



Kortlægning af den psykiske tilstand hos børn og unge set i de danske Børnehuse

En undersøgelse af traumerelaterede symptomer og vanskeligheder hos børn og unge udredt med standardiserede test- og screeningsredskaber i Børnehusene mellem maj 2018- december 2020

Sille Schandorph Løkkegaard, Camilla Jeppesen, Maria Louison Vang, Amalie Thrane Dalby & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi

Syddansk Universitet 2021

© Colorbox

Trykkeri: Print & Sign, Syddansk Universitet, Campusvej 55, 5230 Odense M.



DE DANSKE BØRNEHUSE

Forfattere: Sille Schandorph Løkkegaard, Camilla Jeppesen, Maria Louison Vang, Amalie Thrane Dalby & Ask Elklit

Udgivelsesår: 2021



Videnscenter for Psykotraumatologi
Campusvej 55
5230 Odense M

www.psykotraume.dk

ISBN:

978-87-94233-69-9

EAN:

9788794233699

Tak til...

Alle tidligere og nuværende medarbejdere og ledelse i de danske Børnehuse, som har bidraget med input og faglig sparring om anvendelsen af traumetest i Børnehusene og en gensidig udvikling af forsknings- og praksisfeltet omhandlende arbejdet med børn, der har været udsat for vold og overgreb.

Alle, der har hjulpet med at udarbejde, oversætte og tilpasse en stor del af de test- og screeningsredskaber, som indgår i denne rapport.

| RÅDET FOR OFFERFONDEN |

Dette materiale er støttet økonomisk af Offerfonden. Materialets udførelse, indhold og resultater er alene forfatterens ansvar. De vurderinger og synspunkter, der fremgår af materialet, er forfatterens egne og deles ikke nødvendigvis af Rådet for Offerfonden.

Resumé

Vold mod børn er en alvorlig samfundsmæssig problemstilling, som har store konsekvenser på kort og lang sigt for de udsatte. Fra nationale og internationale studier ved vi, at der er et dosis-responsforhold imellem eksponering og negative følgevirkninger, at følgevirkningerne kan give sig til udtryk som både fysiske, sociale og psykiske problemer, og at spredningen af den mest alvorlige vold er lille, hvilket betyder, at en mindre gruppe børn er udsat for særlig alvorlig vold og omsorgssvigt og dermed også i risiko for særligt alvorlige følgevirkninger.

Sager med mistanke om vold og seksuelle overgreb mod børn er ofte komplekse, og stiller dermed store krav til fagpersoners ekspertise og håndtering af sagerne. De danske Børnehuse blev grundlagt som led i Overgrebspakken i 2013 med det formål at understøtte kommunernes arbejde med sager, hvor der er mistanke om vold og seksuelle overgreb mod børn. Hensigten med Børnehusenes oprettelse var at centralisere arbejdet med sagerne i børnevenlige omgivelser, og dermed lette børnene for byrden ved at skulle genfortælle potentielt traumatiske oplevelser gentagne gange, og at sikre kvalitet i opgaveløsningen ved at fagpersoner fra socialsektoren, sundhedssektoren og retshåndhævelsen kunne udveksle oplysninger om sagerne. I tillæg hertil er en af Børnehusenes kerneopgaver at foretage en udredning af barnets behov som følge af den mistænkte vold og/eller overgreb, som kommunerne skal inddrage som en del af deres beslutningsgrundlag i den børnefaglige undersøgelse, der vejleder indsatserne til barnet.

Formålet med denne rapport er at beskrive den psykiske tilstand hos de børn og unge (1-18 år), som er udredt med standardiserede test- og screeningsredskaber i de danske Børnehuse i perioden 2018-2020. De anvendte test- og screeningsredskaber og de deraf følgende resultater i rapporten fokuserer på traumesymptomer hos børn og unge og inddrager desuden en række andre symptomer og vanskeligheder. Hensigten med rapportens kortlægning er at skabe overblik over behovet for behandling og andre indsatser til børn og unge udsat for vold eller seksuelle overgreb og deres familier, og dermed yde et vigtigt bidrag til kommende vurderinger af den behandlingskapacitet, der skal være tilgængelig i landets kommuner, som har ansvaret for, at de udsatte børn og unge får den hjælp, de har brug for.

Der blev indhentet demografisk data fra 3772 børn tilset i et af landets fem Børnehuse. Der blev indhentet information om børnenes udredning i 2663 sager (70,6 %). Ud af disse blev i alt 1760 (66,1 %) børn udredt med standardiserede screeningsredskaber fra det nationale assessmentbatteri. Det er disse 1750 børn og unge, der indgår i undersøgelsen. Samlet set var der 990 piger (56,3 %)

og 770 drenge (43,8 %). Gennemsnitsalderen var 10,3 år ($SD = 3,7$). Størstedelen var henvist på baggrund af mistanke om fysisk vold ($n=1150$, 65,3 %), seksuel vold ($n = 459$, 26,1 %), og en minoritet var henvist på baggrund af mistanke om både fysisk og seksuel vold ($n = 111$, 6,4 %). Fordeling af køn og henvisningsårsagerne afspejler fordelingen i de danske Børnehuses årsrapporter fra dataindsamlingsperioden. Der ses dog færre førskolebørn i denne rapport over screenede børn end i Børnehuses årsstatistik for 2019. Dette afspejler formentlig, at det er sværere at screene førskolebørn med standardiserede test og screeningsredskaber til vurdering af følger efter eksponering for vold eller overgreb. I stedet indgår der i denne rapport en lidt større procentdel af børn i alderen 6-12 år, end der gør i Børnehuses årsstatistik for 2019.

Samlet set viser resultaterne fra de standardiserede udredninger, at børn set i de danske Børnehuse er udsat for væsentlig flere potentielt traumatiserende oplevelser og har væsentlig flere problemer end børn fra almenbefolkningen. Mest bemærkelsesværdigt er, at der på tværs af de forskellige redskaber til at udrede posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) samlet set er 53,7 % af børnene, som lever op til kriterierne for enten PTSD eller kompleks PTSD. Derudover ses der mange sager, hvor barnet oplever andre gennemgribende problemer med sin følelsesregulering, sit selvbillede og sine relationer.

Rapportens resultater har begrænsninger med hensyn til at vurdere forekomsten af PTSD, da ikke alle børn er udredt med de samme test- og screeningsredskaber. I alt er 1003 børn (57 %), ud af de 1760 børn som indgår i undersøgelsen, blevet udredt med et standardiseret screeningsredskab, der specifikt måler PTSD. Hertil kommer, at screeningsredskaberne i varierende grad kræver involvering af klinisk uddannet personale, og dermed kan resultaterne fra en screening alene ikke bruges som diagnosticeringsgrundlag. Ifølge internationale anbefalinger anses et positivt screeningsresultat for PTSD dog som en tilstrækkelig indikation hos børn på, at man bør overveje at iværksætte et traumefokuseret behandlingsforløb. Således peger rapportens resultater på, at der er et stort og vigtigt behov for kvalificeret intervention til børn, som har været udsat for vold eller overgreb. Dette behov har landets kommuner ansvaret for at løfte.

Forord

De danske Børnehuse udfører et stort og vigtigt stykke arbejde ved at undersøge børn, der udsættes for vold og overgreb. Videnscenter for Psykotraumatologi har i en årrække samarbejdet med de danske Børnehuse om at udvikle et pålideligt og gyldigt test- og screeningsmateriale. En række af disse test og screeninger er blevet valideret af Videnscenter for Psykotraumatologi både før og i løbet af samarbejdet med Børnehusene, og denne proces er fortsat i gang, da WHO har udgivet et nyt diagnosesystem, ICD-11, som i de kommende år implementeres i Danmark.

Med denne rapport har vi ønsket at lave tre former for kortlægninger. For det første en indledende kortlægning af den nyere, danske viden om overgreb mod børn og unge, der bygger på en personcentreret analysetilgang, og de mange, videnskabeligt dokumenterede følgevirkninger, som overgrebene afstedkommer. For det andet en beskrivelse af de pålidelige og gyldige test- og screeningsredskaber, som anvendes i alle de danske Børnehuse. Brugen af disse udviklingssensitive redskaber, med gode psykometriske egenskaber, er en vigtig del af grundlaget for, at Børnehusene kan lave udredninger af høj kvalitet, som efterfølgende kan guide kommunerne til at vælge den behandling eller intervention, som hjælper børnene bedst.

Den tredje kortlægning er en gennemgang de screeningsresultater for godt 1700 børn fordelt på forskellige standardiserede test og screeninger ud fra deres alder. Her præsenteres for første gang en samlet oversigt over resultaterne fra screeningerne fra en stor gruppe af børn set i landets fem regionale Børnehuse. Resultaterne viser ikke overraskende, at en stor del, mere end halvdelen af børnene, er behandlingskrævende, idet de lider af posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) eller andre alvorlige lidelser.

Den viden, Børnehusene har genereret om det enkelte barn, videresendes til kommunerne i form af en udredning. En nylig gennemført undersøgelse fra Videnscenter for Psykotraumatologi (Vang et al., 2020) viste, at kun 16 % af børnene i denne undersøgelse blev indstillet af kommunerne til et individuelt behandlingsforløb, hvor Børnehuset anbefalede det til ca. 60 % af de udredte børn. Ud fra resultaterne i den rapport kan man desværre antage, at kun omkring 1/3 af de undersøgte børn efterfølgende modtager den anbefalede behandling. Vi håber, at de ansvarlige myndigheder vil overveje konsekvenserne af den manglende individuelle behandling, både på kort og lang sigt – for børnenes og familiernes trivsel, og for senere tilkomne sociale og psykiske problemer.

I den omtalte undersøgelse (Vang et al., 2020) af kommunernes håndtering af Børnehusets udredning var det slående, at kommunerne ikke i et eneste tilfælde fandt det nødvendigt, at der skulle være en systematisk opfølgning på effekten af deres indsats med validerede måleredskaber. Vi håber, at denne rapport om børnenes symptomer og vanskeligheder, og rapporten om kommunernes indsatser til børnene efter endt forløb i Børnehusene, kan være en tilskyndelse og en hjælp til, at de opfølgende indsatser fremover vurderes systematisk, så vi får sikkerhed for, at indsatsen har gjort en forskel og befriet børnene for noget af vægten af de byrder, de bærer på.

Ask Elklit, Maria Louison Vang & Sille Schandorph Løkkegaard

December 2021

Indholdsfortegnelse

Resumé	1
Forord	3
1. Indledning.....	7
1.1 Procedure og praksis ved mistanke om vold eller overgreb mod børn.....	8
1.2 Børnehusmodellen	9
1.2.1 Baggrund: Internationale erfaringer	10
1.2.2 De danske Børnehuse	11
1.3 Udredning af børn: Forskellige aldre og udvikling fordrer alderstilpasset udredning.....	13
2. Formål med rapporten	14
3. Metode.....	15
3.1 Udvikling af nationalt testbatteri til Børnehuse	15
3.2 Undersøgelsesredskaber	17
3.2.1 Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA)	17
3.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	19
3.2.3 Odense Child Trauma Screening (OCTS)	19
3.2.4 Thomas-testen.....	21
3.2.5 Beck Youth Inventories (BYI-II)	22
3.2.6 Eventskema.....	23
3.2.7 Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)	23
3.2.8 Trauma Symptom Checklist (TSC)	24
3.2.9 International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent version (ITQ-CA).....	25
3.3 Datarensning.....	26
3.4 Statistisk bearbejdning.....	26
4. Resultater	27
4.1 Resultater for hvert enkelt testredskab	28
4.1.1 Traumeeksponering og PTSD ud fra DIPA.....	28
4.1.2 Styrker og vanskeligheder ud fra SDQ.....	29
4.1.3 Indikationer på traumatisering ud fra story stem-redskabet OCTS	39
4.1.4 PTSD og kompleks PTSD ud fra Thomas-testen	41
4.1.5 Psykiske problemer ud fra BYI-II	42
4.1.6 Potentielt traumatiske oplevelser og negative livsbegivenheder rapporteret i eventskema.....	45
4.1.7 PTSD ud fra HTQ.....	50
4.1.8 PTSD og kompleks PTSD ud fra ITQ-CA	50
4.1.9 Negativ affektivitet, somatisering og dissociation ud fra TSC-26.....	50

4.2 Opsamling af resultater: Traume-eksponering, PTSD, kompleks PTSD og andre symptomer og vanskeligheder	52
4.3 Styrker og begrænsninger ved rapportens resultater	54
5. Afrunding	57
5.1 Anbefalinger: Traumefokuseret behandling og traumeinformeret praksis som indsatser til traumatiserede børn og deres familier efter vold eller seksuelle overgreb	58
5.1.1 Effektive traumefokuserede behandlingsmetoder	58
5.1.2 Udviklingssensitiv behandling: Behandlingen bør tilpasses barnets udviklingsniveau	58
5.1.3 Traumeinformeret praksis: Et helhedsorienteret indsat med fælles udgangspunkt	59
5.1.4 Systematisk opfølgning på reducere af symptomer og vanskeligheder efter endt behandling....	59
6. Referenceliste	60
Bilag 1 – Deskriptiv statistik og intern reliabilitet for assessmentredskaberne i det nationale testbatteri.....	66

1. Indledning

I 2014 viste en dansk undersøgelse af en repræsentativ gruppe på knap 3000 24-årige danske mænd og kvinder, at 2 % som barn havde været udsat for seksuelle overgreb, og 2,1 % havde været udsat for fysiske og psykiske overgreb og omsorgssvigt (Armour, Elklit & Christoffersen, 2014). Dette svarer til, at omkring 2400 børn i Danmark hvert år udsættes for vold og seksuelle overgreb (Løkkegaard, 2019). Undersøgelsen fandt desuden, at fysisk vold i barndommen sjældent forekom alene, men derimod oftest forekom samtidig med psykisk vold eller omsorgssvigt¹ (Armour et al., 2014). Fundet fra denne undersøgelse indikerer således, at hvis der er viden om, at et barn udsættes for fysisk vold, er der stor sandsynlighed for, at barnet også har oplevet andre former for vold eller svigt (Løkkegaard, 2019). Derudover fandt undersøgelsen også, at yderligere 9,7 % havde været udsat for udelukkende psykisk vold som barn (Armour et al., 2014).

Konsekvenserne af at opleve vold eller overgreb i barndommen spænder bredt. En lang række undersøgelser fra Danmark har vist, at udsættelse for vold og overgreb i barndommen øger risikoen markant for både fysiske, sociale og psykiske problemer senere i livet (for overblik over disse undersøgelser, se Elklit, submitted; Vang et al., 2020). Undersøgelserne har blandt andet fundet øget risiko for overvægt og undervægt, alt efter typen af vold og overgreb (Rønholt et al., 2012), nedsat oplevet fysisk sundhed (Beck et al., 2013), øget risiko for selvskade (Christoffersen et al., 2015), øget risiko for mange skoleskift, koncentrationsproblemer og højere omfang af skoleproblemer (Elklit et al., 2016), øget risiko for kriminalitet (Elklit, Karstoft, et al., 2013), alkoholmisbrug (Cronin et al., 2016) og stofmisbrug (Armour, Shorter, et al., 2014), øget risiko for at opleve vold og andre traumer senere i livet (Murphy et al., 2020; Schouwenaars et al., 2016) og øget risiko for udvikling af psykiske lidelser som posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD; Murphy et al., 2014), angst og psykose senere i livet (Murphy et al., 2020). I tillæg til at børn og unge kan udvikle traumerelaterede symptomer og vanskeligheder som følge af vold og overgreb, kan det at blive udsat for traumer eller overgreb ligeledes risikere at påvirke barnets øvrige fysiske, psykiske og sociale udvikling (De Young et al., 2011; Pechtel & Pizzagalli, 2011; Perry, 2001).

Andre undersøgelser af traumeeksponering blandt børn og unge estimerer, at mindst 6 % af børn og unge i Danmark er i høj risiko for at opleve mange, alvorlige traumer i løbet af deres opvækst og

¹ Undersøgelsen anvendte latent klasseanalyse (LCA), som er en personcentreret tilgang til undersøgelse af data. I LCA er enheden, der analyseres, individet og ikke variabler for forskellige typer af mishandling. Ved at anvende LCA kan forskellige mønstre af mishandling kortlægges, frem for en variabelcentreret registrering af frekvensen af forskellige former for mishandling.

heraf udvikle PTSD i barndommen, som kræver terapeutisk behandling for at bedres (Hansen et al., 2017; Løkkegaard, 2019; Shevlin & Elklit, 2008). National og international forskning har vist, at selv små børn i førskolealderen kan udvikle PTSD og andre traumerelaterede symptomer og vanskeligheder (De Young et al., 2011; Løkkegaard, Egebæk, et al., 2017; Woolgar et al., 2020), og omfanget af hvem, der udvikler PTSD er højere blandt børn, der har oplevet interpersonelle traumer² og gentagne traumer (Woolgar et al., 2020). På baggrund heraf er det derfor vigtigt, at fagpersoner, der møder udsatte børn i deres arbejde, er opmærksomme på den øgede risiko for udvikling af traumerelaterede symptomer hos børn, der har oplevet vold eller overgreb, uanset barnets alder. Ligeledes er det væsentligt, at der sker en tidlig identificering af disse traumerelaterede symptomer, så udsatte børn så tidligt som muligt kan tilbydes en målrettet hjælp med det formål at forhindre, at de psykiske og sociale følger efter vold og overgreb bliver kroniske.

Formålet med denne rapport er at kortlægge den psykiske tilstand hos børn og unge, der er udredt med standardiserede test- og screeningsredskaber i de danske Børnehuse. Rapporten fokuserer på traumerelaterede symptomer og lidelser og suppleres med øvrige symptomer og vanskeligheder, som kommer til udtryk hos de screenede børn og unge. Med rapporten ønsker vi at give et overblik over behovet for behandling og indsatser til børn og deres familier, der kommer i de danske Børnehuse. Dermed er rapportens overordnede sigte at skabe grundlag for information om prognose og bidrage til fremtidige vurderinger af behandlingskapacitet til landets kommuner og andre interessenter.

1.1 Procedure og praksis ved mistanke om vold eller overgreb mod børn

Når der foreligger viden eller mistanke om, at et barn har været udsat for vold eller seksuelle overgreb, er det kommunens pligt at håndtere sagen og beskytte barnet og sikre dets trivsel. Sager om overgreb mod børn omfatter et strafferetligt aspekt, som medfører, at social- og sundhedsområdet skal samarbejde tæt med politi og retsvæsen (Deloitte, 2019; Lund et al., 2015/2020). Ved mistanke om, at et barn mishandles eller mistrives, er kommunen ifølge Servicelovens §50 forpligtet til at gennemføre en børnefaglig undersøgelse, der skal afklare de forhold, der medvirker til mistrivlsen. Efter denne undersøgelse afgøres det om og hvilke

² Et traume, der er begået af et andet menneske, mod barnet. Hos yngre børn vil dette menneske typisk være en voksen.

støtteforanstaltninger, der er nødvendige for at sikre barnets trivsel fremadrettet (Serviceloven, 2021).

Alle kommuner har pligt til at benytte et Børnehus til brug i den børnefaglige undersøgelse i sager om overgreb mod børn og unge, som involverer en anden sektor ud over kommunen, eksempelvis politiet eller sygehussektoren (jf. §50 i Serviceloven og §1 i Bekendtgørelse om Børnehuse). De danske Børnehuse varetager en koordinerende og konsulterende funktion, hvor ét af formålene med Børnehusene er at sikre, at kommune, politi og hospital samarbejder på tværs af professioner i sager om vold og overgreb mod børn og kan dele informationer om sagen mellem sig. Et andet formål er, at medarbejdere i Børnehusene med specialviden om overgrebsområdet kan foretage en udredning og vurdering af barnets psykiske tilstand og behov for støtte. Derudover kan medarbejderne yde krisestøtte til barnet og dets primære omsorgspersoner (Socialstyrelsen, 2019).

Antallet af sager behandlet i Børnehusene har været stigende siden 2014 og frem til 2019. I 2019 afsluttede Børnehusene sammenlagt forløb for 1791 børn. Børnehusene kan i forløbene gøre brug af samtaler, observationer og standardiserede screeninger og tests i deres vurdering af barnets psykiske tilstand og behov for støtte (Socialstyrelsen, 2020). Knap 1000 børn undersøges og udredes årligt med standardiserede måleredskaber i de regionale Børnehuse, efter politiet har foretaget afhøring af børnene. I 2019 blev det registreret, at der var udført screeninger, tests og/eller legeobservationer i 890 børnehusforløb (Socialstyrelsen, 2020). Resultatet af udredningen og anbefalinger til efterfølgende indsats og behandling til børn med behov for støtte, overleveres ved afslutningen af børnehusforløbet til barnets kommune, som ifølge Serviceloven §52 er forpligtet til at iværksætte en foranstaltning, som imødekommer de afdækkede problemer og barnets behov, hvis det vurderes, at barnet er i målgruppen af børn med særlige behov for støtte (Serviceloven, 2021).

Som del af kortlægningen af, hvilke problemer og behov børnene i Børnehusene har, søger vi med rapporten at beskrive og undersøge omfanget af traumerelaterede symptomer og vanskeligheder hos børn og unge, der er blevet screenet og undersøgt med standardiserede screenings- og testredskaber i de danske Børnehuse.

1.2 Børnehusmodellen

Grundtanken bag børnehusmodellen er at samle arbejdet med sager, hvor der er mistanke eller viden om vold eller overgreb mod børn. I Børnehusene anvendes der en børnevenlig, specialiseret

og effektiv tilgang til at undersøge, håndtere og behandle børn, som henvises til Børnehusene. I praksis omfatter dette, at barnet kommer til ét samlet sted, hvor alle fagfolk (politi, psykologer, sagsbehandlere m.fl.) samles med henblik på at sikre en så skånsom tværfaglig indsats som muligt af høj kvalitet over for det enkelte barn (Socialstyrelsen, 2019; Sundhedsstyrelsen, 2012).

Internationale erfaringer har vist, at barnets tryghed og tillid til de voksne i forbindelse med sådanne sager stiger, når alle udredningstiltag sker i børnevenlige rammer, og det øgede samarbejde mellem fagpersoner og forskellige myndigheder giver et bredere vidensgrundlag for både udredningen af barnet, undersøgelsen af sagen og den tværfaglige håndtering af barnets problematik (Sundhedsstyrelsen, 2012).

1.2.1 Baggrund: Internationale erfaringer

Det første Børnehus (Child Advocacy Center) blev oprettet i USA i 1986. Sidenhen er der blevet oprettet mere end 800 lignende centre på tværs af USA. Inden oprettelsen af Børnehusene i USA var praksis, at børn ofte blev udsat for gentagne afhøringer udført af forskellige institutioner, og at disse institutioner ikke i tilstrækkelig grad koordinerede deres fund. Afhøringerne blev ligeledes udført af fagpersoner, som ikke havde den fornødne erfaring med at håndtere børn. Derudover blev afhøringerne foretaget på steder, såsom politistationer, som ikke var børnevenlige.

Omstændighederne omkring selve afhøringerne forårsagede derfor yderligere belastning af de i forvejen udsatte børn. Formålet med oprettelsen af Børnehusene var blandt andet at forsøge at mindske den belastning, som børn blev udsat for, når de skulle afhøres om de formodede overgreb, som var begået mod dem. Derudover var formålet også at forbedre undersøgelsesprocessen ved at sikre en større grad af koordinering mellem de involverede sektorer i barnets sag.

I 2008 blev de amerikanske Børnehuses opgave med at skabe trygge rammer for behandling af børnenes sager evalueret. Evalueringen viste, at Børnehusene havde en højere grad af retshåndhævelsesinvolvering, mere koordinerede undersøgelser, bedre adgang til behandling og højere tilfredshed hos forældrene end kommuner, hvor der ikke var etableret et Børnehus. Derudover viste evalueringen, at børnene var mindre bange under afhøringerne (Cross et al., 2008).

Island var det første land i Norden, der adopterede børnehusmodellen fra USA og åbnede sit første Børnehus (Barnahús) i 1998. I 2011 blev den islandske børnehusmodel evalueret. Denne evaluering viste, ligesom evalueringen fra USA, at tilfredsheden hos de involverede parter, var større i sager der blev behandlet i Børnehusene, og at både børn og forældre var positivt indstillede overfor

omgivelserne i Børnehusene (Newton et al., 2011). Etableringen af det første Børnehus i Island dannede grundlag for etableringen af den nordiske børnehusmodel, som i dag anvendes i de øvrige nordiske lande (Sverige, Norge og Danmark). Den nordiske børnehusmodel har ligeledes til formål at beskytte børn og unge udsat for overgreb gennem den juridiske proces (Johansson et al., 2017).

Herefter åbnede de første Børnehuse i Sverige i 2005. En evaluering fra 2010 af de dengang 22 svenske Børnehuse viste, at selvom børnene var nervøse forud for besøget i Børnehusene, så udtrykte de fleste børn efterfølgende, at det ikke havde været så farligt, som de havde troet. Mange børn udtrykte også tilfredshed over at have haft mulighed for at fortælle om overgrebet. Derudover viste evalueringen, at børnene fik den information, som de havde ret til i Børnehusene, og at børnehusmodellen førte til et øget samarbejde mellem myndigheder i sager om overgreb mod børn, hvilket er i overensstemmelse med børnehusmodellens formål (Kaldal et al., 2010).

I Norge blev det første officielle Børnehus etableret i 2007. I 2012 blev der foretaget en evaluering af seks Børnehuse, som også viste positive resultater af børnehusmodellen. Evalueringen viste, at der blev taget godt vare om børnene igennem processen i Børnehuset, og at Børnehuset lettede samarbejdet mellem de indblandede myndigheder, så de hver især bedre kunne udføre deres opgaver (Bakketeig et al., 2012).

1.2.2 De danske Børnehuse

I Danmark blev der med satspuljeaftalen i 2012 enighed om et lovinitiativ og afsættelse af tilhørende midler, som skulle beskytte børn og unge mod overgreb (Overgrebspakken). Med Overgrebspakken, som trådte i kraft i 2013, blev der etableret Børnehuse i alle landets fem regioner. I oktober 2013 blev det således lovpligtigt for de danske kommuner at benytte Børnehusene i sager, hvor der er mistanke eller viden om, at et barn eller en ung i alderen 0-17 år har været udsat for overgreb, og hvor flere sektorer er involveret, jf. servicelovens §50. På daværende tidspunkt fandtes kun få eksempler på tilbud, der mindede om den opgave, som Børnehusene skulle varetage, som var placeret i nogle større byer. På Center for Børn udsat for Overgreb (CBO) på Aarhus Universitetshospital i Skejby var der etableret et fast samarbejde mellem kommune, politi og sygehusvæsen, som et af de få steder dengang. Center for Seksuelle Overgreb (CSO), børneteamet på Rigshospitalet, havde ligeså udviklet en model for lokalt samarbejde mellem sundhedsvæsen, kommune og politi, og disse to steder blev i den oprindelige rapport, med forslaget om etablering af Børnehusene, fremhævet som gode inspirationskilder til opbyggelsen af børnehusmodellen i dansk

regi med henblik på at få etableret et landsdækkende tværsektorielt samarbejde mellem kommuner, politi og sundhedsvæsen i sager om overgreb mod børn (Sundhedsstyrelsen, 2012)

Den danske børnehusmodel blev således oprettet med inspiration fra lignende initiativer i sundhedsvæsenet, med udgangspunkt i den nordiske børnehusmodel, og blev organiseret under socialvæsenet. Formålet var at beskytte børn og unge udsat for overgreb gennem den juridiske proces ved at styrke rammerne for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, skabe børnevenlige rammer og yde en højt specialiseret indsats i forbindelse med at kortlægge det enkelte barns vanskeligheder og behov (Johansson et al., 2017).

Rationalet bag anvendelsen af Børnehusene er dels, at børn, som har været udsat for fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb, er i risiko for, at deres sociale, kognitive og følelsesmæssige udvikling påvirkes negativt (De Bellis et al., 1999; De Bellis et al., 2002; Pechtel & Pizzagalli, 2011; Perry, 2001) og derfor kan have behov for støtte. Behovet for støtte bør derfor afdækkes. Derudover har børn udsat for overgreb ofte behov for, at flere sektorer involveres, hvilket kan øge risikoen for sekundær viktimering. Den sekundære viktimering kan opstå grundet eksempelvis gentagende eksponering af offeret for mistænkte, gentagende afhøringer om de samme kendsgerninger eller upassende sprog anvendt af fagpersoner, som er i kontakt med barnet. Etableringen af Børnehusene forsøger derfor at mindske risikoen for dette ved, at fagpersonerne fra forskellige sektorer kommer til barnet i Børnehuset, og undersøgelserne i sagen foregår i børnevenlige, trygge og neutrale rammer. Dette er medvirkende til, at barnet oplever mindre stress forbundet med de undersøgelser, som er nødvendige at foretage i den pågældende sag, ligesom de forskellige sektorer kan koordinere og udveksle information, som minimerer antallet af gange barnet skal tale om den traumatiske hændelse (Johansson et al., 2017). Derudover kan det også tænkes, at de børnevenlige rammer påvirker de fagpersoner, som arbejder med børnene i Børnehusene.

En erfaringsopsamling fra 2015 iværksat af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold og Socialstyrelsen har ligeledes vist, at børn og unge set i Børnehusene har en positiv helhedsoplevelse af at komme i Børnehusene. Her fremhæver børnene og de unge særligt de omsorgsfulde voksne, genkendelighed blandt de personer de møder i Børnehusene og trygge og børnevenlige omgivelser, som noget, der gør det til en rar oplevelse at komme i Børnehusene (Børnerådet, 2015). En erfaringsopsamling viser samtidig, at Børnehusenes samarbejdspartnere oplever, at den tværsektorielle indsats i Børnehusene bidrager positivt til en højt kvalificeret indsats

i sagerne om overgreb mod børn og unge (Deloitte, 2015). Der ses således også positive evalueringsresultater af Børnehusene fra Danmark.

1.3 Udredning af børn: Forskellige aldre og udvikling fordrer alderstilpasset udredning

Som beskrevet i forrige afsnit er en af Børnehusenes kerneopgaver, at børnehusmedarbejdere med specialviden inden for overgrebsområdet foretager en (traumefokuseret) screening og udredning af de børnenes psykiske tilstand og behov for støtte. For at kunne gøre dette arbejder medarbejderne dels ud fra viden om, hvordan reaktioner, traumerelaterede symptomer og -vanskeligheder hos børn, der har oplevet vold overgreb, kan tage sig ud og opleves af det enkelte barn og dels ud fra en viden om den generelle, almindelige udvikling hos børn og unge på forskellige alderstrin og udviklingsniveau. Screenings- og udredningssituationen skal således tage højde for barnets alder og udvikling; hvad barnet kan italesætte og udtrykke hvornår, og hvordan reaktioner og vanskeligheder, der kan følge efter vold eller seksuelle overgreb, kan tage sig ud i forskellige udviklingsperioder af barnet eller den unges liv.

En måde at kunne sikre sig, at alle relevante traumerelaterede symptomer og -vanskeligheder afdækkes i screenings- og udredningssammenhænge, er at anvende standardiserede test- og screeningsredskaber. Anvendelse af standardiserede test- og screeningsredskaber sikrer desuden, at det er muligt at sammenligne resultaterne af en screening med de resultater, som ses ved en screening af et individ i normalpopulationen eller andre kliniske populationer, hvor man fra forskning ved, at den kliniske gruppe har symptomer på et niveau, der kræver professionel behandling for at bedres. Dette er væsentligt, da det er medvirkende til, at det bliver muligt at vurdere, hvornår er barn screenet i Børnehuset befinder sig udenfor det, som betegnes som normalområdet. Befinder et barn sig udenfor normalområdet, indikerer dette, at barnet har særlige behandlings- eller støttekrævende behov, hvilket videregives til den behandlingsansvarlige kommune som led i den børnefaglige undersøgelse.

Derudover er det også væsentligt, at de anvendte test- og screeningsredskaber er udviklingssensitive, hvilket betyder, at symptomer og vanskeligheder vurderes ud fra, hvordan de kan komme til udtryk på forskellige alderstrin. Udviklingssensitive screenings- og udredningsredskaber kan eksempelvis hjælpe til at vurdere, hvorvidt en adfærd forekommer oftere, end hvad der er normalt for børn i den pågældende aldersgruppe og denne aldersgruppes tilsvarende udviklingsniveau. Dette er med til at sikre, at der hverken sker en over- eller underestimering af

symptomer og vanskeligheder i forbindelse med screeningen af det enkelte barn (De Young et al., 2011). Eksempelvis har det betydning, hvilke test- og screeningsredskaber som anvendes til at vurdere traumerelaterede symptomer hos børn, der endnu ikke har tilstrækkeligt udviklet sprog eller kognitive evner til at forstå, beskrive og tale om deres mulige traumereaktioner (Løkkegaard, 2019). I disse tilfælde er det muligt at anvende redskaber tilpasset barnets alder og udviklingsniveau. Dette lægger dog også op til, at børnehusmedarbejdere tager forskellige relevante screenings- og udredningsredskaber i brug alt efter barnets alder og udvikling.

Udover at anvende standardiserede og udviklingssensitive redskaber i vurderingen af det enkelte barns psykiske tilstand og behov for støtte, vil det være relevant, at der indhentes viden om barnet ved at anvende forskellige udredningsmetoder (frie eller strukturerede observationer og samtaler, interviews, spørgeskemaer m.fl.), og at denne viden indhentes fra forskellige personer: barnet selv, omsorgspersoner, pædagoger og lærere eller andre, som i samarbejde med børnehusmedarbejderne er i stand til at vurdere barnets adfærd og reaktioner.

Forhåndenværende rapport er baseret på data fra de standardiserede test- og screeningsredskaber, som anvendes i Børnehusene til børn og unge i forskellige aldre, og som besvares af enten barnet/den unge selv, barnets omsorgspersoner eller andre relevante voksne omkring barnet. Rapporteringen af resultater fra de standardiserede test og screeninger muliggør en tydelig beskrivelse af behandlingsbehov blandt de screenede børn i Børnehusene, da resultaterne kan sammenlignes med viden fra andre grupper af børn og unge.

2. Formål med rapporten

Formålet med denne rapport er at kortlægge den psykiske tilstand hos børn og unge, der er blevet henvist til de danske Børnehuse på grund af mistanke om, at barnet har været udsat for fysisk vold, psykisk vold og/eller seksuelle overgreb, og som er blevet testet med standardiserede assessmentredskaber fra Børnehusenes nationale testbatteri. Nærmere specifikt fokuseres der på traumerelaterede symptomer og vanskeligheder hos børn og unge. Dette med henblik på at kunne give et overblik over behovet for indsats og behandling til børn og deres familier, der kommer i de danske Børnehuse, og herved informere prognoser for behandlingsskapiteten til landets kommuner og andre interessenter.

3. Metode

Data i rapporten er baseret på nationale data fra de danske Børnehuse fra børn og unge i alderen 1-18 år³, som har haft et forløb i et af de danske Børnehuse i perioden fra maj 2018 til december 2020. De inkluderede sager fra de nationale data er fra børn og unge, som er blevet udredt med et eller flere af de standardiserede screenings- og assessmentredskaber, som anvendes som en del af de danske Børnehuses nationale testbatteri.

Data omfatter foruden de psykologiske udredningsdata fra de standardiserede test- og screeningsredskaber også demografisk viden om den pågældende sag, herunder barnets køn og alder, samt hvilke former for overgreb der er viden eller mistanke om, at det enkelte barn har været udsat for. Disse demografiske data indrapporteres fra de danske Børnehuse til Socialstyrelsen gennem Børnehus IT (BIT-data).

3.1 Udvikling af nationalt testbatteri til Børnehusene

De danske Børnehuse har i samarbejde med Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi ved Syddansk Universitet, udviklet og sammensat et nationalt testbatteri med standardiserede test- og screeningsredskaber, som kan anvendes til børn og unge i alderen 1-18 år. Samarbejdet startede mellem Børnehus Syd og Videnscenter for Psykotraumatologi i 2014, hvor Børnehus Syd henvendte sig til Videnscenter for Psykotraumatologi for at få vejledning og sparring til at identificere relevante, psykometrisk solide assessmentredskaber til den psykologiske udredning og vurdering af børn, der har oplevet traumer i form af seksuelle overgreb og fysisk vold. Sidenhen har samarbejdet bredt sig til alle landets Børnehuse, så de redskaber, der indgår i testbatteriet, nu anvendes i alle landets Børnehuse som en del af den psykosociale traumescreening, der udføres i Børnehusene.

Valget af assessmentredskaber, som indgår i testbatteriet, afspejler, at redskaberne skal kunne anvendes til en bred aldersgruppe med varierende kognitivt, adfærdsmæssigt og emotionelt udviklingsniveau og sproglige færdigheder. Redskaberne er udviklingssensitive, hvilket betyder, at de er udviklet og tilpasset barnets alder, så pålideligheden og gyldigheden af de enkelte test- og

³ Det er lovpligtigt for kommuner at benytte Børnehusene i sager, hvor der er mistanke eller viden om, at et barn eller en ung i alderen 0-17 år har været udsat for overgreb, og hvor flere sektorer er involveret. Børnehusene har dog også nogle gange sager, hvor den unge er fyldt 18 år. Derfor er de 18-årige inkluderet i denne rapport.

screeningssituationer sikres⁴. Redskaberne i testbatteriet anvendes med det formål at undersøge den aktuelle psykosociale tilstand hos børn, der kommer i de danske Børnehuse på baggrund af mistanke om vold eller seksuelle overgreb. Redskaberne afdækker tilstedeværelsen og omfanget af traumerelaterede symptomer, som de kommer til udtryk hos børn i forskellige aldre, og afdækker desuden også aktuell trivsel og udfordringer hos børnene.

Hertil kommer, at testbatteriet løbende er blevet opdateret i takt med, at nye danske og internationale studier om redskabernes validitet og reliabilitet⁵ er kommet til, og senest også i relation til, at nye diagnostiske beskrivelser af traumerelaterede lidelser er udkommet i USA og i Europa. Tidligere har størstedelen af forskning i traumerelaterede lidelser, som eksempelvis PTSD hos børn og unge, været baseret på den tidligere, fjerde version af det amerikanske diagnosesystem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)*. I 2013 blev det amerikanske diagnosesystem opdateret, og den femte version, DSM-5, blev implementeret i USA. I Danmark anvendes WHO's diagnosesystem, *International Classification of Diseases*, aktuelt i den 10. version (ICD-10). Den opdaterede version af ICD – ICD-11 – udkom på engelsk i 2018 og forventes implementeret i Danmark i 2022-2024 (Dansk Psykiatrisk Selskab, 2020). I forbindelse med opdateringen af den 11. version af ICD er forskningen i traumerelaterede ICD-11-lidelser blandt børn og unge stigende. Grundet disse ændringer i diagnosesystemerne opdateres de eksisterende assessmentredskaber, som måler lidelser ud fra henholdsvis DSM og ICD, netop også løbende. Dette afspejles også i Børnehusenes testbatteri og indeværende rapport, som blandt andet indeholder assessmentredskaber, som måler både DSM- og ICD-beskrivelser af relevante psykiske lidelser, og i særdeleshed PTSD.

Nogle af assessmentredskaberne i Børnehusenes nationale testbatteri har været en del af testbatteriet siden 2014, mens andre er kommet til i løbet af årene. Hertil skal det nævnes, at brugen af test- og screeningsredskaber i Børnehusene er en del af en større udredningsproces, hvor flere andre former for observationer og samtaler med børnene og deres pårørende foregår som en del af vurderingen af barnets psykosociale tilstand og behov for støtte. Resultaterne i denne rapport er dog udelukkende baseret på information fra de standardiserede test- og screeningsredskaber, som er anvendt i den givne sag. Det har været op til medarbejderne i de enkelte Børnehuse at vurdere, hvornår et eller

⁴ Når der anvendes udviklingssensitive, standardiserede udredningsredskaber, sikrer man sig, at alle relevante traumesymptomer inden for en traumerelaterede lidelse og konsekvenser afdækkes, og der spørges ind til relevante symptomer og reaktioner på en måde, der er tilpasset om barnet eksempelvis er 4 år eller 15 år.

⁵ Validitet udtrykker, om man vurderer eller måler det, man reelt ønsker at vurdere eller måle. Reliabilitet udtrykker nøjagtigheden i indsamlingen af data og i behandlingen af disse.

flere standardiserede test- og screeningsredskaber skulle anvendes. Derfor er der også variation i, hvor mange besvarelser der foreligger for hvert enkelt redskab.

Ved hver sag registrerer de sagsansvarlige medarbejdere hvilke redskaber, der er blevet brugt, og medarbejderen har ligeledes haft muligheden for at notere, hvorfor standardiserede spørgeskemaer ikke har været brugt i en given sag. Årsager til dette kan f.eks. være, at barnet ikke er gammelt nok til at udfylde et spørgeskema, eller det er blevet vurderet, at det har været mest hensigtsmæssigt at bruge andre former for udredningsredskaber, som ikke indgår i det nationale testbatteri, som har været udgangspunkt for denne rapport.

3.2 Undersøgelsesredskaber

De følgende redskabsbeskrivelser dækker alle de standardiserede redskaber, som har indgået og for nuværende indgår i det nationale screenings- og testbatteri i de danske Børnehuse.

3.2.1 Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA)

Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA; Scheeringa & Haslett, 2010) er et semistruktureret diagnostisk interview, der kan anvendes i udredningen af børn i alderen 1-6 år eller eventuelt ældre. Interviewet udføres med barnets omsorgsperson, som besvarer spørgsmål om barnet aktuelle psykiske tilstand og adfærd. DIPA dækker et bredt omfang af børnepsykopatologi med udgangspunkt i 13 empirisk validerede, udviklingssensitive lidelser til førskolebørn. Disse lidelser omfatter PTSD, depression, bipolar affektiv sindslidelse, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), adfærdsforstyrrelse (Oppositional Defiant Disorder), usocialiseret adfærdsforstyrrelse (Conduct Disorder), abnorm separationsangst, enkeltfobier, socialfobi, generaliseret angstlidelse, Tvangstanker og -Handlinger (Obsessive Compulsive Disorder; OCD), reaktiv tilknytningsforstyrrelse og søvnforstyrrelse. DIPA afdækker alle symptomer inden for hver af de 13 lidelser. Symptomerne for hver diagnose er samlet i hvert sit modul, så enkelte moduler kan udvælges og gennemgås, eller hele interviewet kan gennemføres for en helhedsorienteret og grundig udredning af barnet.

I indeværende rapport er kun modulet for PTSD anvendt, da det primært er dette modul, der anvendes i Børnehusenes screening. Hvis et symptom er til stede, angives en score på 1. Hvis symptomet ikke er til stede, gives en score på 0. Den danske version af DIPA'en kan opgøres ud fra

DSM-IV, ICD-10 og de udviklingssensitive, forskningsbaserede kriterier *Research Diagnostic Criteria – Preschool Age (RDC-PA)*. Den diagnostiske algoritme for RDC-PA for PTSD stemmer overens med DSM-5 kriterierne for PTSD for førskolebørn, som indeholder udviklingssensitive symptomudtryk for PTSD for førskolebørn. For opgørelse af DIPA ud fra de forskellige diagnosesystemer, se Løkkegaard, Elmose, & Elklit (2019). Inden det første modul, PTSD-modulet, gennemgås med omsorgspersonen, besvarer omsorgspersonen, hvorvidt barnet, som interviewet handler om, har været udsat for et eller flere af 12 forskellige traumer. DIPA er valideret med en klinisk gruppe af 50 børn på 1-6 år fra lavindkomstfamilier i USA (Scheeringa & Haslett, 2010), en blandet traumepopulation fra Danmark med 62 børn (Løkkegaard et al., 2019) og en blandet gruppe bestående af 136 børn i alderen 1-7 år fra Nederlandene, som enten var anbragt i pleje, adopteret, børn eksponeret for alvorlige ulykker og børn henvist til klinisk udredning og/eller terapeutisk behandling (Gigengack et al., 2020).

Scheeringa & Hasletts (2010) studie fandt høj test-retest reliabilitet for PTSD-modulet. Kriterievaliditet blev undersøgt ved at sammenligne resultaterne fra DIPA med Child Behavior Checklist (CBCL). Kriterievaliditeten var acceptable for ADHD-uopmærksom, ADHD-hyperaktiv, ODD og SAD. Der blev dog ikke fundet signifikant overensstemmelse mellem DIPA PTSD-modulet, når sammenlignet med CBCL PTSD-skalaen, hvilket kan skyldes, at CBCL ikke er udviklet til at måle PTSD men andre lidelser hos børn (Scheeringa & Haslett, 2010), og desuden ikke er velegnet til og derfor ikke anbefales at blive brugt til at vurdere PTSD hos førskolebørn (Rosner et al., 2012; Scheeringa, 2016). Studiet fra Gigengack og kolleger (2020) fandt til gengæld god overensstemmelse mellem DIPA og både den hollandske version af CBCL og Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC). Der blev i begge studier ikke fundet nogen forskelle i resultater vedr. symptomer og diagnoser i relation til alder (Gigengack et al., 2020; Scheeringa & Haslett, 2010). Yderligere fandt studiet af Gigengack og kolleger (2020) fremragende interrater-reliabilitet og god intern konsistens for hele DIPA, herunder også PTSD-modulet. Intern konsistens for PTSD-modulet for den totale skala og for subskalaer har i danske sammenhænge vist sig at være acceptable til fremragende (Løkkegaard et al., 2019, 2021). Resultaterne fra den danske version af DIPA blev sammenlignet med resultater fra SDQ'en, og den konvergerende validitet var tilfredsstillende (Løkkegaard et al., 2019).

3.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) er et kort adfærdsspørgeskema, der screener for børn og unges (2-17 år) adfærd, emotioner og relationer (Arnfred et al., 2019). Spørgeskemaet findes i tre versioner: en selvrapporteringsversion, en forælderapporteringsversion og en pædagog-/lærerrapporteringsversion. Desuden deles SDQ op i fire alderssegmenter; 2-4 år, 5-6 år (som ikke har gået i skole), 4-10 år og 11-17 år. Selvrapporteringskemaet kan udfyldes af børn og unge fra 11 år og opefter. SDQ spørger ind til 25 egenskaber hos barnet, hvoraf 10 anses som styrker, 14 som udfordringer og hvor den sidste egenskab er neutral. De 25 SDQ-spørgsmål fordeles på 5 skalaer med hver 5 spørgsmål. De 5 skalaer er: Følelsesmæssige symptomer, Adfærdsmæssige symptomer, Hyperaktivitet/Opmærksomhedsvanskeligheder, Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende og Sociale styrkesider. Hvert spørgsmål kan besvares med mulighederne ”Passer ikke”, ”Passer delvist” eller ”Passer godt”, som scores henholdsvis som 0, 1 og 2. Delscoren for de 5 subskalaer udregnes ved at lægge scorene for de forskellige spørgsmål for hver skala sammen. Scoren kan rangere fra 0 til 10 for hver skala. Scorene for de 4 af skalaerne om vanskeligheder lægges sammen til en totalscore, som kan rangere mellem 0 og 40, som indikerer Overordnede Vanskeligheder. Sociale styrkesider-skalaen medregnes ikke i totalscoren for overordnede vanskeligheder, da de 5 spørgsmål for denne skala er positivt stillede, sådan at ”Passer ikke” giver en score på 2, ”Passer delvist” giver en score på 1, og ”Passer godt” giver en score på 0. Udover skaler for vanskeligheder og styrker er der supplerende spørgsmål, som undersøger indflydelsen af vanskeligheder for Barnets egen bekymring, Hjemmet, Venskaber, Indlæring og Fritidsaktiviteter, som kan scores som ”Slet ikke” (0 point), ”Kun lidt” (1 point), ”Ret meget” (3 point) og ”Virkelig meget” (4 point). Disse point sammenlægges og opsummerer indflydelsen på Bekymring, Hjemmet, Venner, Indlæring og Fritidsaktiviteter og udgør en samlet Påvirkningsscore. SDQ er velvalideret i danske og nordiske studier (Niclasen et al., 2013; Niclasen et al., 2012; Obel et al., 2003; Obel et al., 2004), og der foreligger et normmateriale i aldrene 2-17 år i de forskellige rapporteringsversioner af SDQ (Arnfred et al., 2019).

3.2.3 Odense Child Trauma Screening (OCTS)

Odense Child Trauma Screening (OCTS; Løkkegaard, Andersen, et al., 2017; Løkkegaard et al., 2021) er et story stem-screeningsredskab, der kan anvendes til børn på 4-8 år. OCTS er udviklet ud fra story stem-traditionen, som bygger på tilknytningsteori og -metode, psykoanalytisk legeterapi og narrativ teori. OCTS screener for indikationer på traumatisering, baseret på tematikker i børns leg

og adfærd under en struktureret legesession med udvalgte legetøjsfigurer (en familie med en morfigur, en farfigur og to børnefigurer), som bor i et dukkehus. Story stem-screeningen indebærer, at psykologen følger et manuskript for de lege, der skal leges, og hvordan screeningen skal administreres. Psykologen leger starten på nogle hverdagshistorier, som barnet bliver bedt om at overtage og fortsætte. OCTS starter med af en neutral baselinehistorie, som lærer barnet, hvordan man leger under en OCTS. Dernæst følger fire historier med familiefigurene og huset, som indeholder et genkendeligt tema og en grad af psykisk spænding, konflikt eller potentielt dilemma, som inducerer psykisk spænding i barnet.

Når barnet overtager legene fra psykologen, vil barnet søge at nedregulere den inducerede arousal og vil derfor trække på sine mentale repræsentationer og forventninger til, hvad der kan ske i sådanne scenarier. Barnet vil herigennem spontant vise hvilke forventninger barnet har til andre børn og voksne, samt sine strategier for emotionsregulering i et forsøg på at løse historiens konflikt og den psykiske spænding. OCTS anvendes således som et screeningsredskab, der kan bruges til at observere og vurdere barnets mentale repræsentationer af Selv og Anden i en ramme af arousal/frygt-inducerende historier, og som kan give anledning til videre udredning af barnets og dets vanskeligheder. Udgangspunktet er, at traumatiserede børn vil spille og fortælle narrativer, lege og adfærd, som tager sig anderledes ud, end andre grupper af børn. OCTS filmes og opgøres efterfølgende ud fra et kodningssystem udviklet til på en mere indirekte måde at screene for indikationer på, at barnet kan være traumatiseret (Løkkegaard et al., 2018). I OCTS indgår desuden muligheden for at anvende tilvalgshistorie med nogle dyrefigurer, såfremt psykologen vurderer, at der er brug for mere materiale end de foregående fire konflikthistorier med familiefigurene til at foretage en sikker kodning af OCTS.

I kodningen vurderes barnets håndtering af indre og ydre konfliktsituationer, dvs. barnets evne til at udholde og regulere egen emotionelle arousal, som vækkes under story-stemmen og barnets fortælling og barnets evne til at håndtere den ydre konflikt, forstået som konflikten i den præsenterede story stem. Derudover undersøges barnets umiddelbare repræsentationer af forælder-barn-relationer, samt om barnet udviser desorganiserede fænomener i sin leg og adfærd. OCTS opgøres ud fra 27 koder, der hver repræsenterer en tematik. Hver kode får tildelt en råscore på 0, 1 eller 2, alt efter hvor tydeligt tematikken er til stede eller ikke til stede under barnets historie. Råscoren for hver kode omregnes til en vægtet score på 0 eller 1. Tildeling af en score i hver kode, udføres for hver konflikthistorie, som barnet har gennemgået. For hver konflikthistorie tælles de vægtede scorer sammen til en samlet delscore for historien. Til sidst udregnes en totalscore ved at

summere delscoren for hver konflikthistorie og dividere med antallet af konflikthistorier. Den samlede score indikerer, hvorvidt der er tegn på traumatisering. OCTS er blevet valideret i et studie med 49 danske børn (Løkkegaard et al., 2021). Interrater-reliabilitet var fremragende (ICC = .96-1.00), test-retest acceptabel (ICC = .66), og intern konsistens god ($\alpha = .79-.95$). Overensstemmelse mellem OCTS og forældre-rapporterede SDQ og DIPA PTSD, MDD og RAD-moduler viste fornuftig overensstemmelse, og OCTS var i stand til at skelne mellem en højrisikogruppe af børn udsat for mange traumer og med højt symptomniveau i DIPAen og en gruppe af børn fra børnehaver og skoler, som ikke havde symptomer på PTSD, depression eller tilknytningsforstyrrelse (Løkkegaard et al., 2021).

3.2.4 Thomas-testen

Thomas-testen er et tegneseriebaseret instrument med spørgsmål om symptomer på PTSD. Testen kan anvendes til børn på 6-12 år+ (Elklit, Nielsen, et al., 2013). Thomas-testen blev oprindeligt udviklet i USA til at måle symptomer på PTSD ud fra DSM-IV hos børn, der har oplevet vold i gademiljøet (Neugebauer et al., 1999). Hvert spørgsmål er illustreret med en tegning af drengen Thomas, der oplever symptomet. Barnet bliver derefter spurgt, i hvor høj grad det har det som Thomas. Barnet kan svare "Aldrig" (0 point), "Nogle gange" (1 point) eller "For det meste" (2 point) ved et af tre termometre, som illustrerer graden af at opleve symptomet. Teksten i Thomas-testen læses op af en interviewer, og billederne understøtter barnets fokus og forståelse af spørgsmålet. Der eksisterer aktuelt seks versioner af testen, som afbilder forskellige traumer: fysisk vold i hjemmet, sygdom hos barnet, seksuelt overgreb, flugt fra krig, brand og dødsfald. I dette projekt er versionerne til screening efter oplevelse af fysisk vold og seksuelt overgreb anvendt. Den danske DSM-IV udgave af Thomas-test indeholder i alt 23 spørgsmål. Spørgsmålene dækker A2 kriteriet (to spørgsmål) i DSM-IV PTSD-diagnosen, symptomer på PTSD (19 spørgsmål) og somatisering (to spørgsmål), hvilket ofte ses hos traumatiserede børn. Syv af spørgsmålene dækker symptomerne på genoplevelse, syv spørgsmål dækker symptomerne på undgåelse, og fem spørgsmål dækker symptomerne på forøget vagtsomhed.

Den amerikanske validering af Thomas-testen fandt god til fremragende reliabilitet for testens totale PTSD-skala ($\alpha = .92$), samt for genoplevelse- ($\alpha = .78$), undgåelse- ($\alpha = .83$) og vagtsomhed-subskalaer ($\alpha = .80$). En signifikant korrelation mellem summerede traumescorer og summerede symptomscorer ($r_s = .48$, $p < 0.0001$) tydede på en tilfredsstillende konstruktvaliditet (Neugebauer et

al., 1999). Reliabilitet og validitet af den danske DSV-IV udgave af Thomas-testen er også undersøgt med en gruppe af danske børn og unge mellem 7-17 år, der har været udsat for vold i hjemmet. Thomas-testens overordnede interne konsistens var god ($\alpha = .88$), og de 3 subskalaer viste tilfredsstillende intern konsistens ($\alpha = .69-.78$). Når sammenlignet med den danske version af børne-/ungdomsudgaven af "Clinician Administered PTSD Scale" (CAPS-CA), korrelerer Thomas og CAPS-CA signifikant ($r = .73$, $p < 0.001$), og Thomas-testen udviste altså tilfredsstillende samstemmende validitet (Løkkegaard, Rønholt, et al., 2017).

Thomas-testen er i 2019 blevet opdateret i en ny udgave, der stemmer overens med ICD-11-symptomkriterierne for PTSD og kompleks PTSD. Kompleks PTSD indebærer at have genoplevelsessymptomer, undgåelsessymptom og vagtsomhedssymptomer og i tillæg hertil også omfattende og vedvarende problemer med affektregulering, et negativt selvbillede sammen med følelser af skam, skyld og fiasko, samt problemer med at indgå i relationer og være tæt knyttet til andre. ICD-11 udgaven af Thomas-testen indeholder ét spørgsmål, der dækker traumekriteriet, to spørgsmål om non-specifikke traumerelaterede symptomer vedr. genoplevelse af traumet i leg og non-specifikke mareridt, som dog ikke er en del af ICD-11 beskrivelsen for PTSD, og seks spørgsmål, der screener for ICD-11 symptomerne på PTSD (to spørgsmål om genoplevelse, to spørgsmål om undgåelse og to spørgsmål om forøget vagtsomhed⁶). Herefter indeholder ICD-11 udgaven af Thomas-testen seks spørgsmål, der screener for forstyrrelser i selvorganisering (to spørgsmål om dysregulering af affekt, to spørgsmål om negativt selvbillede og to spørgsmål om forstyrrede relationer. Slutteligt indeholder Thomas-testen fortsat to spørgsmål om somatisering. ICD-11 udgaven af Thomas-testen valideres aktuelt på Videnscenter for Psykotraumatologi.

3.2.5 Beck Youth Inventories (BYI-II)

Beck Youth Inventories (BYI; Beck et al., 1988) er et selvrapporteringskema, oprindeligt udviklet til at genkende angst hos psykiatriske patienter, senere undersøgt i en ungdomspopulation (Jolly et al., 1993), og nu udviklet i en udgave til børn og unge (7-14 år), som foruden angst måler selvbillede, depression, vrede og normbrydende adfærd på hver sin skala (Thastum et al., 2009). Hver skala indeholder 20 vurderings spørgsmål i nemt forståeligt sprog. Ved hver vurdering skal barnet tage stilling til, i hvor høj grad sætningen karakteriserer dem ud fra en firepunktsskala, hvor 0=aldrig, 1=nogle gange, 2=ofte og 3=altid. Hver skala scores ved, at de 20 vurderinger lægges

⁶ Engelsk *Sence of Threat*.

sammen. Hver skala kan bruges enkeltvist eller i kombination med de andre. BYI er valideret med danske børn, og der foreligger et dansk normmateriale for børn i alderen 7-18 år (Beck et al., 2012). Intern konsistens har vist sig at være god til fremragende for alle skalaer ($\alpha = .87-.92$) og ligeledes test-retest reliabilitet, bortset fra ved 7-årige og for angstskalaen (Thastum et al., 2009).

3.2.6 Eventskema

Eventskemaet (Elklit, 2002) er en liste over potentielle traumer og andre negative livsbegivenheder, som unge kan opleve i løbet af deres opvækst. Eventskemaet blev udviklet af Ask Elklit til at undersøge traumeeksponering blandt en repræsentativ gruppe af 390 unge skoleelever i Danmark. Den oprindelige liste indeholdt 20 potentielle traumer, som lever op til DSM-IV A1-kriteriet for PTSD og andre negative livsbegivenheder såsom graviditet, abort, mobning, skilsmisse og fravær af en forælder. Disse andre negative livsbegivenheder er medtaget på listen, fordi undersøgelser⁷ har vist, at eksponering for negative livsbegivenheder øger risikoen for udvikling af en lang række psykiske følgevirkninger, herunder PTSD (Dyregrov & Yule, 2006; Karsberg et al., 2012). Senere er tre yderligere oplevelser blevet tilføjet til listen, som omhandler at have manglet omsorg, nærhed og varme, at drikke meget og/eller tage stoffer og at have været deprimeret eller psykisk syg. Eventlisten anbefales at blive brugt til unge på 13 år og opefter. Den unge bliver bedt om at krydse af, hvilke af de listede oplevelser og begivenheder den unge selv har været udsat for og hvilke den unge har været vidne til eller nogle af den unges nærmeste har været udsat for. Eventskemaet er blevet anvendt i 9 skoleundersøgelser i forskellige lande: Danmark, Grønland, Island, Færøerne, Litauen, Israel, Indien, Uganda og Kenya. Studierne understøtter anvendeligheden af eventlisten til unge fra forskellige lande, og at de udvalgte potentielle traumer og negative livsbegivenheder bliver oplevet af unge fra forskellige lande og kulturer i større eller mindre omfang, og derudover at eksponering for disse oplevelser øger risikoen for at udvikle PTSD (Elklit, 2002; Karsberg et al., 2012).

3.2.7 Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ; Mollica et al., 1992) er et selvrapporterings spørgeskema, der måler DSM-IV symptomer på PTSD og andre traumerelaterede symptomer. Skemaet kan bruges til

⁷ Se evt. yderligere forskning inden for området om *adverse childhood experiences* på <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/>

unge på 13 år og opefter. Spørgeskemaet indeholder tre spørgsmål, som omhandler DSM-IV A2-kriteriet for den subjektive reaktion på et potentielt traume. Derudover indeholder HTQ en række spørgsmål om traumerelaterede symptomer. Den oprindelige version af HTQ indeholdt 30 symptomspørgsmål, men HTQ findes nu i forskellige længder, hvoraf de første 17 symptomspørgsmål omhandler DSM-IV symptomer på PTSD og det 18. spørgsmål omhandler nedsat funktionsniveau. Spørgeskemaet indeholder fire mulige svar på symptomspørgsmål, som spænder fra "Slet ikke" (0 point) til "For det meste" (4 point). Totalscoren udregnes ved at summere alle spørgsmålene. Opgøres HTQ kategorisk til at vurdere tilstedeværelsen af PTSD, anvendes en score på 3 ("Noget af tiden") eller 4 ("For det meste") til at vurdere at et symptom er til stede. Fem spørgsmål omfatter invaderende symptomer, syv spørgsmål omfatter undgåelsessymptomer og fem spørgsmål omfatter symptomer på forøget vagtsomhed. For at leve op til DSM-IV kriterierne for PTSD skal den unge have mindst ét invaderende symptom, mindst tre undgåelsessymptomer og mindst to vagtsomhedssymptomer. HTQ er et validt og pålideligt redskab til måling traumesymptomer (Mollica et al., 1992), og er blevet anvendt i en række danske undersøgelser (Elklit, 2002; Karsberg et al., 2012; Schandorph & Elklit, 2013; Shevlin & Elklit, 2008). Spørgsmålene i HTQ er i danske sammenhænge, foruden PTSD blevet relateret til *Emotional Numbing* (følelsesfladhed) og symptomer set særligt blandt flygtninge (Bach, 2003).

3.2.8 Trauma Symptom Checklist (TSC)

Trauma Symptom Checklist (TSC; Briere & Runtz, 1989) er et selvrapporteringsspørgeskema, som måler forekomsten af negativ affektivitet, somatisering og dissociation. TSC kan bruges til unge på 13 år og opefter. TSC er revideret i en dansk udgave, hvor der blev inkluderet to ekstra spørgsmål om oplevelsen af synsforstyrrelser/hallucinationer og at føle sig lammet af angst (Elklit, 1990). Versionen, der anvendes i Børnehusene, indeholder 26 spørgsmål ("items"). Spørgsmålene vurderes på en firepunktsskala fra "Nej" (1 point) til "Meget ofte" (4 point). Ti spørgsmål udgør skalaen for negativ affektivitet, 11 spørgsmål udgør skalaen for somatisering, og fem spørgsmål udgør skalaen for dissociation. Scoren for hver subskala udregnes ved at summere besvarelsene. En totalscore, hvor alle besvarelser summeres, kan ligeledes udregnes. Den reviderede danske udgave er valideret af Krog og Duel (2003), som fandt, at TSC har gode psykometriske egenskaber, god faktorvaliditet, god kriterievaliditet og demonstrerer en evne til validt at måle den generelle lidelse, som kan følge efter en traumatisk hændelse.

3.2.9 International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent version (ITQ-CA)

International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent version (ITQ-CA) er et selvrapporterings spørgeskema udviklet til at screene for ICD-11 symptomer på PTSD og kompleks PTSD hos børn og unge på 7-17 år. ITQ er oprindeligt udviklet til voksne (Cloitre, Shevlin, et al., 2018) og er sidenhen blevet tilpasset sprogligt til børn og unge (Cloitre, Bisson, et al., 2018). ITQ-CA indeholder seks spørgsmål, der dækker ICD-11-kernesymptomerne for PTSD: Genoplevelse, undgåelse og forøget vagtsomhed, samt et spørgsmål om hvorvidt symptomerne påvirker barnets dagligdag (i form af påvirkning af barnets evne til at være sammen med venner, være sammen med sin familie, lave sit skolearbejde, gøre andre ting, som er vigtige for barnet såsom at gå til fritidsaktivitet og at være glad). Ud over disse spørgsmål indeholder ITQ-CA seks spørgsmål om forstyrrelse i selvorganisering (Affektregulering, Selvfølelse og Relationer til andre) og spørgsmål om, hvorvidt disse seks symptomer påvirker barnets dagligdag. De 12 spørgsmål besvares på en skala fra 0 ("Aldrig") til 4 ("Næsten altid"). En score på 2 eller over indikerer tilstedeværelsen af et symptom. For at barnet er screenet positiv for PTSD, skal der være et symptom til stede i hver af de tre PTSD-klynger og associeret funktionsnedsættelse. For at screene positiv for kompleks PTSD skal der være mindst ét symptom til stede inden for hver af de tre PTSD-symptomklynger og yderligere et symptom i hver klynge i forstyrrelse i selvorganisering samt associeret funktionsnedsættelse.

ITQ er blevet afprøvet på 3478 kinesiske skolebørn på 9-12 år, som har oplevet traumer, hvor faktorstrukturen og diskriminant validitet blev undersøgt (Li et al., 2021), og en østrigsk gruppe af 136 børn i familiepleje i alderen 10 til 18 år (Haselgruber et al., 2020b), som ligeledes bekræftede faktorstrukturen for PTSD og kompleks PTSD. Sidstnævnte studie fandt desuden fremragende intern reliabilitet for skalaerne for henholdsvis PTSD og selvorganisering (Haselgruber et al., 2019). Studier af den endelige version af ITQ-CA med henholdsvis 932 unge på 12-16 år fra den generelle litauiske befolkning (Kazlauskas et al., 2020) og 161 østrigske plejebørn på 10-18 år (Haselgruber et al., 2020a) har ligeledes demonstreret, at ITQ-CA har god konstruktvaliditet, samstemmende, konvergerende og diskriminerende validitet, og ITQ-CA har således vist sig at være brugbar til screening for PTSD og kompleks PTSD hos større børn og unge. ITQ-CA er blevet oversat til dansk af Videnscenter for Psykotraumatologi i 2019 og godkendt af udviklerne, med det formål at anvende den danske ITQ-CA i nærværende projekt.

3.3 Datarensning

Der blev indhentet data med information om alder og køn på 3772 sager om børn set i Børnehuse. Af disse børn blev der indhentet viden om, hvilke udredningsredskaber børnene var blevet udredt med i 2663 sager (70,6 %). Grunden til, at der ikke forelå viden om hvilke udredningsredskaber, som 1109 af børnene er blevet udredt med, skyldes, at denne registrering af anvendte standardiserede udredningsredskaber er sket løbende og påbegyndt på forskellige tidspunkter i de forskellige Børnehuse. For de i alt 2663 sager er der i 903 sager ikke anvendt nogle af de standardiserede test eller screeninger fra det nationale testbatteri. Grunde hertil omfatter blandt andet, at børnene er blevet undersøgt med andre udredningsredskaber, at forløbet i Børnehuset er blevet afbrudt, eller at barnet har været for lille (for eksempel spæd) til at kunne screenes med de standardiserede redskaber fra testbatteriet. Samlet set foreligger der beskrivelser i denne rapport fra 1760 børn og unge, som er blevet udredt med standardiserede test- og screeningsredskaber i et af landets Børnehuse.

3.4 Statistisk bearbejdning

Data er blevet bearbejdet i SPSS, version 28.0.0.0. Beskrivelsen af data er baseret på frekvensanalyse med udregning af gennemsnit, standardafvigelse (SD)⁸ og minimum- og maksimumscoren (spredningen) for kontinuerte variable⁹ og frekvenser og procenter for kategoriske variable¹⁰. Chi²-test er blevet anvendt til at sammenligne forskelle i frekvenser vedrørende henvisningsårsag mellem gruppen af piger og drenge.

⁸ Standardafvigelsen er en matematisk beskrivelse af afvigelse fra gennemsnittet og afspejler normalfordelingskurvens form. Standardafvigelsen er den gennemsnitlige afvigelse fra gennemsnittet. Ca. 68 % af data fra en normalfordelt population vil ligge mellem 1 SD over og under gennemsnittet.

⁹ Kontinuerte variable består af antallet af symptomer/spørgsmål inden for skalaen som er lagt sammen.

¹⁰ Kategoriske variable omfatter, hvorvidt et barn lever op til en given diagnose (ja/nej) for eksempelvis PTSD.

Kategoriske variable afspejler gensidigt udelukkende grupperinger i data og holde fast i eksemplet som uddybning.

4. Resultater

Rapporten omfatter viden fra 1760 børn og unge, der er kommet i et af de fem regionale Børnehuse og under deres forløb i Børnehuset er blevet udredt med et eller flere af de standardiserede test- og screeningsredskaber fra Børnehusenes testbatteri. Børnene er kommet i Børnehusene mellem maj 2018 og december 2020. Lidt over halvdelen (56,3 %, n = 990) af børnene er piger, og 43,8 % (n = 770) er drenge.

Børnene i denne rapport var ved sagens start mellem 1 og 18 år, da de kom i Børnehuset ($M = 10,3$, $SD = 3,7$). I alt var 10,8 % (n = 190) af børnene mellem 1 og 5 år, 58,7 % (n = 1033) var mellem 6 og 12 år, og 30,5 % (n = 537) var mellem 13 og 18 år.

Tabel 1 angiver henholdsvis, hvor mange drenge og piger, der har oplevet fysisk vold, seksuelle overgreb eller både fysisk vold og seksuelle overgreb. For 65,3 % (n = 1150) af børnene var der mistanke eller viden om, at de havde været udsat for fysisk vold, og for 26,1 % (n = 459) at de havde været udsat for seksuelle overgreb. For 6,4 % (n = 111) af børnene var der mistanke eller viden om, at de havde oplevet både fysisk vold og seksuelle overgreb. Chi²-analyser indikerer, at der var signifikant flere drenge end piger henvist på baggrund af mistanke eller viden om fysisk vold, og signifikant flere piger end drenge er blevet henvist på baggrund af seksuelle overgreb.

Tabel 1: Mistanke om overgreb baseret på køn¹¹.

	Total n (%)	Drenge n (%)	Pige n (%)	χ²
Fysisk vold	1150 (65,3 %)	645 (56,1 %)	505 (43,9 %)	160,7**
Seksuelt overgreb	459 (26,1 %)	79 (17,2 %)	380 (82,8 %)	220,1**
Fysisk vold og seksuelt overgreb	111 (6,4 %)	26 (23,4 %)	85 (76,6 %)	-

Note: n = 1748, df = 1, ** = p < .001.

¹¹ Årsstatistikken for børnehusene for 2019 beskriver, hvor mange procent af sagerne i børnehusene, der omhandlede drenge, hvor der var mistanke eller viden om hhv. fysisk vold, seksuelle overgreb eller begge dele, og hvor mange procent af sagerne i børnehusene, der omhandlede piger, hvor der var viden eller mistanke om hhv. fysisk vold, seksuelle overgreb eller begge dele. Baseret på denne opdeling ses i denne rapport, at i 86 % af sagerne, der omhandler drenge, er der viden/mistanke om fysisk vold, i 10,5 % af sagerne, der omhandler drenge, er der viden/mistanke om seksuelle overgreb, og i 3,5 % af sagerne, der omhandler drenge, er der mistanke om både fysisk vold og seksuelle overgreb. For piger drejer det sig i denne rapport om, at i 52 % af sagerne, der omhandler piger, er der mistanke/viden om fysisk vold, i 39 % af sagerne, der omhandler piger, er der mistanke/viden om seksuelle overgreb, og slutteligt i 9 % af sagerne, der omhandler piger, er der mistanke/viden om fysisk vold og seksuelle overgreb.

For 0,7 % (n = 12) af sagerne vides det ikke, hvilke typer af overgreb børnene har oplevet. Derudover ses det for 1,6 % af børnene (n = 28), at der hverken er mistanke om, at barnet har oplevet fysisk vold eller seksuelle overgreb. Disse børn er udelukkende henvist til Børnehusene på baggrund af mistanke om, at de har været udsat for psykisk vold¹².

4.1 Resultater for hvert enkelt testredskab

I de følgende afsnit beskrives resultaterne fra de enkelte test- og screeningsredskaber. Antal besvarelser, gennemsnitscorer, standardafvigelse, spredning og intern reliabilitet for hvert redskab kan ses i tabellen i Bilag 1 s. 66. Antal besvarelser per redskab varierer mellem 21 og 688.

Variationen i antal af besvarelser for redskaberne skyldes, at det har været op til den sagsansvarlige medarbejder i den enkelte sag at vurdere, hvornår et eller flere standardiserede test- og screeningsredskaber anvendes. Antal besvarelser for det enkelte redskab er i de følgende resultatafsnit angivet for hver resultatbeskrivelse per redskab. Resultaterne af symptomer og vanskeligheder er beskrevet i den rækkefølge for, hvornår de kan anvendes til forskellige aldersgrupper. Det vil sige, at de første resultater beskriver symptomer og vanskeligheder for de yngste screenede børn i Børnehusene og de sidste afsnit beskriver resultaterne for unge, der er blevet screenet i Børnehusene.

4.1.1 Traumeeksponering og PTSD ud fra DIPA

DIPA PTSD-modulet er blevet udfyldt for 21 børn, heraf var 42,9 % (n = 9) piger og 57,1 % (n = 12) drenge. DIPA er blevet udfyldt med den primære omsorgsperson til barnet. Ud fra DIPAs liste med 12 forskellige typer af potentielle traumer, som børn kan opleve, har børnene oplevet mellem 1 og 4 af disse traumer. Kun få (14,3 %, n = 3), af de yngste børn i Børnehusene, som er blevet undersøgt med DIPA, har oplevet et enkelt traume, mens lidt over halvdelen, 52,4 % (n = 11), har oplevet to traumer. Derudover har 9,5 % (n = 2) oplevet tre traumer, og 23,8 % (n = 5) har oplevet

¹² Optegnelser over, hvor mange af børnene, der har oplevet både psykisk vold og andre typer af overgreb, er ikke medtaget i denne rapport. Dette skyldes, at der ved udformningen af denne rapport fortsat arbejdes med en operationalisering af psykisk vold i dataindsamlingen, ligesom psykisk vold først blev kriminaliseret i 2019 og dermed ikke var en henvisningsmulighed for alle børnene i dataindsamlingsperioden. En samlet opgørelse af mistanke om eksponering for psykisk vold og andre typer af overgreb kunne derfor ikke sikres at være retvisende på tidspunktet for udformningen af denne rapport.

fire traumer. Typen af traumer omfatter at blive angrebet af et dyr, at opleve en menneskabt katastrofe (eksempelvis ildebrand, krig og lignende), naturkatastrofe, at være vidne til vold, selv blive udsat for fysisk vold, seksuelle overgreb, indlæggelse på hospital eller indgribende medicinsk procedure eller ”andre typer” af traumer, som omsorgspersonerne selv kunne uddybe, hvad omhandlede. Ud fra DIPA PTSD-modulet har 38,1 % (n = 8) af de yngste børn PTSD. Af disse 8 er halvdelen (n = 4) drenge og den anden halvdel (n = 4) piger.

4.1.2 Styrker og vanskeligheder ud fra SDQ

Følgende data beror på besvarelser af SDQ, som er udfyldt af enten barnets forældre, pædagog/lærer eller barnet selv (selvrapportering). SDQ-resultaterne fra børn i Børnehusene er i de følgende beskrivelser og tabeller opdelt efter køn, aldersgruppe og type af besvarelse (forældre, pædagog/lærer eller selvrapportering). Herudover er resultaterne fra det danske normdata (Arnfred et al., 2019) for SDQ angivet. Normdata stammer fra en undersøgelse fra 2015 foretaget i Assens Kommune og inkluderer børn og unge i alderen 2-17 år, herunder også børn fra kommunens specialtilbud. I alt indgår 852 forældrebesvarelser og 1269 pædagog-/lærerbesvarelser for børn i aldersgruppen 2-6 år (førskole), 1450 forældrebesvarelser og 1955 pædagog-/lærerbesvarelser for børn i aldersgruppen 6-10 år samt 1696 forældrebesvarelser og 2427 pædagog-/lærerbesvarelser i aldersgruppen 11-17 år. Derudover indgår 1609 selvrapporteringsbesvarelser. Kønsfordelingen er omtrent ligeligt fordelt. Disse data udgør et sammenligningsgrundlag for vurdering af de styrker og vanskeligheder, som ses hos børnene i de danske Børnehuse. Barnets score på de enkelte styrker og vanskeligheder er grupperet efter, hvorvidt de falder inden for kategorien med en ”gennemsnitlig”, ”let forøget”/”let formindsket”, ”høj”/”lav” eller ”meget høj”/”meget lav” score. Data angiver henholdsvis spredning af scorer inden for disse kategorier, mens værdien i parentes angiver den procentvise andel af børn og unge, som falder indenfor den pågældende kategori.

4.1.2.1 Forældrerapporterede SDQ

I alt har forældre til 321 børn besvaret en SDQ om deres barns styrker og eventuelle svagheder. Heraf er 53,3 % (n =171) af besvarelserne om piger set i Børnehusene, og 46,7 % (n =150) af besvarelserne om drenge set i Børnehusene. SDQ-resultaterne for forældrebesvarelserne fordelt på henholdsvis piger og drenge fremgår af Tabel 2 og 3, hvori der også indgår dansk normdata.

Tabel 2: SDQ-resultater for piger fra forældrebesvarelser fra hhv. normdata og børnehusdata.

Tabellen angiver spredning i scorer og i parentes den procentvise andel af børn, der falder inden for den pågældende kategori.

PIGER							
FORÆLDRERAPPORTERING		Normdata n = 1958			Børnehusdata n = 171		
Score	Aldersgruppe	2-6 år	6-10 år	11-17 år	2-5 år	6-12 år	13-18 år
Emotionelle problemer	Gennemsnitlig	0-3 (81,6 %)	0-4 (80,1 %)	0-4 (79,6 %)	0-3 (57,1 %)	0-4 (44,4 %)	0-4 (34,9 %)
	Let forøget	4-5 (13,0 %)	5-6 (11,9 %)	5-6 (13,7 %)	4-5 (28,6 %)	5-6 (30,3 %)	5-6 (25,6 %)
	Høj	-	7 (4,2 %)	7 (2,9 %)	-	7 (11,1 %)	7 (14,0 %)
	Meget høj	6-10 (5,4 %)	8-10 (3,8 %)	8-10 (3,8 %)	6-10 (14,3 %)	8-10 (14,1 %)	8-10 (25,6 %)
Adfærdsmæssige problemer	Gennemsnitlig	0-3 (86,0 %)	0-2 (88,9 %)	0-1 (82,5 %)	0-3 (67,9 %)	0-2 (54,0 %)	0-1 (34,9 %)
	Let forøget	4 (8,4 %)	3 (7,9 %)	2 (11,1 %)	4 (14,3 %)	3 (18,0 %)	2 (18,6 %)
	Høj	5 (3,3 %)	-	3 (3,9 %)	5 (7,1 %)	-	3 (18,6 %)
	Meget høj	6-10 (2,3 %)	4-10 (3,2 %)	4-10 (2,5 %)	6-10 (10,7 %)	4-10 (32,1 %)	4-10 (27,9 %)
Hyperaktivitet score	Gennemsnitlig	0-5 (86,7 %)	0-4 (83,9 %)	0-3 (83,2 %)	0-5 (51,9 %)	0-4 (46,0 %)	0-3 (45,2 %)
	Let forøget	6 (5,4 %)	5-6 (8,6 %)	4-5 (10,4 %)	6 (7,4 %)	5-6 (20,0 %)	4-5 (21,5 %)
	Høj	7 (2,6 %)	7 (3,5 %)	6 (3,4 %)	7 (18,5 %)	7 (12,0 %)	6 (14,3 %)
	Meget høj	8-10 (5,3 %)	8-10 (4,1 %)	7-10 (2,9 %)	8-10 (22,2 %)	8-10 (22,0 %)	7-10 (19,0 %)
Problemer med jævnaldrende score	Gennemsnitlig	0-2 (88,8 %)	0-2 (86,3 %)	0-2 (82,0 %)	0-2 (67,9 %)	0-2 (63,0 %)	0-2 (44,2 %)
	Let forøget	3 (6,6 %)	3 (6,0 %)	3-4 (12,6 %)	3 (21,4 %)	3 (11,0 %)	3-4 (20,9 %)
	Høj	-	4 (3,9 %)	5 (2,8 %)	-	4 (12,0 %)	5 (14,0 %)
	Meget høj	4-10 (4,6 %)	5-10 (3,8 %)	6-10 (2,7 %)	4-10 (26,0 %)	5-10 (14,0 %)	6-10 (20,9 %)
Total problemscore	Gennemsnitlig	0-11 (82,7 %)	0-11 (82,5 %)	0-10 (81,8 %)	0-11 (48,1 %)	0-11 (32,3 %)	0-10 (21,4 %)
	Let forøget	12-14 (8,9 %)	12-14 (8,0 %)	11-14 (9,5 %)	12-14 (14,9 %)	12-14 (11,1 %)	11-14 (28,6 %)
	Høj	15-16 (3,3 %)	15-17 (5,0 %)	15-17 (4,1 %)	15-16 (11,1 %)	15-17 (17,2 %)	15-17 (7,1 %)
	Meget høj	17-40 (5,1 %)	18-40 (4,5 %)	18-40 (4,6 %)	17-40 (25,9 %)	18-40 (39,4 %)	18-40 (42,9 %)
Prosocial score	Gennemsnitlig	7-10 (86,0 %)	8-10 (87,4 %)	8-10 (87,5 %)	7-10 (82,1 %)	8-10 (67,0 %)	8-10 (76,7 %)
	Let formindsket	6 (7,9 %)	7 (7,7 %)	7 (7,3 %)	6 (7,1 %)	7 (8,0 %)	7 (9,3 %)
	Lav	5 (3,1 %)	-	6 (3,5 %)	5 (3,6 %)	-	6 (0 %)
	Meget lav	0-4 (3,1 %)	0-6 (4,9 %)	0-5 (1,8 %)	0-4 (7,1 %)	0-6 (25,0 %)	0-5 (14,0 %)

Påvirkningsscore	Gennemsnitlig	0 (90,1 %)	0 (82,5 %)	0 (79,8 %)	0 (55,6 %)	0 (37,5 %)	0 (24,4 %)
	Let forøget	-	1-2 (10,4 %)	1-2 (10,9 %)	-	1-2 (27,1 %)	1-2 (19,5 %)
	Høj	1 (3,3 %)	3 (3,2 %)	3-4 (5,3 %)	1 (11,1 %)	3 (8,3 %)	3-4 (24,4 %)
	Meget høj	2-10 (4,6 %)	4-10 (3,9 %)	5-10 (4,0 %)	2-10 (33,3 %)	4-10 (27,1 %)	5-10 (31,7 %)

Note: Normdata fra Arnfred et al. (2019). Værdierne i hver kolonne angiver spredningen i scorer inden for hver af de fire kategorier ”Gennemsnitlig”, ”Let forøget/formindsket”, ”Høj/Lav” og ”Meget høj/lav”.

Tabel 3: SDQ-resultater for drenge fra forældrebesvarelser fra hhv. normdata og børnehusdata.

Tabellen angiver spredning i scorer og i parentes den procentvise andel af børn, der falder inden for den pågældende kategori.

DRENGE							
FORÆLDRERAPPORTERING		Normdata n = 2040			Børnehusdata n = 150		
Aldersgruppe		2-6 år	6-10 år	11-17 år	2-5 år	6-12 år	13-18 år
Score							
Emotionelle problemer	Gennemsnitlig	0-3 (81,3 %)	0-4 (82,5 %)	0-3 (80,4 %)	0-3 (79,2 %)	0-4 (65,7 %)	0-3 (66,7 %)
	Let forøget	4 (8,3 %)	5-6 (10,0 %)	4-5 (12,6 %)	4 (4,9 %)	5-6 (22,6 %)	4-5 (16,6 %)
	Høj	5 (6,5 %)	7 (4,3 %)	6 (2,6 %)	5 (0 %)	7 (5,9 %)	6 (8,3 %)
	Meget høj	6-10 (3,9 %)	8-10 (3,1 %)	7-10 (4,4 %)	6-10 (16,7 %)	8-10 (5,9 %)	7-10 (8,4 %)
Adfærdsmæssige problemer	Gennemsnitlig	0-3 (84,8 %)	0-2 (80,2 %)	0-2 (86,8 %)	0-3 (79,2 %)	0-2 (47,1 %)	0-2 (58,3 %)
	Let forøget	4 (8,7 %)	3 (10,0 %)	3 (7,1 %)	4 (8,3 %)	3 (21,6 %)	3 (4,2 %)
	Høj	5 (4,1 %)	4 (6,1 %)	4 (3,2 %)	5 (0 %)	4 (11,8 %)	4 (20,8 %)
	Meget høj	6-10 (2,4 %)	5-10 (3,7 %)	5-10 (2,9 %)	6-10 (12,5 %)	5-10 (19,6 %)	5-10 (19,6 %)
Hyperaktivitet score	Gennemsnitlig	0-5 (83,3 %)	0-6 (85,6 %)	0-5 (85,4 %)	0-5 (70,8 %)	0-6 (59,8 %)	0-5 (62,5 %)
	Let forøget	6 (8,3 %)	7-8 (8,7 %)	6 (4,5 %)	6 (4,2 %)	7-8 (14,7 %)	6 (12,5 %)
	Høj	7 (3,7 %)	9 (3,5 %)	7-8 (6,1 %)	7 (4,2 %)	9 (15,7 %)	7-8 (12,5 %)
	Meget høj	8-10 (4,8 %)	10 (2,2 %)	9-10 (4,0 %)	8-10 (20,8 %)	10 (9,8 %)	9-10 (12,5 %)
Problemer med jævnaldrende score	Gennemsnitlig	0-2 (86,3 %)	0-2 (82,9 %)	0-3 (85,1 %)	0-2 (79,2 %)	0-2 (59,8 %)	0-3 (54,2 %)
	Let forøget	3 (6,1 %)	3-4 (10,3 %)	4 (5,5 %)	3 (4,2 %)	3-4 (16,7 %)	4 (8,3 %)
	Høj	4 (5,2 %)	5 (2,6 %)	5 (4,6 %)	4 (4,2 %)	5 (6,9 %)	5 (16,7 %)
	Meget høj	5-10 (2,4 %)	6-10 (4,2 %)	6-10 (4,9 %)	5-10 (12,5 %)	6-10 (16,7 %)	6-10 (20,8 %)
Total problemscore	Gennemsnitlig	0-12 (82,6 %)	0-13 (80,6 %)	0-12 (82,4 %)	0-12 (70,8 %)	0-13 (52,9 %)	0-12 (45,8 %)

	Let forøget	13-15 (9,6 %)	14-17 (10,5 %)	13-16 (8,6 %)	13-15 (4,2 %)	14-17 (10,8 %)	13-16 (25,0 %)
	Høj	16-17 (3,9 %)	18-20 (3,7 %)	17-19 (4,0 %)	16-17 (4,2 %)	18-20 (7,9 %)	17-19 (4,2 %)
	Meget høj	18-40 (3,9 %)	21-40 (5,3 %)	20-40 (4,9 %)	18-40 (20,8 %)	21-40 (28,4 %)	20-40 (25,0 %)
Prosocial score	Gennemsnitlig	6-10 (87,2 %)	7-10 (86,3 %)	7-10 (85,4 %)	6-10 (79,2 %)	7-10 (67,6 %)	7-10 (66,7 %)
	Let formindsket	5 (7,6 %)	6 (6,2 %)	6 (7,7 %)	5 (12,5 %)	6 (9,8 %)	6 (12,5 %)
	Lav	-	5 (5,0 %)	5 (4,2 %)	-	5 (11,8 %)	5 (16,7 %)
	Meget lav	0-4 (5,2 %)	0-4 (2,5 %)	0-4 (2,7 %)	0-4 (8,3 %)	0-4 (10,8 %)	0-4 (4,2 %)
Påvirkningsscore	Gennemsnitlig	0 (90,0 %)	0-1 (82,0 %)	0-1 (84,1 %)	0 (60,9 %)	0-1 (54,1 %)	0-1 (31,8 %)
	Let forøget	-	2-3 (10,7 %)	2 (4,5 %)	-	2-3 (24,5 %)	2 (18,2 %)
	Høj	1-2 (7,6 %)	4 (2,2 %)	3-4 (5,9 %)	1-2 (26,1 %)	4 (6,1 %)	3-4 (27,3 %)
	Meget høj	3-10 (2,6 %)	5-10 (5,2 %)	5-10 (5,5 %)	3-10 (13,0 %)	5-10 (15,3 %)	5-10 (22,7 %)

Note: Normdata fra Arnfred et al. (2019). Værdierne i hver kolonne angiver spredningen i scorer inden for hver af de fire kategorier ”Gennemsnitlig”, ”Let forøget/formindsket”, ”Høj/Lav” og ”Meget høj/lav”.

Af Tabel 2 og 3 fremgår det, at der for begge køn er et markant øget antal børn fra Børnehusene, som har en score, der falder udenfor gennemsnittet. For drenge ses der en afvigelse fra gennemsnitsscoren i normdata, som spænder fra 2,1 % (emotionelle problemer 2-6 år/2-5 år) til op mod 52,3 % (påvirkningsscore, 11-17 år/13-18 år). Det betyder eksempelvis, at procentdelen af drenge set i Børnehusene med en gennemsnitlig påvirkningsscore er mellem ca. 1,5-2,6 gange lavere, end det er tilfældet for normgruppen. Eksempelvis er der mellem 2,9 og 4,1 gange flere drenge set i Børnehusene end fra normgruppen, som har en påvirkningsscore, der falder indenfor kategorien ”meget høj”.

For piger set i Børnehusene er andelen, der afviger fra gennemsnitsscoren på mellem 3,9 % (prosocial score, 2-6 år/2-5 år) og 60,4 % (total problemscore, 11-17 år/13-18 år). Det fremgår eksempelvis, at der er 1,6-3,3 gange færre piger set i Børnehusene, der har en gennemsnitlig påvirkningsscore, end det er tilfældet hos normgruppen. Her ses det derfor også, at en stor del af pigerne set i Børnehusene har forøgede scorer. Eksempelvis er der mellem 6,9-7,9 gange flere piger set i Børnehusene, som har en ”meget høj” påvirkningsscore. Dette betyder, at der generelt ses betydeligt flere børn fra Børnehusene, som har problemer sammenlignet med normgruppen. Dette fremgår særligt ved påvirknings- og total problemscorerne, som er de scorer, der bedst beskriver barnets totale vanskeligheder og disses påvirkning på barnets dagligliv.

Overordnet viser Tabel 2 og 3, at børnene set i Børnehusene har større vanskeligheder indenfor alle områder (emotionelle og adfærdsmæssige problemer, hyperaktivitet, prosocial adfærd og problemer med jævnaldrende) end det er tilfældet for normgruppen, ligesom betydningen af disse vanskeligheder er større hos børnene fra Børnehusene.

4.1.2.2 Pædagog-/lærerrapporterede SDQ

For SDQ-besvarelser foretaget af barnets pædagog/lærer foreligger der besvarelser for 290 børn. Heraf er 44,5 % (n = 129) af besvarelserne om piger, og 55,5 % (n = 161) af besvarelserne er om drenge. Disse besvarelser fremgår af Tabel 4 og 5, som også inkluderer normdata for pædagog/lærerbesvarelser.

Tabel 4: SDQ-resultater for piger fra pædagog-/lærerbesvarelser fra hhv. normdata og børnehusdata. Tabellen angiver spredning i scorer og i parentes den procentvise andel af børn, der falder inden for den pågældende kategori.

PIGER							
PÆDAGOG-/LÆRER-RAPPORTERING		Normdata n = 2665			Børnehusdata n = 129		
Score	Aldersgruppe	2-6 år	6-10 år	11-17 år	2-5 år	6-12 år	13-18 år
Emotionelle problemer	Gennemsnitlig	0-3 (87,2 %)	0-3 (81,7 %)	0-3 (83,5 %)	0-3 (74,2 %)	0-3 (53,8 %)	0-3 (33,3 %)
	Let forøget	4 (5,7 %)	4-5 (11,2 %)	4-5 (9,2 %)	4 (12,9 %)	4-5 (22,5 %)	4-5 (22,3 %)
	Høj	5 (3,5 %)	6 (1,6 %)	6 (2,8 %)	5 (0 %)	6 (11,3 %)	6 (5,6 %)
	Meget høj	6-10 (3,5 %)	7-10 (5,4 %)	7-10 (4,4 %)	6-10 (12,9 %)	7-10 (12,5 %)	7-10 (38,9 %)
Adfærdsmæssige problemer	Gennemsnitlig	0-2 (85,4 %)	0-1 (83,4 %)	0 (80,2 %)	0-2 (74,2 %)	0-1 (45,0 %)	0 (50,0 %)
	Let forøget	3 (5,7 %)	2 (7,1 %)	1-2 (14,0 %)	3 (9,7 %)	2 (18,8 %)	1-2 (22,2 %)
	Høj	4 (3,9 %)	3-4 (6,3 %)	3 (2,8 %)	4 (0 %)	3-4 (12,6 %)	3 (0 %)
	Meget høj	5-10 (5,1 %)	5-10 (3,2 %)	4-10 (2,9 %)	5-10 (12,9 %)	5-10 (23,7 %)	4-10 (27,8 %)
Hyperaktivitet score	Gennemsnitlig	0-5 (86,7 %)	0-3 (80,0 %)	0-2 (79,5 %)	0-5 (80,6 %)	0-3 (41,3 %)	0-2 (22,2 %)
	Let forøget	6 (3,5 %)	4-5 (10,7 %)	3-4 (11,0 %)	6 (6,5 %)	4-5 (20,0 %)	3-4 (55,6 %)
	Høj	7-8 (6,1 %)	6-7 (5,0 %)	5-6 (6,1 %)	7-8 (6,5 %)	6-7 (15,0 %)	5-6 (11,1 %)
	Meget høj	9-10 (3,7 %)	8-10 (4,3 %)	7-10 (3,4 %)	9-10 (6,4 %)	8-10 (23,7 %)	7-10 (11,1 %)

Problemer med jævnaldrende score	Gennemsnitlig	0-2 (86,9 %)	0-2 (87,2 %)	0-2 (86,2 %)	0-2 (74,2 %)	0-2 (63,7 %)	0-2 (55,6 %)
	Let forøget	3 (6,2 %)	3 (5,9 %)	3 (5,6 %)	3 (9,7 %)	3 (5,0 %)	3 (11,1 %)
	Høj	4 (4,0 %)	4 (2,8 %)	4 (4,5 %)	4 (6,4 %)	4 (8,8 %)	4 (11,1 %)
	Meget høj	5-10 (2,9 %)	5-10 (4,2 %)	5-10 (3,7 %)	5-10 (9,7 %)	5-10 (22,5 %)	5-10 (22,2 %)
Total problemscore	Gennemsnitlig	0-9 (80,5 %)	0-8 (80,2 %)	0-8 (81,8 %)	0-9 (64,5 %)	0-8 (41,3 %)	0-8 (27,8 %)
	Let forøget	10-13 (9,4 %)	9-13 (9,7 %)	9-11 (8,3 %)	10-13 (12,9 %)	9-13 (15,0 %)	9-11 (16,6 %)
	Høj	14-17 (5,7 %)	14-16 (4,7 %)	12-15 (5,3 %)	14-17 (9,7 %)	14-16 (11,2 %)	12-15 (27,8 %)
	Meget høj	18-40 (4,4 %)	17-40 (5,3 %)	16-40 (4,7 %)	18-40 (12,9 %)	17-40 (32,5 %)	16-40 (27,8 %)
Prosocial score	Gennemsnitlig	6-10 (86,2 %)	7-10 (86,2 %)	7-10 (81,0 %)	6-10 (66,7 %)	7-10 (53,2 %)	7-10 (55,6 %)
	Let formindsket	5 (6,6 %)	6 (5,5 %)	5-6 (14,2 %)	5 (13,3 %)	6 (13,9 %)	5-6 (22,2 %)
	Lav	4 (4,4 %)	5 (4,9 %)	-	4 (0 %)	5 (11,4 %)	-
	Meget lav	0-3 (2,9 %)	0-4 (3,4 %)	0-4 (4,9 %)	0-3 (13,3 %)	0-4 (21,5 %)	0-4 (22,2 %)
Påvirkningsscore	Gennemsnitlig	0 (88,7 %)	0 (85,3 %)	0 (84,5 %)	0 (53,3 %)	0 (35,0 %)	0 (31,3 %)
	Let forøget	1 (3,9 %)	1 (5,6 %)	1 (5,8 %)	1 (16,7 %)	1 (48,8 %)	1 (6,2 %)
	Høj	2 (3,4 %)	2 (4,1 %)	2 (7,0 %)	2 (6,7 %)	2 (20,0 %)	2 (18,8 %)
	Meget høj	3-6 (4,0 %)	3-6 (5,1 %)	3-6 (2,8 %)	3-6 (23,3 %)	3-6 (31,2 %)	3-6 (43,7 %)

Note: Normdata fra Arnfred et al. 2019. Værdierne i hver kolonne angiver spredningen i scorer inden for hver af de fire kategorier "Gennemsnitlig", "Let forøget/formindsket", "Høj/Lav" og "Meget høj/lav".

Tabel 5: SDQ-resultater for drenge fra pædagog-/lærerbesvarelser fra hhv. normdata og børnehusdata. Tabellen angiver spredning i scorer og i parentes den procentvise andel af børn, der falder inden for den pågældende kategori.

DRENGE							
PÆDAGOG-/LÆRER-RAPPORTERING		Normdata n = 2886			Børnehusdata n = 161		
Aldersgruppe		2-6 år	6-10 år	11-17 år	2-5 år	6-12 år	13-18 år
Score							
Emotionelle problemer	Gennemsnitlig	0-2 (79,7 %)	0-3 (86,6 %)	0-2 (81,6 %)	0-2 (50,0 %)	0-3 (65,8 %)	0-2 (60,0 %)
	Let forøget	3-4 (13,9 %)	4 (5,3 %)	3-4 (10,2 %)	3-4 (21,4 %)	4 (9,6 %)	3-4 (0 %)
	Høj	5 (3,4 %)	5 (3,9 %)	5 (3,0 %)	5 (9,5 %)	5 (8,8 %)	5 (0 %)
	Meget høj	6-10 (3,0 %)	6-10 (4,2 %)	6-10 (5,2 %)	6-10 (19 %)	6-10 (15,8 %)	6-10 (40,0 %)
	Gennemsnitlig	0-3 (84,0 %)	0-3 (83,7 %)	0-2 (87,4 %)	0-3 (66,7 %)	0-3 (59,6 %)	0-2 (40,0 %)

Adfærdsmæssige problemer	Let forøget	4 (6,7 %)	4 (6,2 %)	3 (4,3 %)	4 (0 %)	4 (11,4 %)	3 (40,0 %)
	Høj	5-6 (6,7 %)	5-6 (7,0 %)	4 (3,9 %)	5-6 (11,9 %)	5-6 (17,5 %)	4 (20,0 %)
	Meget høj	7-10 (2,7 %)	7-10 (3,1 %)	5-10 (4,7 %)	7-10 (21,4 %)	7-10 (11,4 %)	5-10 (0 %)
Hyperaktivitet score	Gennemsnitlig	0-6 (83,9 %)	0-7 (82,1 %)	0-5 (81,6 %)	0-6 (64,3 %)	0-7 (63,2 %)	0-5 (60,0 %)
	Let forøget	7-8 (8,7 %)	8-9 (11,7 %)	6-7 (8,8 %)	7-8 (11,9 %)	8-9 (22,8 %)	6-7 (11,1 %)
	Høj	9 (3,4 %)	10 (6,2 %)	8-9 (6,5 %)	9 (14,3 %)	10 (14,0 %)	8-9 (5,6 %)
	Meget høj	10 (4,0 %)	-	10 (3,0 %)	10 (9,5 %)	-	10 (5,6 %)
Problemer med jævnaldrende score	Gennemsnitlig	0-2 (82,2 %)	0-2 (82,2 %)	0-2 (80,9 %)	0-2 (59,5 %)	0-2 (51,8 %)	0-2 (60,0 %)
	Let forøget	3-4 (10,5 %)	3-4 (11,6 %)	3-4 (12,1 %)	3-4 (16,7 %)	3-4 (28,0 %)	3-4 (0 %)
	Høj	5 (3,0 %)	5 (2,6 %)	5 (2,5 %)	5 (9,5 %)	5 (5,3 %)	5 (20,0 %)
	Meget høj	6-10 (4,2 %)	6-10 (3,6 %)	6-10 (4,5 %)	6-10 (14,3 %)	6-10 (14,9 %)	6-10 (20,0 %)
Total problemscore	Gennemsnitlig	0-12 (81,2 %)	0-13 (79,7 %)	0-11 (81,6 %)	0-12 (50,0 %)	0-13 (46,5 %)	0-11 (40,0 %)
	Let forøget	13-16 (9,3 %)	14-17 (10,1 %)	12-15 (9,2 %)	13-16 (19,0 %)	14-17 (17,5 %)	12-15 (0 %)
	Høj	17-20 (5,4 %)	18-20 (4,7 %)	16-19 (4,9 %)	17-20 (7,2 %)	18-20 (13,2 %)	16-19 (20,0 %)
	Meget høj	21-40 (4,2 %)	21-40 (5,5 %)	20-40 (4,2 %)	21-40 (23,8 %)	21-40 (22,8 %)	20-40 (40,0 %)
Prosocial score	Gennemsnitlig	5-10 (85,3 %)	5-10 (87,5 %)	5-10 (87,9 %)	5-10 (78,6 %)	5-10 (65,5 %)	5-10 (20,0 %)
	Let formindsket	4 (14,2 %)	4 (5,4 %)	4 (4,6 %)	4 (9,5 %)	4 (12,4 %)	4 (0 %)
	Lav	3 (2,8 %)	3 (3,3 %)	3 (3,1 %)	3 (2,4 %)	3 (8,8 %)	3 (20,0 %)
	Meget lav	0-2 (2,8 %)	0-2 (3,8 %)	0-2 (4,4 %)	0-2 (9,5 %)	0-2 (13,3 %)	0-2 (60,0 %)
Påvirkningsscore	Gennemsnitlig	0 (80,2 %)	0-1 (82,1 %)	0-1 (86,1 %)	0 (45,2 %)	0-1 (46,9 %)	0-1 (20,0 %)
	Let forøget	1-2 (14,2 %)	2 (8,5 %)	2 (5,2 %)	1-2 (26,2 %)	2 (14,2 %)	2 (40,0 %)
	Høj	3 (2,8 %)	3 (5,1 %)	3 (3,8 %)	3 (16,7 %)	3 (15,9 %)	3 (20,0 %)
	Meget høj	4-6 (2,8 %)	4-6 (4,2 %)	4-6 (4,9 %)	4-6 (11,9 %)	4-6 (23,0 %)	4-6 (20,0 %)

Note: Normdata fra Arnfred et al. 2019. Værdierne i hver kolonne angiver spredningen i scorer inden for hver af de fire kategorier "Gennemsnitlig", "Let forøget/formindsket", "Høj/Lav" og "Meget høj/lav".

For pigerne er procentdelen med en gennemsnitlig score på emotionelle problemer ca. 1,2-2,5 gange mindre, end hos normgruppen, hvilket ligeledes betyder, at procentdelen med en score over gennemsnittet er væsentligt højere for pigerne fra Børnehusene end i normgruppen. Eksempelvis ses det, at der er 8,8 gange flere piger fra Børnehusene i aldersgruppen 13-18 år, som har en meget høj score på emotionelle problemer, end det er tilfældet for normgruppen. De samme tendenser gør sig gældende indenfor de øvrige skalaer.

Hos drengene set i Børnehusene ses det ligeledes i Tabel 5, at andelen af børn, der har en score omkring gennemsnittet, er væsentligt mindre end hos normgruppen. Eksempelvis er andelen af drenge set i Børnehusene med en gennemsnitlig total problemscore ca. 1,6-2 gange mindre, end det er tilfældet for normgruppen, og andelen af drenge med en høj eller meget høj problemscore er henholdsvis 0,3-4,1 og 4,1-9,5 gange højere. Der ses derfor helt op mod ca. 10 gange så mange drenge fra Børnehusene, som har en meget høj problemscore sammenlignet med normgruppen, særligt i aldersgruppen 13-18 år.

Pædagog/lærerrapporteringen viser dermed også, at både piger og drenge set i Børnehusene har flere vanskeligheder end børn og unge fra normgruppen.

4.1.2.3 Selvrapporterede SDQ

Der er indsamlet selvrapporterings-besvarelser af SDQ fra 97 børn. Heraf er 60,8 % (n = 59) af besvarelserne fra piger, og 39,2 % (n = 38) er fra drenge. Disse besvarelser fremgår af Tabel 6 og 7, hvori der også indgår normdata for selvrapporteringsbesvarelser.

Tabel 6: SDQ-resultater fra pigers selvrapportering fra hhv. dansk normdata og Børnehusdata.

Tabellen angiver spredning i scorer og i parentes den procentvise andel af børn, der falder inden for den pågældende kategori.

PIGER			
SELVRAPPORTERING		Normdata N = 779	Børnehusdata n = 59
Score	Aldersgruppe	11-17 år	10-18 år
Emotionelle problemer	Gennemsnitlig	0-5 (80,6 %)	0-5 (44,1 %)
	Let forøget	6-7 (13,7 %)	6-7 (23,7 %)
	Høj	8 (3,3 %)	8 (16,9 %)
	Meget høj	9-10 (2,4 %)	9-10 (15,3 %)
Adfærdsmæssige problemer	Gennemsnitlig	0-2 (83,1 %)	0-2 (47,5 %)
	Let forøget	3 (10,5 %)	3 (13,5 %)
	Høj	4 (3,1 %)	4 (13,6 %)
	Meget høj	5-10 (3,3 %)	5-10 (25,4 %)

Hyperaktivitet score	Gennemsnitlig	0-5 (83,6 %)	0-5 (37,3 %)
	Let forøget	6 (6,4 %)	6 (11,9 %)
	Høj	7 (4,7 %)	7 (16,9 %)
	Meget høj	8-10 (5,3 %)	8-10 (33,9 %)
Problemer med jævnaldrende score	Gennemsnitlig	0-3 (84,9 %)	0-3 (69,5 %)
	Let forøget	4 (7,6 %)	4 (11,9 %)
	Høj	5 (4,2 %)	5 (10,1 %)
	Meget høj	6-10 (3,3 %)	6-10 (8,5 %)
Total problem score	Gennemsnitlig	0-14 (80,6 %)	0-14 (33,9 %)
	Let forøget	15-18 (10,1 %)	15-18 (18,6 %)
	Høj	19-20 (4,5 %)	19-20 (17,0 %)
	Meget høj	21-40 (4,8 %)	21-40 (30,5 %)
Prosocial score	Gennemsnitlig	7-10 (83,5 %)	7-10 (83,1 %)
	Let formindsket	6 (8,8 %)	6 (11,8 %)
	Lav	5 (4,8 %)	5 (1,7 %)
	Meget lav	0-4 (2,9 %)	0-4 (3,4 %)
Påvirkningsscore	Gennemsnitlig	0 (80,1 %)	0 (40,4 %)
	Let forøget	1-2 (11,0 %)	1-2 (21,0 %)
	Høj	3-4 (5,4 %)	3-4 (17,5 %)
	Meget høj	5-10 (3,4 %)	5-10 (21,1 %)

Note: Normdata fra Arnfred et al. (2019). Værdierne i hver kolonne angiver spredningen i scorer inden for hver af de fire kategorier ”Gennemsnitlig”, ”Let forøget/formindsket”, ”Høj/Lav” og ”Meget høj/lav”. Tallet i parentes er den procentvise andel af børn, der falder inden for den pågældende kategori.

Tabel 7: SDQ-resultater fra drenges selvrapporing fra hhv. dansk normdata og børnehusdata.

Tabellen angiver spredning i scorer og i parentes den procentvise andel af børn, der falder inden for den pågældende kategori.

DRENGE			
SELVRAPPORTERING		Normdata n = 830	Børnehusdata n = 38
Score		11-17 år	10-18 år
Emotionelle problemer	Gennemsnitlig	0-3 (82,0 %)	0-3 (55,3 %)
	Let forøget	4-5 (12,1 %)	4-5 (28,9 %)
	Høj	6 (2,7 %)	6 (15,8 %)
	Meget høj	7-10 (3,2 %)	7-10 (10,5 %)
Adfærdsmæssige problemer	Gennemsnitlig	0-3 (87,9 %)	0-3 (65,8 %)
	Let forøget	4 (6,3 %)	4 (23,7 %)
	Høj	5 (2,3 %)	5 (2,6 %)
	Meget høj	6-10 (2,8 %)	6-10 (7,9 %)
Hyperaktivitet score	Gennemsnitlig	0-6 (87,6 %)	0-6 (63,2 %)
	Let forøget	7 (5,7 %)	7 (5,3 %)
	Høj	8 (4,5 %)	8 (15,8 %)
	Meget høj	9-10 (2,3 %)	9-10 (15,8 %)
Problemer med jævnaldrende score	Gennemsnitlig	0-3 (84,3 %)	0-3 (78,9 %)
	Let forøget	4 (8,0 %)	4 (10,5 %)
	Høj	5 (4,9 %)	5 (2,6 %)
	Meget høj	6-10 (2,8 %)	6-10 (7,9 %)
Total problem score	Gennemsnitlig	0-13 (80,2 %)	0-13 (39,5 %)
	Let forøget	14-16 (10,0 %)	14-16 (26,3 %)
	Høj	17-19 (5,4 %)	17-19 (21,0 %)
	Meget høj	20-40 (4,6 %)	20-40 (13,2 %)
Prosocial score	Gennemsnitlig	6-10 (83,6 %)	6-10 (92,1 %)
	Let formindsket	5 (10,9 %)	5 (2,6 %)
	Lav	4 (3,1 %)	4 (2,6 %)
	Meget lav	0-3 (2,4 %)	0-3 (2,6 %)
Påvirkningsscore	Gennemsnitlig	0 (87,6 %)	0 (66,7 %)
	Let forøget	1 (5,6 %)	1 (11,1 %)

Høj	2 (3,9 %)	2 (8,3 %)
Meget høj	3-10 (2,8 %)	3-10 (13,9 %)

Note: Normdata fra Arnfred et al. (2019). Værdierne i hver kolonne angiver spredningen i scorer inden for hver af de fire kategorier "Gennemsnitlig", "Let forøget/formindsket", "Høj/Lav" og "Meget høj/lav". Tallet i parentes er den procentvise andel af børn, der falder inden for den pågældende kategori.

Af Tabel 6 og 7 fremgår det ligeledes, at børn set i Børnehusene har flere problemer end deres jævnaldrende. Der er op til 2,4 gange så mange børn set i Børnehusene som normgruppen, der ligger over gennemsnittet (2,4 = gennemsnitlig total problemscore, piger). Det ses samtidig, at en betydelig andel af de unge fra Børnehusene befinder sig i gruppen med en score, der falder indenfor kategorien "meget høj". Eksempelvis scorer 6,4 gange så mange piger set i Børnehusene "meget højt" på total problemscoren end pigerne fra normgruppen. En større procentdel af drengene fra Børnehusene, falder dog indenfor gennemsnitsscoren på den prosociale skala end normgruppen, hvilket betyder, at de selv vurderer, at deres sociale styrkesider er beliggende i den høje ende. Pigerne fra Børnehusene scorer meget lig normgruppen på den prosociale skala.

Selvrapporteringsresultaterne nævnt i relation til den prosociale skala, står i kontrast til forældre- og lærer/pædagog-vurderingerne, hvor tendensen er, at en større gruppe børn af begge køn har problemer sammenlignet med normgruppen. For drenge er procentdelen, der scorer omkring gennemsnittet, ca. 1,1-4,3 gange lavere end normgruppen, på tværs af de tre aldersgrupper i pædagog/lærerrapporteringen, mens procentdelen, der scorer omkring gennemsnittet, er ca. 1,1-1,2 gange lavere end normgruppen, på tværs af de tre aldersgrupper i forælderreporteringen. Hos pigerne fra Børnehusene er procentdelen, der scorer omkring gennemsnittet, ca. 1,3-1,6 gange lavere end normgruppen på tværs af de tre aldersgrupper i pædagog-/lærerrapporterede SDQ, mens procentdelen, der scorer omkring gennemsnittet, er ca. 1,05-1,15 gange lavere end normgruppen på tværs af de tre aldersgrupper i forælderreporteringen.

4.1.3 Indikationer på traumatisering ud fra story stem-redskabet OCTS

I alt er 326 børn blevet screenet med OCTS i Børnehusene. Alle børn har dog ikke været i stand til at kunne gennemføre alle historierne af Historie 1-4. Derfor varierer antallet af opgjorte scorer per historie. I 50 af de udførte OCTS'er har psykologen valgt, at barnet også skulle lave tilvalgshistorien med dyr. Tabel 8 giver et overblik over den gennemsnitlige score og minimum- og maksimum-score for hver historie og den totale OCTS-score for børn set i Børnehusene. Til

sammenligning indeholder Tabel 8 også OCTS-scorer fra et indledende valideringsstudie med OCTS (Løkkegaard et al., 2021). Studiet inkluderer en gruppe af børn i høj risiko for at være traumatiseret grundet eksponering for mange traumer og et højt symptomniveau og en såkaldt *community*-gruppe af børn, som havde oplevet få traumer, ikke havde nogle symptomer og havde SDQ-scorer, der lå inden for normalområdet (Løkkegaard et al., 2021).

Tabel 8: OCTS-scorer hos børn screenet i Børnehusene og to sammenligningsgrupper.

	Gennemsnit			Min-max			n		
	Børnehus (SD)	Høj-risiko	Community	Børnehus	Høj-risiko	Community	Børnehus	Høj-risiko	Community
Historie 1: Cykel	2,63 (2,6)	4,3	1,83	0-12	0-14	0-5	326	31	18
Historie 2: Mareridt	3,22 (3,0)	5,47	2,56	0-16	0-13	0-9	324	31	18
Historie 3: Forbrændt hånd	3,57 (2,9)	5,30	2,44	0-12	0-13	0-6	325	31	18
Historie 4: Ondt i maven	3,07 (3,1)	5,31	2,56	0-12	0-13	0-7	326	31	18
Historie 5: Dyrehistorie	3,08 (2,6)	4,93	2,61	0-8	1-12	0-8	50	31	18
Totalscore	3,12 (2,3)	5,03	2,40	0-10	1,80-11,60	0,20-4,0	324	31	18

Note: SD = Standardafvigelse. Scorer fra en gruppe af børn i høj risiko for at være traumatiseret grundet eksponering for mange traumer og et højt symptomniveau og fra en *community*-gruppe af børn, som havde oplevet få traumer, ikke havde nogle symptomer og havde SDQ-scorer, der lå inden for normalområdet fra Løkkegaard et al. (2021).

Som det fremgår af Tabel 8, ligger OCTS-scorerne for børn screenet i Børnehusene over scorerne for *community*-gruppen men stadig lidt under gruppen af børn i høj risiko for traumatisering. Høje standardafvigelser og en stor spredning i scorer for børnene screenet i Børnehusene indikerer dog, at der ses stor variation i OCTS blandt den samlede gruppe af børn. Tabel 9 viser fordelingen af OCTS-scorer for drenge og piger screenet i Børnehusene, og her ses det, at drengene generelt har højere scorer end pigerne, hvilket indikerer, at en større andel af drengene end pigerne er screenet positive for traumatisering med OCTS og bør undersøges nærmere.

Tabel 9: OCTS scorer fordel på køn.

	Gennemsnit		Min-max		n	
	Drenge (SD)	Piger (SD)	Drenge	Piger	Drenge	Piger
Historie 1: Cykel	3,15 (3,0)	2,18 (2,2)	0-11	0-12	151	175
Historie 2: Mareridt	3,64 (3,2)	2,86 (2,8)	0-14	0-16	150	174
Historie 3: Forbrændt hånd	3,90 (2,9)	3,28 (2,8)	0-12	0-12	151	174
Historie 4: Ondt i maven	3,40 (3,0)	2,79 (2,6)	0-12	0-12	152	174
Historie 5: Dyrehistorie	3,20 (2,6)	3,00 (2,6)	0-8	0-8	20	30
Totalscore	3,53 (2,5)	2,77 (2,1)	0-10	0-9,75	150	174

Note: SD = Standardafvigelse.

4.1.4 PTSD og kompleks PTSD ud fra Thomas-testen

I dataindsamlingsperioden er der indgået to versioner af Thomas-testen: En udgave, som måler PTSD ud fra det tidligere amerikanske diagnosesystem DSM-IV og en udgave, som måler PTSD og kompleks PTSD ud fra WHO's diagnosesystem ICD-11. ICD-11 udgaven af Thomas-testen blev implementeret i de danske Børnehuse fra december 2019, hvorefter DSM-IV udgaven af Thomas-testen blev udfaset.

4.1.4.1 Resultater fra DSM-IV udgaven af Thomas-testen

Som angivet i tabellen i Bilag 1 har 331 børn besvaret hele DSM-IV udgaven af Thomastesten. Over halvdelen af disse børn (55,3 %, n = 183) har PTSD ud fra DSM-IV. Derudover har yderligere 22,1 % (n = 73) subklinisk PTSD, hvilket vil sige, at de kun mangler ét symptom for at leve op til en fuld DSM-IV PTSD-diagnose ud fra Thomas-testen. Kiggelse specifikt på fordelingen af køn, har 63,1 % (n = 111 ud af 176) af pigerne PTSD og 46,5 % (n = 72 ud af 155) af drengene har PTSD.

333 børn har besvaret de to somatiseringsspørgsmål i DSM-IV udgaven af Thomastesten, og heraf rapporterede 55,3 % (n = 184) nogle gange eller for det meste at have mavepine, og 46,6 % (n = 155) nogle gange eller for det meste at have hovedpine efter at have været udsat for vold eller overgreb.

4.1.4.2 Resultater ud fra ICD-11 udgaven af Thomastesten

312 børn har besvaret ICD-11 udgaven af Thomas-testens spørgsmål om PTSD, og med denne udgave af Thomas-testen er 20,5 % (n = 64) af børnene screenet positiv for PTSD. ICD-11 udgaven af Thomas-testen screener udover for symptomer på PTSD også for symptomer på kompleks PTSD. I alt 311 børn har besvaret Thomas-testens spørgsmål for både PTSD og forstyrrelser i selvorganisering. Kompleks PTSD udgøres af symptomer på PTSD og forstyrrelser i selvorganisering. I ICD-11 kan en person enten have PTSD eller kompleks PTSD. Ud fra ICD-11 udgaven af Thomas-testen er 27,7 % (n = 86) af børnene screenet positiv for kompleks PTSD. Samlet set har næsten halvdelen af børnene (48,2 %, n = 150), som har besvaret ICD-11 udgaven af Thomas-testen, PTSD eller kompleks PTSD. Fokuseres der specifikt på køn har 19,2 % (n = 30 ud af 156) af pigerne PTSD og 34,0 % (n = 53 ud af 156) kompleks PTSD. For drengene gælder det, at 21,9 % (n = 34 ud af 155) har PTSD og 21,3 % (n = 33 ud af 155) har kompleks PTSD.

Samlet har 314 børn besvaret somatiseringsspørgsmålet om mavepine og 313 om hovedpine i ICD-11 udgaven af Thomas-testen. Her rapporterede 54,1 % (n = 170) nogle gange eller for det meste at have mavepine efter at have været udsat for vold eller overgreb, og 46,0 % (n = 144) rapporterede om hovedpine.

4.1.5 Psykiske problemer ud fra BYI-II

BYI-II anvendes til en bred vurdering af psykiske problemer hos børn og unge, nærmere specifikt ved at screene for barnets oplevelse af symptomer på depression, angst, barnets selvbillede, barnets oplevelse af egen vrede og egen oplevelse af normbrydende adfærd. Tabel 10 og 11 angiver besvarelsenerne fra børn i Børnehusene fordelt på køn sammenlignet med dansk normdata og en klinisk gruppe af børn, hvoraf 27 børn havde en angstlidelse som primærdiagnose, 21 børn havde depression som primærdiagnose, 29 havde ADHD som primærdiagnose, 12 havde specifikke udviklingsforstyrrelser som primærdiagnose, 8 havde sociale funktionsforstyrrelser som primærdiagnose, 9 havde adfærdsforstyrrelser som primærdiagnose, 12 havde autisme spektrum forstyrrelse, mens 11 havde andre forstyrrelser som primærdiagnose (Beck et al., 2012).

Tabel 10: BYI-II scorer for piger i Børnehusene sammenlignet med danske normer og en klinisk gruppe af piger.

Piger	Rækkevidde	Råscore-gennemsnit	SD	n
Depression				
Børnehus-gruppen	0-55	20,04	12,7	432
Normgruppen	-	11,9	7,9	770
Klinisk gruppe af børn	-	18,1	11,7	-
Angst				
Børnehus-gruppen	0-58	21,37	11,4	434
Normgruppen	-	14,2	7,9	770
Klinisk gruppe af børn	-	18,7	10,4	-
Vrede				
Børnehus-gruppen	0-60	18,48	11,0	425
Normgruppen	-	12,9	7,4	770
Klinisk gruppe af børn	-	17,1	11,5	-
Normbrydende adfærd				
Børnehus-gruppen	0-51	8,76	7,6	414
Normgruppen	-	5,7	5,1	770
Klinisk gruppe af børn	-	8,7	7,8	-
Selvbillede				
Børnehus-gruppen	7-58	32,50	10,3	439
Normgruppen	-	39,9	8,1	770
Klinisk gruppe af børn	-	31,9	9,8	-

Note: BYI-II = Beck Youth Inventories, 2. udgave. SD = Standardafvigelse. Scorer fra normer og den kliniske gruppe af piger fra Beck et al. (2012).

Tabel 11: BYI-II scorer for drenge i Børnehusene sammenlignet med danske normer og en klinisk gruppe af drenge.

Drenge	Rækkevidde	Råscore-gennemsnit	SD	n
Depression				
Børnehus-gruppen	0-42	11,82	9,4	243
Normgruppen	-	9,2	6,6	730
Klinisk gruppe af børn	-	13,5	10,8	-
Angst				
Børnehus-gruppen	0-49	14,48	9,9	245
Normgruppen	-	11,3	7,6	730
Klinisk gruppe af børn	-	13,9	7,6	-
Vrede				
Børnehus-gruppen	0-54	14,07	9,7	238
Normgruppen	-	11,5	7,3	730
Klinisk gruppe af børn	-	14,9	11,2	-
Normbrydende adfærd				
Børnehus-gruppen	0-37	8,2	6,3	228
Normgruppen	-	7,9	6,2	730
Klinisk gruppe af børn	-	8,9	7,3	-
Selvbillede				
Børnehus-gruppen	11-59	37,75	9,1	249
Normgruppen	-	41,0	7,3	730
Klinisk gruppe af børn	-	34,7	10,5	-

Note: BYI-II = Beck Youth Inventories, 2. udgave. SD = Standardafvigelse. Scorer fra normer og den kliniske gruppe af piger fra Beck et al. (2012).

Af Tabel 10 fremgår det, at den gennemsnitlige råscore for skalaerne for depression, angst, vrede og normbrydende adfærd for pigerne fra Børnehusene er høj og ligger væsentlig over de danske normer for piger og også lidt højere end gennemsnitsråscoren for en tidligere undersøgt klinisk gruppe af piger. Hvad angår skalaen for børns selvbillede, er en høj score positivt, da scoren for selvbillede vender modsat af de andre skalaer, som måler symptomer. For skalaen for selvbillede ses det, at den gennemsnitlige råscore for pigerne fra Børnehusene er lavere end normgruppen og på nogenlunde samme niveau som den gennemsnitlige råscore for den kliniske gruppe af piger.

Sammenlignes den gennemsnitlige råscore for drengene fra Børnehusene med den gennemsnitlige råscore i de danske normer og fra den kliniske gruppe af drenge, ses det, at drengene fra Børnehusene scorer væsentlig højere end drengene fra de danske normer og den kliniske gruppe på skalaen for symptomer på angst. For alle andre skalaer for symptomer ses det, at gennemsnitsråscore for drengene fra Børnehusene er højere end gennemsnitsråscoren i normerne men i varierende grad lavere end gennemsnitsråscoren for den kliniske gruppe af drenge. For skalaen, der måler selvbillede, ses ligeledes, at gennemsnitsråscoren for drengene fra Børnehusene placerer sig mellem gennemsnitsråscoren for de danske normer og den kliniske gruppe.

4.1.6 Potentielt traumatiske oplevelser og negative livsbegivenheder rapporteret i eventskema

Tabel 12 giver et overblik over andelen af de unge fra Børnehusene, som har besvaret eventskemaet, der rapporterer om at have oplevet potentielle traumer og andre negative livsbegivenheder. I alt har 102 unge, som er blevet screenet i et Børnehus, besvaret eventskemaet om, hvilke potentielle traumatiske oplevelser og andre negative livsbegivenheder, de har oplevet. Dette svarer til at 19 % (102 ud af 537) af den samlede gruppe af screenede unge mellem 13 og 18 år har udfyldt skemaet. Derudover bør det nævnes, at skemaet overvejende er blevet anvendt til unge piger.

Til sammenligning af scorer indeholder tabellen også resultaterne fra en dansk skoleundersøgelse af en repræsentativ gruppe af 8. klasse-elever af Elklit (2002). Gruppen af 8. klasse-elever bestod af 390 unge i alderen 13-15 år fra hele Danmark, således at gruppen var repræsentativ for danske unge i denne aldersgruppe. 22 skoler indgik i undersøgelsen. Kønsfordelingen var på 50 % drenge og 50 % piger (Elklit, 2002).

Tabel 12: Selvrapporeret direkte eksponering for traumer.

	Unge fra Børnehusene		Unge fra dansk skoleundersøgelse	
	% Drenge (n = 24)	% Piger (n = 78)	% Drenge (n = 195)	% Piger (n = 192)
1. Trafikulykke	20,8	25,6	13,3	18,8
2. Andre alvorlige ulykker	25,0	15,4	11,3	11,5
3. Voldeligt overfald	29,2	28,2	5,1	4,2
4. Voldtægt	4,2	26,9	1,0	2,6
5. Set andre mennesker blive kvæstet eller dræbt	12,5	6,4	11,8	5,7
6. Være tæt på at blive kvæstet eller dræbt	20,8	10,3	14,9	6,3
7. Blive truet med bank el.lign.	66,7	57,7	31,8	21,9
8. Være ved at drukne	41,7	37,3	22,6	15,1
9. Selvmordsforsøg	12,5	28,2	1,0	11,5
10. Røveri / tyveri	29,2	20,5	16,4	6,8
11. Graviditet / abort	0,0	5,1	0,0	3,6
12. Alvorlig sygdom	33,3	19,2	12,3	13,0
13. At miste et familiemedlem (ved dødsfald)	50,0	46,2	44,6	58,9
14. Skilsmisse	45,8	64,1	16,4	21,4
15. Seksuelt misbrug	12,5	38,5	0,5	2,6
16. Fysisk mishandling	45,8	48,7	3,1	4,2
17. Grov forsømmelse i barndommen (omsorgssvigt)	45,8	43,6	2,6	3,6
18. Ydmygelse eller forfølgelse fra andre (mobning)	45,8	65,4	18,5	26,6
19. Fravær af en forælder	58,3	55,1	3,1	12,0

Note: Repræsentativ gruppe af unge fra skoleundersøgelsen af Elklit, A. (2002).

De unge fra Børnehusene rapporterer om at have oplevet mellem 0 og 16 af de 20 potentielle traumer og negative livsbegivenheder med et gennemsnit på 6,6 traumer ($SD = 3,5$). Til sammenligning rapporterede de danske skolebørn gennemsnitligt 2,5 potentielle traumer eller

negative livsbegivenheder. Af de unge fra Børnehusene har 3,2 % af de 102 besvarelser rapporteret 0 begivenheder, 2,1 % har rapporteret 1 begivenhed, 5,3 % har rapporteret 2 begivenheder, 9,5 % har rapporteret 3 begivenheder, 12,6 % har rapporteret 4 begivenheder, 11,6 % har rapporteret 5 begivenheder, og mere end halvdelen, 55,8 %, har rapporteret mellem 6 og 16 begivenheder. Dette er et bekymrende højt antal, da forskning har vist, at jo flere former for vold, overgreb og traumer et barn oplever, jo mere alvorlige overgrebene er, samt jo længere tid de varer, desto større er risikoen for, at den unge lider under alvorlige og langvarige skadevirkninger (Holt et al., 2008; Hughes et al., 1989; McIntosh, 2003).

Som det fremgår af Tabel 12, er de mest hyppigt rapporterede oplevelser for pigerne ydmygelse eller forfølgelse fra andre (mobning), skilsmisse og fravær af en forælder, trussel om bank, fysisk mishandling og omsorgssvigt. Derudover rapporterer knap 40 % at have oplevet seksuelt misbrug. Hos drengene tegner sig overordnet set et lignende billede: Flest har oplevet at blive truet med bank, fravær af en forælder, men også en del rapporterer om skilsmisse, at miste et nærtstående familiemedlem og fysisk mishandling, omsorgssvigt, ydmygelse og forfølgelse (mobning). Færre drenge rapporterer om seksuelle overgreb og voldtægt sammenlignet med piger.

Udover de listede 20 potentielle traumer og negative livsbegivenheder, har 101 unge fra Børnehusene også besvaret, hvorvidt de har oplevet at mangle omsorg, nærhed og varme. Dette bekræfter 54,5 % (n = 55). Derudover har 95 unge besvaret, hvorvidt de har drukket meget og/eller tage stoffer. Dette svarer 40 % (n = 38), at de har. I alt har 95 unge besvaret, om de har været deprimerede eller haft psykisk sygdom. Det svarer 53,7 % (n = 51), at de har.

Disse fordelinger af rapporterede oplevelser og begivenheder stemmer overens med, at børnene henvises til Børnehusene på baggrund om mistanke om vold eller overgreb, og flere piger end drenge henvises grundet mistanke om seksuelle overgreb, og lidt flere drenge end piger henvises grundet mistanke om fysisk vold. Selvom skemaet kun er udfyldt af knap 20 % af de unge i denne undersøgelse ses dog et påfaldende billede: 80 % har oplevet 4 eller flere potentielt traumatiske eller negative livsbegivenheder. Ud fra disse besvarelser er det snarere reglen end undtagelsen, at børnene har oplevet multiple traumer og belastninger, hvilket markant øger risikoen for en lang række psykiske vanskeligheder og traumerelaterede symptomer og lidelser (Friedman et al., 2007; Holt et al., 2008; Hughes et al., 1989; Karsberg et al., 2014; McIntosh, 2003).

4.1.6.1 Indirekte eksponering for potentielt traumatiske oplevelser og negative livsbegivenheder

Tabel 13 giver overblik over de traumer og negative livsbegivenheder, som de unge i Børnehusene, som har besvaret eventskemaet, har rapporteret, at den unges nærmeste har været eksponeret for (dvs. indirekte eksponering for den unge). Her har 99 unge besvaret skemaet. Ligesom Tabel 12 indeholder Tabel 13 også resultater fra den danske skoleundersøgelse af en repræsentativ gruppe af 8. klasse-elever af Elklit (2002), som muliggør en sammenligning.

Tabel 13: Selvrapporteret indirekte eksponering for traumer.

	Unge fra Børnehusene		Unge fra dansk skoleundersøgelse	
	% Drenge (n = 23)	% Piger (n = 76)	% Drenge (n = 195)	% Piger (n = 192)
1. Trafikulykke	43,5	44,7	36,4	36,5
2. Andre alvorlige ulykker	26,1	27,6	23,6	14,1
3. Voldeligt overfald	34,8	42,1	14,4	13,0
4. Voldtægt	13,0	23,7	4,1	5,7
5. Set andre mennesker blive kvæstet eller dræbt	13,0	11,8	14,4	8,9
6. Være tæt på at blive kvæstet eller dræbt	13,00	10,5	10,3	6,8
7. Blive truet med bank el.lign.	26,1	46,1	22,6	18,2
8. Være ved at drukne	21,7	17,1	10,3	9,4
9. Selvmordsforsøg	21,7	40,8	12,8	13,5
10. Røveri / tyveri	8,7	34,2	17,9	18,2
11. Graviditet / abort	13,00	27,6	16,4	22,9
12. Alvorlig sygdom	47,8	56,6	33,8	37,0
13. At miste et familiemedlem (ved dødsfald)	47,8	52,6	29,2	39,6
14. Skilsmisse	47,8	50	23,6	28,1
15. Seksuelt misbrug	8,7	23,7	4,1	3,6
16. Fysisk mishandling	39,1	32,9	7,7	7,8
17. Grov forsømmelse i barndommen (omsorgssvigt)	21,7	32,9	6,2	5,2

18. Ydmygelse eller forfølgelse fra andre (mobning)	30,4	27,6	17,4	21,4
19. Fravær af en forælder	39,1	19,7	6,7	13,5

Note: Repræsentativ gruppe af unge fra skoleundersøgelsen af Elklit, A. (2002).

De unge fra Børnehusene, der har besvaret eventskemaet, angiver, at deres nærmeste har været udsat for mellem 0 og 18 af de 20 listede potentielle traumer og negative livsbegivenheder. I gennemsnit har deres nærmeste været udsat for 6,1 traumer ($SD = 4,6$). Til sammenligning rapporterede børnene fra den danske skoleundersøgelse i gennemsnit, at deres nærmeste havde været udsat for 3,2 potentielle traumer eller negative livsbegivenheder, og dermed ses cirka en fordobling hos de unge fra Børnehusene.

Størstedelen af de unge, 10,6 %, rapporterer, at deres nærmeste har været udsat for 1 negativ begivenhed. Herefter har 9,6 % af de unges nærmeste været udsat for henholdsvis 10 og 0 negative begivenheder, 8,5 % har været udsat for henholdsvis 5 og 2 begivenheder, mens 7,4 % af de unges nærmeste har været udsat for 4 og 7 begivenheder. Samlet set har mere end halvdelen (57,4 %) af de unge rapporteret, at deres nærmeste har oplevet 5 eller flere potentielle traumer eller negative begivenheder.

Af Tabel 13 fremgår det hvilke begivenheder, de unge har rapporteret, at deres nærmeste har været udsat for. De hyppigst rapporterede begivenheder hos drengenes nærmeste er henholdsvis: alvorlig sygdom, at miste et familiemedlem (ved dødsfald) og skilsmisse. Den næst-hyppigst rapporterede begivenhed hos drengenes nærmeste er trafikulykke, efterfulgt af fysisk mishandling og fravær af en forælder. Den hyppigst rapporterede begivenhed hos pigernes nærmeste er alvorlig sygdom, efterfulgt af at miste et familiemedlem (ved dødsfald), skilsmisse, at blive truet med bank eller lignende, trafikulykke og voldeligt overfald. Derudover rapporteres det, at 23,7 % af pigernes nærmeste har været udsat for seksuelt misbrug og 32,9 % for fysisk mishandling. Særligt fremgår det, at de unges nærmeste i langt højere grad end de nærmeste til de unge fra den danske skoleundersøgelse har oplevet traumer såsom grov forsømmelse i barndommen, fysisk mishandling, seksuelt misbrug, selvmordsforsøg, at blive truet med bank eller lignende, voldtægt og voldeligt overfald. I langt de fleste tilfælde ligger procentdelen af rapporterede indirekte traumer højere hos de nærmeste til de unge set i Børnehusene, end det er tilfældet hos de nærmeste til de unge fra den danske skoleundersøgelse. Dette betyder, at graden af indirekte eksponering for traumer er ganske høj hos børn og unge set i Børnehusene.

4.1.7 PTSD ud fra HTQ

Som angivet i Bilag 1 har 220 unge besvaret en HTQ, som screener for DSM-IV PTSD. Da HTQ måler PTSD ud fra et diagnosesystem, som ikke længere anvendes i USA, er HTQ undervejs i projektet blevet erstattet af ITQ-CA, som måler ICD-11 PTSD og kompleks PTSD. Både resultaterne fra HTQ og ITQ-CA beskrives i denne rapport.

Ud af de 220 besvarelser af HTQ har 58,2 % (n = 128) af de unge PTSD. Yderligere har 23,6 % (n = 52) subklinisk PTSD. Kigges der specifikt på omfanget af PTSD fordelt på køn, har 64,4 % (n = 113 ud af 175) af pigerne PTSD, og 33,3 % (n = 15 ud af 45) af drengene har PTSD.

4.1.8 PTSD og kompleks PTSD ud fra ITQ-CA

119 unge har besvaret ITQ-CA med spørgsmål om ICD-11 PTSD og kompleks PTSD. To af de unge har dog kun besvaret spørgsmålene om PTSD. Ud fra ITQ-CA-besvarelserne har 17,6 % (n = 21) PTSD, mens 41,2 % (n = 49) har komplekst PTSD. Det vil sige, at samlet set har 58,8 % (n = 70) af de unge, der har besvaret hele ITQ-CA, PTSD eller kompleks PTSD.

Størstedelen af besvarelserne (95 ud af 117) er udfyldt af piger. Fordelt på køn har 17,9 % (n = 17 ud af 95) af pigerne ICD-11 PTSD og 48,4 % (n = 46 ud af 95) komplekst PTSD. Af drengene har 18,2 % (n = 4 ud af 22) PTSD og 13,6 % (n = 3 ud af 22) kompleks PTSD.

4.1.9 Negativ affektivitet, somatisering og dissociation ud fra TSC-26

Ud fra TSC-26 er forekomsten af symptomgrupper for negativ affektivitet, somatisering og dissociation blevet undersøgt hos 160 unge, som har besvaret dette spørgeskema. Tabel 14 viser de gennemsnitlige scorer på de tre symptomgrupper, samt den gennemsnitlige totalscore for henholdsvis unge drenge og unge piger. Størstedelen af besvarelserne (126 ud af 160) er udfyldt af piger.

Tabel 14: Oversigt over scorer på TSC-26 hos unge set i Børnehusene.

	Dreng				Piger			
	Gns.	SD	Rækkevidde	n	Gns.	SD	Rækkevidde	n
Negativ affektivitet	16,17	5,35	10-29	35	22,38	6,78	10-39	126
Somatisering	18,26	4,76	11-32	34	24,17	7,31	11-44	126
Dissociation	7,49	2,32	5-14	35	9,65	3,32	5-19	126
Total	42,06	10,96	27-65	34	56,20	15,17	26-96	126

En ikke-relateret t-test viste, at der ses en signifikant forskel i gennemsnitsscorer hos henholdsvis piger og drenge set i Børnehusene indenfor alle tre symptomgrupper. Pigerne scorer gennemsnitligt højere på både negativ affektivitet¹³, somatisering¹⁴ og dissociation¹⁵.

Af Tabel 14 fremgår det ligeledes, at de unge samlet set er mest plaget af somatisering på tværs af køn, efterfulgt af negativ affektivitet. Somatisering omhandler fysiske symptomer som hovedpine eller ondt i maven, og negativ affektivitet omhandler symptomer på angst og depression. Dissociation omhandler mental eller følelsesmæssig afkobling fra omverdenen. De unge rapporterer, at de i mindre grad end somatisering og negativ affektivitet oplever dissociation.

Som led i at vurdere sværhedsgraden af TSC-symptomer hos unge set i Børnehusene kan scorer fra de tre symptomgrupper sammenlignes med scorer fra besvarelser af TSC fra unge fra den tidligere nævnte danske skoleundersøgelse af Elklit (2002). Resultaterne fra TSC-besvarelserne fra skoleundersøgelsen er ikke tidligere publiceret, men beskrives her for at give et sammenligningsgrundlag. 8. klasse-eleverne fra skoleundersøgelsen har besvaret TSC-35 uden de tre spørgsmål, der stilles i relation til sex. Derfor har de unge fra skoleundersøgelsen totalt set besvaret 32 items fra TSC. De besvarede spørgsmål fra TSC-35 er derefter blevet sammenlignet med de items fra TSC-26, som anvendes i Børnehusene. Overordnet set har 8. klasse-eleverne besvaret 23 af de 26 spørgsmål, som de unge i Børnehusene har besvaret. Dataoversigt fra besvarelser af de 23 spørgsmål fra skoleundersøgelsen fremgår af Tabel 15.

¹³ $t(159) = 5,00, p = <.001$

¹⁴ $t(158) = 4,45, p = <.001$

¹⁵ $t(159) = 3,62, p = <.001$

Tabel 15: Oversigt over scorer på TSC hos unge fra en dansk skoleundersøgelse.

	Dreng				Piger			
	Gns.	SD	Rækkevidde	n	Gns.	SD	Rækkevidde	n
Negativ affektivitet	14,75	4,02	10-32	179	17,39	4,96	10-34	174
Somatisering	14,59	3,44	10-28	185	16,69	4,59	10-35	178
Total	33,16	7,49	23-70	173	38,36	9,81	24-76	163

Note: Data er baseret på de 23 items fra TSC-35, som er identiske med items fra TSC-26 anvendt i Børnehusene. Resultaterne er fra den repræsentative gruppe af unge fra skoleundersøgelsen beskrevet i Elklit, A. (2002). Resultaterne fra TSC er ikke tidligere publiceret.

Ud fra sammenligningen af de to ungegrupper ses det, at de unge fra Børnehusene scorer gennemsnitligt højere end de unge fra skoleundersøgelsen indenfor både symptomgrupperne negativ affektivitet og somatisering. Dette betyder, at de unge i Børnehusene oplever en højere grad af symptomer på angst og depression (negativ affekt) og fysiske symptomer, såsom ondt i maven og hovedpine (somatisering), end det er tilfældet for de unge fra skoleundersøgelsen. De unge piger i Børnehusene har flere symptomer og vanskeligheder end andre unge på deres egen alder, hvilket betyder, at de i høj grad har et behandlings- og støttebehov.

4.2 Opsamling af resultater: Traume-eksponering, PTSD, kompleks PTSD og andre symptomer og vanskeligheder

Opsummerende viser resultaterne fra børn og unge i Børnehusene, som er screenet med standardiserede test- og screeningsredskaber, at en stor del af børnene har symptomer og vanskeligheder, der gør, at de har behov for psykologisk behandling. Selvom børnene henvises til Børnehusene på baggrund af mistanke eller viden om, at børnene har oplevet bestemte traumer, dvs. vold eller seksuelle overgreb, viser data fra DIPA og eventskemaet, at en væsentlig andel af børnene har været udsat for mange traumer og negative livsbegivenheder i tillæg til henvisningsårsagen. Sammenlignet med andre børn og unge fra den generelle befolkning, er det tydeligt, at de traumer, som børn og unge i Børnehusene oplever, i højere grad har karakter af at være interpersonelle traumer af alvorlig karakter, hvilket netop øger risikoen for at udvikle PTSD (Woolgar et al., 2020) eller andre traumerelaterede symptomer og vanskeligheder (Vang et al., 2020).

I alt er 1003 af børnene i denne rapport blevet undersøgt med enten DIPA, Thomas-testen, HTQ, eller ITQ-CA, som måler PTSD og/eller kompleks PTSD. Af disse børn og unge opfylder 404 diagnosekriterierne for PTSD, og 135 børn og unge opfylder diagnosekriterierne for kompleks PTSD. Dette svarer til, at 53,7 % af de børn og unge, der er screenet med et PTSD- og/eller kompleks PTSD-mål, har behov for psykologisk behandlingsforløb. Udover de 539 børn og unge, som har PTSD eller kompleks PTSD, er der yderligere 12,5 % (n = 125), som opfylder kriterierne til subklinisk PTSD.

Af besvarelsene fra de ovennævnte test og screeningsredskaber fremgår det således, at en betydelig andel af børnene, der ses i Børnehusene, har PTSD eller kompleks PTSD. Tabel 16 giver et overblik over andelen af børn og unge, der har PTSD eller kompleks PTSD ud fra de forskellige test- og screeningsredskaber anvendt i Børnehusene.

Tabel 16: PTSD og kompleks PTSD.

	PTSD			Kompleks PTSD		
	Piger	Drenge	Samlet	Piger	Drenge	Samlet
DIPA	44,4 % n = 4	33,3 % n = 4	38,1 % n = 8	-	-	-
Thomas – DSM-IV	63,1 % n = 111	46,5 % n = 72	55,3 % n = 183	-	-	-
Thomas – ICD11	19,2 % n = 30	21,9 % n = 34	20,5 % n = 64	34,0 % n = 53	21,3 % n = 33	27,7 % n = 86
HTQ	64,4 % n = 113	33,3 % n = 15	58,2 % n = 128	-	-	-
ITQ-CA	17,9 % n = 17	18,2 % n = 4	17,6 % n = 21	48,4 % n = 46	13,6 % n = 3	41,2 % n = 49

Note: DIPA, Thomas-testen til DSM-IV samt HTQ'en tillader ikke screening for kompleks PTSD. Opgørelsesstrategier til redskaberne er angivet i metodeafsnittet.

Foruden de børn, som har klinisk relevante symptomer på PTSD eller kompleks PTSD, viser data desuden, at der også er en betydelig andel, som oplever andre traumerelaterede symptomer og vanskeligheder, hvilket fremgik af resultaterne fra TSC-26, hvor de unge i Børnehusene generelt scorede væsentligt højere end de unge, der indgik i skoleundersøgelsen. Samlet set betyder dette, at den samlede gruppe af børn og unge, der er blevet screenet med standardiserede psykologiske redskaber i Børnehusene oplever en betydelig belastningsgrad med stor indvirkning på deres trivsel, hvorfor behandlingsbehovet for denne gruppe af børn og unge er særligt stort.

I tillæg til at børnene oplever forskellige traumerelaterede symptomer, har en stor del af børnene andre vanskeligheder, hvilket betyder, at der ses en væsentlig belastningsgrad og generel nedsat trivsel hos mange af børnene, der screenes i Børnehusene. Resultaterne fra eksempelvis BYI-II viser, at børnene overordnet har en højere gennemsnitlig score på både depression, angst, vrede og normbrydende adfærd end både en klinisk gruppe af børn og børn fra normalpopulationen. Børnene screenet i Børnehusene har samtidig et mere negativt selvbillede.

Resultaterne fra SDQ'en, som kan bruges til en endnu bredere aldersgruppe (2-17 år) end BYI-II, viser desuden, at børnene screenet i Børnehusene generelt har flere emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder, øget hyperaktivitet, mindre grad af prosocial adfærd og flere problemer med jævnaldrende, end det er tilfældet hos børn fra normalpopulationen. Det ses samtidigt, at disse vanskeligheder har en stor indvirkning på børnenes dagligdag og trivsel. Det bør dog bemærkes, at børnene fra Børnehusene selv rapporterer og vurderer deres prosociale adfærd som værende høj, modsat den vurdering og rapportering, der ses hos forældre- og lærer/pædagog-besvarelser af SDQ'en.

Sammenlagt betyder ovenstående, at der generelt ses en betydelig forekomst af traumerelaterede symptomer og vanskeligheder hos børn og unge screenet i Børnehusene, hvilket viser, at *some minimum* halvdelen af børnene, der udredes i Børnehusene med standardiserede test- og screeningsredskaber, har et væsentligt behandlingsbehov, som kræver en professionel terapeutisk indsats og psykologisk behandling. Samtidig er resultaterne med til at understøtte en vurdering af, at en stor del af de børn, som ses i Børnehusene, har behov for et behandlingsforløb af længerevarende karakter, grundet kompleksiteten af børnenes behov og vanskeligheder.

4.3 Styrker og begrænsninger ved rapportens resultater

Ovenstående skal læses under betragtning af styrker og begrænsninger ved rapporten. Det inkluderer betragtninger om datas repræsentativitet og varierende screeningsprocedurer.

Udvalget af børn og unge i denne rapport omfatter ikke alle børn, der er set i Børnehusene i de pågældende år. Dette skyldes enten manglende information i det indsamlede data, som gør, at den ufuldstændige data ikke har kunne indgå i analyserne. Derudover bliver ikke alle børn, der kommer i Børnehusene, screenet med standardiserede udredningsredskaber, for eksempel fordi ikke alle børn er i stand til at besvare alle spørgsmålene i de enkelte redskaber. Disse børn bliver vurderet

med andre ikke-standardiserede, men stadig psykologiske metoder, som ikke er inkluderet i denne rapport. Ligeledes vil børn, hvis forløb i Børnehusene er blevet afbrudt, eller som er meget kortvarige, heller ikke nødvendigvis indgå i resultaterne i denne rapport, hvis redskaberne ikke er nået at blive taget i brug inden endt forløb. Det kan overvejes, om nogle af de børn, som ikke er screenet med standardiserede redskaber, har det værre end de screenede børn, da det kræver en vis mængde ressourcer for barnet og eventuelle omsorgspersoner at indgå i et struktureret screeningsforløb. Såfremt denne antagelse er korrekt, vil det understrege, at det er mindst halvdelen af børnene set i et af landets Børnehuse, som har behov for behandling rundt omkring i landets kommuner.

Da denne rapport ikke inkluderer børn, der ikke er screenede med standardiserede redskaber fra det nationale test- og screeningsbatteri, er resultaterne fra denne rapport ikke baseret på et fuldstændigt eller nødvendigvis repræsentativt udsnit af alle børn set i Børnehusene. Ved sammenligning med Børnehusenes årsstatistik for 2019 fremgår det imidlertid, at der ses rigtig god overensstemmelse mellem årsstatistikken for 2019 og indeværende rapporters resultater om køn og henvisningsårsag.

Fra Børnehusenes årsstatistik fremgår det, at 54 % af de afsluttede sager i Børnehusene i 2019 omhandlede piger, og 46 % af de afsluttede sager omhandlede drenge. Denne kønsfordeling er den samme, som der var i 2017 og 2018 (Socialstyrelsen, 2020). I indeværende rapport ses en fordeling på henholdsvis 56 % piger og 44 % drenge, hvilket underbygger repræsentativiteten af rapportens resultater.

Sammenlignes der med henvisningsårsag, fremgår det af Børnehusenes årsstatistik for 2019, at 68 % af sagerne vedrørte fysisk vold (Socialstyrelsen, 2020), og i denne rapport udgør sager om fysisk vold 65 %. Derudover fremgår det i årsstatistikken fra Børnehusene for 2019, at 25 % af sagerne vedrørte seksuelle overgreb, og 6 % af sagerne vedrørte både fysisk vold og seksuelle overgreb (Socialstyrelsen, 2020). I denne rapport vedrører 26 % af sagerne seksuelle overgreb og 6 % af sagerne både fysisk vold og seksuelle overgreb.

Årsstatistikken fra 2019 viser desuden, at en større andel af pigerne end drengene i 2019 blev udredt for seksuelle overgreb, og en langt større andel af drengene end pigerne blev udredt for fysisk vold

(Socialstyrelsen, 2020). Samme billede gør sig gældende i indeværende rapport¹⁶. Der optræder imidlertid i denne rapport en mindre andel af børn i alderen 0-5 år, end der gør i Børnehusenes årsstatistik for 2019, og der indgår i stedet i denne rapport procentvis lidt flere børn i aldersgruppen 6-12 år og nogenlunde det samme antal unge. Dette afspejler, at der er færre muligheder for at tage standardiserede screeningsredskaber i brug i udredning af førskolebørn, og dette kan således påvirke muligheden for at generalisere denne rapport's resultater om symptomer og vanskeligheder for den samlede gruppe af børn og unge, der ses i landets børnehuse.

En styrke ved rapporten er, at resultaterne om børnenes symptomer og vanskeligheder er vurderet ud fra standardiserede og udviklingssensitive redskaber, hvilket muliggør sammenligninger af omfanget af problemer med andre tidligere undersøgte grupper af børn og unge på samme alder, hvad enten det er normdata og/eller kliniske grupper af børn, som man ved har et behandlingsbehov. Samtidig er resultaterne dog også begrænsede af, at der anvendes forskellige redskaber til forskellige aldersgrupper, og der derfor ses stor variation af antallet af besvarelser for de forskellige redskaber. Derudover er der for nogle af resultaterne for eksempel forskel i hvilket diagnosesystem, der måles symptomer ud fra. Disse betingelser begrænser mulighederne for at lave en egentligt direkte sammenligning af omfanget af for eksempel PTSD på tværs af aldersgrupper og måleredskaber, og buddet herpå i denne rapport er derfor en sandsynliggørelse af omfanget frem for det præcise omfang af PTSD hos børn set i børnehuse.

Hertil kommer, at test- og screeningsredskaberne i varierende grad kræver involvering af klinisk uddannet personale, og dermed kan resultaterne fra en screening alene ikke bruges som diagnosticeringsgrundlag. Medarbejderne i landets børnehuse er dog oplært og modtager supervision i anvendelse af alle test- og screeningsredskaberne, hvilket understøtter brugen af redskaberne til at screene for kliniske relevante traumerelaterede symptomer. For mere herom, henvises til anbefalingerne på s. 59-60.

¹⁶ Årsstatistikken fra 2019 viser, at 86 % af sagerne i Børnehusene, der omhandlede drenge det år, vedrørte fysisk vold, og 11 % af sagerne, der omhandlede drenge, vedrørte seksuelle overgreb. Derudover vedrørte 3 % af sagerne, der omhandlede drenge, både fysisk vold og seksuelle overgreb (Socialstyrelsen, 2020). I indeværende rapport vedrører 86 % af sagerne, der omhandler drenge, fysisk vold, 10,5 % af sagerne med drenge vedrører seksuelle overgreb, og 3,5 % af sagerne med drenge vedrører både fysisk vold og seksuelle overgreb.

I Børnehusenes årsstatistik fra 2019 fremgår det, at 54 % af Børnehussagerne, der omhandlede piger det år, vedrørte fysisk vold, og 38 % af sagerne, der omhandlede piger, vedrørte seksuelle overgreb. For pigerne var der i 8 % af sagerne i Børnehusenes sager, der vedrørte både fysisk vold og seksuelle overgreb (Socialstyrelsen, 2020). I denne rapport vedrører 52 % af sagerne, der omhandler piger, fysisk vold, og 39 % af sagerne, der omhandler piger, vedrører seksuelle overgreb, og slutteligt udgør 9 % af sagerne, der omhandler piger, fysisk vold og seksuelle overgreb.

Samlet set vurderes det, at resultaterne om symptomer og vanskeligheder for børn set i børnehusene på fornuftig vis giver en god pejling om, hvor stor en behandlingskapacitet, der er behov for i landets kommuner for at tilbyde tilstrækkelig hjælp til traumatiserede børn, som har været udsat for fysisk vold eller seksuelle overgreb.

5. Afrunding

På baggrund af de foreliggende resultater kan vi konstatere, at en betydelig andel af børn, der screenes med standardiserede test- og screeningsredskaber i børnehusene, i tillæg til henvisningsårsagen til et børnehus, også oplever flere andre traumer af alvorlig og ofte interpersonel karakter. Forskning fra Danmark (Armour et al., 2014; Elklit, 2002; Shevlin & Elklit, 2008; Vang et al., 2020) har tidligere vist, at polyviktisering (eksponering for flere traumetyper) er hyppigt forekommende blandt nogle grupper af børn og unge i Danmark – estimeret til at være mellem 2-6 % af befolkningen – som har behov for professionel, terapeutisk behandling for at kunne bedres (Løkkegaard, 2019). Ud fra data fra denne rapport er børn, der ses i børnehusene, iblandt den gruppe af befolkningen, som oplever mange forskellige traumer, heriblandt vold og overgreb, og øget belastning i løbet af deres opvækst, og som deraf kan være ekstra udsatte for at udvikle traumerelaterede symptomer og kan have behov for længerevarende og opfølgende støtte og behandling.

Halvdelen af de børn og unge, der er blevet screenet med standardiserede udredningsredskaber i børnehusene, og som indgår i denne rapport, har klinisk relevante symptomer enten i form af PTSD, kompleks PTSD eller øvrige symptomer eller vanskeligheder. Internationale anbefalinger angiver, at hvis børn og unge har klinisk relevante symptomer, dvs. er screenet til at have PTSD¹⁷, efter eksponering for et traume, bør traumefokuserede behandlingsforløb overvejes og igangsættes for at få reduceret symptomerne (Alkærsig et al., 2020; Smith et al., 2019; NICE, 2018; ISTSS, 2018). I tillæg til disse traumerelaterede lidelser og symptomer, viser resultaterne fra denne rapport, at omfanget af øvrige symptomer og vanskeligheder er stort blandt de inkluderede børn og unge i rapporten. Der er altså et stort omfang af behov for støtte og psykologisk behandling blandt børn og

¹⁷ ”Klinisk relevante symptomer” omfatter if. NICE (2018) symptomer hos personer, som er blevet vurderet til at have PTSD ud fra en valideret skala/måleredskab, og hvis score er over den kliniske *threshold* men som ikke nødvendigvis har en formel PTSD-diagnose og ikke nødvendigvis er blevet udredt med et diagnostisk interview, men for eksempel har udfyldt et selv-rapporterings spørgeskema ligesom de screeningsredskaber, der anvendes i Børnehusene.

unge, der kommer i de danske børnehuse, som kommunerne aktuelt er ansvarlige for, når sagens overleveres efter endt forløb i børnehuset.

En nylig gennemført undersøgelse fra Videnscenter for Psykotraumatologi af Vang og kolleger (2020) fandt, at kun 16 % af børnene i denne undersøgelse blev indstillet af kommunerne til individuelle behandlingsforløb, mens børnehusets medarbejdere anbefalede individuelle behandlingsforløb til 60 % af de udredte børn. Resultaterne fra indeværende rapport om børnenes symptomer og vanskeligheder understøtter, at en langt større andel af de børn, der udredes i Børnehusene, bør få behandling af deres traumerelaterede symptomer og vanskeligheder. Dette har børnene både behov for og ret til. Følgende afsnit giver derfor et kort overblik over anbefalinger for traumefokuseret praksis og arbejde med traumatiserede børn og deres familier.

5.1 Anbefalinger: Traumefokuseret behandling og traumeinformeret praksis som indsatser til traumatiserede børn og deres familier efter vold eller seksuelle overgreb

5.1.1 Effektive traumefokuserede behandlingsmetoder

Evidens fra forskning (Alkærsig, Løkkegaard, & Elklit, 2020; ISTSS, 2018; NICE, 2018; Smith, Dalglish, & Meiser-Stedman, 2019) viser, at traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) har vist sig effektive til at reducere traumerelaterede symptomer hos børn og unge. Derudover ses der gryende evidens for effekten af narrativ eksponeringsterapi (KID-NET) og legeterapi til behandling af traumatiserede børns symptomer og vanskeligheder, om end der er et stort behov for yderligere forskning i disse behandlingstilgange til målgruppen (Alkærsig et al., 2020). Sådanne behandlingsmuligheder bør anvendes af de behandlingsansvarlige kommuner i sager, hvor børn og unge er blevet screenet i Børnehusene og vurderet til at have klinisk relevante symptomer efter eksponering for vold eller overgreb.

5.1.2 Udviklingssensitiv behandling: Behandlingen bør tilpasses barnets udviklingsniveau

I tillæg til traumefokuseret behandling er det vigtigt, at behandlingen er tilpasset barnets udviklingsniveau, så der inddrages relevante legeterapeutiske elementer, narrativt orienterede

tilgange, familieorienteret arbejde¹⁸ og styrkelse af barnets nære omsorgspersoner, som skal inddrages aktivt i det terapeutiske arbejde for at opnå den optimale effekt af behandlingen (Cohen et al., 2017; Deblinger et al., 2015).

5.1.3 Traumeinformeret praksis: Et helhedsorienteret indsat med fælles udgangspunkt

I komplekse sager vil det grundet omfanget eller karakteren af vold og overgreb, relationen til gerningsperson eller kompleksiteten af symptomer og øvrig eksponering for traumer i tillæg til ovenstående anbefalinger, være gavnligt at tænke ud over det specifikke psykologiske forhandlingsforløb og arbejde traumeinformeret i den samlede indsats for barnet. En traumeinformeret praksis vil indebære, at barnet får både traumefokuseret terapeutisk behandling, og at der i tillæg hertil arbejdes traumeinformeret med barnet, dets familie og det faglige netværk på tværs af barnet livsområder (skole, hjem, sundhedssektor, sagsbehandling, terapeutisk hjælp og anden kommunal indsats). Dette vil indebære en efteruddannelse/opkvalificering af sagsbehandlere og socialrådgivere og anbringelsessteder om traumer og overgreb, risici og konsekvenser heraf samt behandlingsmuligheder, supervision til personalet for at sikre kvaliteten af indsatserne og forebygge sekundær traumatisering, og dernæst adgang til specialiserede/certificerede behandlere og et koordineret tværprofessionelt samarbejde med henblik på at hjælpe det enkelte barn bedst muligt.

For mere information om traumeinformeret arbejde, indsatser og praksis anbefales Loomis, Randall & (2019) *Helping Young Children Exposed to Trauma: A Systems Approach to Implementing Trauma-Informed Care* og Hanson & Lang (2016) *A Critical Look at Trauma-Informed Care among Agencies and Systems Serving Maltreated Youth and their Families*.

5.1.4 Systematisk opfølgning på reducere af symptomer og vanskeligheder efter endt behandling

Der er behov for, at der ved en behandlings afslutning følges op med en efterprøvning og evaluering af, om den tildelte behandling til et traumatiseret barn har haft den ønskede effekt om at reducere traumerelaterede symptomer og vanskeligheder. I sådanne tilfælde kan der gøres brug af samme standardiserede udredningsredskaber fra screeningerne i Børnehusene til at vurdere, om barnets symptomer og vanskeligheder er blevet nedbragt eller om der er behov for anden indsat og opfølgning.

¹⁸ Fx I-FAST af Grove, D. R., Greene, G. J. & Lee, M. Y. Grove, D. R., Greene, G. J., & Lee, M. Y. (2020). *Family therapy for treating trauma. An Integrative family and systems treatment (I-FAST) approach*. Oxford University Press.

6. Referenceliste

- Alkærstig, M., Løkkegaard, S. S., & Elklit, A. (2020). *Terapeutiske behandlingsmetoder til traumatiserede børn. Version 1.0*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Armour, C., Elklit, A., & Christoffersen, M. N. (2014). A latent class analysis of childhood maltreatment: Identifying abuse typologies. *Journal of Loss and Trauma, 19*(1), 23-39. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.734205>
- Armour, C., Shorter, G. W., Elhai, J. D., Elklit, A., & Christoffersen, M. N. (2014). Polydrug use typologies and childhood maltreatment in a nationally representative survey of Danish young adults. *Journal of Studies of Alcohol and Drugs, 75*(1), 170-178. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.170>
- 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).
- Bach, M. E. (2003). *En empirisk belysning og analyse af "emotional numbing" som eventuel selvstændig faktor i PTSD*. Risskov: Aarhus Universitet.
- Bakketeig, E., Berg, M., Myklebust, T., & Stefansen, K. (2012). Barnehusevalueringen: Barnehusmodellens implikasjoner for politiets arbeid med fokus på dommeravhør og rettsmedisinsk undersøkelse *PHS Forskning*. <https://phs.brage.unit.no/phs-xmlui/handle/11250/175090>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B., & Steer, R. A. (2012). *Beck's Youth Inventories for children and adolescents. Vejledning. Dansk version* (2nd ed.). København: Pearson.
- Beck, N., Palic, S., Andersen, T. E., & Rønholt, S. (2013). Childhood abuse types and physical health at the age of 24: Testing health risk behaviors and psychological distress as mediators. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23*, 400-413.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). Trauma Symptom Checklist. (TSC-33). *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 151-163.
- Børnerådet (2015). *Erfaringsopsamling: Børns oplevelser af børnehuse*. Børnenotat 2/15. København: Børnerådet. Hentet 25/11 2021 fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/borns-oplevelser-af-bornehusene>
- Christoffersen, M. N., Mohl, B., DePanfilis, D., & Vammen, K. S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury--Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse & Neglect, 44*, 106-116. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.023>
- Cloitre, M., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Hyland, P., Karatzias, T., Lueger-Schuster, B., . . . Shevlin, M. (2018). *International Trauma Questionnaire - Child and Adolescent Version (ITQ-CA)*. [Measurement instrument].
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., . . . Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of

- ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546.
<https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents* (2. ed.). New York: Guilford.
- Cronin, S., Murphy, S., & Elklit, A. (2016). Investigating the relationship between childhood maltreatment and alcohol misuse in a sample of Danish young adults: Exploring gender differences. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33(3), 287-298.
<https://doi.org/10.1515/nsad-2016-0022>
- Cross, T. P., Jones, L. M., Walsh, W. A., Simone, M., Kolko, D. J., Szczepanski, J., . . . Magnuson, S. (2008). Evaluating Children's Advocacy Centers' Response to Child Sexual Abuse *OJJDP Juvenile Justice Bulletin*, 1-11. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/evaluating-childrens-advocacy-centers-response-child-sexual-abuse>
- Dansk Psykiatrisk Selskab. (2020). *Status på ICD-11*. Retrieved June 29th 2021 from <https://www.dpsnet.dk/status-paa-icd-11/>
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., . . . Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: Brain development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271-1284.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., Hall, J., & Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry*, 52(11), 1066-1078.
[https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01459-2](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01459-2)
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: a neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231-250.
<https://doi.org/10.1007/s10567-011-0094-3>
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Cohen, J. (2015). *Child sexual abuse. A primer for treating children, adolescents, and their nonoffending parents* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Deloitte (2015). *Erfaringsopsamling af børnehuse*. Odense: Socialstyrelsen. Hentet 25/11 2021 fra <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/erfaringsopsamling-af-de-danske-bornehuse>
- Deloitte. (2019). *Analyse af kommunernes praksis på overgrebsområdet*. Odense: Socialstyrelsen. Hentet d. 25/11 2021 fra <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/analyse-af-kommunernes-praksis-pa-overgrebsområdet-1>
- Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x>
- Elklit, A. (1990). Måling af belastninger efter voldeligt overfald. *Nordisk Psykologi*, 42(4), 281-289.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 174-181.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00011>
- Elklit, A. (submitted). Typer af børnemishandling og følgerne af dem.
- Elklit, A., Karstoft, K. I., Armour, C., Feddern, D., & Christoffersen, M. (2013). Predicting criminality from child maltreatment typologies and posttraumatic stress symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19825>
- Elklit, A., Michelsen, L., & Murphy, S. (2016). Maltreatment and school problems: A Danish national study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 62(1), 150-159.
- Elklit, A., Nielsen, L. H., Lasgaard, M., & Duch, C. (2013). A Cartoon-Based Measure of PTSD Symptomatology in Children Exposed to a Disaster. *Journal of Loss & Trauma*, 18(1), 54-63. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.679125>

- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (2007). *Handbook of PTSD: science and practice*. New York: Guilford Press.
- Gigengack, M. R., Hein, I. M., van Meijel, E. P. M., Lindeboom, R., van Goudoever, J. B., & Lindauer, R. J. L. (2020). Accuracy of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA) in a Dutch sample. *Comprehensive Psychiatry*, 152177. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152177>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Grove, D. R., Greene, G. J., & Lee, M. Y. (2020). *Family therapy for treating trauma. An Integrative family and systems treatment (I-FAST) approach*. New York: Oxford Univeristy Press.
- Hansen, N., Selsbæk, H. S., & Elklit, A. (2017). *Indlæring og traumer hos børn*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet.
- Hanson, R. F., & Lang, J. (2016). A critical look at trauma-informed care among agencies and systems serving maltreated youth and their families. *Child Maltreatment*, 21(2), 95-100. <https://doi.org/10.1177/1077559516635274>
- Haselgruber, A., Solva, K., & Lueger-Schuster, B. (2019). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Haselgruber, A., Solva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020a). Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: examining the International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version (ITQ-CA). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1818974. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818974>
- Haselgruber, A., Solva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020b). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 60-73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797-810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- Hughes, H. M., Parkinson, D., & Vargo, M. (1989). Witnessing spouse abuse and experiencing physical abuse: A “double whammy”? *Journal of Family Violence*, 4(2), 197-209.
- International Society for Traumatic Stress Studies (2018). *ISTSS guidelines for position paper on complex PTSD in children and adolescents*. Retrieved from: [https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-\(Child_Adol\)_FNL.pdf.aspx](https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Child_Adol)_FNL.pdf.aspx)
- International Society for Traumatic Stress Studies (2018). *ISTSS PTSD guidelines – Methodology and Recommendations*. Retrieved from https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx
- Johansson, S., Stefansen, K., Bakketeig, E., & Kaldal, A. (2017). Implementing the Nordic Barnahus Model: Characteristics and Local Adaptions. In S. Johansson, K. Stefansen, E. Bakketeig, & A. Kaldal (Eds.), *Collaborating against Child Abuse. Exploring the Nordic Barnahus Model* (pp. 1-31). Palgrave. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-58388-4>
- Jolly, J. B., Aruffo, J. F., Wherry, J. N., & Livingston, R. (1993). The utility of the Beck Anxiety Inventory with inpatient adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(2), 95-106. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(93\)90008-9](https://doi.org/10.1016/0887-6185(93)90008-9)

- Kaldal, A., Diesen, C., Beije, J., & Diesen, E. (2010). Barnahusutredningen. *Juridiska institutionen vid Stockholms universitet*
- Karsberg, S., Armour, C., & Elklit, A. (2014). Patterns of victimization, suicide attempt, and posttraumatic stress disorder in Greenlandic adolescents: a latent class analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1389-1399. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0890-4>
- Karsberg, S., Lasgaard, M., & Elklit, A. (2012). Victimization and PTSD in a Greenlandic youth sample. *International Journal of Circumpolar Health*, 71. <https://doi.org/10.3402/ijch.v71i0.18378>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.061>
- Krog, T., & Duel, M. (2003). Traume symptom checkliste (TSC): en validering og revidering/ Tina Krog og Mette Duel. Psykologisk Studie Skriftserie, 6, 1–164
- Li, J., Wang, W., Hu, W., Yuan, Z., Zhou, R., Zhang, W., & Qu, Z. (2021). Validation of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in Chinese children as per the ICD-11 proposals using the International trauma questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1888525. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1888525>
- Loomis, A., Randall, K., & Lang, J. (2019). *Helping young children exposed to trauma: A systems approach to implementing trauma-informed care. IMPACT*. Connecticut: Child Health and Development Institute.
- Lund, M., Nystrøm, P., & Haugaard, A. L. (2015/2020). *Sagsbehandlingsprocessen i sager om overgreb*. Socialstyrelsen. Retrieved 07-07-2021 from <https://vidensportal.dk/temaer/styring-og-sagsbehandling/sagsbehandlingsprocessen>
- Løkkegaard, S. S. (2019). *How Can We Identify Traumatized Children? A study on validating assessment tools for identifying children who suffer from trauma symptomatology* PhD thesis, Faculty of Health, University of Southern Denmark.
- Løkkegaard, S. S., Andersen, M. E., Eriksen, S. B., & Elklit, A. (2017). *Odense Child Trauma Screening: Administrationsmanual*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet.
- Løkkegaard, S. S., Andersen, M. E., Eriksen, S. B., & Elklit, A. (2018). *Odense Child Trauma Screening: Kodningsmanual*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet.
- Løkkegaard, S. S., Egebæk, S. A. B., & Elklit, A. (2017). Are trauma and post-traumatic stress disorder connected to psychiatric comorbidity in Danish pre-schoolers? *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 10(4), 353-361. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0146-z>
- Løkkegaard, S. S., Elmose, M., & Elklit, A. (2019). Validation of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment in a Danish, trauma-exposed sample of young children. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 7, 39-51. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2019-007>
- Løkkegaard, S. S., Elmose, M., & Elklit, A. (2021). Development and initial validation of the Odense Child Trauma Screening: A story stem screening tool for preschool and young schoolchildren. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 9, 113-126. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2021-013>

- Løkkegaard, S. 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). <https://doi.org/10.1002/mpr.1514>
- McIntosh, J. (2003). Children living with domestic violence: Research foundations for early intervention. *Journal of Family Studies*, 9(2), 219-234.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111-116.
- Murphy, S., Elklit, A., & Shevlin, M. (2020). Child maltreatment typologies and intimate partner violence: findings from a Danish national study of young adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(3-4), 755-770. <https://doi.org/10.1177/0886260517689889>
- Murphy, S., McElroy, E., Elklit, A., Shevlin, M., & Christoffersen, M. (2020). Child Maltreatment and Psychiatric Outcomes in Early Adulthood. *Child Abuse Review*, 29(4), 365-378. <https://doi.org/10.1002/car.2619>
- Murphy, S., Shevlin, M., Armour, C., Elklit, A., & Christoffersen, M. N. (2014). Childhood adversity and PTSD experiences: Testing a Multiple Mediator Model. *Traumatology*, 20(3), 225-231. <https://doi.org/10.1037/h0099838>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder (NG116). NICE guideline*. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> [Hentet 08-08-2019]. Punkt 6.1, “Management of PTSD in children, young people and adults”, s. 13-16.
- Neugebauer, R., Wasserman, G. A., Fisher, P. W., Kline, J., Geller, P. A., & Miller, L. S. (1999). Darryl, a cartoon-based measure of cardinal posttraumatic stress symptoms in school-age children. *American Journal of Public Health*, 89(5), 758-761.
- Newton, A. K., Hjaltadóttir, E., & Jónsdóttir, H. H. (2011). Þjónusta Barnahúss: reynsla barna og ungmenna á skýrslutöku og meðferð árin 2007-2009. Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Niclasen, J., Skovgaard, A. M., Andersen, A. M. N., Sømhøvd, M. J., & Obel, C. (2013). A confirmatory approach to examining the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A large scale cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(3), 355-365. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9683-y>
- 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). <https://doi.org/ARTN10.1371/journal.pone.0032025>
- Obel, C., Dalsgaard, S., Stax, H. P., & Bilenberg, N. (2003). Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan). Et nyt instrument til screening for psykopatologi i alderen 4-16 år. *Ugeskrift for Læger*, 165(5), 462-465.
- Obel, C., Heiervang, E., Rodriguez, A., Heyerdahl, S., Smedje, H., Sourander, A., . . . Olsen, J. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 2, II32-39. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-2006-2>
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective functioning: An integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55-70. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2009-2>
- Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky & E. P. Benedek (Eds.), *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry* (pp. 221-238). American Psychiatric Press.

- Rosner, R., Arnold, J., Groh, E., & Hagl, M. (2012). Predicting PTSD from the Child Behavior Checklist: Data from a field study with children and adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1689–1694. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.04.019>
- Rønholt, S., Beck, N. N., Karsberg, S. H., & Elklit, A. (2012). Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 17188.
- Schandorph, S., & Elklit, A. (2013). *Med barnet som gidsel - stalking af mødre*.
- Scheeringa, M. S. (2016). *Treating PTSD in Preschoolers. A Clinical Guide*. Guilford.
- Scheeringa, M. S., & Haslett, N. (2010). The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(3), 299-312. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0169-2>
- Schouwenaars, K., Murphy, S., & Elklit, A. (2016). The relationship between child maltreatment and exposure to traumatic events during later adolescence and young adulthood. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 4(3), 115-122. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2016-018>
- Serviceloven. *LBK nr. 1548 af 1. juli 2021*. Bekendtgørelse af lov om social service, 2021.
- Shevlin, M., & Elklit, A. (2008). A latent class analysis of adolescent adverse life events based on a Danish national youth probability sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(3), 218-224. <https://doi.org/10.1080/08039480801983992>
- Smith, P., Dalgleish, T., & Meiser-Stedman, R. (2019). Practitioner Review: Posttraumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 500-515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12983>
- Socialstyrelsen. (2019). *Den Danske Børnehusemodel: Faglig beskrivelse af indsatserne i de danske børnehuse*. Odense.
- Socialstyrelsen. (2020). *Årsstatistik om de danske børnehuse 2019*. Odense.
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Etablering af børnehuse i Danmark - styrkede rammer for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i sager om overgreb mod børn*. https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/~/_/media/B956628BCB55413A9BF9EC847FBFABEA.ashx
- Thastum, M., Ravn, K., Sommer, S., & Trillingsgaard, A. (2009). Reliability, validity and normative data for the Danish Beck Youth Inventories. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(1), 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00690.x>
- Vang, M. L., Løkkegaard, S. S., & Elklit, A. (2020). *Samarbejdet i sager, hvor der er mistanke om vold eller overgreb mod børn og unge. En dokumentanalyse af kommunernes og Børnehussyds samarbejde om udsatte børn og unge*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet.
- Woolgar, F., Garfield, H., Dalgleish, T., & Meiser-Stedman, R. (2020). Prevalence of posttraumatic stress disorder in preschool children: A systematic review and meta-analysis. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3736149>
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Bilag 1 – Deskriptiv statistik og intern reliabilitet for assessmentredskaberne i det nationale testbatteri

Spørgeskema	Subskala	Min-max score	Gennemsnit	SD	N	Antal items	α
DIPA PTSD-modul	PTSD Genoplevelse	0-7	3,59	2,5	22	9	.75
	PTSD Undgåelse	0-4	1,46	1,2	22	7	.43
	PTSD Vagtsomhed	0-6	2,62	2,0	21	6	.73
	PTSD Total	0-15	7,76	4,7	21	22	.83
SDQ selv-rapportering	Følelsesmæssige symptomer	0-10	4,90	2,8	97	5	.78
	Adfærdsmæssige symptomer	0-8	2,89	1,9	97	5	.60
	Hyperaktivitet	0-10	5,73	2,6	97	5	.79
	Vanskeligheder ift. jævnaldrende	0-8	2,57	1,8	97	5	.43
	Sociale styrkesider	3-10	8,08	1,7	97	5	.61
	Daglig funktion	0-9	1,65	2,2	93	5	.75
	Total	2-30	16,08	6,2	97	25	.75
	SDQ pædagog- og lærer-rapportering	Følelsesmæssige symptomer	0-10	3,06	2,5	290	5
Adfærdsmæssige symptomer		0-10	2,65	2,7	290	5	.71
Hyperaktivitet		0-10	4,89	3,2	290	5	.78
Vanskeligheder ift. jævnaldrende		0-10	2,43	2,4	290	5	.64
Sociale styrkesider		0-10	6,29	2,7	287	5	.82
Daglig funktion		0-6	1,83	1,9	286	3	.74
Total		0-32	13,02	8,1	290	25	.74
SDQ forældre-rapportering	Følelsesmæssige symptomer	0-10	4,07	2,7	321	5	.72
	Adfærdsmæssige symptomer	0-10	2,66	2,1	321	5	.68
	Hyperaktivitet	0-10	4,98	2,9	321	5	.82
	Vanskeligheder ift. jævnaldrende	0-8	2,42	2,3	321	5	.71
	Sociale styrkesider	0-10	7,82	2,1	321	5	.76
	Daglig funktion	0-10	2,15	2,4	307	5	.75
	Total	0-33	14,20	7,2	321	25	.75
OCTS	Delscore Cykel	0-12	2,63	2,6	326	27	.80
	Delscore Mareridt	0-16	3,22	3,0	324	27	.83
	Delscore Forbrændt hånd	0-12	3,57	2,9	325	27	.79
	Delscore Ondt i maven	0-12	3,07	3,1	326	27	.81
	Delscore Dyrehistorie	0-8	3,08	2,6	50	27	.78
	Totalscore	0-10	3,12	2,3	324	135	.92
Thomas-testen DSM-IV version	Genoplevelse	0-14	4,34	3,2	337	7	.79
	Undgåelse	0-14	4,68	3,0	333	7	.71
	Forøget vagtsomhed	0-10	3,79	2,7	332	5	.73
	Total	0-38	12,81	7,7	331	19	.88
Thomas-testen ICD-11 version	PTSD	0-11	4,81	3,0	312	6	.76
	Selvorganisering	0-12	3,57	3,0	311	6	.82
	Kompleks PTSD	0-22	8,38	5,4	311	12	.86
BYI-II	Depression	0-55	17,08	12,2	675	20	.95
	Angst	0-59	18,89	11,3	679	20	.92

	Vrede	0-60	16,90	10,8	663	20	.93
	Normbrydende adfærd	0-51	8,56	7,1	642	20	.89
	Selvbillede	7-59	34,40	10,2	688	20	.89
HTQ	Invaderende	5-20	12,47	4,1	220	5	.80
	Undgåelse	7-27	17,02	5,2	220	7	.76
	Forøget vagtsomhed	5-20	14,35	3,8	220	5	.73
	Total	17-66	43,84	11,3	220	17	.89
TSC-26	Negativ affekt	10-39	21,03	7,0	161	10	.88
	Somatisering	11-44	22,91	7,3	160	11	.86
	Dissociation	5-19	9,18	3,3	161	5	.72
	Total	26-96	53,19	15,5	160	26	.93
ITQ-CA	PTSD	0-24	12,88	5,8	119	6	.79
	Selvorganisering	0-24	10,32	6,1	117	6	.86
	Kompleks PTSD	0-48	23,15	11,0	117	12	.89

Note: BYI-II = Beck Youth Inventories -II, DIPA = Diagnostic Infant and Preschool Assessment, HTQ = Harvard Trauma Questionnaire, ITQ-CA = International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent version, OCTS = Odense Child Trauma Screening, SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, TSC = Trauma Symptom Checklist. SD = Standardafvigelse.



Syddansk Universitet
Campusvej 55 – 5230 Odense M

Telefon: +45 6550 1000
sdu@sdu.dk
www.sdu.dk

ISBN: 978-87-94233-69-9