terapeut til varetagelse af behandlingsforløbet.
- **Netværksmøde:** Ved behov afholdes der et indledende netværksmøde med kommunen og evt. familien.

Omkostningskategorier forbundet med behandlingsfasen

- **Behandlingsforløbet:** I udgangspunktet 15 sessioner af 2 gange 45 minutter.
- **Forberedelse og journalisering:** Under forberedelsen dannes der fx overblik over forløbet, hvilke værktøjer der kan inddrages på det aktuelle stadie af forløbet, der kopieres materiale, behandlerne læser op på sagen, overvejer formidlingsform og forbereder hjælperedskaber. Journalisering dækker over fx notering af, hvem der har deltaget i de enkelte sessioner, og hvad behandlingssessionen på overskriftsniveau har indeholdt. Det kliniske indtryk kan også være nødvendigt at få med i journalen, fx hvis der er tale om selvmordstanker. Journaliseringen anvendes også som et redskab til at huske indgåede aftaler mv.
- **Supervision med ledelse/koordinator:** I særlige tilfælde kan der undervejs i forløbet være behov for, at terapeuten modtager sparring fra en leder eller faglig koordinator.
- **Statusmøde og statusbeskrivelse:** Barnet eller den unges hjemkommune kan have et ønske om en statusskrivelse for forløbet, fx med henblik på at kunne vurdere, om der er behov for supplerende eller efterfølgende indsatser til den unge/

barnet. Statusmødet kan fx være nødvendigt for at koordinere behandlingen med omsorgsperson, kommune og barnet/den unges skole.

- **Midtvejsevalueringsmøde:** Ved behov kan Børnehuset aftale diverse justeringer af indsatsen med fx skolen, kommunen og familien. Mødet kan også afholdes for fx at hjælpe skolen til at få indsigt i, hvordan de kan tage hånd om barnet eller den unge generelt for at understøtte behandlingen.
- **Afsluttende møde:** Kommunen kan tilbydes et afsluttende møde med henblik på at få indsigt i status omkring barnet/den unge og fx vejlede kommunen i, hvad barnet/den unge har af behov fremadrettet.

Omkostningskategorier forbundet med øvrige understøttende aktiviteter

- **Koordinering** i tilfælde, hvor der fx skal flyttes rundt på møder mv.
- **Administration** indebærer fx indkøb af materialer, eller hvis der skal scannes dokumenter ind på sagen.
- **Andet** omhandler alle øvrige opgaver med relevans for behandlingsforløbet, som ikke dækkes af de øvrige omkostningskategoriseringer.

Omkostningskategorier, som bortfalder ved projektets ophør

- **Evaluerings:** Udfyldelse af spørgeskemaer til barnet/den unge og omsorgspersonen, spørgeskemaer til barnet/den unge og terapeuten om den terapeutiske relation, tidsregistrering, interview med VIVE om fidelitet eller implementering samt det opfølgende møde med barnet/den unge og nærmeste omsorgsperson 3 måneder efter endt behandling.
- **Supervision,** herunder også tid anvendt på registreringer i fidelitetsskema.

14.1 Beregning af prisestimer

Prisestimerne er udarbejdet på baggrund af en række forskellige beregninger med udgangspunkt i forskellige antagelser skitseret i Boks 14.2. Lønomskostninger til terapeuterne udgør langt den største driftsudgift, hvorfor VIVE har foretaget følsomhedsberegninger på denne post ved både at indhente løndata direkte fra Børnehus Syd samt fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KLR).

Løndata

Terapeuterne i Børnehus Syd: Gennemsnitstimelønnen inkl. pension for de 6 terapeuter i Børnehus Syd ligger på 335 kr. (2022-priser). Ved hjælp af Finansministeriets 'effektive timenorm for offentligt ansatte' (1.418 timer årligt) omregnes dette udgangspunkt til en **timepris på 454,50 kr. i effektiv timenorm.**

Ledere/faglige koordinatore i Børnehus Syd: VIVE har foretaget en tilsvarende omregning af timeprisen for de ledere/faglige koordinatore, som foretager løbende faglig sparring med terapeuterne i de enkelte TF-CBT-forløb. Timeprisen indgår i VIVEs beregning, men angives af diskretionshensyn ikke, da der er færre end 5 personer i personalegruppen. Tilsvarende er gældende for den omregnede timepris for det anvendte administrative personale. Det bemærkes dog, at organisering af administrationsopgaven i Børnehus Syd involverer både ledere under overenskomst for akademikere og medarbejdere ansat på HK-overenskomst.

KLR-løndata: Data indhentet fra KLR-løndata viser, at den gennemsnitlige bruttoløn inkl. pension for psykologer under overenskomst med KL for akademikere er en smule lavere end lønniveauet blandt Børnehus Syds TF-CBT-terapeuter. Den gennemsnitlige bruttoløn ligger således på 48.895 kr. månedligt i januar 2022. Omregnet til den effektive timenorm for offentligt ansatte (1.418 timer på et år) giver det en **timepris på 413,80 kr.**

For at forenkle beregningerne har VIVE valgt at antage, at de faglige ledere/faglige koordinatore, som foretager løbende faglig sparring på de enkelte forløb, koster det samme. Den effektive timenorm for det administrative personale er beregnet til en **timepris på 309,90 kr.** på baggrund af KLR-data om løngennemsnittet for kontorfunktionærer under overenskomsten, administration og it mv. under overenskomst med KL (2022-priser). Det skal i den forbindelse bemærkes, at VIVE her har valgt at arbejde med en antagelse om, at de administrative opgaver varetages af et team bestående af medarbejdere ansat under HK-overenskomst, hvilket adskiller sig fra Børnehus Syds valgte organisering.

Overhead

Ud over lønomkostningerne er der også forskel på det "overhead", der normalvis arbejdes med i Socialstyrelsens omkostningsberegninger (20 %), og den sats til afledte udgifter, som Børnehus Syd tidligere har anvendt (13,5 %). Der er også indholdsmæssigt forskel på, hvad der ligger i disse 2 forskellige "overhead-satser".

Børnehus Syds tidligere anvendte "overhead" (i Børnehus Syd benævnt "afledte udgifter") på 13,5 %¹⁰ dækker således udelukkende udgifter til bygningsdrift, el, varme, vand, indkøb af it mv. og således *ikke* lønomkostninger til ledelse og administration. Normalvis inkluderer et "overhead" også omkostninger til ledelse og administration, hvorfor VIVE også arbejder med et scenarie, hvor omkostningerne til ledelse og administration kan dækkes af et overhead på 20 %.

Da der kan være forskel på, hvilket overhead landets øvrige børnehuse arbejder med, samt hvilke omkostninger disse dækker, udarbejder VIVE følsomhedsberegninger på prisestimatet med forskellige antagelser om overhead-niveauet samt dets indhold – dette også som følge af, at tidsforbruget på TF-CBT hos ledelsen og administrationen i Børnehus Syd ikke er registreret løbende, og at der formentlig er tale om konservative tidsestimater for det faktisk anvendte tidsforbrug blandt terapeuterne, jf. afsnit 6.3.1.

Med udgangspunkt i ovenstående antagelser er der udarbejdet 4 følsomhedsanalyser for prisestimatet for de løbende driftsudgifter til et TF-CBT-forløb.

Følsomhedsanalyse 1.1 og 1.2: Er modellerne, hvor et typisk anvendt overhead på 20 % dækker udgifter til administration og almindelig drift og vedligehold af bygninger, vand, varme, el mv. samt den del af ledelsesomkostningerne, der ikke anvendes til faglig sparring på forløbsniveau.

Som det fremgår af Tabel 14.1, adskiller følsomhedsanalyse 1.1 og 1.2 sig fra hinanden ved, om der tages udgangspunkt i Børnehus Syds timeløn i effektiv timenorm eller KLR-løndata i effektiv timenorm.

¹⁰ Børnehus Syd har i maj måned 2022 meddelt VIVE, at børnehuset i dag formentlig ville anvende en højere sats til afledte udgifter på ca. 19-20 %. VIVE har dog valgt at holde fast i den tidligere anvendte sats til afledte udgifter på 13,5 % som en af antagelserne for følsomhedsberegningerne, da det har været en faktisk anvendt sats, og fordi der i budgettet for pilotprojektet omkring implementeringen af TF-CBT i Børnehus Syd oprindeligt blev anvendt en sats for afledte udgifter på 13,5 %. Endelig er det muligt, at andre børnehuse med færre matrikler end Børnehus Syd normalt arbejder med en lavere sats end den foreslåede korrigerede procentsats for afledte udgifter i Børnehus Syd.

Tabel 14.1 Antagelserne bag følsomhedsanalyse 1.1 og 1.2

Antagelserne i prisestimat 1.1	Antagelserne i prisestimat 1.2
Terapeuternes gennemsnitlige timeforbrug på forløbsniveau ekskl. understøttende aktiviteter, der bortfalder ved projektets ophør	Terapeuternes gennemsnitlige timeforbrug på forløbsniveau ekskl. understøttende aktiviteter, der bortfalder ved projektets ophør
Halvdelen af tiden anvendt på supervision i regi af certificering	Halvdelen af tiden anvendt på supervision i regi af certificering
Det reelt anvendte timeforbrug pr. forløb på supervision og faglig sparring ved ledelsen/den faglige koordinator	Det reelt anvendte timeforbrug pr. forløb på supervision og faglig sparring ved ledelsen/den faglige koordinator
Børnehus Syds timepriser for hver af de 3 personalekategorier i effektiv timenorm	KRL-baserede timepriser i effektiv timenorm
Et almindeligt overhead på 20 %	Et almindeligt overhead på 20 %
Terapeuternes gennemsnitlige timeforbrug på forløbsniveau ekskl. understøttende aktiviteter, der bortfalder ved projektets ophør	Terapeuternes gennemsnitlige timeforbrug på forløbsniveau ekskl. understøttende aktiviteter, der bortfalder ved projektets ophør

Følsomhedsanalyse 2.1 og 2.2: Er modellerne, hvor der tages udgangspunkt i afledte udgifter på 13,5 %, men hvor Børnehus Syds estimat over administrative udgifter er medtaget særskilt. Det skal her bemærkes, at opgørelsen således foretages ekskl. lønomkostninger til den øverste ledelses tidsforbrug, dvs. den ledelse, som ligger ud over faglig ledessparring undervejs i de enkelte forløb.

Som det fremgår af Tabel 14.2, adskiller følsomhedsanalyse 2.1 og 2.2 sig fra hinanden ved, om der tages udgangspunkt i Børnehus Syds timeløn i effektiv timenorm eller KLR-løndata i effektiv timenorm.

Tabel 14.2 Antagelserne bag følsomhedsanalyse 2.1 og 2.2

Antagelserne i prisestimat 2.1	Antagelserne i prisestimat 2.2
Terapeuternes timeregistrering på forløbsbasis ekskl. understøttende aktiviteter, der bortfalder ved projektets ophør	Terapeuternes timeregistrering på forløbsbasis ekskl. understøttende aktiviteter, der bortfalder ved projektets ophør
Halvdelen af supervisionstiden anvendt i regi af certificering	Halvdelen af supervisionstiden anvendt i regi af certificering
Børnehus Syds eget estimat over tidsforbrug pr. forløb ved ledelsen/den faglige koordinator i forbindelse med faglig sparring om de enkelte forløb fratrukket 2 timer	Børnehus Syds eget estimat over tidsforbrug pr. forløb ved ledelsen/den faglige koordinator i forbindelse med faglig sparring om de enkelte forløb fratrukket 2 timer
Børnehus Syds timepriser for hver af deres 3 personalekategorier i effektiv timenorm	KRL-baserede timepriser i effektiv timenorm
Børnehus Syds tidligere anvendte "overhead"/sats for afledte udgifter på 13,5 %	Børnehus Syds tidligere anvendte "overhead"/sats for afledte udgifter på 13,5 %
Børnehus Syds estimat over administrationens tidsforbrug på TF-CBT	Børnehus Syds estimat over administrationens tidsforbrug på TF-CBT

For samtlige følsomhedsberegninger gælder det, at prisestimerne foretages på baggrund af det gennemsnitlige timeforbrug pr. TF-CBT-forløb ekskl. tid anvendt på evalueringsaktiviteter, der bortfalder ved projektets ophør. Dog lægges halvdelen af tiden anvendt på supervision i forbindelse med certificeringen til timeestimatet, da det forventes, at terapeuterne også i en driftsfase løbende har behov for faglig sparring og supervision.

Det gælder også for samtlige følsomhedsberegninger, at Børnehus Syds eget estimat over tidsforbruget pr. forløb til faglig sparring fra ledelsen/den faglige koordinator indgår. Det skyldes, at ledelsen/den faglige koordinator ikke er blevet bedt om at registrere deres tidsforbrug på forløbsniveau. Der var initialt estimeret 5 sparringstimer (ekskl. visitationen) fra ledelsen/den faglige koordinator, men timeopgørelserne viser, at der på forløbsniveau reelt kun er anvendt 3 timer, hvorfor dette timeforbrug er brugt i beregningerne.

Litteratur

- Arnfred, J., Svendsen, K., Rask, C., Jeppesen, P., Fensbo, L., Houmann, T., ... & Bilenberg, N. (2019). Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Danish Medical Journal*, *66*(6), 1-7.
- Bastien, R. J. B., Jongasma, 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.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720002007>
- 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 Adolescents*. Guilford.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (ed.) (2017). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications*. Guilford Press.
- Deblinger, E., Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. Universitetsforlaget.
- Deloitte (2019). *Analyse af kommunernes praksis på overgrebsområdet*. Socialstyrelsen.
- Dimitrov, D. M., & Rumrill Jr., P. D. (2003). Pretest-posttest designs and measurement of change. *Work*, *20*(2), 159-165.
- Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth-experiences with trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Child Abuse and Neglect*, *38*(7), 1221–1230.
- Eastwood, O., Peters, W., Cohen, J., Murray, L., Rice, S., Alvarez-Jimenez, M., & Bendall, S. (2021). "Like a huge weight lifted off my shoulders": Exploring young peoples' experiences of treatment in a pilot trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, *31*(6), 737–751.

- 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.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry, 6*(10), 830–839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X).
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 141*(1), 60–73.
- 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*(February), 101855. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101855>
- ISTSS International Society for Traumatic Stress Studies. (2018). *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations*. ISTSS International Society for Traumatic Stress Studies.
- 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), 1-14.
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). *A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT*. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(8), 1587–1597. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0270-0>
- 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 and Adolescent Psychology, 43*(3), 356–369. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>.
- Jørgensen, L., & Schlander, C. (ed.) (2018). *Kognitiv adfærdsterapi med børn, unge og familier*. Hans Reitzels Forlag.

- Kazlauskas, E., Zelviene, P., Daniunaite, I., Hyland, P., Kvedaraite, M., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2020). The structure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in adolescents exposed to potentially traumatic experiences. *Journal of Affective Disorders, 265*, 169–174.
- Kristensen, G. K., & Ravn, M. N. (2015). The voices heard and the voices silenced: Recruitment processes in qualitative interview studies. *Qualitative Research, 15*(6), 722–737.
- Leahy, C. P. (2022). The afterlife of interviews: explicit ethics and subtle ethics in sensitive or distressing qualitative research. *Qualitative Research, 22*(5), 777–794.
- Leenarts, L. E. W., Diehle, J., Doreleijers, T. A. H., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry, 22*(5), 269–283.
- Letourneau, E. J., Brown, D. S., Fang, X., Hassan, A., & Mercy, J. A. (2018). The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child Abuse and Neglect, 79*(February), 413–422.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.020>
- 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.
- Linköpings Universitet. (n.d.A). Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) 7,5 hp: <https://liu.se/artikel/uppdraagsutbildningsenheten-kurs-tf-kbt>
- Linköpings Universitet. (n.d.B). Institutionen för biomedicinska och kliniska vetenskaper (BKV): <https://liu.se/organisation/liu/bkv/>
- Martin, C. G., Everett, Y., Skowron, E. A., & Zalewski, M. (2019). The role of caregiver psychopathology in the treatment of childhood trauma with trauma-focused cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 22*(3), 273–289.
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., & Pilling, S. (2020a). Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 61*(1), 18–29.

- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Trickey, D., Meiser-Stedman, R., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., & Pilling, S. (2020b). Cost-effectiveness of psychological interventions for children and young people with post-traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 61(6), 699–710.
- 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.
- Mudaly, N., & Goddard, C. (2009). The ethics of involving children who have been abused in child abuse research. *International Journal of Children's Rights*, 17(2), 261–281.
- Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (n.d.). TF-CBT opplæringsmodell: <https://www.nkvts.no/tf-cbt/om-metoden/opplaeringsmodellen/>
- Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2020). *Manual for implementering av TF-CBT: Statens Barnehus*. Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Neelakantan, L., Hetrick, S., & Michelson, D. (2019). Users' experiences of trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and adolescents: a systematic review and metasynthesis of qualitative research. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(7), 877–897.
- Niclasen, J., Teasdale, T. W., Andersen, A. M. N., Skovgaard, A. M., Elberling, H., & Obel, C. (2012). Psychometric properties of the Danish strength and difficulties questionnaire: The SDQ assessed for more than 70,000 raters in four different cohorts. *PLoS ONE*, 7(2), 1–9.
- Okamura, K. H., Skriner, L. C., Becker-Haimes, E. M., Adams, D. R., Becker, S., Kratz, H. E., Beidas, R. S. (2020). Perceptions of evidence-based treatment among youth and caregivers receiving trauma focused-cognitive behavioral therapy. *Journal of Child and Family Studies*, 29(6), 1712–1722.
- 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.

Powell, B. J., Patel, S. V., Haley, A. D., Haines, E. R., Knocke, K. E., Chandler, S., ... & Aarons, G. A. (2019). Determinant of implementing evidence-based trauma-focused interventions for children and youth: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47, 705–719.

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., ... & 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.

Schandorph Løkkegaard, S., Rønholt, S., Karsberg, S., & Elklit, A. (2017). Validation of the PTSD screening cartoon test "Darryl" in a Danish clinical sample of children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(1), 1–10.

SDQ. (2022). SDQ normtal for 11-17-årige: <http://sdq.dk/wp-content/uploads/2019/12/SDQ-normtal-for-11-17-%C3%A5rige.pdf>

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.

Socialstyrelsen. (2019). *Ramme for implementering: Socialstyrelsens implementeringsguide*. Socialstyrelsen.

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making Sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55.

Aas, E., Iversen, T., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2019). Cost-effectiveness analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy: A randomized control trial among Norwegian youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), 298–311.

VIVÉ