

Styrket indlæring, bedre skolegang

Resultater fra den kvantitative undersøgelse
Notat



Styrket indlæring, bedre skolegang – Notat

© VIVE og forfatterne, 2025

e-ISBN: 978-87-7582-425-0

Modelfoto: Cathrine Ertmann/VIVE

Projekt: 303064

Finansiering: Københavns Kommune

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

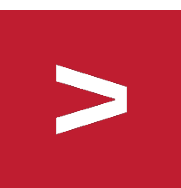
1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



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



Indholdsfortegnelse

Konklusion og perspektiver	4
1 Indledning	7
2 Kort om 'Styrket indlæring, bedre skolegang'	8
3 Data	13
3.1 Kommunale registre	13
3.2 Analyse- og arbejdsmodellen (AoA)	14
3.3 Testbatteriet	15
3.4 Registerdata	15
4 Metode	17
5 Målgruppebeskrivelse	19
5.1 Københavns Kommune	19
5.2 Gladsaxe Kommune	31
5.3 Sammenfattende om kendetegn for de visiterede børn og unge	35
6 Udvikling	37
6.1 Tryghed, trivsel og barnets udvikling (AoA)	37
6.2 Traumesymptomer, kognitive funktioner og sociale kompetencer	45
6.3 Fravær og trivsel i skolen	48
6.4 Sammenfattende om udvikling hos de visiterede børn og unge	49
Litteratur	50
Bilag 1 Testbatteriet	53
Bilag 2 Bilagstabeller og -figurer	56

Konklusion og perspektiver

Traumer blandt børn og unge er et alvorligt samfundsproblem, der kan få vidtrækkende konsekvenser for den enkeltes livskvalitet og samfundsmæssige deltagelse. Selvom en betydelig andel unge oplever traumer, der kræver behandling, opdages mange først sent, hvilket kan resultere i ubehandlede senfølger som psykiske lidelser, kriminalitet og manglende skolegang. Projektet 'Styrket indlæring, bedre skolegang', igangsat af Københavns og Gladsaxe Kommuner i 2017, har adresseret denne udfordring ved at implementere en tværfaglig, traumebevidst tilgang. Projektet har haft til formål at styrke traumatiserede børn og unges muligheder for trivsel, læring og deltagelse i uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet. Her præsenteres de vigtigste resultater fra denne kvantitative evaluering af projektet, samt hvilke perspektiver det giver for fremtidige indsatser i arbejdet med traumatiserede børn og unge.

Evalueringen viser, at børnene generelt har oplevet en positiv udvikling gennem indsatsen, uanset deres udgangspunkt ved indsatsens start. Dette tyder på, at indsatsen kan bidrage til forbedring af børnenes trivsel og sociale funktioner, selvom datakvaliteten medfører visse begrænsninger i, hvor præcist og omfattende resultaterne kan tolkes. Resultaterne stemmer overens med tidligere fund fra traumebevidste tilgange, som også indikerer positive resultater i arbejdet med udsatte børn og unge (Nielsen & Scavenius, 2023).

Resultaterne fremhæver væsentlige forskelle mellem grupperne af børn og unge, både i forhold til belastningstyper og belastningsreaktioner. De anbragte børn skiller sig markant ud med en gennemsnitlig belastning på mellem 7 og 8 typer, hvilket peger på en langt mere kompleks problematik sammenlignet med børn i andre foranstaltningstyper. Samtidig har over 80 % af de anbragte børn oplevet psykisk omsorgssvigt. Dette mønster illustrerer, hvorfor psykisk omsorgssvigt – ofte beskrevet som "neglect" – kan være særligt skadeligt. Fraværet af basal omsorg kan udløse en kaskade af yderligere belastninger, hvilket understreger behovet for tidlige og målrettede indsatser for at forebygge de omfattende følgevirkninger af *neglect*.¹

Belastningsreaktioner som søvnproblemer, psykiske symptomer og selvdestruktiv adfærd er særligt fremtrædende blandt de anbragte børn. Selvdestruktiv adfærd spiller derimod en langt mindre rolle for de øvrige grupper. Disse fund er i overensstemmelse med forskning fra Egeland et al. (1983), som viser, at *neglect* underminerer barnets selvværd. Da *neglect* ofte optræder sammen med andre former for

¹ <https://harvardcenter.wpenginpowered.com/wp-content/uploads/2012/05/The-Science-of-Neglect-The-Per-sistent-Absence-of-Responsive-Care-Disrupts-the-Developing-Brain.pdf>

omsorgssvigt, opstår der et overlap, som yderligere komplicerer barnets mulighed for at trives og udvikle sig.

Ser man på udviklingen i de seks temaer, som registreres som led i Analyse- og Arbejdsmodellen (AoA)², er der forskelle i, hvor meget børnene rykker sig inden for de enkelte områder. Temaerne Følelsesregulering, Sikkerhed og Barnets fortælling viser mest fremgang, mens udviklingen i Dagligdag og Tilknytning er mere begrænset, og Motivation forbliver uændret. Umiddelbart kunne man have forventet størst udvikling inden for Sikkerhed og Dagligdag – områder, der ofte er de mest konkrete at arbejde med i en traumebevidst intervention. Disse temaer er typisk også de første skridt mod at skabe stabilitet i børnenes hverdag, hvilket gør den lille fremgang overraskende. Omvendt er det forventeligt, at Tilknytning viser mindre udvikling, da det er en grundlæggende dimension, der formes tidligt i barnets liv, og som det kræver betydelig tid og indsats at ændre.

Udviklingen i Følelsesregulering er derimod interessant, da dette tema viser tydelige fremskridt. Det kan muligvis skyldes indsatser rettet mod specifikke angstreaktioner, hvor eksponeringsbaserede tilgange ofte har dokumenteret gode effekter (Huang et al., 2022; McLean et al., 2022). Mere komplekse områder som mentalisering, som i dette projekt er blevet vurderet med LEAS (Levels of Emotional Awareness Scale) som en del af testbatteriet, samt de bredere aspekter af affektregulering, kræver dog typisk længerevarende og intensive interventioner, hvilket kan forklare en mere begrænset effekt på disse aspekter (Bateman & Fonagy, 1999; Gross et al., 2024; Vogt & Norman, 2019).

En anden vigtig observation er den tilsyneladende forskel mellem de positive udviklingstendenser i testene TOMAL-2 (kognitive funktioner) og D-KEFS (eksekutive funktioner)³ og de manglende forbedringer på skolefravær og -trivsel. Mens testresultaterne indikerer fremskridt i børnenes grundlæggende forudsætninger for læring, afspejles dette endnu ikke i de skolerelaterede udfald. Det kan skyldes, at forbedringer i kognitive og eksekutive funktioner tager længere tid at omsætte til konkrete resultater som lavere fravær eller bedre trivsel i skolen. Dette peger på behovet for længere opfølgningsperioder for at kunne vurdere de fulde effekter af indsatsen. Samtidig bør det bemærkes, at datagrundlaget på dette område er begrænset, hvilket begrænser de konklusioner, vi kan drage.

På trods af de overordnet set positive resultater er det væsentligt at bemærke, at mange af børnene har komplekse og langvarige udfordringer og behov. Derfor vil der fortsat være brug for en langsigtet og kontinuerlig indsats for at sikre varige forbedringer i deres livskvalitet og trivsel. Analyse- og Arbejdsmodellen (AoA)

² Se Afsnit 3.2 for en kort beskrivelse af Analyse- og Arbejdsmodellen og de seks temaer, som indgår i det. For en uddybende beskrivelse, jf. Københavns Kommune (2024).

³ Testene beskrives i Afsnit 3.3.

tilbyder en værdifuld tilgang i arbejdet med børnene og de unge. Tilgangen skaber rammerne for at arbejde datadrevet og systematisk med børnenes udvikling og øger sandsynligheden for, at traumer opdages og den opnåede viden integreres i arbejdet med børnene. Den egentlige forskel for børnene opstår dog gennem konkrete indsatser, som går langt ud over selve modellen. Resultaterne viser imidlertid, at AoA kan fungere som en brugbar ramme, idet det faktisk lykkes at skabe udvikling for mange børn, når tilgangen kombineres med målrettede indsatser. Perspektiverne i en datadrevet tilgang som AoA rækker således ud over den enkelte indsats og kan være en model for fremtidige tiltag, hvor opfølgning og evaluering sikrer, at konkrete indsatser rammer de faktiske behov. Herved kan AoA understøtte udviklingen af evidensbaserede praksisser og skabe større sammenhæng i indsatsen for udsatte børn og unge.

1 Indledning

Seks procent af en årgang af børn og unge vurderes at opleve overgreb og traumer, som har en alvorsgrad, der kræver behandling (Hansen et al., 2017). Det har dog vist sig, at kun få traumer opdages i skolealderen, hvilket kan have store konsekvenser for de traumatiserede børn og unge. Børn og unge, som har oplevet et traume og ikke modtager behandling, vil have risiko for senere i livet at opleve negative senfølger (Hughes et al., 2021). Ofre for udviklingstraumer har eksempelvis større risiko for at udvikle angst, depression, misbrug, søvnproblemer, kriminel adfærd og risikofyldte seksualvaner (Anda et al., 2006; Lausten et al., 2013; Baglivio et al., 2015; Basto-Pereira et al., 2022), ligesom traumer også kan ødelægge børns indlærings- evne og skolegang (Eiberg & Scavenius, 2023; Lausten et al., 2020).

Københavns Kommune og Gladsaxe Kommune igangsatte derfor i 2017 udviklings- og forskningsprojektet 'Styrket indlæring, bedre skolegang'. Med projektet ønskede de to kommuner at styrke traumatiserede børns forudsætninger for læring og positiv skolegang for derved at styrke deres senere tilknytning til uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet. Projektet er et udviklingsprojekt, der skal skabe forbedringer i skolegang og livsvilkår hos børn og unge med traumer gennem opsporing, forebyggelse og behandling af traumer hos børn og unge og deres familier.

Projektet er gennemført i årene 2017-2024 med støtte fra Den A.P. Møllerske Støttefond og Egmont Fonden. De to kommuner har derudover bidraget med egenfinansiering til indsatsen.

LG Insight, VIVE og Deloitte blev oprindeligt tildelt forsknings- og evalueringsopgaven i tilknytning til projektet. Dette notat præsenterer resultaterne af VIVEs kvantitative evaluering af de deltagende børns udvikling.

I 'Styrket indlæring, bedre skolegang' anvendes en bred definition af traumer fra traumelitteraturen, hvor traumer opstår efter en eller gentagne episoder eller omstændigheder, som opleves af det enkelte barn som fysisk eller emotionelt skadelige eller livstruende, og som vedvarende påvirker individets funktionsevne og mentale, fysiske, sociale, emotionelle eller spirituelle trivsel i negativ retning.

2 Kort om 'Styrket indlæring, bedre skolegang'

Med projektet 'Styrket indlæring, bedre skolegang' har Gladsaxe Kommune og Københavns Kommune ønsket at forbedre skolegang, uddannelse, job og trivsel for traumatiserede børn og unge fra udsatte familier. 'Styrket indlæring, bedre skolegang' har således udviklet og udrullet en tværfaglig og traumebevidst tilgang blandt visiterende og behandlende medarbejdere med kontakt til udsatte børn.

Målgruppen for projektet har været børn og unge primært i alderen 6-18 år, som har været udsat for svære belastninger, og som har udvist belastningsreaktioner, der ofte vil være tegn på traumer. Gennem projektperioden har medarbejderne i de to kommuner arbejdet helhedsorienteret med at afdække og afhjælpe disse børn og unges belastningsreaktioner og belastende oplevelser og opvækstvilkår.

Projektets fokus udviklede sig undervejs. Oprindeligt var målgruppen børn i alderen 6-18 år og ønsket var at måle indsatsens betydning for læring og skolegang. Tidligt i forløbet opstod dog behovet for at inddrage yngre børn under 6 år, som også viste tegn på traumer og kunne have gavn af indsatsen. Derfor blev målgruppen i Københavns Kommune udvidet til alle børn og unge i alderen 0-22 år, der var tilknyttet Socialforvaltningen. Denne ændring nedtonede det direkte fokus på skolegang, men forandringsteorien understøtter, at traumer forstyrrer børns koncentration og indlæringssevne og derfor hæmmer deres skolegang.

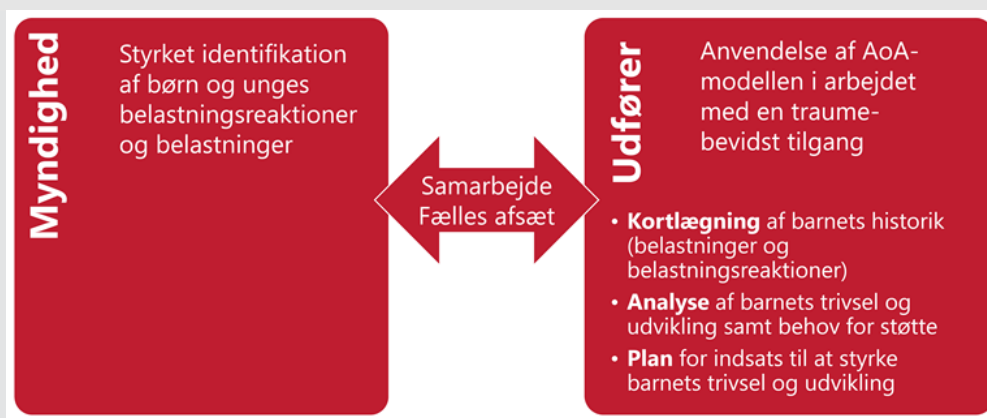
'Styrket indlæring, bedre skolegang' bygger overordnet på følgende koncept:

- A. Styrket identifikation af børn med tegn på traumer i form af belastningsreaktioner
- B. Anvendelse af AoA-redskabet i sager med børn med tegn på traumer
- C. Indsatser for barnet og dets familie til afhjælpning og bearbejdning af barnets belastningsreaktioner og belastende oplevelser og opvækstvilkår
- D. Styrket opsporing af børn med belastningsreaktioner blandt frontpersonale i skoler og gadeplansarbejdet mv.
- E. Implementering og forankring af den traumebevidste tilgang i de to kommuner.

Der er arbejdet med to spor – et myndighedsspor og et udførerspor, som har afsæt i samme faglige fundament – i relation til den traumebevidste tilgang (Figur 2.1). Identifikationen består af samme opmærksomheder/kategorier som i kortlægningen i AoA, som begge er baseret på belastninger og belastningsreaktioner og er inspireret af Adverse Childhood Experience (ACE) studiet (Felitti et al., 1998). Det styrker

den fællesfaglige referenceramme, sprog og samarbejdet om familierne mellem myndighed og udfører. Endvidere er der i projektet arbejdet med et tredje opsporingsspor med fokus på at opspore børn og unge med belastningsreaktioner blandt frontpersonale på fx skoler, gadeplansmedarbejdere mv.

Figur 2.1 Den traumebevidste tilgang



Kilde: VIVE.

Et centralt element i projektet har været Analyse- og Arbejdsmodellen (AoA), som angiver en processuel ramme for traumeperspektivet og en fælles refleksionsramme til understøttelse af aktørernes arbejde og samarbejde med udsatte børn, unge og deres familier. Der er med AoA tale om en faglig ramme, som styrker aktørernes blik for sammenhænge mellem børns adfærd/belastningsreaktioner, belastende oplevelser og opvækstvilkår. AoA tager således udgangspunkt i både barnets aktuelle situation og dets historik, men sætter også fokus på relevante beskyttelses- og risikofaktorer i barnets liv. AoA-rammen har potentiale til at styrke de professionelle tilrettelæggelse af et indsatsforløb, som giver både barnet og dets familie den rette støtte.

Rammen består af de faste elementer: kortlægning, analyse og planlægning, men kan derudover tilpasses til den enkelte enheds organiseringsformer og målgruppens behov. En kort beskrivelse fremgår af Figur 2.2. For en uddybende beskrivelse af værktøjet, se Københavns Kommune (2024).

I København har man indarbejdet registrering af data fra AoA (kortlægning med belastninger og belastningsreaktioner, analysen med de seks temaer) i kommunens journaliseringssystem. I Gladsaxe har man manuelt indhentet data. Det har muliggjort, at kortlægnings- og analysedata fra AoA her i evalueringen kan bruges både til karakterisering af målgruppen af børn og unge, som der arbejdes med, samt til at belyse deres udvikling i løbet af projektdeltagelsen.

Figur 2.2 Analyse- og Arbejdsmodellen (AoA)



Kilde: VIVE.

Teoretisk fundament og traumeforståelse

Mennesker er født med en sårbarhed over for stress og utryghed, og denne følsomhed er særligt markant i barndommen og ungdomsårene, hvor den vigtigste udvikling finder sted og barnet har størst behov for omsorg og beskyttelse fra en voksen. Belastende oplevelser i disse år kan påvirke barnets nervesystem, udvikling og læring og kan medføre konsekvenser for stress- og belastningshåndtering, der følger barnet gennem hele livet (Shonkoff et al., 2012).

Når et barn oplever udfordrende opvækstvilkår, må det bruge energi på at håndtere en verden, der kan føles usikker og truende, hvilket hæmmer muligheden for at udvikle sig gennem trygge relationer. Det californiske Adverse Childhood Experience (ACE) studie fra 1998, et af de største af sin slags, viser, at jo flere svære belastninger og ustabile relationer et barn udsættes for, desto større er risikoen for, at det får varige, negative følger for barnets psykiske og fysiske sundhed og livskvalitet som voksen.⁴ Traumeperspektivet i 'Styrket Indlæring, bedre skolegang' er inspireret af ACE-studiet, hvor der er særligt fokus på belastninger vedr. misbrug, omsorgssvigt og dysfunktionelle familieforhold. Mens AoA-skemaet er stærkt inspireret af ACE-belastningerne i Boks 2.1, er det ikke helt identisk i formuleringen af de vurderede

⁴ ACE står for Adverse Childhood Experiences og omfatter stressende og traumatiserende begivenheder, der har fundet sted i barnet/den unges liv, inden de fylder 18 år. Begivenhederne grupperes i tre grupper: misbrug (fysisk misbrug, emotionelt misbrug og seksuelt misbrug), omsorgssvigt/forsømmelse (emotionelt omsorgssvigt og fysisk omsorgssvigt) og dysfunktionelle hjem (voldelig adfærd mod mor, rusmiddelbrug i hjemmet, psykiske lidelser i hjemmet, skilsmisse/separation i hjemmet, familiemedlemmer i fængsel (Bucci et al. 2015; Piotrowski 2020).

belastninger. Den præcise tilpasning af ACE-belastningerne i AoA-skemaet fremgår af Boks 5.1 i resultatkapitlet (Kapitel 5).

Boks 2.1 Adverse Childhood Experiences Study (ACE)

Traumeperspektivet i ACE har særligt fokus på følgende belastninger:

- Gentagne fysiske, følelsesmæssige og/eller passive omsorgssvigt
- Følelsesmæssigt misbrug
- Oplevelse af fysisk og psykisk vold
- Kendskab til eller bevidnelse af fysisk/psykisk vold
- Opvækst med traumatiserede, psykisk syge eller misbrugende forældre
- Seksuelle overgreb
- Konfliktfyldt skilsmisse
- Forælder/omsorgsperson i fængsel
- Anbringelse uden for hjemmet
- Dødsfald blandt nærmeste pårørende
- Længere alvorlige sygdomsforløb
- Voldsom og vedvarende mobning.

Projektets traumeperspektiv har været målrettet børn og unge, som har været udsat for svære belastninger eller opvækstvilkår, og som udviser symptomer på traumer. Traumer defineres som belastninger, der virker så overvældende på individet, at dets hjerne ikke er i stand til at bearbejde dem. Traumer kan ikke altid henføres til enkeltepisoder, men kan også være et resultat af belastende opvækstvilkår. Det er det enkelte barns oplevelse og tolkning af belastningerne, der er afgørende for, om barnet udvikler traumer. Nogle børn er i stand til selv at bearbejde de belastende oplevelser og opvækstvilkår, mens andre har brug for hjælp til at bearbejde dem på en hensigtsmæssig måde. Små børn er dog aldrig i stand til selv at bearbejde belastende oplevelser – de er fuldt ud afhængige af deres forældre. Små børn har brug for, at deres forældre hjælper dem med at bearbejde oplevelser. Når forældrene håndterer situationen, spejler barnet deres adfærd og lærer gradvist selv at håndtere sin utryghed.

Der findes overordnet to typer af traumer, nemlig chokudløste traumer (som følge af en enkeltstående og rystende hændelse) og udviklingstraumer. Sidstnævnte er traumer, som er opstået som følge af flerårig manglende tryghed og omsorg i

barnets opvækst i forbindelse med fx overgreb, vold eller kontinuerligt svigt fra forældre eller andre nære omsorgspersoner. Der er med projektet i høj grad sat fokus på udviklingstraumer, som er nemmere at overse i arbejdet med udsatte børn.

Måling af børnenes udvikling

En central målsætning for projektet 'Styrket indlæring, bedre skolegang' har været at bidrage med resultatdokumentation og ny viden til feltet. Dette notat undersøger, om der er sket en positiv udvikling i løbet af indsatsen hos de børn og unge, der blev visiteret til projektet, med fokus på at reducere traumesymptomer og gøre dem mere parate til at modtage læring. Dette undersøges ved hjælp af en række forskellige kvantitative resultatomål for de deltagende børn og unge. Disse gennemgås i det følgende.

Som del af projektet blev der udviklet et testbatteri, som fokuserer på væsentlige aspekter af barnets indlæring, der antageligt kan forbedres gennem en koordineret og traumebevidst tilgang. Testene er blevet gennemført af psykologer ved opstart og afslutning af barnets forløb i en traumebevidst indsats. For yderligere beskrivelse af testbatteriet henvises til afsnit 3.3.

Da antallet af gennemførte test har været lavere end forventet, er den primære datakilde til måling af børnenes udvikling AoA-skemaerne. AoA-skemaerne viser dog ikke børnenes kognitive udvikling, men viser de professionelles (fx psykologers, familiebehandlers, kontaktpersoners) oplevede fremgang i børnenes trivsel og udvikling inden for de seks AoA-temaer.

Derudover benytter vi to resultatomål baseret på data fra administrative registre hos Danmarks Statistik: data fra de nationale trivselsmålinger samt data for fravær i skolen, som er tilgængelige gennem Styrelsen for It og Læring (STIL). Fraværdata omfatter samlet fravær (herunder sygefravær, lovligt fravær og ulovligt fravær), mens trivsel er opdelt i faglig trivsel og social trivsel i skolen.

3 Data

Målgruppebeskrivelsen og udviklingsanalyserne er baseret på en række forskellige datakilder.

- Kommunale registre (belastninger/-reaktioner)
- AoA (seks AoA-temaer)
- Testbatteriet (traumesymptomer, kognitive funktioner, sociale kompetencer)
- Registerdata (trivsel, fravær).

Disse datakilder beskrives kort i det følgende. En oversigt over størrelsen af analyse-samples for hver datakilde findes i Bilagstabel 2.1.

3.1 Kommunale registre

I Kapitel 5 beskrives de karakteristika, der kendetegner de børn og unge, der er blevet visiteret til indsatsen i de to deltagende kommuner. Data er baseret på udtræk fra kommunernes journalsystemer og manuelt indhentede data. I målgruppebeskrivelsen anvendes information om barnets køn, alder, foranstaltningstype, samt de belastninger og belastningsreaktioner, som familiebehandlere, psykologer og pædagogisk personale har registreret som led i indsatsen.

I Gladsaxe Kommune er datagrundlaget mindre omfattende, fordi alle Gladsaxes sager er samme foranstaltningstype.⁵ Derudover er belastningsreaktioner ikke registreret hos udføreren. De anvendte data stammer derfor fra identifikationsværktøjet, som adskiller sig på to væsentlige punkter.⁶ For det første er der tale om myndighedsregistreringer, og for det andet er belastningsreaktionerne i identifikationsværktøjet formuleret som spørgsmål og uden mulighed for at vælge 'Anden belastningsreaktion'. Af den grund kan resultaterne for belastningsreaktioner i København og Gladsaxe ikke sammenlignes direkte. Data for belastningsreaktioner i Gladsaxe indgår derfor kun i målgruppebeskrivelsen, hvor der præsenteres særskilte resultater for Gladsaxe Kommune. Til gengæld er disse data udeladt i analyser, der kræver et fælles analysedatasæt sammen med data fra København.

⁵ Det er, fordi Gladsaxe har arbejdet med tilgangen under en særlig traumeindsats efter § 52 stk. 3, nr. 3. Således er alle Gladsaxes sager samme foranstaltningstype.

⁶ Der er med indsatsen udviklet flere understøttende værktøjer, bl.a. identifikationsværktøjet, som anvendes af myndighedssagsbehandlerne som støtte til at visitere børn og unge, som har komplekse traumeproblematikker, og som har behov for en særlig indsats.

3.2 Analyse- og arbejdsmodellen (AoA)

AoA-værktøjet fungerer både som et analyse- og arbejdsredskab, der understøtter behandlingsindsatsen og måler børnenes udvikling. Værktøjet er inddelt i seks temaer (se Boks 3.1), som dækker forskellige aspekter af barnets trivsel og udvikling. De specifikke analyse spørgsmål, der knytter sig til hvert tema, fremgår af Boks 6.1. For en uddybende beskrivelse af AoA-modellen henvises til Københavns Kommune (2024).

Data er indsamlet med forskellige versioner af AoA-værktøjet afhængigt af, hvornår barnet/den unge er visiteret til projektet. Evalueringen tager udgangspunkt i den seneste version af værktøjet.

Boks 3.1 AoA-temaer

- Tema 1: Sikkerhed
- Tema 2: Dagligdag
- Tema 3: Tilknytning
- Tema 4: Følelsesregulering
- Tema 5: Barnets fortælling
- Tema 6: Motivation.

For en uddybende beskrivelse henvises til Boks 6.1 i afsnit 6.1 og Københavns Kommune (2024).

3.3 Testbatteriet

Testbatteriet er udviklet for at måle individuelle indlæringskompetencer, der kan være forstyrret af den belastning, som et traume udgør, og som med en vis sandsynlighed direkte eller indirekte kan påvirkes positivt af stressreduktion gennem et traumebevidst indsatsforløb. Traumer kan komme til udtryk på flere måder, og en række funktioner og kompetencer kan påvirkes negativt af traumer. Testbatteriet er designet til at måle på tre områder: traumesymptomer, kognitive funktioner og sociale kompetencer. De specifikke test, der indgår i testbatteriet, fremgår af Boks 3.2, mens Bilag 1 indeholder yderligere information om de enkelte test.

Boks 3.2 Testbatteriet

- *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)/Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*
Måler graden af barnets traumesymptomer (en version for hhv. de små og store børn/unge). Alder: 3-12 hhv. 13 år og derover.
- *TOMAL-2*
Måler forskellige hukommelsesfunktioner og koncentrationsevne/opmærksomhed. Alder: fra 5 år.
- *Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS)*
Måler centrale eksekutive funktioner. Alder: fra 8 år.
- *Level of Emotional Awareness Scale for Children (LEAS)*
Måler mentaliseringsevne. Alder: fra 6 år.
- *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*
Måler barnets sociale ageren, problemadfærd og trivsel. Alder: fra 2 år.

3.4 Registerdata

Vi bruger data fra de nationale trivselsmålinger og data for elevfravær i skolen, som Styrelsen for It og Læring (STIL) stiller til rådighed. Data for fravær dækker over samlet fravær, dvs. både sygefravær, lovligt fravær og ulovligt fravær. Data for trivsel skelner mellem faglig trivsel og social trivsel i skolen.

I analyserne i Afsnit 6.3 inddrages desuden en række karakteristika for elevernes baggrund og deres forældre for at kunne danne en kontrolgruppe, der ligner eleverne i indsatsgruppen. For elevens baggrund fokuseres der på variabler som køn, etnicitet, familietype, psykiatrisk diagnose, anbringelse, forebyggende foranstaltning, offererfaring, flygtningestatus samt klassetrin og klasstype (almenklasse, specialklasse eller specialskole) samt tid (uge og år) for indsatsen. Forældrenes karakteristika omfatter deres uddannelsesniveau, eventuel ledighed eller modtagelse af sociale ydelser, indkomst, psykiatrisk diagnose, offererfaring, flygtningestatus og eventuel kriminalitet.⁷

⁷ Bemærk, at selvom en række karakteristika nævnes her, præsenteres der ikke tabeller eller resultater for disse, hvilket skyldes notatets korte format. Kontrolvariablerne er inddraget for at styrke analysens robusthed, men uddybes ikke yderligere, da fokus er rettet mod den centrale analyse.

4 Metode

I analyserne benyttes to forskellige metoder til at måle effekten af indsatsen:

- *Før-efter-metoden* anvendes i analyser, hvor vi kun har resultatmål for de børn, der er visiteret til projektet. Dette gælder eksempelvis for resultater fra AoA og testbatteriet. Før-efter-metoden gør det muligt at vurdere udviklingen hos disse børn fra indsatsens start til afslutning.
- *Difference-in-differences-metoden* anvendes, når resultatmålene stammer fra registerdata, som omfatter både de deltagende børn og en bredere population af børn. Da registerdata også findes for børn uden for projektet, kan vi ved hjælp af denne metode på baggrund af den bredere børnepopulation danne en kontrolgruppe af børn med lignende karakteristika for at sammenligne deres udvikling med udviklingen hos de børn, der deltager i indsatsen.

Før-efter-metoden i evalueringer anvendes til at måle udviklingen ved at sammenligne resultaterne fra før og efter et indsatsforløb. Metoden går ud på at indsamle data om deltagernes tilstand, viden, færdigheder eller adfærd både ved indsatsens påbegyndelse og igen ved afslutningen, hvilket gør det muligt at identificere ændringer over tid, der potentielt kan tilskrives indsatsen. Denne metode er særligt nyttig, når man ønsker en enkel og direkte evaluering af, om en indsats har ført til ændringer hos deltagerne. Man bruger før-efter-metoden, når der ikke er mulighed for at inkludere en kontrolgruppe, hvilket ofte ikke er tilfældet i mindre evalueringer eller i situationer, hvor det er praktisk eller etisk vanskeligt at udelukke nogen fra indsatsen.

Begrænsninger ved før-efter-metoden inkluderer, at den ikke kan isolere indsatsens effekt fra andre faktorer, der kan have påvirket ændringerne over tid (som fx andre samtidige interventioner eller naturlig udvikling). Derfor kan man ikke med sikkerhed konkludere, at ændringerne alene skyldes indsatsen. En yderligere begrænsning i denne evaluering er endvidere, at der ikke findes data for alle, som har deltaget i indsatsen. Det kan påvirke evalueringen ved at introducere skævheder i resultaterne. Hvis nogle deltagere mangler før- eller eftermålinger, risikerer man, at de opnåede resultater ikke repræsenterer hele deltagergruppen. For eksempel kan de, som har både før- og eftermålinger, adskille sig systematisk fra dem, som mangler data (fx hvis de har haft større motivation eller en anderledes respons på indsatsen). Dette kaldes selektionsbias og kan føre til over- eller undervurdering af indsatsens effekt. Uden komplette data kan det være svært at generalisere resultaterne til hele deltagergruppen og dermed vurdere indsatsens samlede virkning.

Difference-in-differences-metoden med en "matchet" (konstrueret) kontrolgruppe anvendes i denne evaluering for at undersøge, hvorvidt traumeindsatsen påvirkede børn og unges fravær og trivsel i skolen. Disse resultatomål har vi registerdata for. Difference-in-differences-metoden er en statistisk teknik, der bruges til at vurdere effekten af en indsats ved at sammenligne ændringer over tid mellem en indsatsgruppe og en kontrolgruppe. Metoden ser på forskellen i udfald før og efter indsatsen for begge grupper og beregner forskellen mellem disse forskelle. På den måde kan man isolere effekten af indsatsen, idet man tager højde for tidsmæssige ændringer, der påvirker begge grupper.

Indsatsgruppen består af 1.055 børn og unge fra Københavns Kommune og Gladsaxe Kommune for fraværsanalyserne og 218 børn og unge for trivselsanalyserne.⁸ Sammenligningsgruppen består af børn og unge fra andre kommuner, der er blevet matchet på en række karakteristika, herunder førmålinger af fravær og trivsel, faktorer som køn, etnicitet, familietype, psykiatrisk diagnose, og flere socioøkonomiske forhold for både børnene og deres forældre.

Til målingen af fravær anvendes gennemsnittet af fravær i de 3 måneder forud for indsatsens start som førmåling. Eftermålingen baseres på tre perioder: gennemsnittet af fravær i henholdsvis 4.-6. måned, 7.-9. måned og 10.-12. måned efter indsatsens begyndelse. Trivsel måles ved faglig og social trivsel, hvor førmålingen dækker året før indsatsen, og eftermålingen er baseret på data fra året efter indsatsen. Den analytiske metode gør det muligt at vurdere, om ændringer i fravær og trivsel kan tilskrives indsatsen, ved at sammenligne ændringerne i indsatsgruppen med de ændringer, der sker i kontrolgruppen.

Effektstørrelse ("effect size"). For at sammenligne udviklingens størrelse på tværs af forskellige resultatomål beregner vi en såkaldt effect size, som i denne undersøgelse måles med Cohen's d – et almindeligt anvendt mål i forskningslitteraturen. Cohen's d gør det muligt at vurdere størrelsen af ændringer på tværs af forskellige studier og resultatomål ved at standardisere forskellen mellem gruppers gennemsnit. Beregningen foretages ved at trække det ene gennemsnit fra det andet og dividere med den samlede standardafvigelse for begge grupper. Effekten klassificeres typisk ud fra følgende retningslinjer for Cohen's d: en d-værdi på 0,2 betegnes som en lille effekt, 0,5 som en mellemstor effekt, og 0,8 eller højere som en stor effekt (jf. eksempelvis Sullivan & Feinn, 2012). I denne undersøgelse danner vi intervaller omkring disse skæringspunkter for at kunne kategorisere størrelsen af udviklingen: Værdier op til 0,35 omtales som "små", op til 0,65 som "mellemstore", og over 0,65 som "store" forbedringer.

⁸ De to analysesamples for fraværs- og trivselsanalyserne udgør kun en delgruppe af alle børn og unge, der er visiteret til projektet. Det skyldes, at der kun er før- og eftermålinger for en del af børnene i indsatsen. Nogle børn falder uden for de relevante aldersgrupper, hvor fravær og trivsel måles. Fravær- og trivsel måles desuden kun i folkeskoler, og det validerede måleredskab for fravær dækker kun 4.-9. klassetrin. Hvor de ugentlige fraværdata er lærerrapporterede, måles trivselsdata kun én gang om året og med et spørgeskema til eleverne.

5 Målgruppebeskrivelse

Målgruppen for denne indsats er børn og unge – primært i aldersgruppen 6-18 år – som enten er eller har været udsat for alvorlige belastninger og har udviklet belastningsreaktioner. Afsnittet beskriver de karakteristika, der kendetegner de børn og unge, som er blevet visiteret til indsatsen i de to deltagende kommuner. Oplysningerne er baseret på udtræk fra kommunernes journalsystemer samt registreringer, kommunerne har foretaget i forbindelse med projektet.

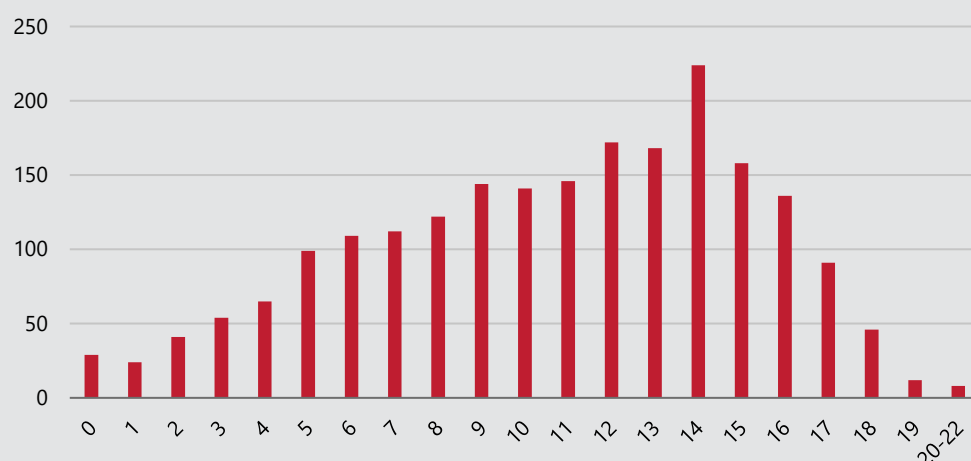
5.1 Københavns Kommune

5.1.1 Børnenes alder, køn og foranstaltningstyper

Københavns Kommune har i alt visiteret 2.495 børn og unge til indsatsen. Kønsfordelingen blandt disse børn og unge er næsten lige, med 52 % piger og 48 % drenge.

Som forskningsbaseret projekt er 'Styrket indlæring, bedre skolegang' primært målrettet børn og unge i alderen 6-18 år. Dog har indsatsen også omfattet børn udenfor den aldersgruppe, hvor det blev vurderet, at de ligeledes har kunnet drage nytte af tilbuddet. Figur 5.1 viser, at de visiterede børn og unge aldersmæssigt spænder fra 0 til 22 år. Som det fremgår af figuren, er størstedelen af de visiterede dog i skolealderen mellem 6 og 16 år, når de starter i indsatsen. I alt ligger 77 % af de visiterede i dette aldersinterval, og 84 % er mellem 6 og 18 år.

Figur 5.1 Aldersfordeling, København (antal børn)

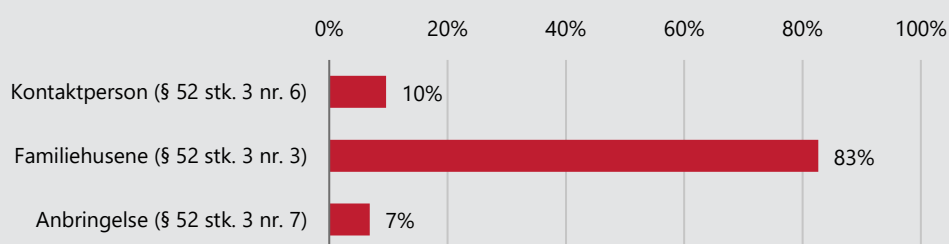


Anm.: En enkel aldersgruppe er slået sammen af diskretionshensyn.

Kilde: VIVE.

I Københavns Kommune har projektet først kørt som en selvstændig indsats efter servicelovens § 52 stk. 3 nr. 3, men er siden blevet implementeret som en tilgang, som kan anvendes i alle indsatser på tværs af indsatsstappen. Figur 5.2 viser, hvilke typer foranstaltninger der er iværksat for børnene i projektet. Det fremgår, at langt hovedparten, 83 %, af børnene har modtaget familiebehandling (Familiehusene, § 52 stk. 3 nr. 3) eller psykologbehandling. Generelt er der en overvægt af hjemmebaserede foranstaltninger, mens anbringelser fylder en mindre del (7 % af registreringer).

Figur 5.2 Foranstaltningstyper



Kilde: VIVE.

5.1.2 Belastninger

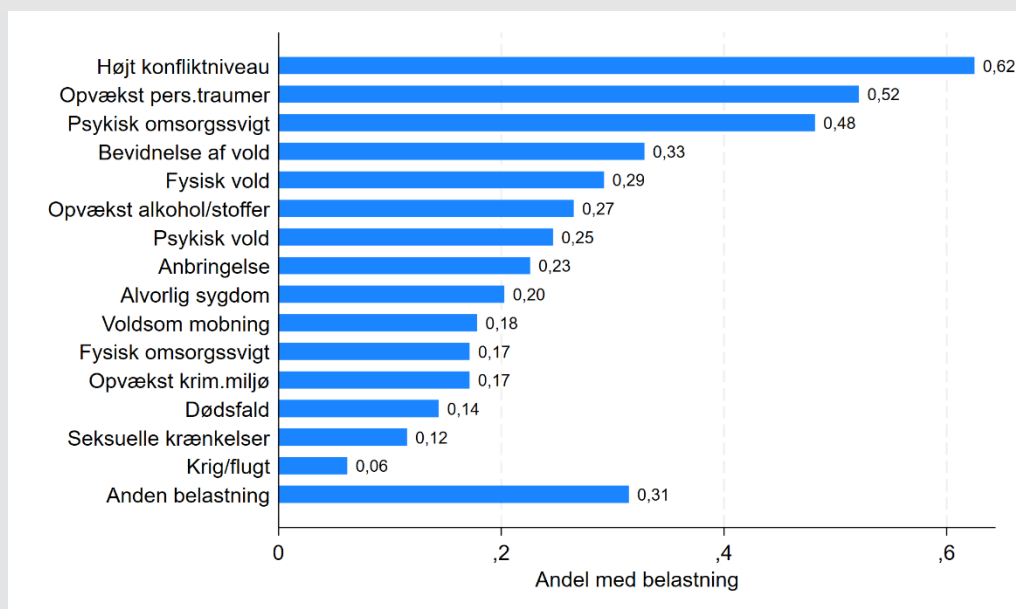
Som en del af indsatsen har familiebehandlere, psykologer og pædagogisk personale registreret oplevelser, der har haft en belastende påvirkning på de visiterede børn. Der er registreret information om belastninger for 1.809 af børnene. Der er tale om 15 forskellige belastninger (plus en kategori 'Anden belastning'), som baserer sig på det amerikanske studie The Adverse Childhood Experiences Study. Gennem dette arbejde er de belastende oplevelser, som kan have udløst de tidligere beskrevne traumesymptomer, blevet kortlagt. I denne sammenhæng kan en belastende oplevelse både være en enkeltstående hændelse eller en række gentagne episoder i barnets liv, som påvirker barnets videre udvikling og kan fremkalde et eller flere traumesymptomer. Boks 5.1 indeholder en oversigt over de belastninger, som registreres i AoA-skemaet.

Boks 5.1 Belastninger (AoA)

- Fysisk omsorgssvigt
- Psykisk omsorgssvigt
- Fysisk vold
- Psykisk vold eller følelsesmæssigt misbrug
- Kendskab til eller bevidnelse af fysisk eller psykisk vold
- Seksuelle krænkelser eller overgreb
- Opvækst med en person med traumer eller psykiske lidelser
- Opvækst med alkohol- eller stofmisbrugende person
- Opvækst i og/eller aktuelt eksponeret for kriminalitetsmiljø
- Højt konfliktniveau mellem forældre eller andre nære personer
- Anbringelse uden for hjemmet
- Alvorlige sygdomsforløb
- Dødsfald blandt barnets nærmeste pårørende
- Voldsom og vedvarende mobning
- Oplevelser relateret til krig eller flugt
- Anden belastning.

Af Figur 5.3 fremgår andelen af børn, der har oplevet de kategoriserede belastninger, opgjort efter hyppigheden. Den oftest forekommende belastning er at have oplevet et højt konfliktniveau mellem forældre eller andre nære relationer – dette gælder for 62 % af de visiterede børn i Københavns Kommune. De mest almindelige belastninger efter dette er opvækst med en person med traumer eller psykiske lidelser (52 %) og psykisk omsorgssvigt (48 %).

Figur 5.3 Belastningstyper, København

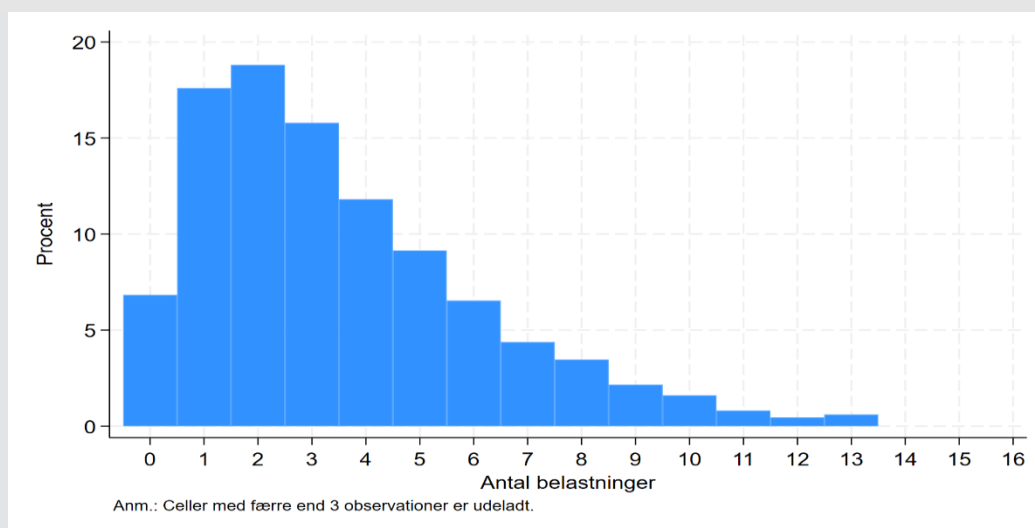


Kilde: VIVE.

Mange af børnene har været udsat for mere end én type belastende oplevelse. Figur 5.4 viser fordelingen af antallet af belastende oplevelser der er registreret i gennemsnit pr. barn. Figuren illustrerer, at 76 % af de børn, der er blevet visiteret til indsatsen i Københavns Kommune, har oplevet to eller flere typer af belastende hændelser, og 44 % har oplevet fire eller flere belastninger. I gennemsnit har hvert barn eller ung oplevet mellem tre og fire belastninger.⁹

⁹ 7 % af børnene er registreret uden belastninger. En del af disse har dog registreret belastningsreaktioner. Det er alt i alt kun få børn, som hverken er registreret med belastninger eller belastningsreaktioner.

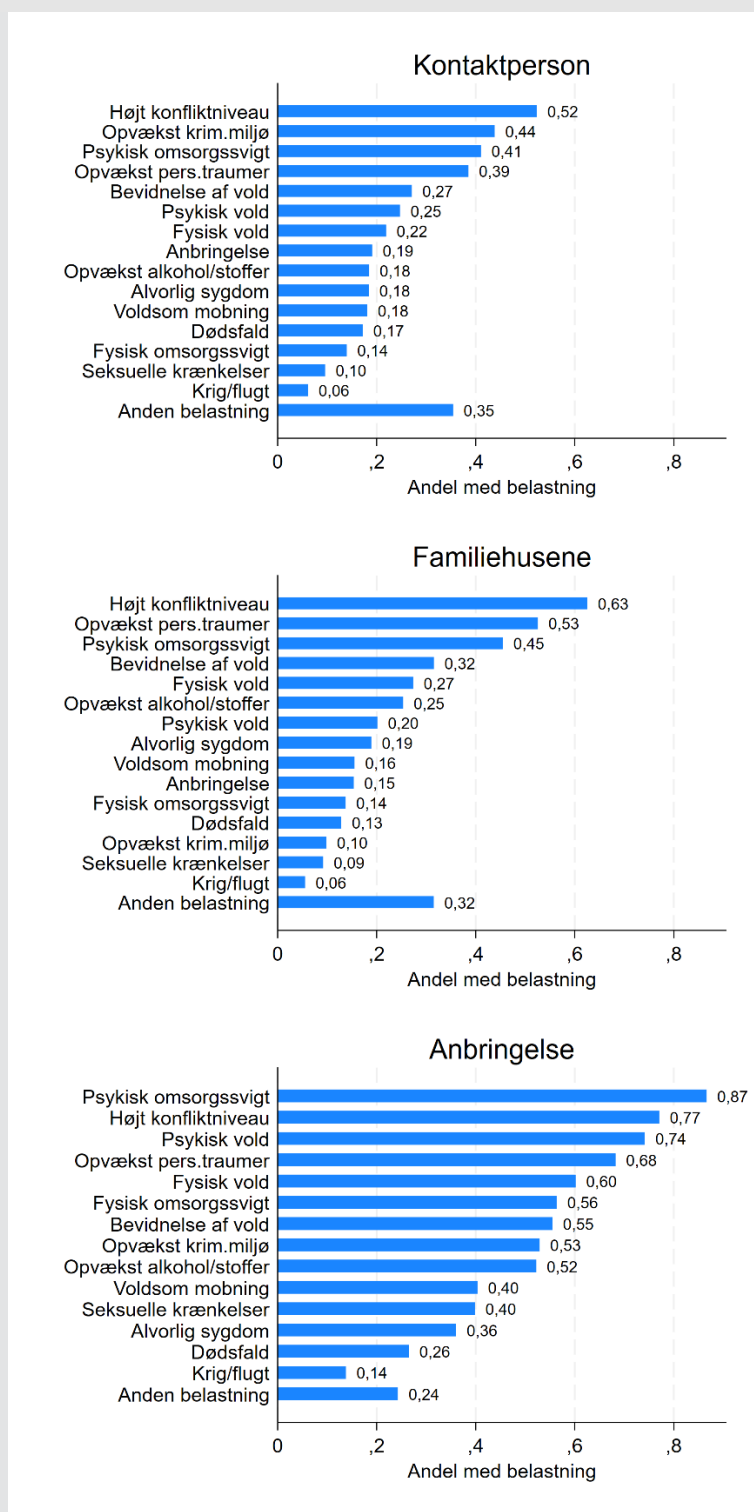
Figur 5.4 Antal belastninger, København



Belastningerne varierer betydeligt mellem de tre typer foranstaltninger, både med hensyn til belastningernes omfang og de mest almindelige typer belastninger. Figur 5.5 illustrerer, hvordan belastningerne fordeler sig på tværs af de tre foranstaltningstyper, og viser, at anbragte børn er den gruppe, der oplever den største belastningsbyrde, idet alle typer belastninger er mere udbredte blandt disse børn. Eksempelvis har 87 % af de anbragte børn været udsat for psykisk omsorgssvigt, sammenlignet med 41 og 45 % af børnene i de to andre foranstaltningstyper.

Når man ser på de mest udbredte belastninger, fremgår det, at højt konfliktniveau mellem forældre eller nære relationer samt psykisk omsorgssvigt er blandt de mest almindelige belastninger i alle tre typer foranstaltninger. Dog er der også specifikke belastninger, som skiller sig ud mellem grupperne. For børn med en kontaktperson er opvækst i eller aktuel eksponering for kriminalitetsmiljø (44 %) blandt de mest almindelige belastninger, mens børn tilknyttet familiehusene ofte oplever opvækst med en person, der har traumer eller psykiske lidelser (53 %). For anbragte børn er psykisk vold eller følelsesmæssigt misbrug særligt fremtrædende, med en forekomst på 74 %.

Figur 5.5 Belastninger fordelt på foranstaltningstype

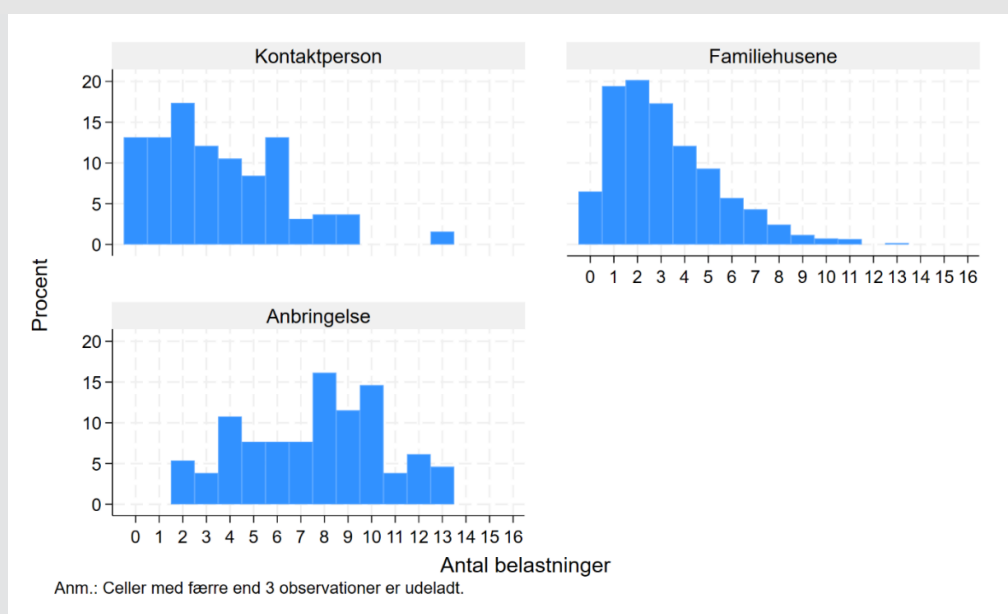


Anm.: Belastningen 'Anbringelse uden for hjemmet' er udeladt for foranstaltningstypen 'Anbringelse'.

Kilde: VIVE.

Der er forskel på antallet af kategorier af belastende oplevelser, som hvert enkelt barn har været udsat for, afhængigt af foranstaltningstype (Figur 5.6). De anbragte børn har, med et gennemsnit på mellem syv og otte typer af belastninger, langt flest belastende oplevelser. Børn med kontaktperson har mellem tre og fire belastninger, mens børn, som modtager behandling i familiehuse har omkring tre belastende oplevelser i gennemsnit.

Figur 5.6 Antal belastninger særskilt for foranstaltningstype



5.1.3 Belastningsreaktioner

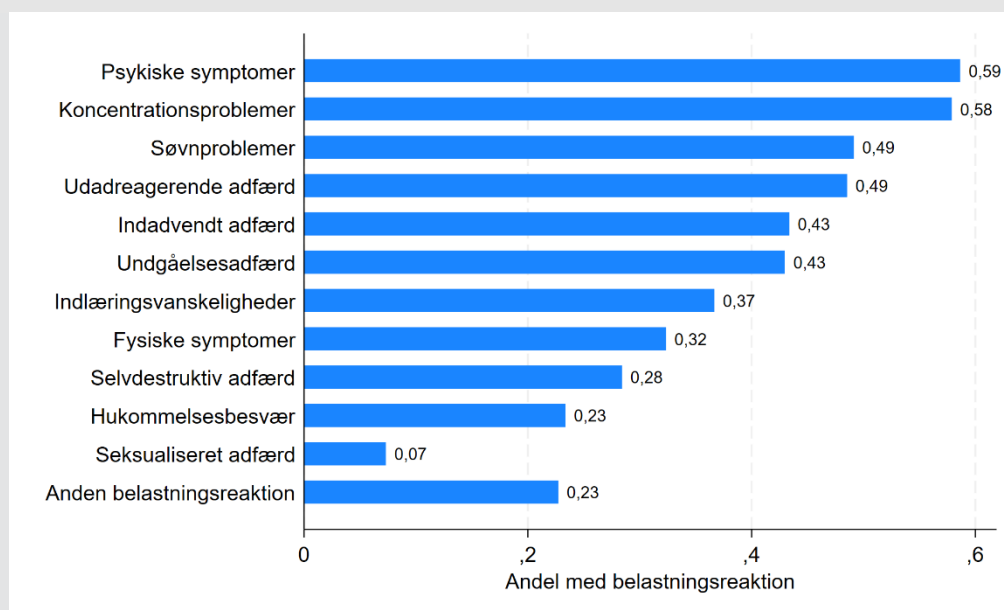
Som en del af projektet er der blevet registreret belastningsreaktioner hos børnene med det formål at skabe et overblik over barnets historik. Der er tale om 11 forskellige belastningsreaktioner, som er inspireret af det amerikanske studie The Adverse Childhood Experiences Study og baseret på erfaringer fra praksis. Boks 5.2 indeholder en oversigt over de belastningsreaktioner, som registreres i AoA-skemaet. Der er registreret belastningsreaktioner for 1.831 af børnene i København.

Boks 5.2 Belastningsreaktioner (AoA)

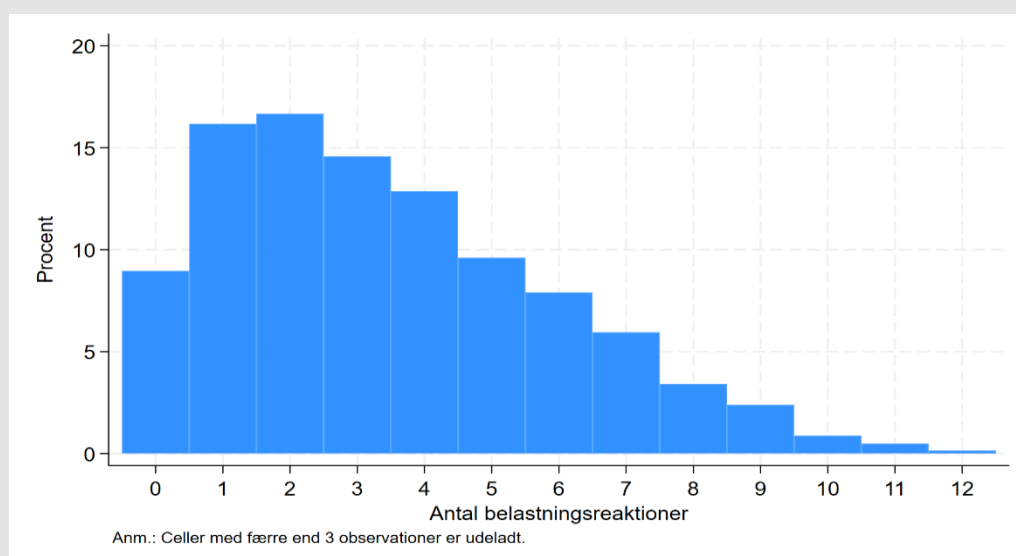
- Søvnproblemer
- Hukommelsesbesvær
- Fysiske symptomer
- Udadreagerende adfærd
- Undgåelsesadfærd
- Selvdestruktiv adfærd
- Koncentrationsproblemer eller opmærksomhedsbesvær
- Indlæringsvanskeligheder
- Psykiske symptomer
- Indadvendt adfærd
- Seksualiseret adfærd
- Anden belastningsreaktion.

Af Figur 5.7 fremgår det, at 59 % af de visiterede børn i Københavns Kommune oplever psykiske symptomer, og næsten lige så mange oplever koncentrationsproblemer/opmærksomhedsbesvær (58 %). Derefter følger i hyppighed søvnproblemer og udadreagerende adfærd (begge 49 %).

Figur 5.7 Typer af belastningsreaktioner

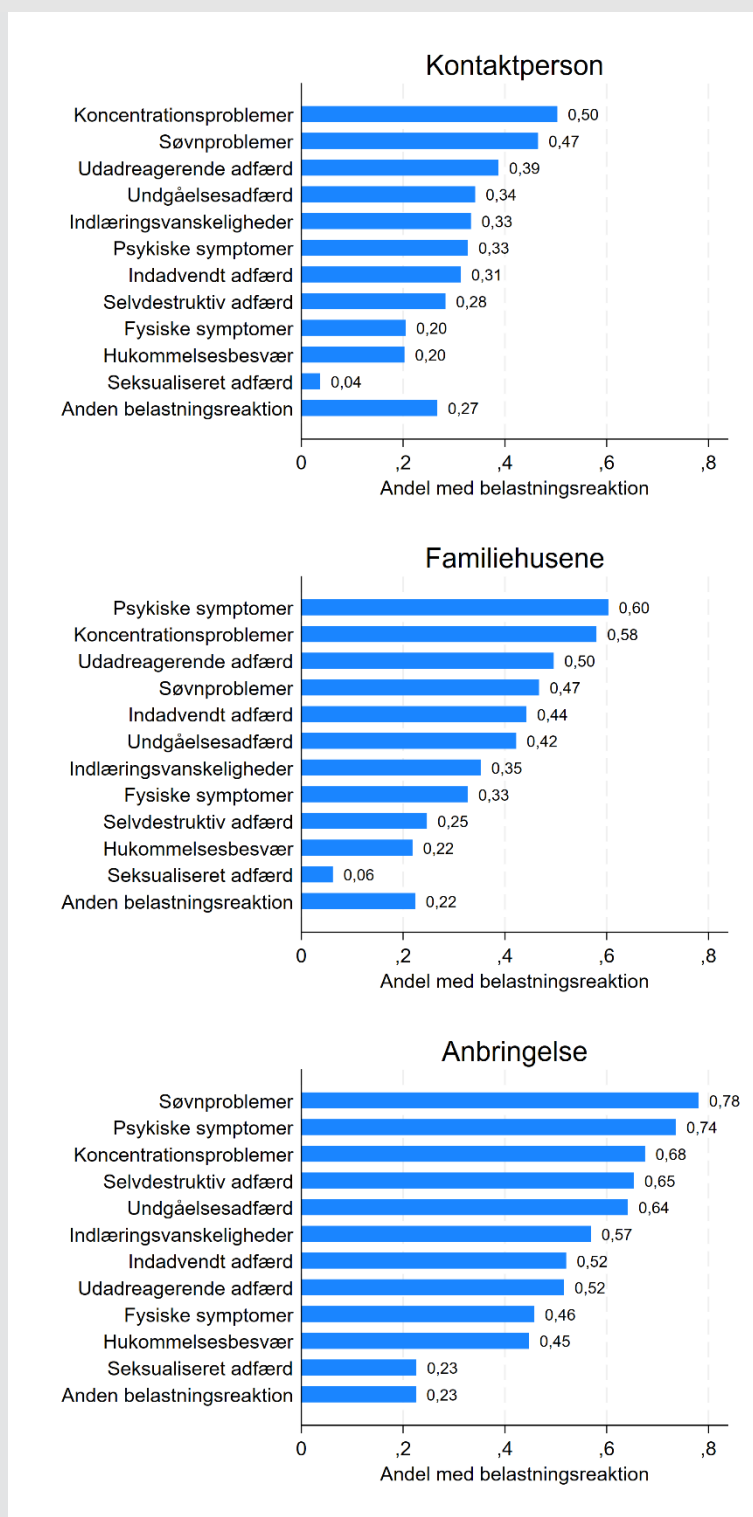


Figur 5.8 Antal registrerede belastningsreaktioner



En stor del af børnene har oplevet flere end én type af belastningsreaktioner. Figur 5.8 viser fordelingen af antallet af belastningsreaktioner per barn. Femoghalvfjerds procent af de børn, der er blevet visiteret til indsatsen i Københavns Kommune, har haft to eller flere typer belastningsreaktioner. I gennemsnit har hvert barn eller ung oplevet mellem tre og fire belastningsreaktioner.

Figur 5.9 Belastningsreaktioner særskilt for foranstaltningstype

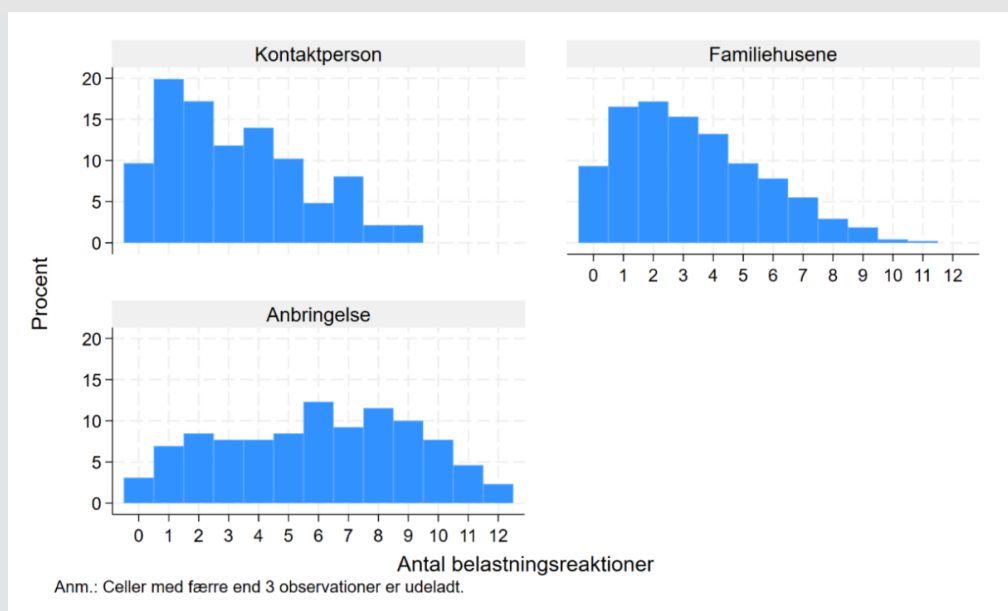


Kilde: VIVE.

Belastningsreaktioner varierer mellem de tre foranstaltningstyper, både hvad angår antallet af børn, der oplever de forskellige typer belastningsreaktioner, og hvilke reaktioner der er de mest udbredte. Figur 5.9 viser fordelingen af belastningsreaktionerne inden for de tre foranstaltningstyper og understreger, at de anbragte børn i højere grad end børn i de andre to foranstaltningstyper oplever belastningsreaktioner. For eksempel har 78 % af børnene i anbringelser søvnproblemer, mens dette kun gælder for 47 % af børnene med kontaktperson og i familiehusene.

Når vi ser på de mest udbredte belastningsreaktioner, er der også forskelle mellem de tre foranstaltningstyper. For børn med kontaktperson er de tre hyppigste reaktioner koncentrationsproblemer, søvnproblemer og udadreagerende adfærd. For børn i behandling i familiehusene er de mest almindelige reaktioner psykiske symptomer, koncentrationsproblemer og udadreagerende adfærd. Hos de anbragte børn er søvnproblemer, psykiske symptomer og koncentrationsproblemer de mest fremtrædende belastningsreaktioner.

Figur 5.10 Antal belastningsreaktioner særsilt for foranstaltningstype



Kilde: VIVE.

Der er forskel på, hvor mange forskellige typer belastningsreaktioner hvert enkelt barn har oplevet, afhængigt af foranstaltning (Figur 5.10). De anbragte børn har, med et gennemsnit på seks belastningsreaktioner, det højeste antal belastningsreaktioner. Børn med en kontaktperson og børn, der modtager behandling i familiehusene, oplever i gennemsnit mellem tre og fire belastningsreaktioner.

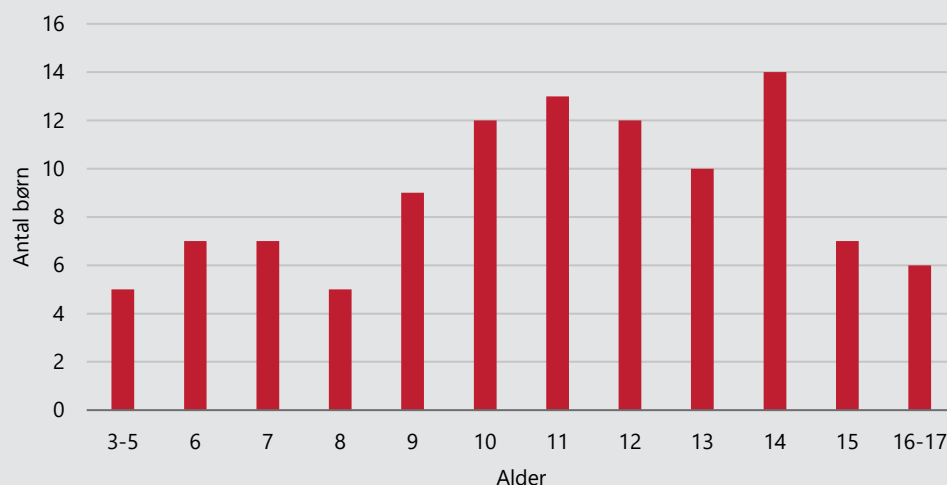
5.2 Gladsaxe Kommune

Nedenfor beskrives de karakteristika, der kendetegner de visiterede børn i Gladsaxe Kommune med hensyn til deres køn og alder, samt de typer belastende oplevelser, de har været udsat for. I Gladsaxe er der ikke registreret forskellige foranstaltningstyper, fordi alle Gladsaxes sager er samme foranstaltningstype, og analysen er derfor mindre omfattende.

5.2.1 Børnenes alder og køn

I Gladsaxe Kommune er der i alt visiteret 131 børn og unge til indsatsen. Der er blandt de visiterede børn og unge en næsten lige fordeling af drenge (52 %) og piger (48 %). Gladsaxe Kommune har næsten udelukkende visiteret børn i skolealderen. Som det fremgår af Figur 5.11, er alle børnene – på nær enkelte undtagelser – mellem 6 og 17 år ved starten af deres indsats.

Figur 5.11 Aldersfordeling, Gladsaxe (antal børn)



Anm.: Enkelte aldersgrupper er slået sammen af diskretionshensyn.

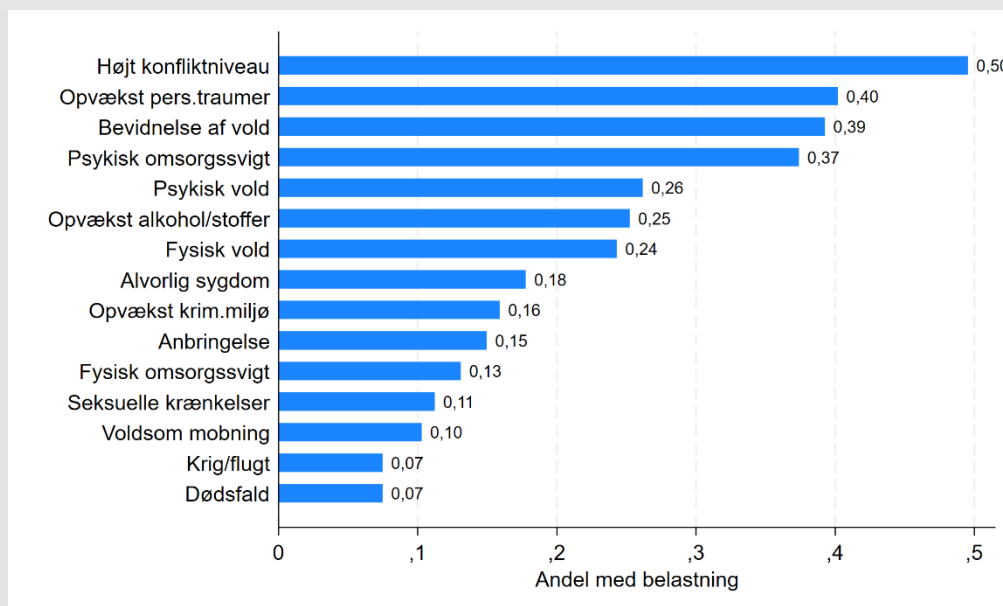
Kilde: VIVE.

5.2.2 Belastninger

Der er registreret belastninger for 107 visiterede børn i Gladsaxe. Figur 5.12 viser, at den mest udbredte type belastende begivenhed for de visiterede børn i Gladsaxe

Kommune er et højt konfliktniveau mellem forældre eller andre nære personer, som 50 % af børnene har oplevet. Endvidere er 40 % af de visiterede børn vokset op med en traumatiseret eller psykisk syg forælder, og 39 % har enten kendskab til eller har været vidne til fysisk eller psykisk vold.

Figur 5.12 Belastningstyper, Gladsaxe

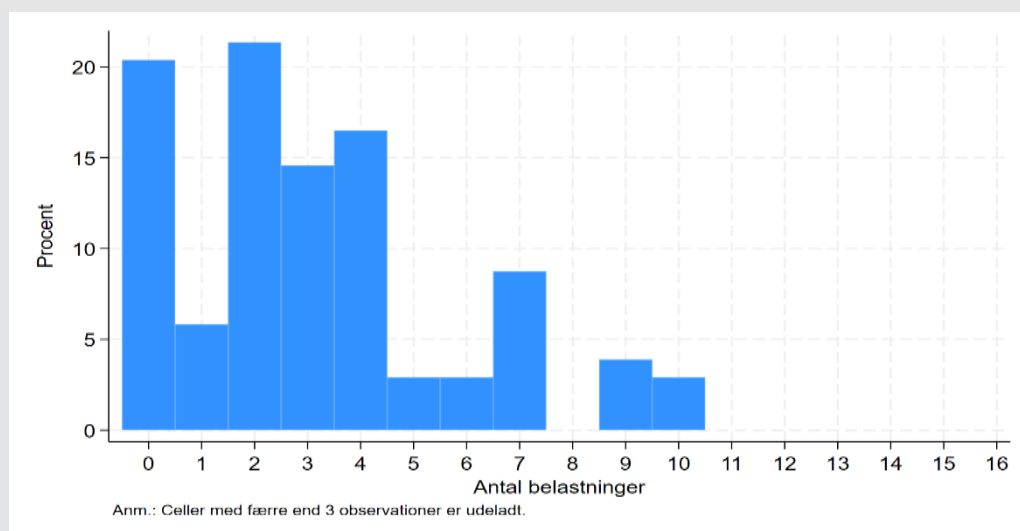


Anm.: I data for Gladsaxe er der ikke en kategori for 'Anden belastning'.

Kilde: VIVE.

Figur 5.13 viser, at 75 % af de deltagende børn fra Gladsaxe Kommune har oplevet to eller flere belastende begivenheder, inden de blev visiteret til indsatsen. I gennemsnit har hvert barn eller ung været udsat for mellem tre og fire belastende oplevelser.

Figur 5.13 Antal belastninger, Gladsaxe

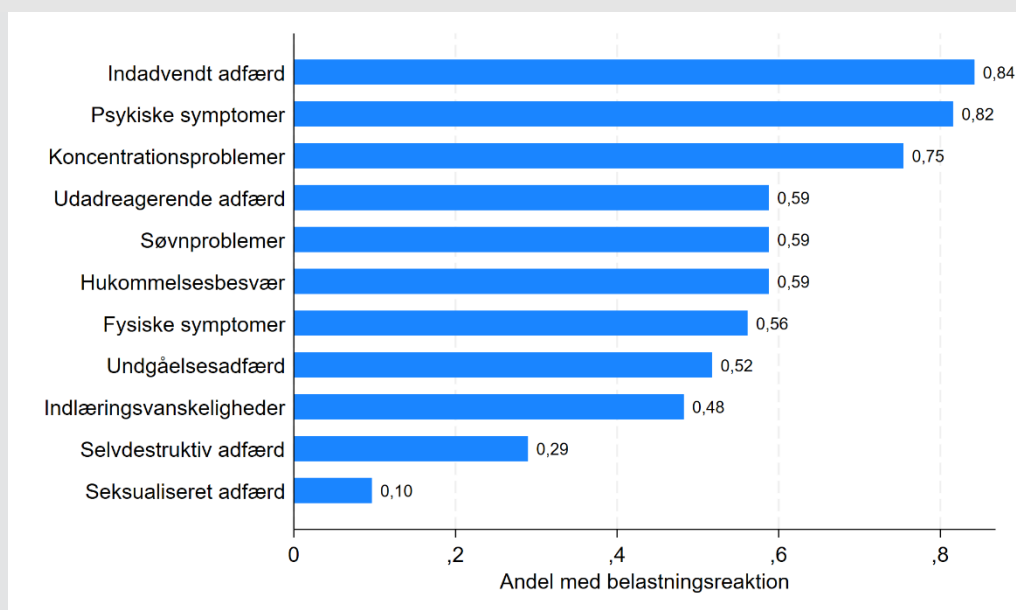


Kilde: VIVE.

5.2.3 Belastningsreaktioner

I Gladsaxe er der registreret belastningsreaktioner for 114 børn og unge. Af Figur 5.14 fremgår det, at 84 % af de visiterede børn i Gladsaxe Kommune oplever indadvendt adfærd, og næsten lige så mange oplever psykiske symptomer (82 %). Derefter følger i hyppighed koncentrationsproblemer med 75 %.

Figur 5.14 Typer af belastningsreaktioner



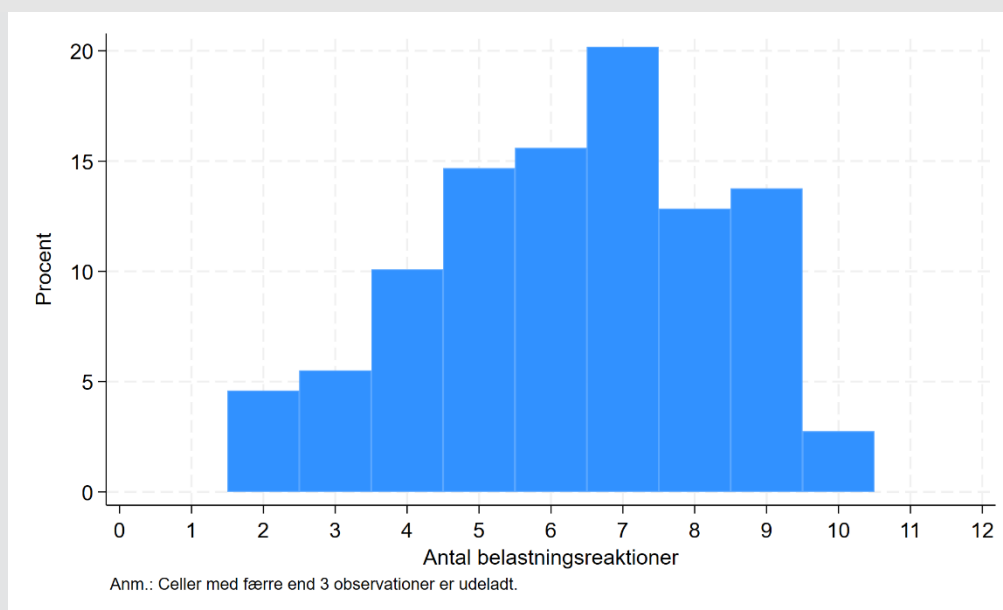
Anm.: Data fra identifikationsværktøjet. Her er punkterne formuleret som spørgsmål og uden muligheden for at vælge 'Anden belastningsreaktion'. En væsentlig forskel i forhold til udførerregistreringerne for København er desuden, at der her er tale om myndighedsregistreringer. Tallene er derfor ikke direkte sammenlignelige.

Kilde: VIVE.

En stor del af børnene har oplevet flere end én type af belastningsreaktioner. Figur 5.15 viser fordelingen af antallet af belastningsreaktioner pr. barn. 95 % af de børn, der er blevet visiteret til indsatsen i Gladsaxe Kommune, har haft to eller flere typer belastningsreaktioner. I gennemsnit har hvert barn eller ung oplevet omkring seks belastningsreaktioner.

Resultaterne for belastningsreaktionerne kan ikke sammenlignes direkte med resultaterne fra København. Dette skyldes, at belastningsreaktioner i Gladsaxe ikke registreres hos udføreren, men er myndighedsregistreringer. Derudover adskiller registreringsmetoden sig, da punkterne i Gladsaxe er formuleret som spørgsmål uden mulighed for at vælge "Anden belastningsreaktion".

Figur 5.15 Antal belastningsreaktioner



Anm.: Data fra identifikationsværktøjet. Her er punkterne formuleret som spørgsmål og uden muligheden for at vælge 'Anden belastningsreaktion'. En væsentlig forskel i forhold til udførerregistreringerne for København er desuden, at der her er tale om myndighedsregistreringer. Tallene er derfor ikke direkte sammenlignelige.

Kilde: VIVE.

5.3 Sammenfattende om kendetegn for de visiterede børn og unge

Afsnittet beskriver de karakteristika, der kendetegner de børn, der er blevet visiteret til projektet i de to deltagende kommuner. I alt er over 2.600 børn blevet visiteret til projektet.

Målgruppeanalysen viser, at der har været tale om sager med komplekse problemstillinger. For Københavns Kommune viser data bl.a.:

- 76 % af de visiterede børn har været udsat for to eller flere typer belastende hændelser. I gennemsnit har de oplevet mellem tre og fire belastninger inden visitationen til indsatsen.
- 75 % har haft to eller flere typer belastningsreaktioner. I gennemsnit har hvert barn eller ung haft mellem tre og fire reaktioner.
- Børn, der er anbragt, har været udsat for flere forskellige typer belastninger og har flere belastningsreaktioner end børn i andre foranstaltninger.

For Gladsaxe Kommune viser data blandt andet:

- 75 % af de visiterede børn har været udsat for to eller flere typer belastende hændelser. I gennemsnit har de oplevet mellem tre og fire belastninger inden visitationen til indsatsen.
- 95 % har haft to eller flere typer belastningsreaktioner. I gennemsnit har hvert barn eller ung haft omtrent seks reaktioner.¹⁰

¹⁰ Der er forskel i registreringen af belastningsreaktionerne i København og Gladsaxe. Tallene er derfor ikke direkte sammenlignelige.

6 Udvikling

I dette kapitel præsenteres resultaterne af indsatsen med fokus på børnenes udvikling fra indsatsens begyndelse til dens afslutning. Gennem en systematisk analyse af data belyses børnenes udvikling målt ud fra de seks temaer i AoA, testbatteriet samt målinger af trivsel og fravær i skolen. Kapitlet giver dermed en samlet indsigt i de forskellige aspekter af børnenes udvikling i løbet af den tid, hvor de har deltaget i indsatsen.

6.1 Tryghed, trivsel og barnets udvikling (AoA)

I dette afsnit præsenteres udviklingen inden for de seks AoA-temaer. AoA-værktøjet fungerer både som et analyse- og arbejdsredskab til at understøtte et helhedsorienteret og tværfagligt samarbejde, samtidig med at det måler tryghed, trivsel og udvikling hos udsatte børn og unge. AoA-skemaet udfyldes af de professionelle omkring barnet, fx psykologer, familiebehandlere, kontaktpersoner. Boks 6.1 indeholder de spørgsmål, der anvendes i AoA-skemaet til at indsamle information inden for seks temaområder.

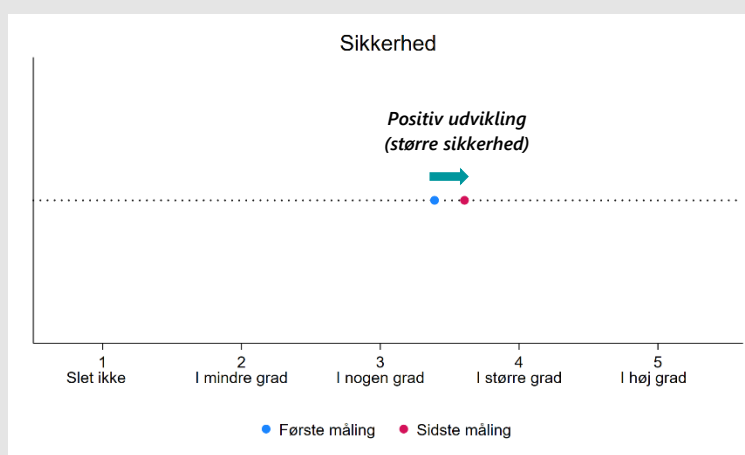
- Tema 1 (Sikkerhed): I hvilken grad er der fysisk og psykisk sikkerhed til at understøtte barnets/den unges trivsel og udvikling?
- Tema 2 (Dagligdag): I hvilken grad er der stabilitet, forudsigelighed og meningsfulde aktiviteter i barnets/den unges dagligdag, der kan understøtte trivsel og udvikling hos barnet/den unge?
- Tema 3 (Tilknytning): I hvilken grad er der udviklingsstøttende samspil mellem barn/ung og tilknytningsrelationer med henblik på at understøtte barnets/den unges tilknytningsevne?
- Tema 4 (Følelsesregulering): I hvilken grad kan barnet/den unge følelsesregulere på en alderssvarende måde, og giver de voksne passende støtte hertil?
- Tema 5 (Barnets fortælling): I hvilken grad har barnet/den unge og de voksne en sammenhængende og hensigtsmæssig fortælling om barnet/den unge og de belastende oplevelser?
- Tema 6 (Motivation): I hvilken grad er barnet/den unge og familien motiveret for at indgå i forløbet?

Udviklingen hos de visiterede børn og unge vurderes inden for hvert af de seks AoA-temaer ved at analysere, hvor meget de i gennemsnit har forbedret sig fra første til sidste måling. Den seneste måling refererer til den sidste AoA-måling, der er gennemført som en del af behandlingsforløbet. Kun børn med registrerede, afsluttede forløb indgår i evalueringen. Niveauet for et givet tema angives som en score fra 1 til 5, svarende til skalaen fra 'slet ikke' til 'i høj grad'. Svar med 'ved ikke' indgår ikke i evalueringen. Udviklingen findes så ved at sammenligne niveauet ved den første måling med niveauet ved den sidste måling. Se Boks 6.2 for en guide til de efterfølgende figurer om børnenes udvikling gennem projektforløbet.

De seks AoA-temaer er vurderet og registreret på en skala med fem trin. Som et eksempel spørges der til, i hvor høj grad der er fysisk og psykisk sikkerhed til at understøtte barnets trivsel. Svarmulighederne er: slet ikke, i mindre grad, i nogen grad, i større grad, i høj grad.¹¹ For at kunne omsætte dette til en samlet vurdering for hvert tema er vurderingen blevet omdannet til værdier fra 1 til 5. Udviklingen vurderes ved at se på, hvor meget vurderingen for hvert tema har rykket sig i gennemsnit for gruppen fra første til seneste registrering.

Niveau. I figurerne er niveauet for den første registrering markeret med en blå prik. Som eksempel viser figuren nedenfor, at niveauet for temaet Sikkerhed ved den første registrering ligger på en gennemsnitlig score mellem 3 og 4. Dette svarer til, at tilstedeværelsen af fysisk og psykisk sikkerhed i gennemsnit blev vurderet til at være mellem 'i nogen grad' og 'i større grad'.

Udvikling. Den sidste registrering er markeret med en rød prik. Udviklingen vurderes ved at sammenligne niveauet fra den første måling med niveauet fra den sidste måling. Som det fremgår af figuren, er gennemsnittet højere ved den sidste måling sammenlignet med den første. Dette indikerer, at børnene ved indsatsens afslutning har opnået et højere niveau af fysisk og psykisk sikkerhed end ved indsatsens start. Med andre ord har der været en positiv udvikling inden for temaet *Sikkerhed*.



¹¹ Der er desuden mulighed for at svare 'ved ikke'. Den vurdering udgår af evalueringen og behandles således på samme måde, som hvis der ikke var registreret nogen vurdering.

Figur 6.1 viser udviklingen for de visiterede børn og unge i projektet inden for hvert af de seks AoA-temaer.¹² Gruppen af børn, som indgår i analyserne, er afgrænset til børn, som har afsluttet forløbet, og som har mindst to AoA målinger.¹³ Antallet af børn med testresultater for de seks temaer ligger mellem ca. 450 og 820.

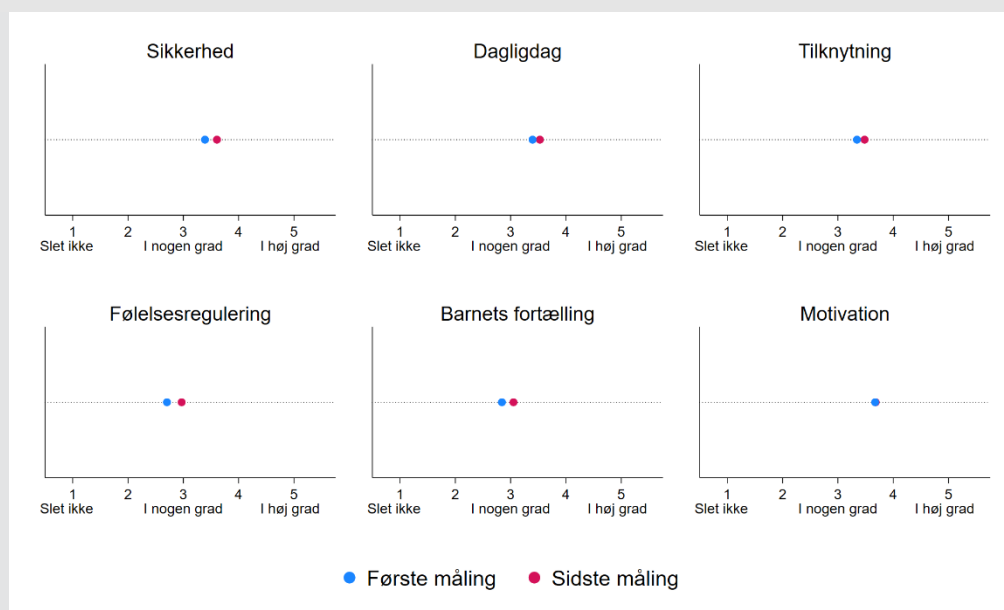
I gennemsnit er der observeret en positiv udvikling for 5 ud af de 6 temaer. Dog er de registrerede forbedringer relativt små. Tema 4, som omhandler følelsesregulering, viser den mest markante forbedring. Det er værd at bemærke, at dette var det tema, hvor de visiterede børn og unge oprindeligt scorede lavest, idet vurderingen af, i hvilken grad barnet/den unge kunne følelsesregulere på en alderssvarende måde, lå ca. midt imellem 'i mindre grad' (2) og 'i nogen grad' (3). Ved afslutningen er scoren i gennemsnit steget til 'i nogen grad' (se evt. Boks 6.2). Det er vigtigt at bemærke, at når et udgangspunkt allerede ligger højt, er der naturligt mindre plads til forbedring, og behovet for forandring er tilsvarende mindre. At motivationen er forblevet stabil på et højt niveau, vidner om en væsentlig styrke hos børnene og deres familier, der har formået at fastholde denne afgørende ressource gennem projektet. Når vi ser bort fra dimensionen Motivation, som er uændret, ses der fremgang inden for alle de øvrige fem AoA-temaer. Samlet set er der således en positiv udvikling i tryk og trivsel målt med AoA-modellen. For at vurdere størrelsen af denne udvikling fra første til sidste måling har vi beregnet en såkaldt "effektstørrelse" (Cohens D), som beskrevet i Kapitel 4. Ifølge denne beregning kan fremgangen inden for temaerne Dagligdag og Tilknytning beskrives som *meget lille*, mens effektstørrelserne for Sikkerhed, Følelsesregulering og Barnets fortælling kan karakteriseres som *lille* (jf. også Bilagstabel 2.2)

Ud fra disse resultater vurderer vi på et helt overordnet niveau, at børnene viser tegn på positiv udvikling. Det er dog vigtigt at understrege, at vi ikke har indsigt i, hvordan den opnåede viden om børnenes traumer er blevet anvendt i praksis, eller hvilke konkrete indsatser der er blevet gennemført. Derfor skal resultaterne primært forstås som en generel indikation af børnenes udvikling og ikke som en evaluering af specifikke metoder eller tilgange. Alligevel viser vores analyse, at børnene samlet set udviser positive tendenser på tværs af de undersøgte temaer.

¹² For en oversigt over resultaterne specifikt for København og Gladsaxe henvises til Bilagsfigur 2.1.

¹³ Et forløb defineres som afsluttet, hvis der er registreret en slutdato. Børn, hvor årsagen til afslutning af forløbet er 'Afsluttet før-tid, dropout' eller 'Indsatsen kom aldrig rigtigt i gang', er ikke medtaget i analyserne.

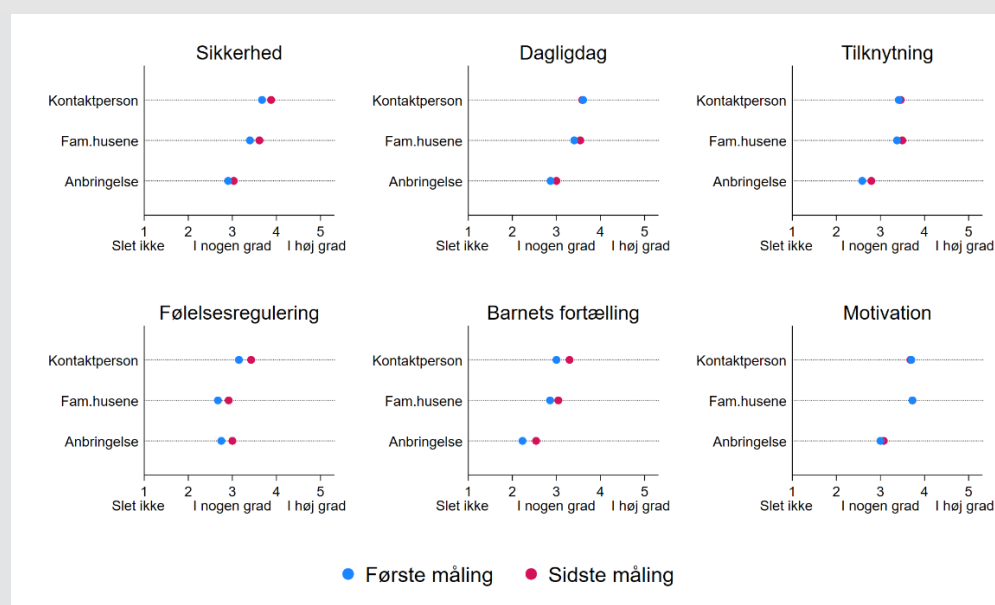
Figur 6.1 Udvikling i de seks AoA-temaer



Anm.: Data for København og Gladsaxe.

Kilde: VIVE.

Figur 6.2 Udvikling i de seks AoA-temaer fordelt på foranstaltningstype



Anm.: Data for København.

Kilde: VIVE.

Figur 6.2 viser udviklingen inden for de seks trivselstemaer, opdelt efter foranstaltningstype (og dermed kun med data for Københavns Kommune). Det overordnede indtryk er, at børn med Kontaktperson som foranstaltningstype fra starten scorer højere på trivselsindikatorerne end både børn tilknyttet Familiehusene og særligt anbragte børn. Dette ses ved, at de blå cirkler, som viser gennemsnittet for den første måling, for de fleste af de seks temaer er længst mod højre (angivende en højere grad af fx Sikkerhed) for gruppen af børn med Kontaktperson som foranstaltningstype. For børn tilknyttet Familiehusene ligger de blå cirkler for første måling længere mod venstre, hvilket indikerer en lavere grad af fx Sikkerhed, og endnu længere mod venstre for anbragte børn. Det fremgår også, at den udvikling der blev observeret i Figur 6.1 for de fleste temaer, ligeledes ses inden for de fleste typer af foranstaltninger.

Figur 6.3 viser udviklingen i de seks indikatorer for trivsel blandt de visiterede børn og unge, opdelt efter, hvor mange forskellige typer belastninger de har oplevet gennem deres liv frem til projektets start. Denne opdeling er valgt, fordi forskning tydeligt viser, at antallet af belastningstyper har en kumulativ effekt – det vil sige, at flere belastninger typisk fører til større udfordringer i forhold til trivsel og udvikling. ACE-studierne har fundet en dosiseffekt, hvor fire eller flere ACE'er (Adverse Childhood Experiences) har afgørende betydning for en række resultatomål. Jo flere belastninger et barn har oplevet, desto mere sårbart står det ofte i forhold til at opnå

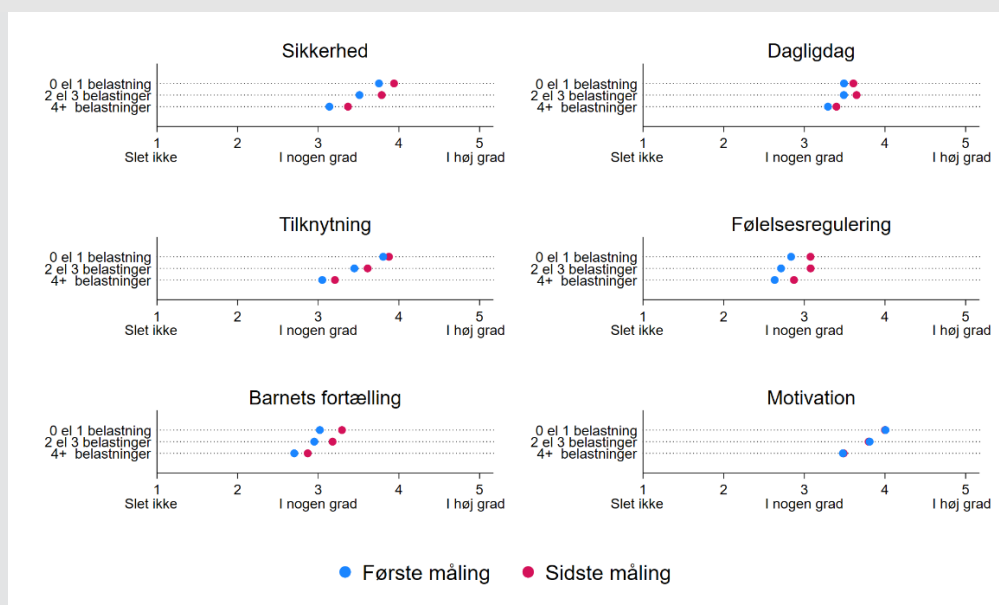
og opretholde trivsel. Figuren bekræfter dette mønster: Børn med flest belastninger scorer generelt lavere på de seks trivselstemaer ved projektets start, hvilket peger på et dårligere udgangspunkt for denne gruppe.¹⁴ Dette er ikke overraskende, da flere belastninger ofte betyder mere komplekse udfordringer og et større behov for støtte.

På trods af disse forskelle i udgangspunktet viser figuren, at der er en positiv udvikling på 5 af de 6 trivselstemaer, uanset hvor mange belastninger børnene har haft. Det tyder på, at indsatsen har haft en bred effekt på børnenes trivsel, selvom udgangsniveauet varierer mellem grupperne. Motivation skiller sig dog ud som den eneste indikator, hvor der ikke er en tilsvarende fremgang. Det kunne skyldes, at Motivation allerede ligger højt ved start. Se Bilagsfigur 2.2 til Bilagsfigur 2.7 for en visning af trivselsudviklingen hos børn med de fire mest udbredte belastningstyper.

Figur 6.4 viser tilsvarende udviklingen opdelt efter, hvor mange forskellige typer belastningsreaktioner de visiterede børn har oplevet. Mønsteret ligner overordnet det mønster, vi ser for antallet af belastningstyper. For det første scorer børn med flere typer af belastningsreaktioner lavere på de seks trivselstemaer. For det andet ses der en positiv fremgang i trivsel på 5 ud af de 6 temaer (Motivation er en undtagelse), uanset antallet af belastningsreaktioner. I bilaget findes desuden resultater for hver af de fire mest udbredte typer af belastningsreaktioner (Bilagsfigur 2.8 til Bilagsfigur 2.13). Resultaterne her viser samme overordnede billede: at børn med flere belastningsreaktioner har et lavere udgangspunkt, men alligevel opnår en positiv udvikling på de fleste trivselstemaer.

¹⁴ Dette ses ved, at den blå cirkel, der repræsenterer gennemsnittet for den første måling, ligger længst mod højre (angivende en større grad af fx Sikkerhed) for gruppen af børn med ingen eller kun én belastning. For børn med to eller tre belastninger er den blå cirkel ved første måling længere mod venstre, og endnu længere mod venstre for børn med fire eller flere belastninger (angivende en lavere grad af fx Sikkerhed).

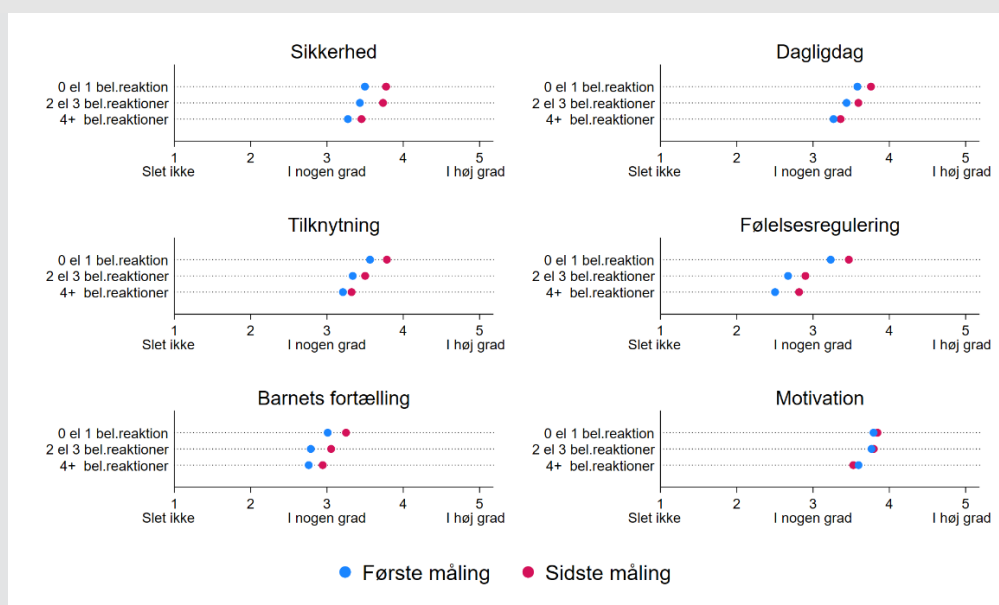
Figur 6.3 **Udvikling i de seks AoA-temaer særskilt for antal belastninger**



Anm.: Data for København og Gladsaxe.

Kilde: VIVE.

Figur 6.4 **Udvikling i de seks AoA-temaer særskilt for antal belastningsreaktioner**



Anm.: Data for København.

Kilde: VIVE.

6.2 Traumesymptomer, kognitive funktioner og sociale kompetencer

I dette afsnit præsenteres udviklingen, som de børn, der er blevet testet ved både indsatsens start og afslutning, har opnået i testbatteriet. Dette testbatteri er specifikt udviklet til at måle individuelle læringskompetencer, som kan være påvirket af de belastninger, et traume medfører. Traumebelastning har med vis sandsynlighed potentiale til direkte eller indirekte at blive reduceret gennem en traumebevidst tilgang. Traumer kan komme til udtryk på forskellige måder, og forskellige funktioner og kompetencer kan blive negativt påvirket af traumatiske oplevelser. Testbatteriet er designet til at måle tre centrale områder: traumesymptomer, kognitive funktioner og sociale kompetencer.

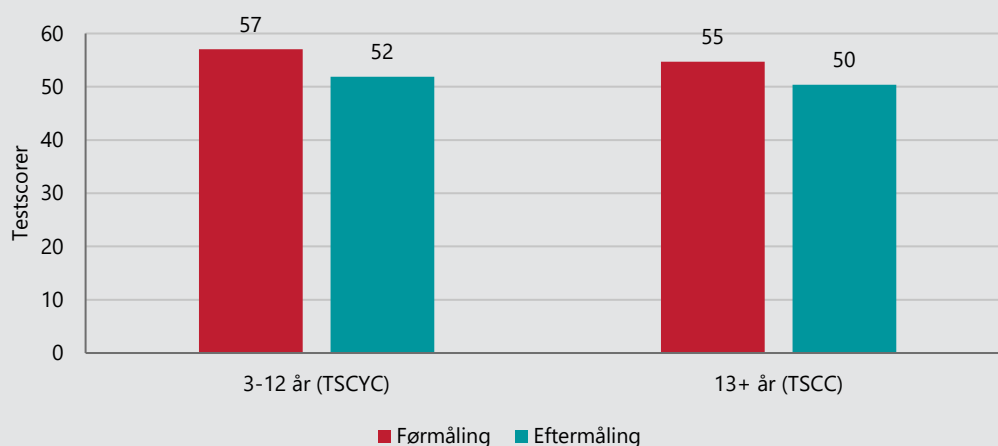
Det er dog kun en mindre del af de visiterede børn og unge, der er blevet testet både ved starten og afslutningen af indsatsforløbet, og resultaterne er derfor baseret på et begrænset datamateriale. Vi har ikke mulighed for at vurdere udviklingen hos de mange børn, der enten ikke er blevet testet eller kun er blevet testet én gang. Dette betyder, at resultaterne ikke kan give et omfattende eller fuldt dækkende billede af udviklingen hos alle de visiterede børn, men snarere kun belyser en mindre del af udviklingen.

6.2.1 Traumesymptomer

Udviklingen i traumesymptomer måles ved "Trauma Symptom Checklist for Children" (TSCC) og "Trauma Symptom Checklist for Young Children" (TSCYC) – versioner målrettet henholdsvis de yngre og ældre børn/unge. Disse spørgeskemaer vurderer omfanget og typen af typiske traumesymptomer, såsom angst, depression, tegn på PTSD og seksualiseret adfærd. TSCC/TSCYC giver i udgangspunktet en indikation af traumebelastningen samt typen af symptomer, barnet udviser, fx dissociative eller depressive symptomer (se også Afsnit 3.3). Over tid kan TSCC/TSCYC måle, om en traumebevidst tilgang har reduceret barnets symptomer. Reduktion af disse symptomer er en central indikator for, om indsatsen synes at være virkningsfuld.

De to spørgeskemaer er blevet besvaret af forældrene til 110 børn på 12 år og yngre og af 55 unge på 13 år og ældre ved indsatsens start og afslutning. Figur 6.5 viser, hvordan traumesymptomerne i gennemsnit har ændret sig fra starten til afslutningen af deres forløb. Scorene for traumesymptomer er lavere ved forløbets afslutning end ved begyndelsen, hvilket indikerer en positiv udvikling for begge aldersgrupper. For at vurdere omfanget af udviklingen mellem første og sidste måling er der også her beregnet en såkaldt effektstørrelse (jf. Kapitel 4). Ud fra denne vurdering vurderes fremgangen for begge grupper som *mellemstor* (jf. også Bilagstabel 2.2).

Figur 6.5 Udvikling i traumesymptomer



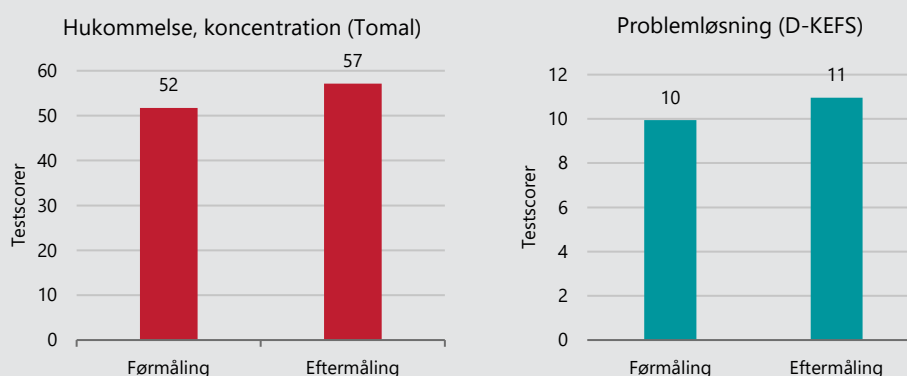
Kilde: VIVE.

6.2.2 Kognitive funktioner

De kognitive funktioner er målt ved to test: TOMAL-2 og D-KEFS (se også Afsnit 3.3). Fra TOMAL-2-testen er delprøverne 2-4, 6, 8 og 16 inkluderet i testbatteriet. Disse delprøver vurderer forskellige hukommelsesfunktioner, koncentrationsevne og opmærksomhed. Fra Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS) er delprøverne "Tårnet" og "Figurdesign" medtaget. Disse prøver måler centrale eksekutive funktioner såsom barnets impuls kontrol, evne til planlægning, evne til at igangsætte problemløsning samt evne til at fastholde fokus.

Testresultaterne for de to test ved indsatsens begyndelse og afslutning foreligger for henholdsvis 139 børn (TOMAL-2) og 118 børn (D-KEFS). Figur 6.6 illustrerer, hvordan de projektinvolverede børn og unges kognitive funktioner i gennemsnit har udviklet sig fra start til afslutning af deres forløb. Scorerne for begge test er højere ved forløbets afslutning end ved begyndelsen, hvilket indikerer en positiv udvikling på begge områder. Når effektstørrelsen beregnes, kan fremgangen inden for hukommelse og koncentration vurderes som *lille*, mens fremgangen inden for problemløsning anses for at være *mellemstor*.

Figur 6.6 **Udvikling i hukommelse/koncentration og problemløsning**



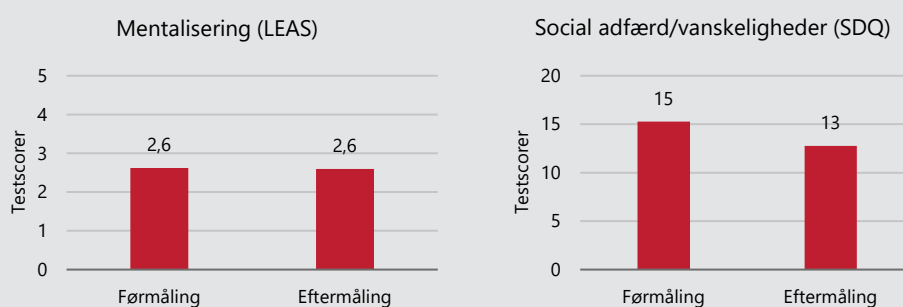
Kilde: VIVE.

6.2.3 Sociale kompetencer

Sociale kompetencer er målt med to test. For det første anvendes Level of Emotional Awareness Scale (LEAS), som bruges til at belyse barnets eller den unges mentaliseringsevne og emotionelle modenhed. Målinger med LEAS giver over tid en indikation af udviklingen af barnets eller den unges evne til affektregulering og mentalisering. For det andet anvendes Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), som vurderer børn og unges psykiske trivsel og funktion. Her måles bl.a. forskellige typer af adfærd, sociale kompetencer og psykiske symptomer. SDQ fungerer som en overordnet screening af barnets generelle trivsel og funktion. Ændringer i SDQ-scorer over tid kan indikere, om barnets trivsel forbedres, og/eller dets problemadfærd reduceres (jf. også Afsnit 3.3).

Resultaterne for de to test ved indsatsens begyndelse og afslutning foreligger for henholdsvis 149 børn (LEAS) og 192 børn (SDQ). Figur 6.7 viser, hvordan børnenes sociale kompetencer i gennemsnit har udviklet sig fra start til afslutning af deres forløb. Scoren for mentalisering er uændret fra forløbets begyndelse til afslutning. SDQ-scoren er faldet fra førmålingen til målingen ved forløbets afslutning, hvilket betyder, at de sociale vanskeligheder er blevet mindre. Der er derfor tale om en positiv udvikling i forhold til social adfærd målt ved SDQ. Vurderes størrelsen af udviklingen ved hjælp af effektstørrelsen, kan den karakteriseres som *mellemstor*.

Figur 6.7 Udvikling i sociale kompetencer



Kilde: VIVE.

6.3 Fravær og trivsel i skolen

I dette afsnit afrapporteres resultater, hvor vi anvender effektevalueringsmetoder til at evaluere betydningen af traumeindsatsen for udviklingen i børnenes fravær og trivsel i skolen. Vi anvender et analysedesign, hvor der inddrages en statistisk sammenligningsgruppe. Med denne metode sammenlignes udviklingen i fravær og trivsel hos de visiterede børn med udviklingen hos lignende børn, som ikke har deltaget i projektet. Effekten af indsatsen sammenlignes således med "sædvanlig praksis" på området.¹⁵

For dette evalueringsdesign havde vi data for 1.055 visiterede børn og unge fra Københavns Kommune og Gladsaxe Kommune til fraværsanalyserne samt 218 børn og unge til trivselsanalyserne. Undersøgelsesdesignet, der også inddrog en sammenligningsgruppe, viste ingen signifikant påvirkning af traumeindsatsen på hverken fravær eller trivsel i skolen. Vi undersøgte desuden, om indsatsen havde en særsendt påvirkning på ulovligt fravær eller den generelle skoletrivsel, men resultaterne viste ingen målbar effekt. Vi udførte også analyser for Københavns Kommune alene, men heller ikke her blev der fundet nogen påvirkning af traumeindsatsen.

Med dette undersøgelsesdesign kan vi derfor ikke påvise, at traumeindsatsen har haft en signifikant indvirkning på de deltagende børn og unges skolefravær eller trivsel. Det skal dog bemærkes, at disse er de eneste udfaldsmål, der direkte relaterer sig til skolen. Desuden har det været det eneste sted i evalueringen, hvor vi har kunnet bruge et evalueringsdesign med en kontrolgruppe, hvilket giver en ekstra styrke til denne analyse.

¹⁵ Børn i kontrolgruppen kan enten ikke få hjælp eller kan modtage en eller anden type behandling/hjælp. Det svarer i vores terminologi til "sædvanlig praksis" i kommunerne. Analysen med den statistiske kontrolgruppe undersøger derfor, om projektets særlige indsats er bedre end "sædvanlig praksis".

6.4 Sammenfattende om udvikling hos de visiterede børn og unge

Kapitlet beskriver den udvikling, som børn og unge i projektet har opnået i forhold til en række resultatomål. Analyserne har benyttet både før-efter-metoden og, for de analyser der kunne baseres på registerdata (skolefravær og -trivsel), et kontrolgruppedesign. Datamængden, der har været tilgængelig for analyserne, har varieret, hvor der er kommet mest data fra AoA-modellen, mens der er færre data fra testbatteriet og registerdataene.

På et overordnet niveau finder vi tegn på, at børnene har gennemgået en positiv udvikling fra projektets start til afslutning. Dette tyder på, at indsatsen har haft en gavnlig effekt på de fleste målte områder, omend variationen i datamængder og metoder kan påvirke præcisionen af resultaterne.

Udviklingsanalyserne viser bl.a.:

- Fremgang med hensyn til 5 ud af 6 AoA-temaer (Sikkerhed, Dagligdag, Tilknytning, Følelsesregulering, Barnets fortælling) på nær Motivation, hvor niveauet er uændret
- Fremgang på alle områder, der er målt med testbatteriet (Traumesymptomer, Kognitive funktioner, Eksekutive funktioner, Trivsel og adfærd) på nær Mentalisering, hvor niveauet er uændret
- Uændret niveau med hensyn til skoletrivsel og fravær.

Disse resultater tyder på, at indsatsen har haft en positiv indvirkning på børnenes og de unges udvikling på tværs af flere områder. Selvom den samlede udvikling er positiv, understreger variationen i datamængderne og det faktum, at data i de fleste tilfælde ikke har gjort det muligt at anvende et kontrolgruppedesign, vigtigheden af at fortolke resultaterne med forsigtighed.

Litteratur

- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D., Dube S.R., & Giles, W.H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Baglivio, M.T., Wolff, K.T., Piquero, A.R., & Epps, N. (2015). The relationship between adverse childhood experiences (ACE) and juvenile offending trajectories in a juvenile offender sample. *Journal of Criminal Justice*, 43(3), 229-241.
- Basto-Pereira, M., Gouveia-Pereira, M., Pereira, C.R., Barrett, E.L., Lawler, S., Newton, N., ... & Sakulku, J. (2022). The global impact of adverse childhood experiences on criminal behavior: a cross-continental study. *Child Abuse & Neglect*, 124, 1-12.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bucci, M., Wang, L.G., Koita, K., Purewal, S., Marques, S.S., & Harris, N.B. (2015). *Center for Youth Wellness ACE-Questionnaire User Guide*. San Francisco, CA: Center for Youth Wellness.
- Egeland, B., Sroufe, L.A., & Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 7(4), 459-469.
- Eiberg, M., & Scavenius, C. (2023). Striving to thrive: a randomized controlled trial of educational support interventions for children in out-of-home care. *European Journal of Psychology of Education*, 39(1), 31-54.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Gross, C.H., Oehlke, S.-M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P.L., & Kothgassner, O.D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: a systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 54(2), 317-337.

- Hansen, N., Selsbæk, H.S., & Elklit, A. (2017). *Indlæring og traumer hos børn*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi, SDU.
- Huang, T., Li, H., Tan, S., Xie, S., Cheng, Q., Xiang, Y., & Zhou, X. (2022). The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22, 1-12.
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M.A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(11), 848-857.
- Københavns Kommune (2024). *AoA-modellen*. Socialforvaltningen Københavns Kommune. Tilgået den 28.10.2024 på: <https://www.kk.dk/om-kommunen/viden-for-professionelle/viden-paa-socialomraadet/traumer-hos-boern-og-unge/aoa-modellen>
- Lausten, M., Andersen, D., Skov, P.R., & Nielsen, A.A. (2013). *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer: Rapport fra tredje dataindsamling af Forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. København: København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Lausten, M., Frederiksen, S., & Olsen, R.F. (2020). *Tidligere anbragte unge – 18 år og på vej mod voksenlivet: Forløbsundersøgelse af tidligere anbragte unge født i 1995*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- McLean, C.P., Levy, H.C., Miller, M.L., & Tolin, D.F. (2022). Exposure therapy for PTSD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 1-10.
- Nielsen, K.S.F., & Scavenius, C. (2023). *Vidensafdækning af traumebevidste tilgange i en dansk kontekst: Børne- og ungeområdet*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Piotrowski, C.C. (2020). ACEs and trauma-informed care. In G.J.G. Asmundson & T.O. Afifi (Eds.), *Adverse Childhood Experiences: Using Evidence to Advance Research, Practice, Policy, and Prevention* (pp. 307–328). Cambridge, MA: Academic Press.
- Shonkoff, J.P., Garner, A.S., The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), 232-246.

Sullivan, G.M., & Feinn, R. (2012). Using effect size-or why the P value is not enough. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 279-282.

Vogt, K.S., & Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 441-464.

Bilag 1 Testbatteriet

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)/Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)

TSCC hhv. TSCYC er et spørgeskema udviklet til at måle traumerelaterede symptomer hos børn og unge. Skemaet vurderer forskellige følelsesmæssige og adfærdsmæssige reaktioner, der kan opstå som følge af traumatiske oplevelser, såsom fysisk eller seksuelt misbrug, vold, tab, og andre stressende hændelser. Skemaet kan anvendes både til diagnosticering og til at følge udviklingen af symptomer over tid. Skemaet består af seks kliniske skalaer, som hver især måler specifikke symptomer på traumer:

- Angst – vurderer følelser af frygt, nervøsitet og bekymring
- Depression – måler symptomer på tristhed, håbløshed og lav selvværdsfølelse
- Posttraumatisk stress (PTSD) – vurderer symptomer relateret til genoplivelse af traumatiske hændelser, undgåelse og øget opmærksomhed
- Dissociation – måler, hvordan barnet distancerer sig mentalt fra traumatiske oplevelser
- Vrede – vurderer irritabilitet, vrede og en tendens til udadreagerende adfærd
- Seksuelle bekymringer – vurderer symptomer og bekymringer relateret til seksuel udvikling og seksuelle oplevelser.

Test of Memory and Learning (TOMAL-2)

TOMAL-2 er en neuropsykologisk test designet til at måle hukommelses- og indlæringsfunktioner. TOMAL-2 evaluerer forskellige aspekter af hukommelse og lærings-evne og bruges ofte til at identificere hukommelsesproblemer og kognitive svagheder. TOMAL-2 tester på følgende overordnede hukommelsesområder:

- Verbale hukommelsesindeks – måler evnen til at huske og genkalde verbale oplysninger
- Ikke-verbale hukommelsesindeks – vurderer evnen til at huske og genkalde visuelle eller rumlige oplysninger
- Indlæringsindeks – fokuserer på individets evne til at lære og genkalde ny information
- Arbejdshukommelse – vurderer evnen til at holde og manipulere information i korttidshukommelsen.

I testbatteriet indgår delprøverne 2-4, 6, 8 og 16, som måler forskellige hukommelsesfunktioner samt koncentrationsevne og opmærksomhed.

Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS)

D-KEFS er et neuropsykologisk testbatteri, der specifikt måler eksekutive funktioner, som er de højere kognitive processer, der bruges til at styre tanker, handlinger og følelser. D-KEFS bruges til at identificere kognitive svagheder inden for eksekutive funktioner, hvilket kan hjælpe med at forstå, hvordan personer håndterer komplekse opgaver og interagerer med deres omgivelser. D-KEFS består af en række test, som vurderer forskellige aspekter af eksekutive funktioner, der ofte er påvirkede ved neurologiske, psykiatriske og udviklingsmæssige lidelser. D-KEFS måler følgende hovedområder:

- Fleksibel tænkning – evnen til at skifte mellem forskellige tankemåder og tilpasse sig nye regler eller opgaver
- Problemløsning – evnen til at analysere komplekse situationer, finde løsninger og vælge den mest passende strategi
- Planlægning og organisering – evnen til at oprette en sekvens af trin og følge dem for at nå et mål
- Inhibition – evnen til at undertrykke automatiske reaktioner samt kontrol over impulsiv adfærd
- Arbejdshukommelse – evnen til at holde og bearbejde information i kort-tidshukommelsen under komplekse opgaver
- Verbal flydende tænkning – vurderer evnen til at producere ord eller associationer baseret på bestemte regler inden for et givet tidsinterval
- Visuospatiale færdigheder – evnen til at opfatte og manipulere visuelle og rumlige informationer i problemløsning og planlægning.

I testbatteriet indgår delprøverne "Tårnet" og "Figurdesign", som måler centrale eksekutive funktioner, såsom barnets impuls kontrol, evne til at planlægge, evne til at initiere problemløsning, samt evne til at holde fokus.

Level of Emotional Awareness Scale for Children (LEAS)

LEAS er et vurderingsværktøj designet til at måle følelsesmæssig bevidsthed hos børn og unge. Følelsesmæssig bevidsthed refererer til individets evne til at identificere, forstå og nuancere egne og andres følelser. LEAS bruges ofte i psykologiske og pædagogiske sammenhænge for at forstå barnets følelsesmæssige udvikling og evne til at indgå i sunde relationer. LEAS måler følgende centrale aspekter af følelsesmæssig bevidsthed:

- Identifikation af egne følelser – vurderer barnets evne til at genkende og sætte ord på sine egne følelsesmæssige reaktioner i forskellige situationer
- Identifikation af andres følelser – måler barnets forståelse og fortolkning af, hvordan andre kan føle i samme situation

- Emotionel differentiering – vurderer, hvor nuanceret barnet er i sin beskrivelse af følelser, herunder dets evne til at skelne mellem komplekse følelsesmæssige tilstande
- Følelsesmæssig perspektivtagning – vurderer barnets evne til at forstå og beskrive både egne og andres følelser på en dybere og mere kompleks måde.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) er et screeningsværktøj, der vurderer psykiske styrker og vanskeligheder hos børn og unge i alderen 3 til 17 år. SDQ bruges ofte af psykologer, læger, lærere og forskere til at identificere adfærdsmæssige og følelsesmæssige problemer samt sociale styrker, som kan have betydning for barnets trivsel og udvikling. SDQ måler fem hovedområder:

- Emotionelle symptomer – vurderer tegn på følelsesmæssige problemer såsom angst, tristhed eller frygt
- Adfærdsproblemer – måler adfærd som impulsivitet, udydighed og tendens til at bryde regler
- Hyperaktivitet/opmærksomhedsproblemer – vurderer symptomer på hyperaktivitet og opmærksomhedsproblemer, som fx rastløshed og koncentrationsbesvær
- Kammeratskabsproblemer – ser på barnets relationer til jævnaldrende, herunder problemer med at få venner eller tendens til at føle sig isoleret
- Prosocial adfærd – vurderer sociale styrker, såsom evnen til empati, omsorg og hjælpsomhed over for andre.

Bilag 2 Bilagstabeller og -figurer

Bilagstabel 2.1 Størrelse af analysesamples

Datakilde	Antal obs.	Variable
Kommunale registre	2.626	Baggrundsoplysninger
	1.916	Belastninger
	1.831	Belastningsreaktioner (kun København)
AoA	822	Tema 1 – Sikkerhed
	823	Tema 2 – Dagligdag
	686	Tema 3 – Tilknytning
	714	Tema 4 – Følelsesregulering
	449	Tema 5 – Barnets fortælling
	752	Tema 6 – Motivation
Testbatteri	110	Traumesymptomer (TSCYC)
	55	Traumesymptomer (TSCC)
	139	Kognitive funktioner – TOMAL-2
	118	Eksekutive funktioner – D-KEFS
	149	Mentalisering – LEAS
	192	Trivsel og adfærd – SDQ
Registerdata	1.055	Fravær
	218	Trivsel i skolen

Kilde: VIVE.

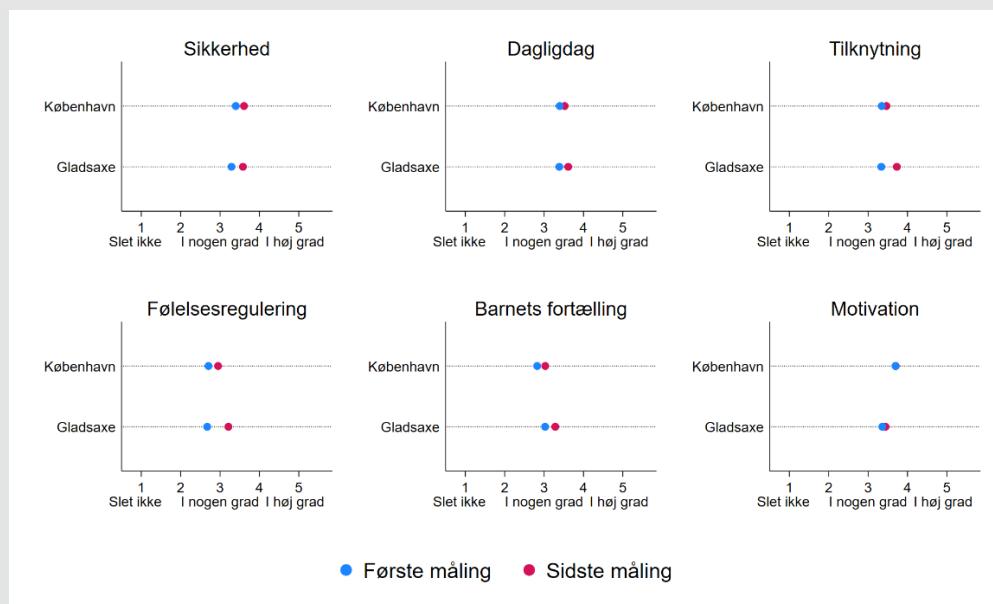
Bilagstabel 2.2 Udvikling i testbatteri og AoA

	Førmåling	Eftermåling	Forskel (efter-før)	Højere/la- vere værdi = bedre resultat	Cohen's d
Testbatteri					
Traumesymptomer (TSCYC)	57,06	51,90	-5,16	lavere	0,51**
Traumesymptomer (TSCC)	54,71	50,39	-4,32	lavere	0,41**
Kognitive funktioner – TO- MAL-2	51,73	57,13	5,40	højere	0,28*
Eksekutive funktioner – D- KEFS	9,94	10,96	1,02	højere	0,55**
Mentalisering – LEAS	2,62	2,60	-0,02	højere	0,03
Trivsel og adfærd – SDQ	15,26	12,75	-2,51	lavere	0,36**
AoA					
Tema 1 – Sikkerhed	3,39	3,60	0,21	højere	0,21*
Tema 2 – Dagligdag	3,39	3,53	0,14	højere	0,14
Tema 3 – Tilknytning	3,34	3,48	0,14	højere	0,15
Tema 4 – Følelsesregulering	2,70	2,97	0,27	højere	0,31*
Tema 5 – Barnets fortælling	2,83	3,05	0,22	højere	0,21*
Tema 6 – Motivation	3,67	3,68	0,01	højere	0,01

Noter: * = lille (0,2-0,35); ** = mellem (>0,35)

Kilde: VIVE.

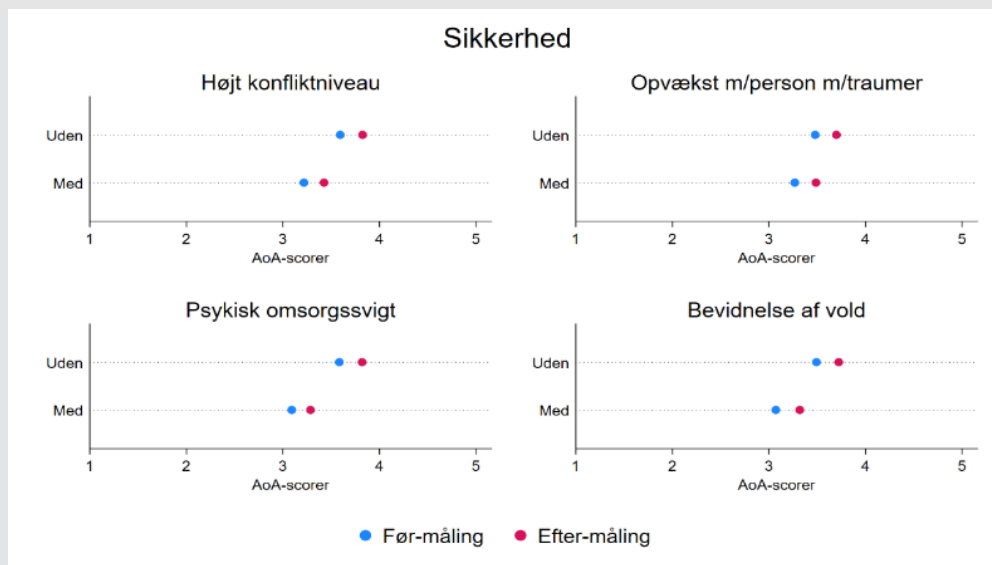
Bilagsfigur 2.1 Udvikling i de seks AoA-temaer fordelt på kommuner



Anm.: Der indgår mellem 411 (39) og 763 (62) børn i analyserne for København (Gladsaxe).

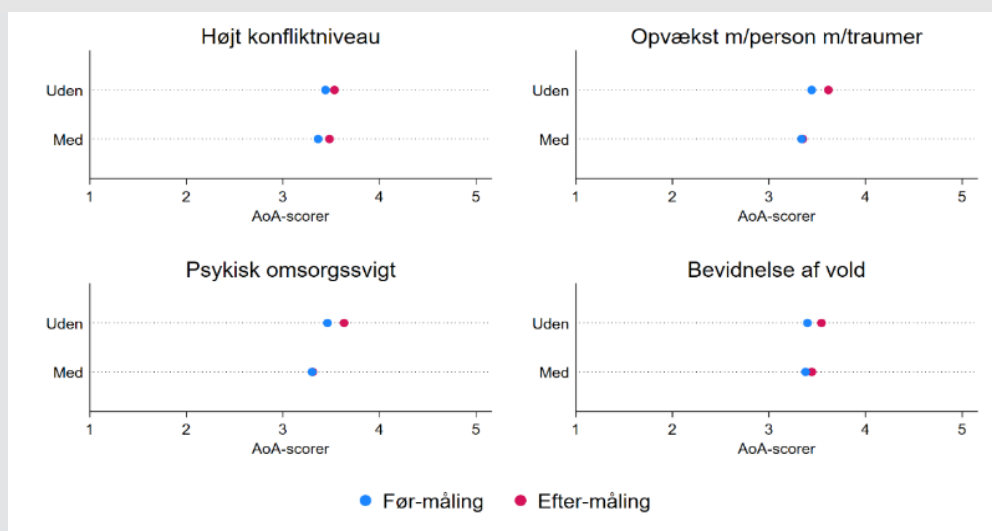
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.2 Udvikling for Sikkerhed særskilt for de fire mest udbredte belastningstyper



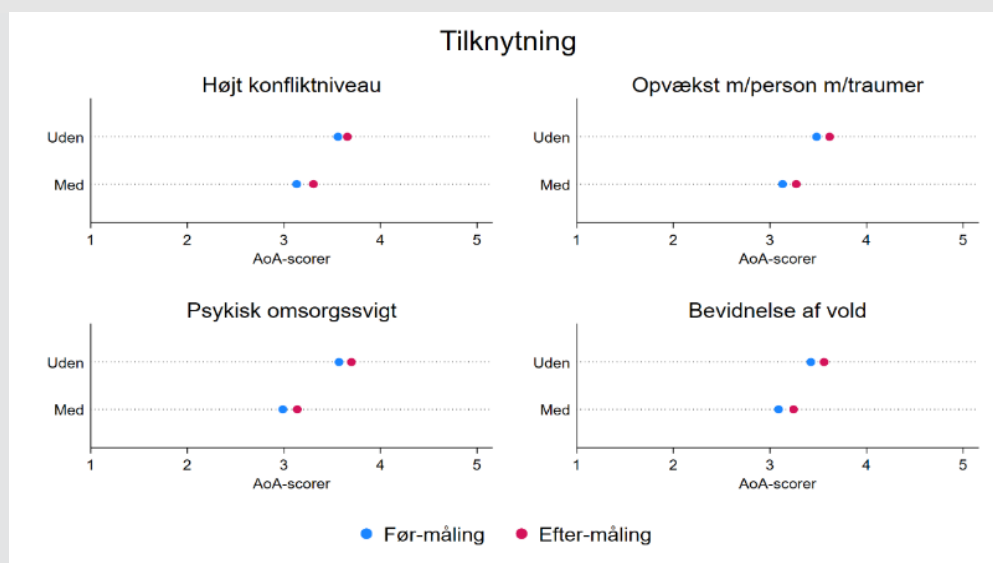
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.3 Udvikling for Dagligdag særskilt for de fire mest udbredte belastningstyper



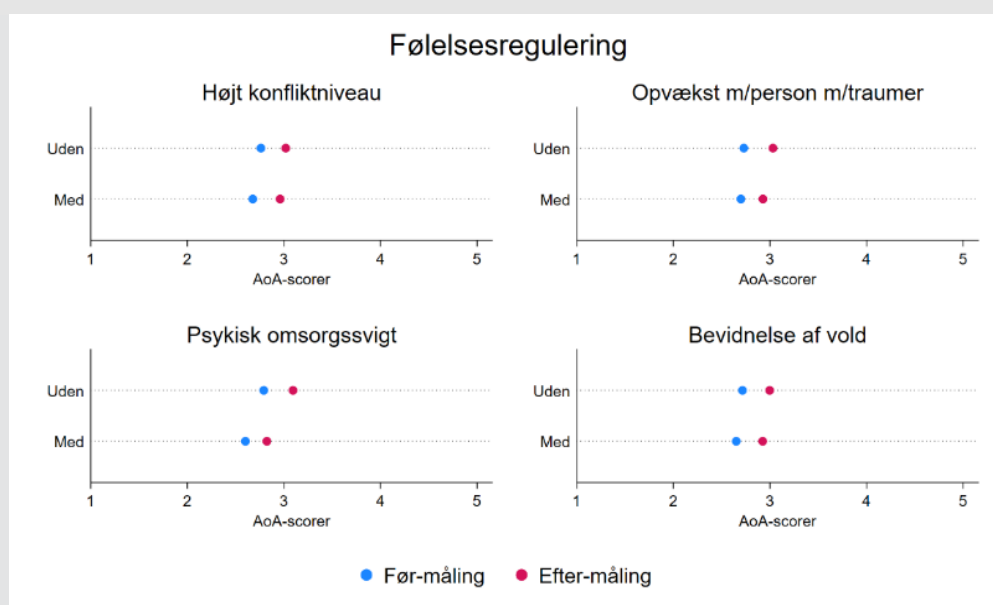
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.4 Udvikling for Tilknytning særskilt for de fire mest udbredte belastningstyper



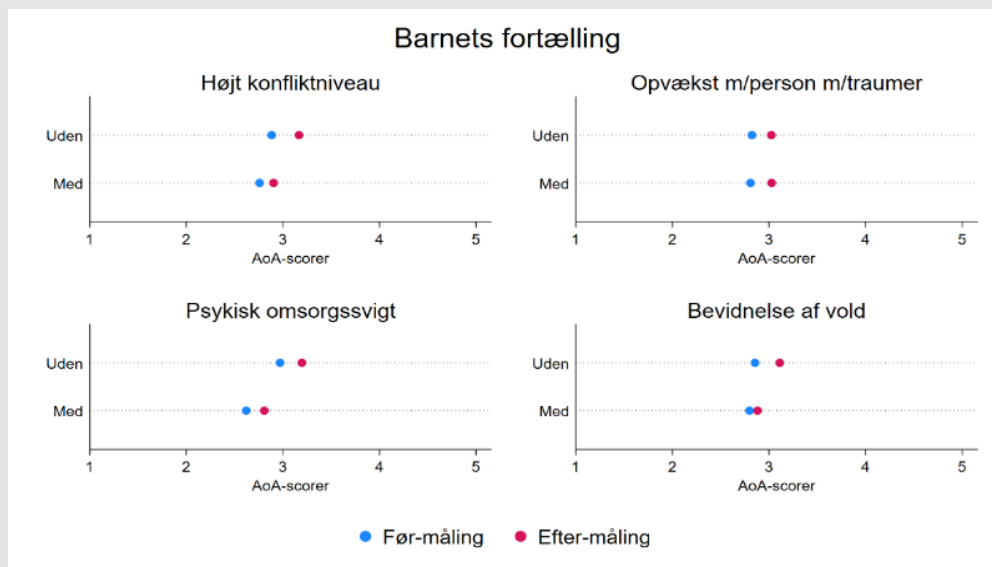
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.5 Udvikling for Følelsesregulering særskilt for de fire mest udbredte belastningstyper



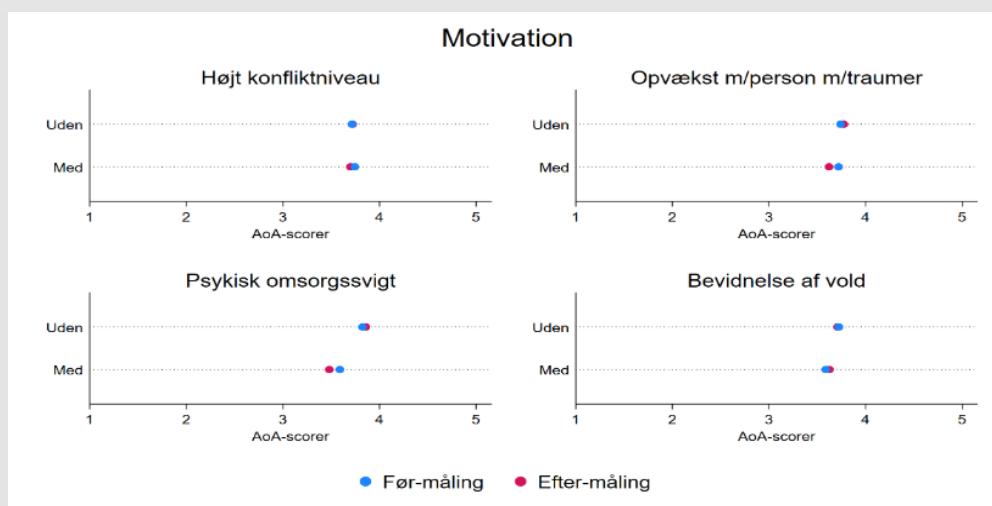
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.6 Udvikling for Barnets fortælling særskilt for de fire mest udbredte belastningstyper



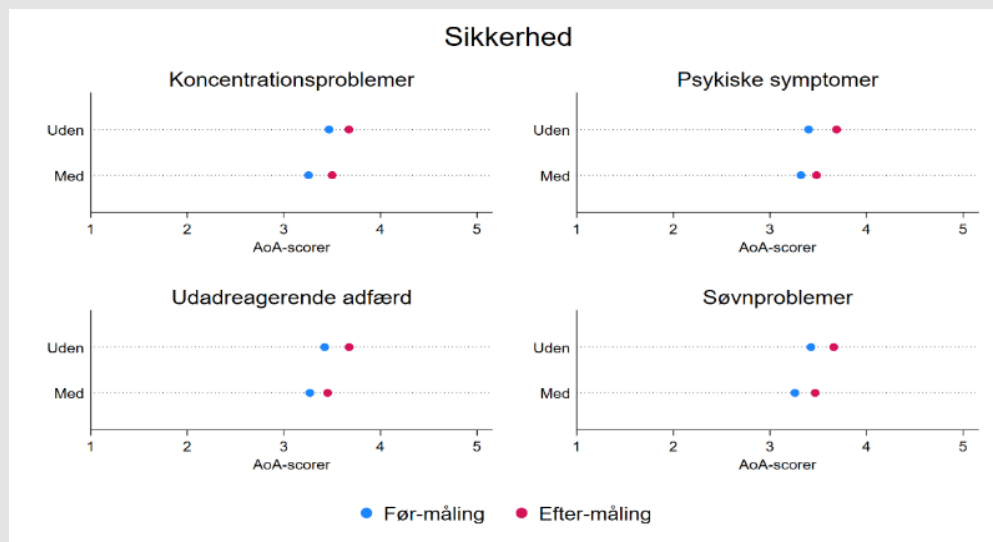
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.7 Udvikling for Motivation særskilt for de fire mest udbredte belastningstyper



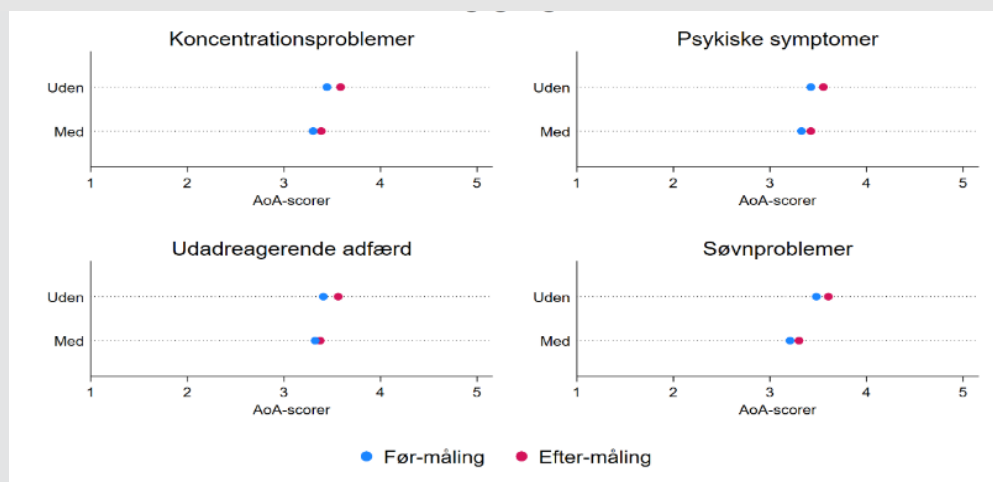
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.8 Udvikling for Sikkerhed særskilt for de fire mest udbredte belastningsreaktioner



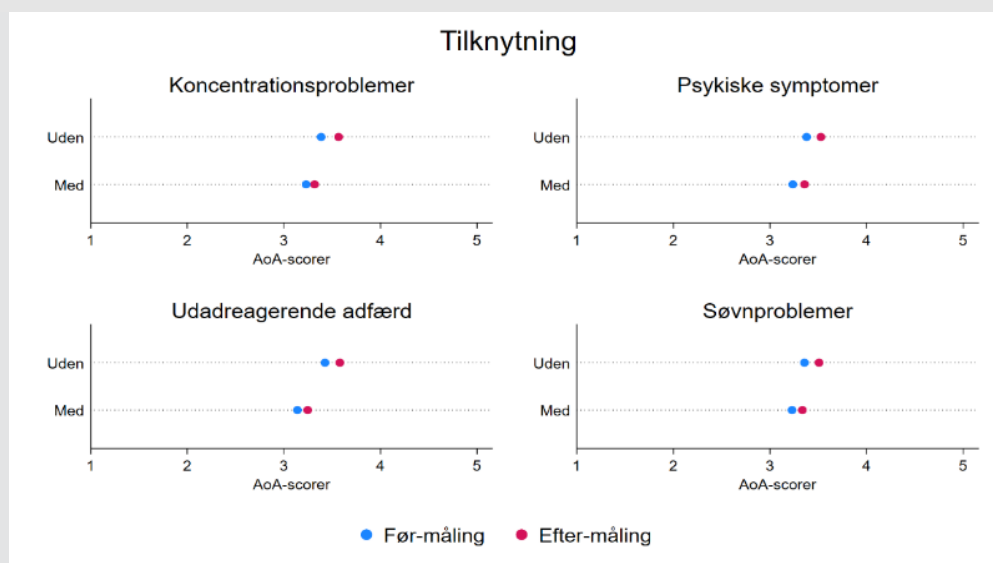
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.9 Udvikling for Dagligdag særskilt for de fire mest udbredte belastningsreaktioner



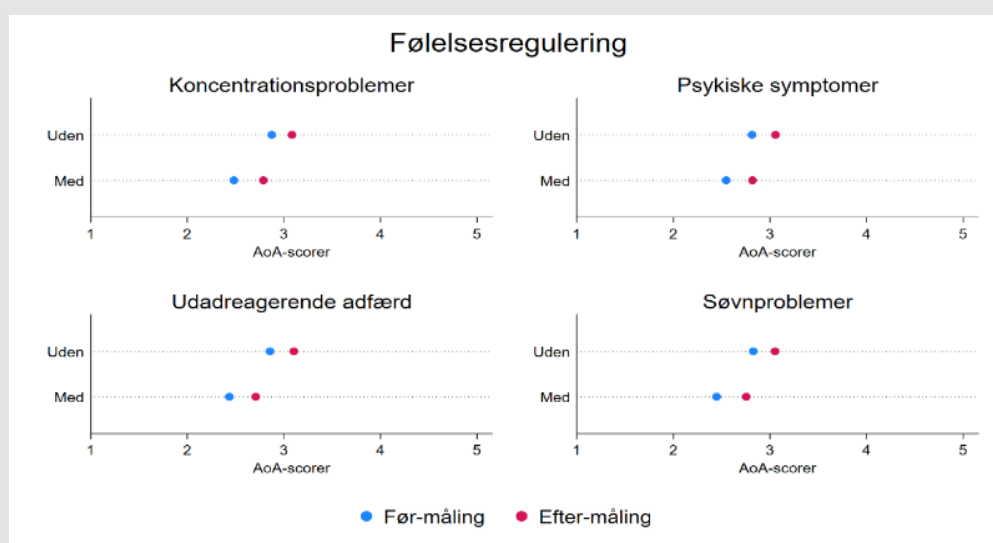
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.10 **Udvikling for Tilknytning særskilt for de fire mest udbredte belastningsreaktioner**



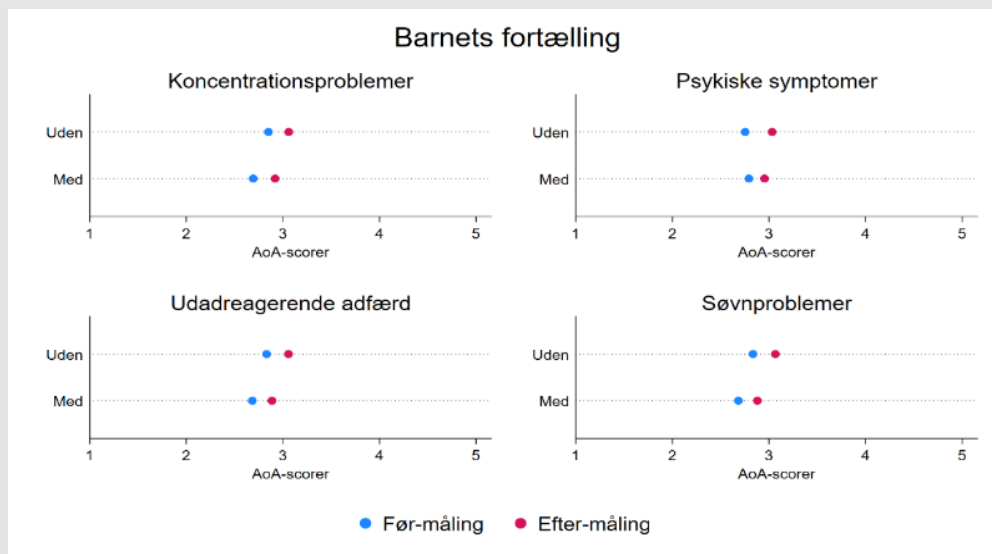
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.11 **Udvikling for Følelsesregulering særskilt for de fire mest udbredte belastningsreaktioner**



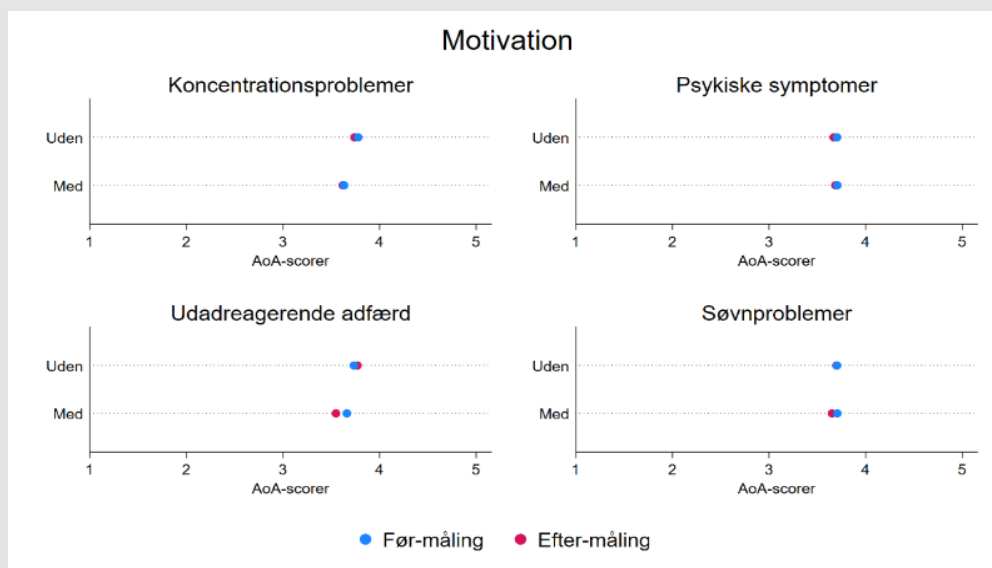
Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.12 **Udvikling for Barnets fortælling særskilt for de fire mest udbredte belastningsreaktioner**



Kilde: VIVE.

Bilagsfigur 2.13 **Udvikling for Motivation særskilt for de fire mest udbredte belastningsreaktioner**



Kilde: VIVE.

