

Evaluering:

**Tidlig indsats i nærmiljøet til
børn og unge med tegn på
OCD**

Af Trine Natasja Sindahl, cand.psych.aut., PhD

”Hun har både lært, at hun kan gøre noget ved det, og at hun kan få hjælp. Det er to virkelig gode ting, hun har lært meget tidligt.”

Mor

EVALUERING: TIDLIG INDSATS I NÆRMILJØET TIL BØRN OG UNGE MED TEGN PÅ OCD

af: Trine Natasja Sindahl

December 2025

www.psykologtrinenatasjasindahl.dk

Rapporten er skrevet af psykolog og PhD Trine Natasja Sindahl. Trine har i perioden januar 2019 til august 2024 været en del af STIME-samarbejdet i sin funktion af tovholder, fagkoordinator og afdelingsleder i Københavns Kommune. I forhold til evalueringsopgaven har hun fungeret som ekstern evaluator, men med et særligt kendskab, som altså redegøres for her. STIME har haft rapporten til gennemsyn for eventuelle fejl og uklarheder.

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	5
Hovedresultater	6
Konklusion	8
Den undersøgte indsats	10
Formål med indsatsen.....	10
Målgruppe	12
Forløb	14
Evalueringsdesign.....	16
Tidsplan	16
Kvantitative datakilder	16
SDQ.....	17
MY-OCD-S-II.....	18
Kvalitative datakilder	18
Interview med familier	18
Interview med behandlere.....	18
Resultater	20
Frafaldsanalyse.....	20
Implementering og levering af forløbet.....	23
Rekruttering af behandlere.....	24
Hvordan rekrutterer kommunerne familier til forløbet?	24
Hvordan finder familierne vej til forløbet?	26
Hvordan forløber screeningen?	27
Hvem har fået indsatsen?	28
Hvad har de fået?	33
Forløbets virksomme elementer.....	35
Effekter af forløbet.....	40
Effekter på OCD-symptomer.....	40
Effekter på styrker og udfordringer	45
Familiernes tilfredshed med forløbet	47
Oplever behandlerne sig tilstrækkeligt klædt på og understøttet til at varetage forløbene?	50
Anvendt litteratur.....	54

Tabeller:

Tabel 1 Kvantitative datakilder	17
Tabel 2 BaggrundsvARIABLE for børn/unge, der har gennemført forløbet.....	29

Figurer:

Figur 1 STIME elementer.....	11
Figur 2 Grundforløb.....	14
Figur 3 Tidsplan for projektet.....	16
Figur 4 Henvendelser og gennemførte forløb	21
Figur 5 Frafald.....	22
Figur 6 Antal opstartede forløb i perioden.	23
Figur 7 Samlet problemscore og påvirkning af trivsel og funktion før indsats.....	30
Figur 8 Samlet OCD-score før indsats	30
Figur 9 Tidsforbrug på OCD-symptomer før indsats.....	31
Figur 10 Ubehag forbundet med at gå imod tvangstanker før indsats	31
Figur 11 OCD-symptomers indflydelse på funktion før indsats.....	31
Figur 12 Villighed til at stå imod tvangstanker før indsats	32
Figur 13 Oplevet succes med at stå imod tvangstanker før indsats.....	32
Figur 14 Undgåelse i forbindelse med OCD-symptomer før indsats.....	32
Figur 15 Typer af OCD-symptomer inden indsats.....	33
Figur 16 Forløbslængde, angivet som antal sessioner.....	34
Figur 17 Forløbslængde, angivet i tid.....	35
Figur 18 Samlet OCD-score før og efter indsats	41
Figur 19 Fordelingen af børn/unge med positiv, ingen eller negativ effekt på OCD-score	41
Figur 20 Samlet OCD-score før og efter indsats, fordeling.....	42
Figur 21 Tidsforbrug på OCD-symptomer før og efter indsats.....	42
Figur 22 Ubehag forbundet med at gå imod tvangstanker, før og efter indsats	43
Figur 23 OCD-symptomers indvirkning på funktion, før og efter indsats	43
Figur 24 Villighed til at gå imod tvangstanker, før og efter indsats.....	43
Figur 25 Succes med at stå imod tvangstanker, før og efter indsats	44
Figur 26 Undgåelse i forbindelse med OCD-symptomer, før og efter indsats	44
Figur 27 SDQ før og efter indsats.....	45
Figur 28 Fordeling af effekt på samlet problemscore	46
Figur 29 Fordeling af effekt på trivsel og funktion.....	46
Figur 30 Samlet problemscore + trivsel og funktion, før og efter indsats, fordeling	47
Figur 31 Overordnet tilfredshed med forløbet.....	48
Figur 32 Børnene/De unges tilfredshed med forløbet	48
Figur 33 Forældrenes tilfredshed med forløbet	49
Figur 34 Vil deltagerne anbefale forløbet?	49
Figur 35 Henvendelser til Rådgivningstelefonen	52

Indledning

I denne rapport evalueres projektet "Tidlig indsats i nærmiljøet til børn og unge med tegn på OCD". Projektet er finansieret af Sundhedsstyrelsens pulje: "Mere fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien" (2022-2025) og følger op på erfaringerne fra Satspuljeprojektet "Fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien" (2018-2021).

Projektet er varetaget i samarbejdsplatformen STIME, som er et ligeværdigt etableret samarbejde mellem en række kommuner og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Region Hovedstaden. I dette samarbejde er der udviklet og afprøvet en tidlig indsats til børn og unge, der udviser symptomer på OCD i mild til moderat grad. Det er evalueringen af denne indsats, der afrapporteres her.

STIMES indsats skal sikre systematisk opsporing, screening og tidlig hjælp i nærmiljøet til den gruppe af børn og unge, der har tvangstanker og -handlinger i et omfang, der gør dem begyndende til moderat funktionsnedsatte, men hvor de endnu ikke har behov for udredning og behandling i psykiatrien. Indsatsen består af systematisk opsporing samt et manualiseret behandlingsforløb med titlen; *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen*.

Indsatsen har til formål at hjælpe børn og unge i målgruppen på vej til et liv med mestring af tvangstanker, fremfor selvberoligelse via tvangshandlinger. Det er ikke nødvendigvis ambitionen, at børnene og de unge er symptomfri ved forløbets afslutning – men at de er godt på vej, og familien er selvhjulpne i forhold til at fortsætte dette arbejde.

I evalueringen undersøges:

1. om indsatsen har haft de forventede effekter.
2. om indsatsen er blevet leveret som forventet.
3. om indsatsen vurderes at være "en tidlig indsats."
4. om forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpnet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn er øget.
5. om de børn og unge, der er i fokus for indsatsen, har oplevet forløbet hjælpsomt og meningsfuldt.
6. om forløbet har passeret til familiernes behov.
7. om behandlerne har oplevet sig tilstrækkeligt klædt på og understøttet til at varetage forløbet.

Hovedresultater

I det følgende afrapporteres hovedresultaterne fra afprøvning af STIME-forløbet: *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen*. For mere detaljerede resultater henvises til rapportens resultatafsnit.

Har indsatsen haft de forventede effekter?

Før- og eftermåling viser et signifikant fald i OCD-symptomer hos børn/unge i de deltagende familier, hvor 83 % oplever bedring. Forbedringer ses på alle OCD-domæner, og også børn/unge med svær grad af OCD synes at profitere af forløbet. En mindre gruppe har dog fortsat så svære OCD-symptomer ved forløbets afslutning, at yderligere støtte fra en behandler sandsynligvis er nødvendig.

Generel trivsel og funktion forbedres også signifikant, især på SDQ¹'s samlede problemscore samt følelsesmæssige og adfærdsmæssige symptomer. Dog ses enkelte tilfælde med forværring, hvilket kan pege på, at behandling kan være belastende for nogle.

25 % af forløbene afbrydes, men gruppen er uhomogen, og datasættet er for lille til at vurdere årsager. Det kan dog være relevant at undersøge afbrydelser nærmere på case-by-case niveau lokalt.

Er indsatsen blevet leveret som forventet?

Kommunerne vurderer, at implementeringen af sporet har været enkel, da de allerede har erfaring med STIME og etablerede arbejdsgange. Det har endvidere været nemt at rekruttere behandlere, da arbejdet med STIME er attraktivt for autoriserede psykologer.

Selvom kommunerne har fået tildelt lige mange ressourcer, har de leveret forskelligt antal forløb, hvilket afspejler variation i vilkår, tilgang og rekrutteringsstrategi. Nogle kommuner har valgt en forsigtig rekrutteringsstrategi for at sikre, at de kunne imødekomme efterspørgslen. Det kan bidrage til ulighed, hvis det primært er familier, der selv aktivt søger, der får adgang til behandlingen. Effektive rekrutteringsstrategier har været via kommunernes fælles indgang, AULA-opslag og privatpraktiserende læger. Generelt har rekrutteringen dog været for forsigtig, og målene for antal forløb er ikke nået.

Familierne oplever, at hjælpen kommer hurtigt, når de henvender sig, men mange børn og unge har kæmpet med symptomer i flere år, før de får hjælpen. Screeningssamtaler sikrer, at familierne får korrekt tilbud, men kræver differentialdiagnostiske kompetencer. Der ses en del med tegn på OCD, der får sporet *Når bekymring og tristhed fylder for meget*, ligesom der ses en del i gruppen der får tilbudt *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen*, som udviser tegn på angst og/eller depression. Det kan derfor være relevant at sikre en stor ensartethed i screeningssamtalerne for disse to spor, og at behandlere kan varetage behandling på begge spor.

61 % af forløbene har været kortere end manualens grundforløb, hvilket indikerer, at indsatsen kan være mere effektiv end antaget. Indsatser i læringsmiljø og netværksmøder har været anvendt i meget begrænset omfang, og skoler og myndighed er generelt meget lidt involveret i behandlingen.

Behandlingselementerne er overvejende fulgt, og både behandlere og familier fremhæver dem som væsentlige. Enkelte nævner behov for mere fleksibilitet i krav om deltagelse af barn eller forældre.

Er indsatsen leveret, som en tidlig indsats?

En del af de børn og unge, der tilbydes forløbet, har tegn på svær grad af OCD, er betydeligt problembelastede og påvirket på trivsel og funktion. Selvom de formelt ikke lever op til STIME-kriterierne, tilbydes de fortsat forløbet, og mange af dem profiterer af indsatsen. Groft anslået falder ca. halvdelen af de børn, der tilbydes forløbet, udenfor målgruppen ifølge screeningsvejledningerne.

De deltagende børn/unge er generelt lidt ældre end forventet (gennemsnit 11,8 år) og har ofte haft symptomer i længere tid. Mere end halvdelen har tidligere modtaget hjælp, især psykologssamtaler.

¹ Strength and Difficulties Questionnaire, se nærmere beskrivelse i rapportens metodeafsnit.

Sammenlignet med TECTO-projektet, hvor gennemsnitsalderen var 13,3 år (Pagsberg et al., 2025), når STIME en yngre og dermed tidligere målgruppe².

To tredjedele af børn/unge, der i screening udviser tegn på OCD, får ikke forløbet – nogle får andre STIME-forløb, andre henvises til anden hjælp eller modtager ingen hjælp, da symptomerne vurderes for svage. Det kan være relevant at overveje, om nogle i denne gruppe kunne have haft gavn af indsatsen, evt. som supplement til anden støtte.

Samlet set er de børn og unge, der deltager i forløbet, mere belastede end forventet for en “tidlig indsats”, og der er fortsat behov for at nå dem tidligere i symptomudviklingen.

Oplever forældrene deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn er øget?

81 % af forældrene angiver, at forløbet har opfyldt deres barns behov, og lige så mange angiver, at forløbet har opfyldt deres behov. 89 % angiver, at forløbet har hjulpet dem til bedre at håndtere barnets vanskeligheder, og 81 % oplever, at de har fået ny viden.

Oplever de børn og unge, der er i fokus for indsatsen, forløbet hjælpsomt og meningsfuldt?

76 % af de deltagende børn/unge angiver, at de har fået det bedre af at deltage i forløbet. 73 % oplevede, at der i forløbet blev arbejdet med det, de gerne ville, og 78 % oplevede, at behandlerens tilgang passede til deres behov.

89 % af børnene/de unge angiver, at de vil anbefale forløbet til en ven med tilsvarende vanskeligheder.

Har forløbet passet til familiernes behov?

97 % af forældrene og 97 % af børnene/de unge er tilfredse eller meget tilfredse med forløbet.

Selvom forløbet har ligget indenfor arbejds- og skoletid, har det generelt været muligt at få det indpasset i dagligdagen.

Det er klart kommunernes oplevelse, at sporet har dækket et behov i kommunen og har mødt familier, som ellers ikke ville have fået hjælp.

95 % af forældrene angiver, at de vil anbefale forløbet til en forælder til et barn med tilsvarende vanskeligheder.

Oplever behandlerne sig tilstrækkeligt klædt på og understøttet til at varetage forløbet?

Alle interviewede behandlere havde erfaring fra andre STIME-spor, hvilket gjorde det lettere at tilegne sig det nye spor. Uddannelse og supervision har generelt modtaget meget ros. Behandlere fra kommuner med få forløb eller stramme begrænsninger for antal forløb har haft vanskeligt ved at opfylde kravene til den praktiske del af uddannelsen³. Det kan anbefales, at kommuner, der sender medarbejdere på STIME uddannelse sikrer, at medarbejderne i samme periode prioriteres til forløb.

Manualen og det tilknyttede arbejdshæfte opleves som hjælpsomme og understøtter både behandlere og familier under og efter forløbet.

Behandlerne angiver, at det er hjælpsomt at være flere på samme arbejdsplads, der varetager forløbet. Det giver mulighed for at være to behandlere i rummet i starten, samt mulighed for løbende sparring i dagligdagen. Desuden har der været god gavn af det tværkommunale samarbejde.

Det lettere behandlingsarbejde i kommunerne understøttes af, at STIME-behandlerne alle hverdage har fri adgang til telefonrådgivning, hvor de kan få vejledning i akutte sager og i forhold til visitation eller

² Det skal dog understreges at målgruppen i TECTO er 8-17 år, mens den i STIME er ca. 6-17 år

³ Den fulde uddannelse består af deltagelse i undervisning, deltagelse i supervision og at have gennemført og været superviseret i fire forløb

forløb af en konkret sag. Dette har alle behandlere erfaring med og glæde af. I afprøvningsperioden har der været 52 henvendelser til telefonrådgivningen, der har vedrørt børn/unge med OCD-symptomer.

Fremadrettet peger behandlerne på, at en årlig opsamlingsdag og tværkommunal supervision kan styrke compliance med manualen og sikre fortsat videndeling på tværs af kommuner og sektorer.

Konklusion

97 % af forældrene og 97 % af børnene/de unge er tilfredse eller meget tilfredse med forløbet. Der ses et signifikant fald i OCD-symptomer hos de deltagende børn/unge. 83 % af familierne oplever et fald i OCD-symptomer, og der ses en forbedring på alle OCD-domæner.

Der ses endvidere sekundære positive effekter af forløbet på SDQ's samlede problemscore på følelsesmæssige symptomer, på adfærdsmæssige symptomer og på påvirkning af trivsel og funktion.

76 % af de deltagende børn/unge angiver, at de har fået det bedre af at deltage i forløbet. 81 % af forældrene angiver, at forløbet har opfyldt deres barns behov, og lige så mange angiver, at forløbet har opfyldt deres behov.

Generelt fortæller kommunerne, at det har været let at implementere sporet, da de allerede har en række STIME-spor og derved de organisatoriske rammer og arbejdsgange på plads. Alligevel må det samlet set konstateres, at kommunernes strategier for rekruttering har været for forsigtige, da mange ligger langt fra de mål, der blev sat, og ingen ligger over.

De deltagende familier har oplevet, at hjælpen er kommet hurtigt, når de har henvendt sig rette sted.

61 % af forløbene har været kortere end manualens grundforløb, hvilket indikerer, at mindre vurderes tilstrækkeligt. Indsatser i læringsmiljøet og deltagelse i netværksmøder har været anvendt i meget begrænset omfang. Det er en generel opfattelse blandt behandlerne, at skolerne er meget lidt involveret. Skolerne ser ikke problematikken, henviser sjældent til dette spor og indgår altså også sjældent i behandlingen.

Der ses en gruppe af børn og unge, der får tilbudt forløbet, som har tegn på svær grad af OCD. De lever umiddelbart ikke op til kriterierne for STIME, men tilbydes af forskellige årsager fortsat forløbet. En grov vurdering er, at ca. halvdelen af børnene falder udenfor målgruppen, hvis screeningsvejledningerne skal følges. Det ser dog ud til, at der også i denne gruppe er en del, der profiterer af forløbet.

Alt i alt må det konstateres, at de deltagende børn og unge er mere ramte end forventet, når man taler om "tidlig indsats", og at der stadig ligger en opgave i at få kontakt med dem tidligere i symptomudviklingen.

Behandlerne har generelt oplevet sig godt klædt på og understøttet i forhold til at varetage forløbene.

Den undersøgte indsats

I det følgende gives en lidt grundigere indføring i den undersøgte behandlingsindsats. Indholdet vil være kendt for læsere, der allerede beskæftiger sig med indsatsen. Disse kan med fordel springe afsnittet over.

Forskning peger på, at behandling af OCD er effektiv, og at effekten øges, jo tidligere den relevante hjælp iværksættes (Fineberg et al., 2019; Stewart et al., 2004). I praksis er det dog primært børn og unge med moderat til svær OCD, der diagnosticeres og modtager behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. STIMEs behandlingsforløb: *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen* er derfor udviklet til børn og unge med milde til moderate OCD-symptomer, som uden støtte er i væsentlig risiko for at udvikle mere alvorlig OCD og dermed få behov for mere indgribende behandling inden for det psykiatriske system.

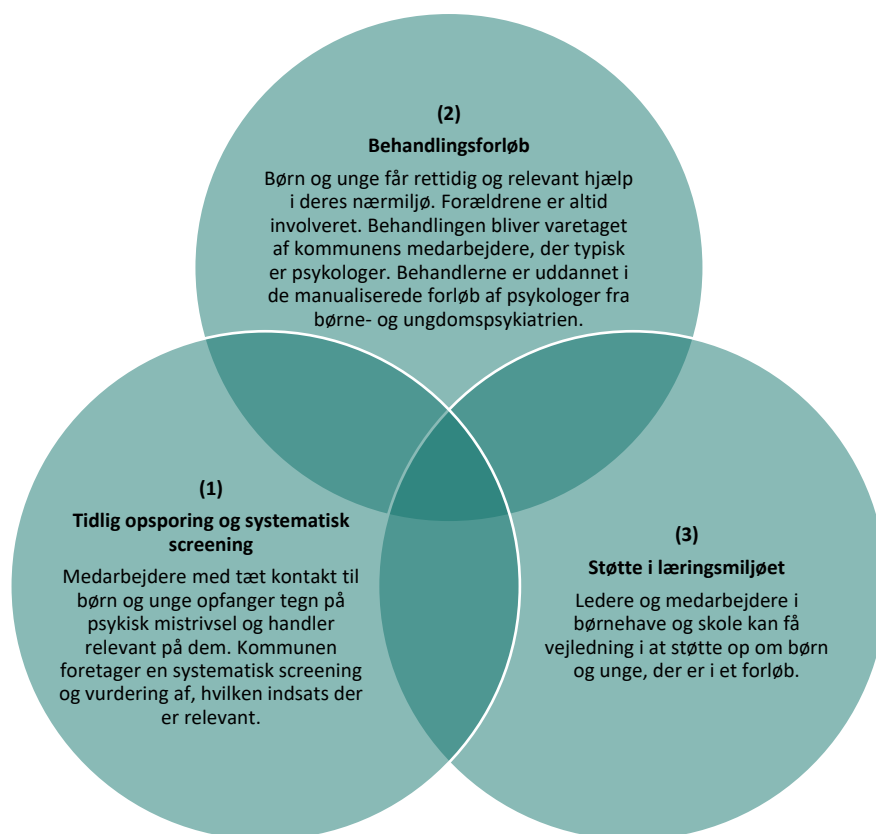
Behandlingen placerer sig på et indikeret forebyggelsesniveau og tilbyder en lavtærskel, tidlig og mindst indgribende indsats, svarende til trin to i de graduerede indsatser eller forløbsprogrammer. Tidligere evalueringer har vist, at netop indsatser på dette trin ofte er vanskelige at forankre organisatorisk, og at adgangen til dem kan være begrænset (Implement Consulting et al., 2021).

Forløbet er udviklet i overensstemmelse med den faglige ramme for lettilgængelige kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel, som er en del af udmøntningen af Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens 10-årsplan for bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser (Danmark, 2022).

Forløbet *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen* baserer sig på den manual, der anvendes i TECTO studiet (Treatment Effects of Cognitive Therapy in Adolescents with OCD), og som er afprøvet i BUC. Der er tale om en revideret og nedskaleret version af denne manual og en målgruppe med mindre udviklet grad af OCD. Kerneelementerne i TECTO er de samme som i STIME-forløbet, og forløbslængden er 14 sessioner af 75 minutter. Ind- og eksklusionskriterierne adskiller sig ved, at TECTO kun indtager børn/unge med moderat eller svær OCD, samt ekskluderer børn/unge med udviklingsforstyrrelser (Thoustrup et al., 2025). Desuden er TECTO-gruppen en smule ældre, nemlig 8-17 år (Pagsberg et al., 2025), mens STIME-forløbets målgruppe er 0. klasse til 17 år.

Formål med indsatsen

En STIME-indsats består af tre parallelle og indbyrdes forbundne elementer: (1) Tidlig opsporing og systematisk screening, der skal sikre, at børn og unge i målgruppen hurtigt og let får adgang til relevant hjælp. (2) Et behandlingsforløb, som tilbyder en specialiseret og målrettet indsats, der gør familien i stand til selvstændigt at håndtere barnets eller den unges symptomer på tvangstanker og/eller tvangshandlinger efter endt forløb. (3) Understøttende indsatser i barnets eller den unges læringsmiljø, når dette vurderes at kunne styrke behandlingens effekt.



Figur 1 STIME elementer

STIME-indsatsen har til formål at sikre en systematisk opsporing, screening og tidlig hjælp i nærmiljøet for den gruppe af børn og unge, der oplever tvangstanker og tvangshandlinger i et omfang, som medfører begyndende til moderat funktionsnedsættelse, men som endnu ikke har behov for udredning og behandling i det psykiatriske system.

STIME-behandlingsforløbet:

Når gentagne tanker og handlinger tager styringen

har til formål, at barnet/den unge lærer at stå imod de gentagne tanker og/eller handlinger og ikke længere lader sig styre af dem, så de i stedet kan engagere sig i det liv, de ønsker.

De mere specifikke formål med de familievejledende samtaler er følgende:

- ▶ Give børn/unge og forældre en forståelse af, hvad tvangstanker og -handling er, hvad de gør ved den, der er ramt, og hvorfor man ikke bare kan lade være.
- ▶ Almenføre tvangstanker og -handling og forklare, at barn/ung har almenkendte vanskeligheder, som kan behandles.
- ▶ Give barn/ung og forældre en grundig forståelse af, hvorfor det at få det bedre er forbundet med graduerede, men vanskelige adfærdssændringer.
- ▶ Give håb og understøtte mestringsfølelse og motivation ved at tilrettelægge et forløb, hvor barn/ung gradvist får erfaring med at mestre generende tvangstanker og tvangshandlinger, og hvor forældrene får erfaring med at støtte deres barn relevant.
- ▶ På skånsom og støttende vis give forældre indsigt i (eventuel) egen vedligeholdende adfærd.

Målgruppe

Målgruppen for forløbet er børn og unge fra 0. klasse til og med 17 år, der oplever OCD i mild til moderat grad. Det drejer sig om gentagne tanker og handlinger, som i en vis udstrækning har fået kontrol over barnets eller den unges hverdag og dermed hæmmer deres trivsel og udvikling. Funktionsnedsættelsen og symptomernes omfang er dog endnu ikke så udtalte, at en psykiatrisk udredning ville føre til en diagnose for moderat til svær OCD.

Mellem 0,5 % og 3 % af børn og unge under 18 år diagnosticeres med OCD (Hove Thomsen & Weidle, 2015). OCD er en invaliderende lidelse, der kan føre til skolefravær, social tilbagetrækning, familiekonflikter og nedsat daglig funktionsevne (Pretzmann et al., 2023). Uden behandling kan lidelsen blive kronisk og fortsætte ind i voksenlivet (Pretzmann et al., 2023).

OCD hos børn opdages ofte, når børnene er 9-10 år gamle. Blandt voksne med OCD rapporterer mellem en tredjedel og halvdelen, at de kan huske, den startede i barndommen (Tolstrup & Reinholdt-Dunne, 2020).

Langt fra alle med OCD bliver diagnosticeret – dels fordi symptomerne i nogle tilfælde kan skjules eller tolereres, dels fordi nogle oplever kortvarige forløb med spontan remission (Stewart et al., 2012). OCD anses for at være en underdiagnosticeret tilstand, særligt i barne- og ungdomsårene, hvor lidelsen er relativt hyppig (Vivan et al., 2014). Derfor må det forventes, at forløbet både vil modtage henvendelser fra børn og unge, der potentielt kunne udvikle symptomer i retning af psykiatriens målgruppe, og fra nogle, hvor symptomerne gradvist vil aftage over tid.

Der er overordnet tre former for OCD:

- ▶ Overvejende obsessiv tilstand, hvor barnet/den unge primært har tvangstanke.
- ▶ Overvejende kompulsiv tilstand, hvor barnet/den unge primært har tvangshandlinger.
- ▶ Blandet obsessiv/kompulsiv tilstand, hvor den unge både har tvangstanke og -handlinger, og som er langt den mest almindelige form.

STIMES forløb retter sig mod børn og unge med alle tre varianter.

For at komme i betragtning til et forløb, skal tvangstanke og/eller tvangshandlinger påvirke barnets/den unges funktionsniveau i betydelig grad i hverdagen i forhold til for eksempel familie, venner, skole, fritidsliv eller andre vigtige livsområder.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
▶ Går som minimum i 0. klasse og er ikke ældre end 17 år.	▶ Er i målgruppe for behandling i psykiatrien.
▶ Har tvangstanke og/eller tvangshandlinger i mild til moderat grad.	▶ Har anden psykisk lidelse, som kræver udredning, eller som ikke er vel varetaget.
▶ Har en selvoplevet belastning, der er forbundet med tvangstanke og/eller tvangshandlinger.	▶ Har andre vanskeligheder end tvangstanke og -handlinger, som aktuelt udgør den primære belastning.
▶ Oplever at tvangstanker som egodystone, og er dermed selv klar over, at de er overdrevne.	▶ Har tidligere modtaget behandling for OCD i psykiatrien.
▶ Funktionen er påvirket af tvangstanke og/eller tvangshandlinger med for eksempel nedsat skolefunktion, socialt påvirket eller dårligt fungerende hjemme.	▶ Har øget eller akut selvmordsrisiko.
	▶ Har et lavt funktionsniveau af andre årsager som for eksempel et væsentligt nedsat kognitivt funktionsniveau.

For at indplacere barnet/den unge i forhold til symptomernes sværhedsgrad, vejleder manualen i at bruge skemaet på næste side. Her vurderes fem domæner indenfor OCD symptomer i forhold til sværhedsgrad. Domænerne indgår i screening og afrapporeres følgelig også i evalueringen.

Vurdering af sværhedsgrad

Tidsforbrug på tvangstanker og -handlinger		Ubehag/angst forbundet med tvangstanker og -handlinger	Forstyrrelse af funktion grundet tvangstanker og -handlinger	Modstand mod tvangstanker og -handlinger	Kontrol over tvangstanker og -handlinger
Mild grad	Lejlighedsvis forsinkelse i begyndelse eller afslutning af aktiviteter/ opgaver. Tvangshandlinger fylder mindre end 1 time dagligt og opstår lejlighedsvis.	Sjældne og ikke forstyrrende tanker. Kun lidt ængstelse eller frustration, hvis tvangshandlingen forhindres.	Tvangstanker eller - handlinger forstyrrer lidt i sociale sammenhænge eller i skolearbejdet, men den generelle præstation er ikke nedsat. Mindre ændring i skole-, social funktion eller hjemme.	Forsøger altid at gøre modstand, eller symptomerne er så minimale, at de ikke behøver at blive modgået.	Som regel i stand til at udholde tvangstanker uden at udføre en aktiv handling.
Moderat grad	Hyppig forlængelse af rutineaktiviteter, men opgaverne afsluttes som regel. Ofte for sent på den. Tvangshandlinger udfylder 1-3 timer dagligt eller forekommer hyppigt (2-3 gange i timen).	Hyppige og forstyrrende tvangstanker, men stadig til at have med at gøre. Kun lidt ængstelse eller frustration, hvis tvangshandlingen forhindres. Kun lidt lindring i ængstelse/frustration, når tvangshandlingen udføres.	Sikker forstyrrelse i sociale sammenhænge eller i skolearbejdet, men livssituationen er stadig til at have med at gøre. Det er sværere at gøre ting, det tager længere tid (opgaver/skolestand-punkter bliver dårligere, færre venner, større problemer hjemme end tidligere), men det fungerer dog stadig.	Gør visse forsøg på at stå imod. Kender impulsen til tvangshandlinger og kan indimellem vente med at udføre dem.	Formår indimellem at udholde tvangstanker. Føler stærk indre trang til at udføre tvangshandlinger; kan kun kontrollere med besvær.
Svær grad	Meget hyppigt og udtalt besvær med at påbegynde og afslutte almindelige opgaver. Er som regel for sent på den. Tvangshandlinger udfylder mere end 3 og op til 8 timer dagligt eller optræder meget hyppigt (5-8 gange i timen).	Tvangstanker og - handlinger opstår meget ofte og meget forstyrrende (bliver meget opkørt, kan tabe kontrollen indimellem, får udbrud eller „lukker af“). Kraftigt fremtrædende og meget forstyrrende øgning af ængstelse/frustration, hvis tvangshandlingen afbrydes.	Påvirket i betydelig grad på funktionen i sociale sammenhænge eller i skolearbejdet (betydelige skoleproblemer, som giver øget skolefravær, vanskeligheder ved at klare eksamen o.l., tiltagende social isolation og vanskelig hjemmesituation).	Gør visse forsøg på at stå imod tvangstanker. Giver dog op over for næsten alle tvangshandlinger uden forsøg på at beherske dem, men gør det med en vis modvilje. Erkender symptomerne som OCD.	Sjældent i stand til at udholde tvangstanker, og kun med stort besvær. Udtalt trang til at udføre tvangshandlinger, skal udføres helt til ende. Kan kun udsætte tvangshandlinger med stort besvær.

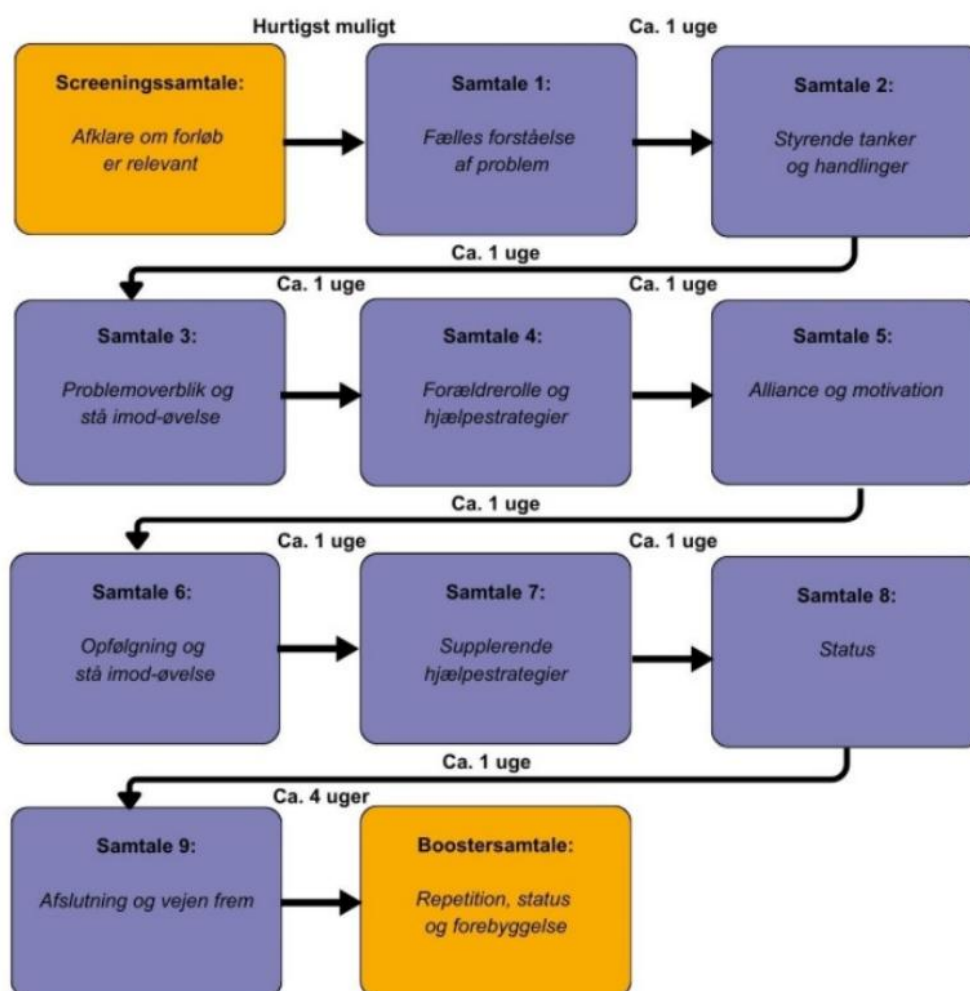
Gradsinddeling fra Yale-Brown skala til vurdering af tvangstanker og tvangshandlinger hos børn og unge (CY-BOCS).

Forløb

Behandlingsforløbet er baseret på Kognitiv Adfærdsterapi (KAT), hvor den centrale komponent i behandlingen af OCD-symptomer er eksponering med responshindring (ERP) (Hove Thomsen & Weidle, 2015; Pretzmann et al., 2023). I ERP udsættes barnet eller den unge gradvist for frygtede objekter, situationer eller tanker, samtidig med at vedkommende støttes i at undlade at udføre de tilknyttede tvangshandlinger. Behandlingen indeholder desuden en betydelig grad af psykoedukation, hvor barnet/den unge og familien opnår forståelse for mekanismerne bag OCD og principperne for behandlingen.

Grundforløbet består af en screeningssamtale og ni kernesessioner. Forældre er med hver gang, men i dele af samtalerne arbejder barnet/den unge alene med behandleren. Behandler kan, ud fra en konkret vurdering af familiens behov og progression, tilpasse antallet af samtaler i forløbet. Forløbet kan dog kun udvides i fald der er progression, og at barnet/den unge fortsat møder kriterierne for målgruppen.

Forløbet kan udvides med op til tre tillægssamtaler og kan også reduceres, hvis symptomerne falder hurtigt.



Figur 2 Grundforløb

STIME-manualen: *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen* er udviklet med udgangspunkt i NordLOTS-manualen (Hove Thomsen & Weidle, 2015), som beskriver et 14-sessioners familiebehandlingsforløb til børn og unge med OCD. Metoden har vist god effekt i både NordLOTS- og TECTO-studierne (Højgaard et al., 2020; Pagsberg et al., 2025; Pagsberg et al., 2022; Thomsen et al., 2020). I STIME-regi er metoden tilpasset til en kortere manual målrettet børn og unge med mildere grader af tvangstanker og -handlinger.

Evalueringsdesign

Der er tale om et før-efter-design uden kontrolgruppe, kombineret med kvalitative interviewdata (mixed-method). I Sundhedsstyrelsens evidenshierarki klassificeres et før-efter-design uden kontrolgruppe som et observationsstudie med begrænsede muligheder for at fastslå årsag-virkning (Sundhedsstyrelsen). Designet giver et udgangspunkt for at belyse udvikling over tid og identificere potentielle effekter af en indsats, men ligger metodisk lavere end designs, der inkluderer en kontrolgruppe. I GRADE-systemet vil sådanne studier typisk blive vurderet som evidens af lavere styrke, men de kan stadig bidrage med vigtig viden – særligt når der er fokus på praksisnær læring, implementering eller tidlige erfaringer med en indsats.

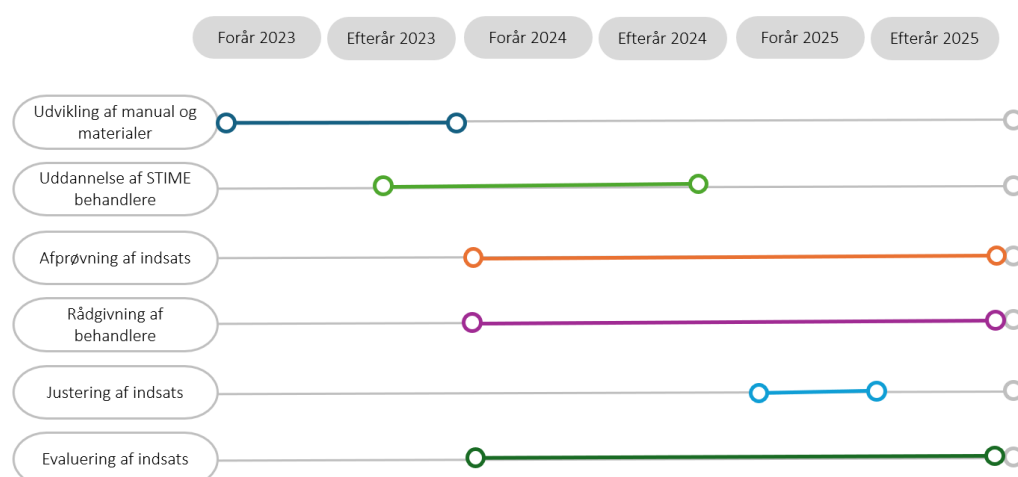
Afprøvningen er foregået i følgende partnerskabskommuner:

- Bornholms Regionskommune
- Frederiksberg Kommune
- Gladsaxe Kommune
- Gentofte Kommune
- Høje-Taastrup Kommune
- Københavns Kommune
- Lyngby-Taarbæk Kommune
- Tårnby Kommune

Hver kommune har indledningsvist uddannet to behandlere til sporet, og undervejs har der været mulighed for at få uddannet yderligere behandlere. Sideløbende med behandling på sporet har hver behandler deltaget i 8-10 gange tværkommunal supervision med en supervisor fra BUC. Desuden har kommunerne været understøttet af STIMEs rådgivningstelefon, hvor de løbende har kunne få sparring fra BUC's medarbejdere.

Tidsplan

Afprøvning af forløbet: *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen*



Figur 3 Tidsplan for projektet

Kvantitative datakilder

Familier, der har henvendt sig til eller været visiteret til STIME med bekymring om OCD-symptomer, er i de fleste tilfælde først blevet screenet telefonisk, hvorefter alle relevante har fået tilsendt brev med koder i e-boks til at logge ind på den sikrede platform "BørnUngeLiv" (BUL), hvor spørgeskemaerne tilgås.

Når barnet er under 11 år, er det alene forældrene, der besvarer spørgeskemaerne⁴. Enkelte kommuner sender også spørgeskemaer til barnets lærer, men disse indgår ikke i evalueringen, da der er meget få besvarelser, og da der ikke findes efterevalueringer fra denne gruppe.

Oversigt over kvantitative datakilder ses i nedenstående tabel.

Data	Datakilde	Informant	Tidspunkt
Baggrundsdata	Profildata	Visitor Forældre	Ved henvendelse
Data om forløbet	Afslutningsdata	Behandler	Ved afslutning
Psyiske trivsel og funktion i dagligdage	Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Barn/ung Forældre (Plejeforældre) (Lærer)	Ved start og slut af behandling
Selvskade	Screeningsspørgeskema	Barn/ung	Ved henvendelse
Spiseforstyrrelses-symptomer	Screeningsspørgeskema	Barn/ung Forældre	Ved henvendelse
Bekymring og/eller tristhed	Screeningsspørgeskema	Barn/ung Forældre	Ved henvendelse
Tvangstanker og/eller - handlinger	Screeningsspørgeskema	Barn/ung Forældre	Ved henvendelse
OCD symptomer	MY-OCD-S-II	Barn/ung	Ved start og slut af behandling
Tilfredshed	Evalueringskema	Barn/ung Forældre	Ved afslutning

Tabel 1 Kvantitative datakilder

Til at måle effekten af forløbene anvendes skemaerne MY-OCD-S-II og SDQ. Ved børn under 11 år svarer alene forældre. Ved børn 11 år eller ældre besvares SDQ både af barn og forældre, mens MY-OCD-S-II kun besvares af barnet/den unge. Forældrene instrueres i at støtte børnene i at læse og fortælle spørgeskemaerne efter behov (STIME, 2025a, 2025b). Endvidere indgår tilfredshedsmålinger fra både børn/unge (11+ år) og forældre.

Kendskab til, om familien har fået forløbet, samt hvilke ydelser der har indgået i forløbet, registreres af en kommunal medarbejder ved forløbenes afslutning. Det har derfor ikke været muligt at inddrage data fra forløb, der stadig er pågående, eller som mangler afslutning i systemet.

Nedenfor gennemgås de to effektmålinger kort.

SDQ

Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ) belyser bredt børns og unges psykiske trivsel og funktion i dagligdagen.

SDQ leverer en samlet "problemscore" samt en række delscorer. Der lægges i rapporten overvejende vægt på den samlede problemscore, samt "funktionsscoren" (påvirkning af trivsel og funktion). Der er en stigende opmærksomhed på, at funktionsscoren formentlig giver en bedre sammenfatning af omfanget af eventuelle vanskeligheder og bedre afspejler effekten af virkningsfulde indsatser (Goodman, 1999; Hawes & Dadds, 2004; Janssens & Deboutte, 2009).

I rapporten er der taget udgangspunkt i SDQ-normer for disse to scorer, som inddeler i fire norm-kategorier: "almindelig" (som udgør 80 % af variationen – det er altså 80 % af børn/unge, der falder indenfor denne gruppe), "let forhøjet" (som markerer, at mindst 80 % har en lavere score), "høj" (som angiver, at mindst 90 % har en lavere score) og "meget høj" (som angiver, at mindst 95 % har en lavere score – altså at de tilhører gruppen af de 5 % af børn, der har det sværest på dette område). Da normniveauerne er

⁴ Denne grænse er efterfølgende hævet til 13 år.

forskellige afhængigt af, hvem der svarer, er der i rapporten korrigeret for barnet/den unges alder, samt om skemaet er besvaret af barnet/den unge selv eller en forælder. Der er dog ikke korrigeret for køn.

MY-OCD-S-II

Til at måle effekt af forløbet på OCD-symptomer anvendes spørgeskemaet MY-OCD-S-II (Mini Youth OCD Scale II). Skemaet findes i to versioner. Et, som den unge besvarer selv (eventuelt med forælderstøtte), og et som forælderen besvarer, når barnet er under 11 år. Skemaet identificerer typen af tvangstanker og -handling og måler sværhedsgraden af OCD-symptomer hos barnet/den unge.

MY-OCD-S-II er udviklet af David R.M.A. Højgaard, psykolog, Ph.d., Katja Anna Hybel, specialpsykolog, Ph.d., Judith Becker Nissen, overlæge, Ph.d., Per Hove Thomsen, professor, Dr.Med.Sci., Klara Halberg, psykolog. Skemaet er udviklet med det formål at undersøge typen og sværhedsgraden af uønskede tanker og handlinger hos børn og unge fra 0. klasse til og med 17 år. Skemaet er fortsat under validering, og der forefindes derfor ikke normer eller cut-off-score. Skemaet er en forkortet udgave af det i forvejen validerede spørgeskema CY-BOCS (Gallant et al., 2008; Storch et al., 2004).

Kvalitative datakilder

Der er foretaget interviews med behandlere og familier, der har deltaget i sporet. Interviewene har vedrørt implementering, screening, gennemførsel og oplevelser med forløbet og effekter deraf.

Familier og behandlere er rekrutteret gennem de enkelte kommuners tovholdere uden indblanding fra evaluator. Kommunerne har adspurgt de enkelte informanter om samtykke til deltagelse og videresendt kontaktoplysninger til evaluator, der efterfølgende har arrangeret og gennemført interviewene.

Interview med familier

Der er gennemført interview med seks familier i seks af de otte afprøvningskommuner. To familier er repræsenteret ved den unge, mor og far, to er repræsenteret ved den unge og én forælder og to interviews er repræsenteret ved én forælder.

De unge i familierne er mellem 10 og 17 år og repræsenterer aldersmæssig bredde i forhold til målgruppen (dog er der tre på 13 år). Der er én dreng og fem piger. Alle bor med begge deres forældre, og alle har søskende. De er bosat i hver sin kommune i hovedstadsregionen.

Interviewene er foregået online og blev optaget og transskriberet. Citater angives alene med "far", "mor" eller "ung, alder" for at beskytte deltagernes identitet. Da der kun er én dreng, er køn ikke angivet. Direkte citater er redigeret let af læsevenlighedshensyn. Citater fra forældre står i blå bokse, og citater fra unge står i grønne bokse.

Interview med behandlere

Der er gennemført interviews med én behandler fra hver af de otte deltagende kommuner. Flere af behandlerne har endvidere haft en tovholderfunktion i forhold til projektet.

De interviewede behandlere er alle psykologer. De fleste er autoriserede, og mange har været en del af STIME igennem en del år og varetager også behandling på andre STIME spor.

Interviewene er foregået online og blev optaget og transskriberet. Citater angives med "psykolog, erfaring på sporet" for at beskytte deltagernes identitet. Direkte citater er redigeret af læsevenlighedshensyn og har været til gennemsyn hos informanterne. Citater fra behandlere står i pink bokse.

Resultater

Interviews er gennemført i perioden 18. juni 2025 til 24. september 2025.

Kvantitative data er trukket for perioden 1. december 2023 til 30. september 2025. På daværende tidspunkt var der fortsat tre måneder tilbage af afprøvningsperioden. Ved trækningstidspunktet har 78 børn/unge og deres familier gennemført forløbet: *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen*. Derudover er der en række fortsat igangværende forløb. Desuden er 26 forløb afbrudt af årsager, som fremgår senere. Der er alt i alt opstartet forløb med 104 familier, hvilket er noget færre end de 216 forløb, som var forventet. Bidragende årsager til dette fremlægges også i det efterfølgende, særligt uddybet i interviewene med behandlere.

Der er forløb, hvor én forælder har besvaret spørgeskemaer, og forløb hvor to forældre har besvaret spørgeskemaer. For at disse vægtes ens er forløb med to forældrebesvarelser reduceret til én. I tilfælde, hvor der er uens besvarelse hos forældrene, er det prioriteret at vælge den forælder, der har besvaret både før- og efter behandlingsforløbet. Gælder dette begge forældre, er den ene tilfældigt valgt.

Hvor der ligger både besvarelse fra ung og forælder, er der taget udgangspunkt i selvbesvarelsen fra den unge – dog er den person prioriteret, som har besvaret både før- og eftermåling (dvs. før- og eftermåling er altid den samme i familien, med en enkelt undtagelse, hvor en forælder har udfyldt førmåling, og en anden forælder har udfyldt eftermåling).

Startdato/henvendelsesdato er sat til den dato, hvor sagen er oprettet i BUL. Slutdato er sat til den dato, hvor et efterevalueringsskema er udfyldt.

For effektmålingen indgår alene forløb, der er registreret som at have modtaget den undersøgte indsats, og hvor der er både før- og eftermåling og/eller udfyldt evalueringsskema.

Til signifikansberegning af effektmåling er benyttet *paired t-test*. Det skal dog nævnes, at spørgeskemaerne besvares på 5-punkt Likert-skalaer (fx fra "meget enig" til "meget uenig"), som er ordinale skalaer⁵, men behandles altså i analysen som intervaldata. Forskelle i måling er testet for statistisk signifikans på minimum 1-procents niveau. Det betyder, at en forskel, der er statistisk signifikant på 1-procents niveau, kan opfattes som en reel forskel med mindst 99-procents sikkerhed og dermed ikke kan tilskrives tilfældigheder. Der, hvor der kun afrapporteres enkeltstående Likert-skalaer, er der ikke lavet beregning af signifikans.

Interviewene er foregået online og blev optaget og transskriberet. Der er foretaget efterfølgende meningskondensering. De kvantitative og kvalitative data rapporteres sammen, da de supplerer hinanden under de forskellige temaer.

Frafaldsanalyse

I undersøgelsesperioden vurderes det, at der har været henvendelser fra mindst 312 familier⁶, hvor barnet/den unge har udvist tegn på OCD⁷. Heraf har 112 (35,9 %) fået tilbudt og taget imod et andet STIME spor. Særligt sporet *Når bekymring eller tristhed fylder for meget*, som er givet til 38,4 % af de børn/unge med tegn på OCD, der modtager et andet STIME spor. Der ses desuden en del (18,8 %), der modtager sporet *Når svære følelser fører til selvskade*.

96 (30,8 %) af de familier med børn/unge, der viser tegn på OCD, modtager af forskellige årsager ikke noget STIME spor. I de fleste tilfælde er årsagen ikke registreret, men 24,0 % tilbydes et andet tilbud i

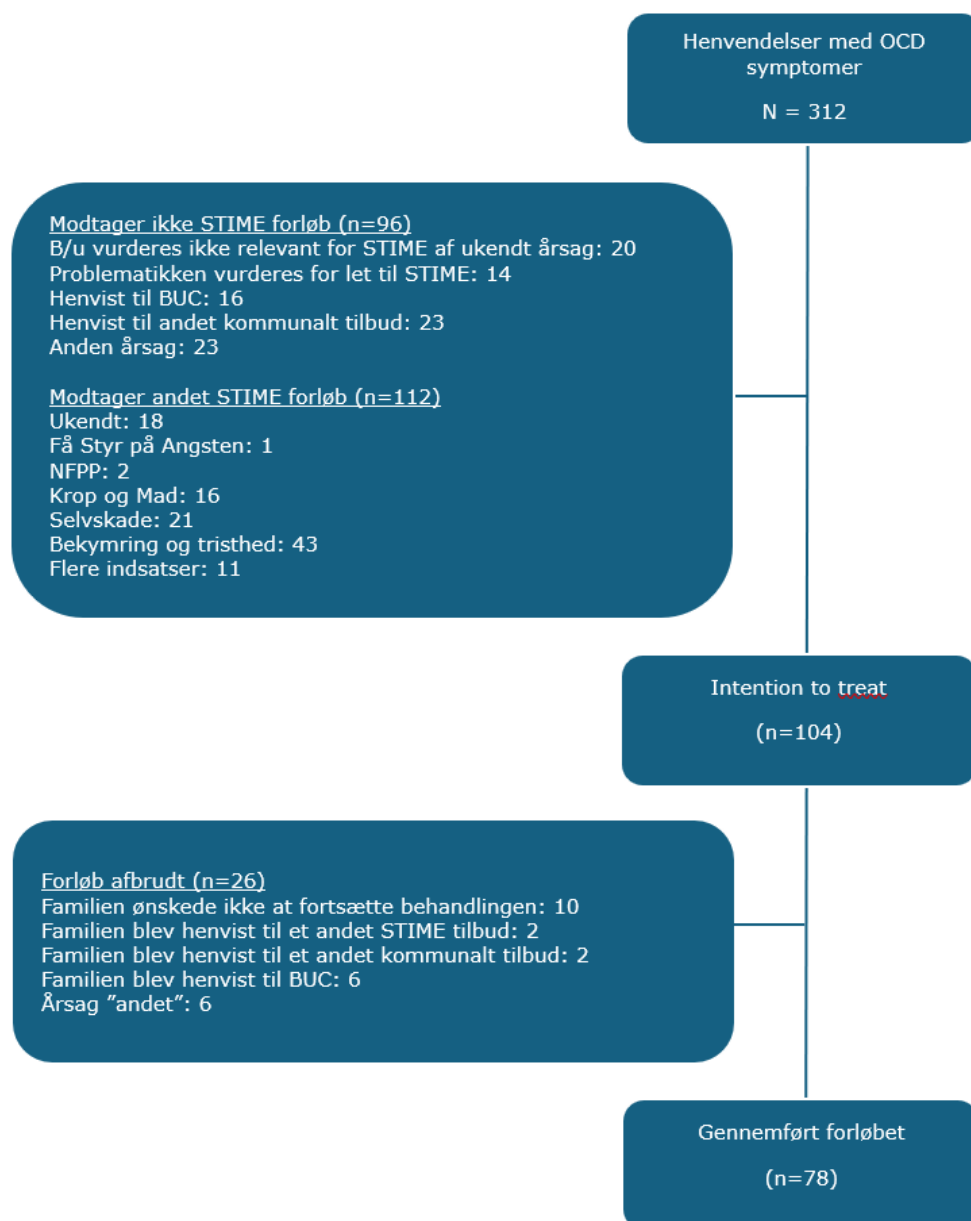
⁵ Der er ikke nødvendigvis lige langt mellem de forskellige kategorier (som der vil være ved en intervalskala).

⁶ Der har været henvendelser fra flere familier, men af datasættet indgår alene afsluttede forløb, da det først er ved afslutning af forløbet de relevante oplysninger registreres.

⁷ Det vurderes at barn/ung har tegn på OCD, hvis vedkommende (a) har modtaget forløbet og/eller (b) har screenet positivt for OCD symptomer og/eller (c) har fået tilsendt spørgeskemaet MY-OCD-S-II.

kommunen, 16,7 % sendes videre til Børne- og Ungdomspsykiatrien (BUC), og 14,6 % vurderes med for lette symptomer til en indsats.

104 familier starter op i forløbet, hvilket er 33,3 % af de familier med et barn/ung med tegn på OCD. Heraf afbrydes forløbet i 26 tilfælde (25,0 %). I 10 tilfælde er det familien selv, der vælger at afbryde forløbet, seks henvises til BUC, to overflyttes til et andet STIME spor, og to til et andet kommunalt tilbud. Der er i analysen kigget på, om der ses forskelle på gruppen af familier, hvor forløbet afbrydes og familier i forløb der gennemføres i forhold til symptombelastning forud for forløbet, men der ses ikke umiddelbart forskel. Der er dog også tale om en uhomogen gruppe med forskellige grunde til afbrud, men hvor hver enkelt gruppe er for lille til at analysere separat. Det kunne dog være relevant at se nærmere på i et større datasæt, da det kan give input til visitationsproceduren og understøtte, at familierne lander i "rette tilbud" hurtigst muligt.

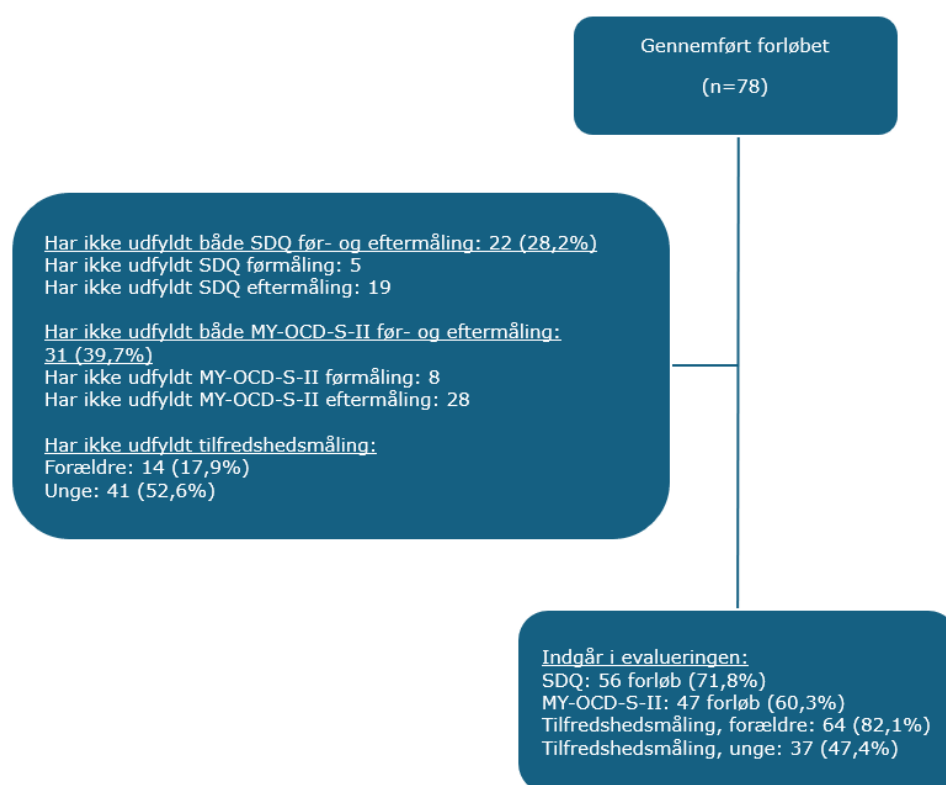


Figur 4 Henveldeiser og gennemførte forløb

I interviewene med behandlere kommer det frem, at nogen af forløbene bliver afbrudt, fordi den unge syntes det er for hårdt arbejde. Det understøttes af forskning, at nogen unge presses for meget af eksponeringsterapien og udvikler nye symptomer som depression, angst, stress, søvnproblemer, suicidalitet og/eller forværring af OCD-symptomer (Pretzmann et al., 2023). Unge vil oftere end voksne udvikle sådanne symptomer.

Andre må afbrydes, fordi effekten udebliver, og hjælpes videre til anden hjælp. Men også her får familien en oplevelse af at møde en kommune, der gerne vil hjælpe. Det kan, ifølge en behandler, stadig give familien en oplevelse af at være blevet grebet.

Af de 78 gennemførte forløb er der ikke fuldkomne data på alle forløb. Der forefindes SDQ før- og eftermåling i 71,8 % af forløbene. Der forefindes MY-OCD-S-II før- og eftermåling i 60,3 % af forløbene. En forælder har udfyldt tilfredshedsmåling i 82,1 % af forløbene, og den unge⁸ har udfyldt tilfredshedsmåling i 47,4 % af forløbene.



Figur 5 Frafald

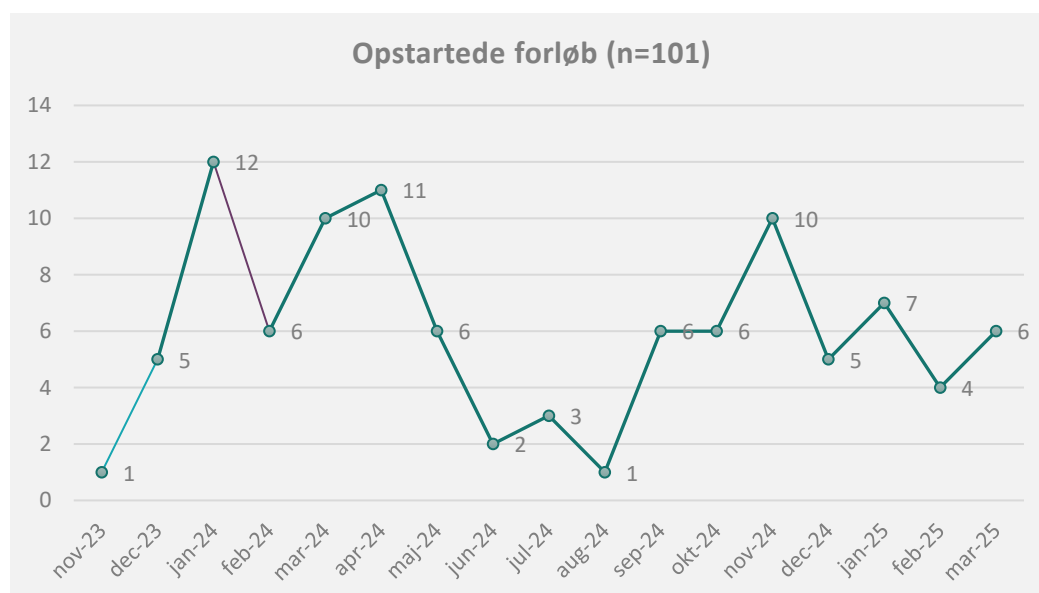
Det er således dette datasæt, der overvejende arbejdes videre med, sammen med data fra de kvalitative interviews.

⁸ Der sendes ikke skemaer til børn under 11 år.

Implementering og levering af forløbet

Processen om implementering af forløbet i de otte kommuner har haft meget forskellige vilkår, som blandt andet viser sig i antallet af gennemførte forløb i den enkelte kommune. Processen har flere steder været berørt af organisationsforandringer forbundet med implementering af det lettilgængelige kommunale behandlingstilbud (Sundhedsministeriet (2025); BEK nr 384 af 08/04/2025). Implementeringen af dette tilbud har i sidste ende understøttet STIME-tilbuddene, men overgangen har taget ressourcer og fokus i perioden for projektet. Af blandt andet disse årsager, samt interne kommunale uklarheder, fortæller flere kommunale behandlere, at det har taget alt for lang tid før de begyndte at tage familier ind. For de kommuner, hvor STIME er knyttet op på PPR, opstår der også ofte flaskehals omkring sommerferien. Dette har, sammen med andre faktorer, der berøres senere, betydet at de fleste af de deltagende kommuner ikke har leveret det antal forløb, de var forpligtet på.

Ser man på antallet af forløb, der er opstartet i perioden, ses dog ikke nogen tydelig tendens til, at tallet er øget hen over perioden. Men da der kun indgår afsluttede forløb, er der antageligvis opstartet flere forløb sidst i perioden end her angivet. Af samme årsag indgår heller ikke forløb opstartet efter marts 2025.



Figur 6 Antal opstartede forløb i perioden.

Når dette er sagt, så nævner flere af de interviewede behandlere, at implementeringsprocessen på mange måder har været let, da kommunen allerede havde en række STIME-spor og derved de organisatoriske rammer og arbejdsgange på plads. *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen* har generelt passet godt ind i kommunernes tilbudsvifte. Der er tale om en tydeligt afgrænset målgruppe, som har været let at formidle til fx kommunens frontpersonale.

Flere af behandlerne fortæller, at familierne i denne målgruppe forud for implementering af forløbet, er gået forgæves efter hjælp. Flere er blevet afvist i psykiatrien, fordi symptomerne endnu ikke var svære nok, mens andre har søgt hjælp i privat regi. Nogle har fundet vej til andre kommunale tilbud, som fx Cool Kids, men har oplevet af tilbuddet ikke helt passede. Der er andre, der har fået tilbudt familiebehandling, men som ikke har haft den specialisering i forhold til tvangstanker og -handling, som gør sig gældende i *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen*.

”Det har virkelig været dejligt at få et OCD-spor, fordi vi inden da havde nogen, som vi afviste, som vi ikke kunne tilbyde noget andet, og vi vidste heller ikke, hvor vi kunne sende dem hen. Så det har helt sikkert været en gave for borgere OG for medarbejdere at have noget, man kan tilbyde. Det har helt sikkert lukket et hul, der var der. Og at man ikke skal i psykiatrien og få diagnosen og så ikke få noget tilbud bagefter eller selv skal betale det. Personligt synes jeg også bare, det er et spændende spor at arbejde med. OCD det har bare et sjovt væsen, som er motiverende at arbejde med.”

Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 5 forløb på sporet

Rekruttering af behandlere

STIME-forløb varetages ideelt af autoriserede psykologer (”kliniske psykologer” per 1. januar 2026). Alle kommunale behandlere fortæller, at det har været let at rekruttere til opgaven. Det er den generelle tilbagemelding, at opgaven med STIME-behandling er attraktiv for kommunens psykologer.

Dette betyder ikke, at alle STIME-behandlere er autoriserede psykologer. I enkelte kommuner har man valgt at bruge behandlere, som enten ikke er autoriserede, eller som har en anden faglig baggrund end psykolog. Det er dog ikke grundet rekrutteringsvanskeligheder. STIME er noget, medarbejderne gerne vil, og flere fortæller også, at opgaven hjælper med at fastholde PPR psykologer i et felt, der ellers kan være præget af stor medarbejderudskiftning.

”Når man lægger sådan et tilbud i PPR, så giver man PPR-psykologer en moralsk stressaflastning. Fordi det er super motiverende at arbejde med motiverede mennesker [...] og de får det bedre. Den feedback får man altså ikke i PPR arbejdet almindeligvis. Tværtimod - hvis man får en respons, så er det negativt. De lettere behandlingstilbud har gjort, at folk ser os på en anden måde. Psykologerne bliver set, ikke bare som dem, der har en milliard års ventetid, men faktisk som nogen, der gerne vil ind og hjælpe. Fordi når de ringer og siger: ”Hjælp mit barn har angst”, så kan vi nu sige: ”Jamen så kom i morgen””

Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 13 forløb på sporet

Hvordan rekrutterer kommunerne familier til forløbet?

De enkelte kommuner har valgt meget forskellige rekrutteringsstrategier. Nogen har handlet om forsigtighed – altså en bekymring om, hvorvidt der ville komme flere henvendelser end kommunen kunne tilbyde forløb. Andre har handlet om organisatoriske betingelser eller principper i forhold til, om man prioriterer inddragelse af frontpersonale i rekrutteringsprocessen. Sidst er det tydeligt, at behandlerne har overvurderet, hvor mange forløb de har leveret, eller undervurderet hvor mange de skulle levere. I hvert fald fortæller flere behandlere, at der har været kapacitetsproblemer, hvilket ikke stemmer overens med de antal forløb, der er gennemført.

Undervejs i projektet har kommunerne implementeret det lettilgængelige kommunale behandlingstilbud, hvilket har ændret rekrutteringsprocedurerne i de deltagende kommuner.

Strategier, anvendt til rekruttering af familier til tilbuddet, er følgende:

- ▶ Let tilgængeligt tilbud ("én indgang").
- ▶ Oplæg eller materiale til kommunalt myndigheds- og behandlingspersonale.
- ▶ Oplæg eller materiale til medarbejdere på skoler.
- ▶ Kommunens hjemmeside.
- ▶ Opslag på AULA.
- ▶ Kommunikation til privatpraktiserende læger (sundhed.dk).
- ▶ Aftaler med den lokale Headspace.

Behandlerne fortæller, at de vurderer, at familierne kender til tilbuddet fra:

- ▶ AULA.
- ▶ Andre STIME-spor.
- ▶ Let tilgængeligt tilbud (én indgang).
- ▶ Åben anonym rådgivning.
- ▶ Andre forældre.
- ▶ Egen læge.
- ▶ Lærere på skolen.
- ▶ Kommunens socialrådgivere - fremskudte socialrådgivere på skolen.
- ▶ Sundhedsplejen.
- ▶ PPR.
- ▶ Andre kommunale tilbud.
- ▶ Privatpraktiserende psykiater.

Behandlerne fortæller, at tvangstanker og -handlinger ofte går under radaren i skolen, hvorfor familierne ofte ikke kommer ind ad de almindelige PPR-kanaler. For flere af kommunerne er denne erkendelse først kommet henad vejen, hvorfor der indledningsvist var en del, der oplevede rekrutteringsvanskeligheder. Når forældrene bliver opmærksomme på problemet, vil de oftere henvende sig til egen læge, og derfor ses disse som centrale i rekrutteringsprocessen. Derudover har flere, med god effekt, valgt at henvende sig direkte til forældre via AULA opslag.

*"Til at starte med tænkte jeg: "Har vi overhovedet nok kandidater til det?" Jeg var derfor meget spændt på, hvordan det ville gå. Og så må man bare sige, at efter vi har åbnet op og fortalt om det nye spor, så har der været mange med den problematik, der har opsøgt hjælp. Jeg tror vores egen tolkning har været, at det måske er en målgruppe, hvor man ikke i samme udtrækning ser mistri-
vslen i skolen, derfor er det ofte ikke lærerne, der henviser til STIME. Derud-
over er det måske ikke en problematik, hvor forældrene har erfaring med, at
man kan få hjælp i kommunalt regi."*

Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 9 forløb på sporet

Flere af behandlerne fortæller, at det har været muligt at rekruttere familier fra de andre STIME spor. Fx fortæller en behandler, at flere af de unge, der får sporet *Når tanker om krop og mad fylder for meget* har en søskende med vanskeligheder knyttet til tvangstanker og -handlinger. Andre fortæller, at der kommer en del henvendelser til kommunens tilbud om angstbehandling, som passer til målgruppen på sporet.

Generelt oplever kommunerne, at sporet over tid bliver selvrekrutterende, og at det mest har handlet om at få det løbet i gang. Det er generelt behandlernes oplevelse, at forældre til denne gruppe af børn og unge har mange ressourcer og selv er opsøgende efter hjælp. Således fortæller de fleste behandlere, at familierne selv finder vej til behandlingen.

Enkelte behandlere fortæller, at der i perioder har været noget ventetid til behandlingen grundet kapacitetsproblemer. Dog er det oplevelsen, at netop denne målgruppe lettere kan vente modsat fx målgruppen for sporene *Når svære følelser fører til selvskade* eller især *Når tanker om krop og mad fylder for meget*.

Hvordan finder familierne vej til forløbet?

Familierne fortæller samstemmigt, at symptomerne har været til stede længe (i årevis for flere), før de rækker ud efter hjælp. Enkelte har været i kontakt med "systemet" tidligere i forbindelse med fx meget skolefravær eller en søskende med vanskeligheder, men de fleste af de interviewede familier har aldrig været i kontakt med behandling eller anden hjælp.

Det er generelt forældrene, der opdager symptomerne eller barnet/den unge, der åbner sig for forældrene og fortæller det. I et enkelt tilfælde har skolen tidligere bemærket noget, men ikke i retning af OCD – nærmere uro. Det havde dog ikke ført til nogen interventioner. I et andet tilfælde har skolen været meget involveret i forbindelse med skolefravær og separationsangst, men også her er det forældrene selv, der fandt vej til STIME.

"Som jeg sagde til [den unge]: "Det værste, der kan ske, er, at det ikke hjælper en fis, men så har vi prøvet". Og jeg vil så bare sige, at det var en mega stolt pige, der kom hjem fra skolerejse for to dage siden."

Mor til 15-årig

En familie oplever hurtig vej til hjælp, idet de kontakter kommunens åbne rådgivning og med det samme sættes i kontakt med STIME. En anden huskede at have set et AULA opslag, kontaktede STIME og kom til hurtigt. En tredje henvendte sig til skolens sundhedsplejerske, som straks sendte familien i retning af STIME.

I en af familierne er det den unge selv, der søger hjælp hos egen læge. Ikke for OCD-symptomer, men af andre årsager, men lægen fik spurgt ind, og det blev tydeligt, at den unge kæmpede med tvangstanker og -handling. Lægen pegede den unge mod STIME.

Det er altså langt overvejende oplevelsen, at hjælpen kommer hurtigt, og at vejen har været relativ let og kort i langt de fleste tilfælde.

"I forhold til STIME, så syntes jeg det er super rart, når man kigger tilbage, at vi havde et sted at gå hen, når vi havde brug for hjælp. Det var virkelig tungt at stå alene med [...] For os at kunne gå et sted hen og finde den hjælp var fantastisk."

Far til 15-årig

En sidste familie kom til STIME via egen læge, men blev sendt videre til BUC efter screening. BUC afviste dog familien og sendte dem tilbage til kommunen. Det blev oplevet som lidt af en mavepuster af mor, men barnet havde i sidste ende god gavn af STIME-forløbet. Mor fortæller, at PPR har ry for at være meget utilgængelig, og derfor var det særligt overraskende, at de alligevel kom til så hurtigt. Hun noterer sig også, at det ikke var skolen, men lægen, der pegede på forløbet.

Hvordan forløber screeningen?

Når familien henvender sig, er der i de fleste kommuner en proces, hvor der først foregår en telefonisk screening, hvorefter der udsendes link til spørgeskemaer via e-Boks. Herefter indkaldes relevante familier til en screeningssamtale.

Til screeningssamtalen tages endeligt stilling til, hvilket tilbud familien skal have. De fleste behandlere fortæller, at de som oftest allerede ved, at familien passer til sporet, mens andre fortæller, at der ofte er usikkerhed om, hvorvidt barnet/den unge skal have dette spor eller *Når bekymring eller tristhed fylder for meget*. Generelt anbefaler behandlerne, at screeningssamtalen varetages af en behandler, der kan følge familien videre i behandlingen. Oplevelsen er også, at hvis screeningssamtalen varetages af en behandler med viden om OCD, kan familien allerede her få råd med på vejen, som gør, at de kan gå hjem og arbejde – særligt hvis der er lidt ventetid til opstart på den egentlige behandling. Det kan også være at give forældrene litteraturanbefalinger og støtte forældrene i at udfordre OCD'en adækvat.

"Jeg var måske ikke helt overbevist om, at det var den rigtige vej at gå. Men jeg tænkte, at han er jo fagmanden, så lad os prøve det. Men nu må jeg konstatere, at [ung] har rykket sig ret meget faktisk. Og jeg syntes det har været rigtig rart for os som familie, at psykologen har været med til at kunne sætte ord på nogle forskellige ting. Både ved at give [ung] et bedre indblik i sig selv og de mekanismer, der foregår i hende, men også give hende et indblik i at det der med at udfordre lidt det ubehag – at være lidt i ubehaget og blive bedre til at have fødderne lidt længere tid i det her ubehagelige vand. Det har været rigtig godt."

Mor til 15-årig

Mange af behandlerne fortæller om høj grad af komorbiditet og differentialdiagnostiske udfordringer forbundet med henvendelser til sporet. Særligt nævnes uopdaget Autisme Spektrum Forstyrrelse (ASF), ADHD, tics, Tourette og angst. Tvangstanker og -handlinger kan være udtryk for overbelastning i forhold til ovenstående vanskeligheder.

Flere af børnene/de unge henvises til efterfølgende udredning. Har familien allerede været forbi fx egen læge, PPR eller en anden behandler, som har peget på STIME, kan det ind imellem være svært at afvise familien, og behandlerne starter derfor forløbet op og fortsætter måske også lidt længere, end de ville have gjort, hvis familien kom af egen kraft.

Sidst nævner nogle af behandlerne, at det er vigtigt ikke at give behandlingen, mens der er meget uro omkring barnet (fx skoleskifte, flytning eller andet), da det vil påvirke effekten negativt.

De unge deltagere i interviewene fortæller om at opleve sig genkendt. At det var en lettelse at finde ud af "hvad det var", og at det havde et navn og man derfor ikke var den eneste eller var mærkelig.

"Det var, som om hun kunne se ind i min hjerne."

Ung, 13 år om mødet med behandleren første gang

Hvem har fået indsatsen?

"Jeg er blevet bekræftet i, at vi har en målgruppe, der ikke har kunne få noget før. Jeg tænker: "Hvad i alverden har de gjort?" For vi får mange familier, der passer spot on i målgruppen. Så der er helt sikkert nogle familier, der ellers ikke ville have fået hjælp, der nu får noget hjælp. Også før man rammer et OCD-niveau, der kræver psykiatrisk behandling. Der syntes jeg i forhold til STIME-målgruppen, at det passer godt ind."

Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 8 forløb på sporet

Som det fremgår af nedenstående tabel ses en relativ lige fordeling mellem drenge og piger, der gennemfører forløbet med en gennemsnitsalder på 11,8 år. OCD udvikles hos børn ofte i 9-10 års alderen (Tolstrup & Reinholdt-Dunne, 2020), hvorfor den relativt høje alder blandt de deltagende i forløbet kan synes overraskende. Ligeledes konstateres det, at mere end halvdelen af de deltagende børn/unge tidligere har modtaget anden støttende indsats – særligt psykologsamtaler - og at 14,5 % tidligere er udredt eller behandlet i psykiatrien.

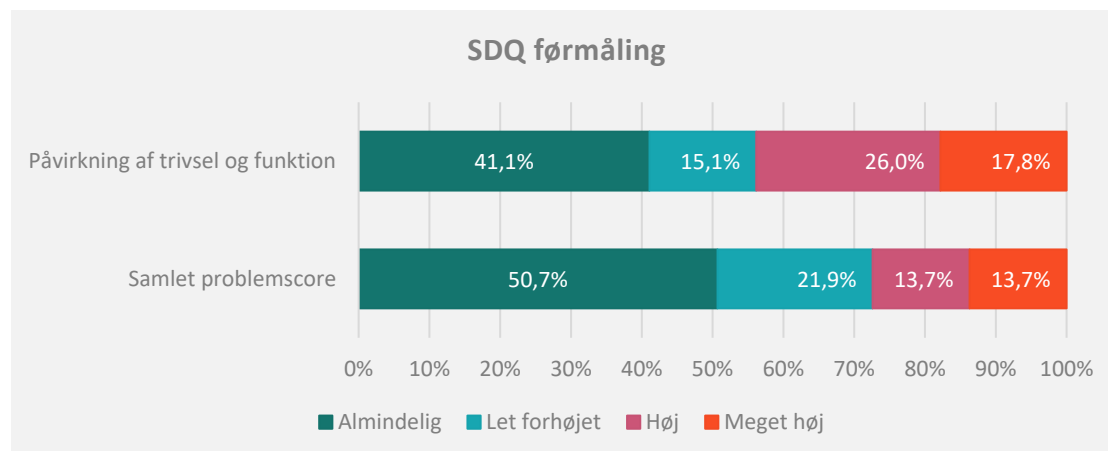
Baggrundsvariabel (n=76 ⁹ (78))	%	n
ALDER: gennemsnit: 11,8 år		
<10 år	23,7 %	18
10-13 år	44,7 %	34
14-17 år	31,6 %	24
KØN:		
Dreng	44,9 %	35
Pige	55,1 %	43
FAMILIESTATUS:		
Bor med begge forældre	64,5 %	49
Bor i deleordning	17,1 %	13
Bor med mor	15,8 %	12
Bor med far	2,6 %	2
SKOLE:		
Har let ved at følge med i skolen	30,3 %	23
Klarer sig gennemsnitligt i skolen	34,2 %	26
Har udfordringer i enkelte fag	26,3 %	20
Har svært ved at følge med i skolen	7,9 %	6
Ved ikke	1,3 %	1
TIDLIGERE STØTTE ELLER BEHANDLING:		
Ingen	44,7 %	34
Psykologsamtaler	27,6 %	21
PPR psykologsamtaler	11,8 %	9
Støtte i skole/institution	7,9 %	6
Talepædagog	7,9 %	6
Familiebehandling	6,6 %	5
Støttekontaktperson	3,9 %	3
Andet	13,2 %	10
UDREDT ELLER BEHANDLET I PSYKIATRI:		
Barn/ung	14,5 %	11
Forælder	7,9 %	6
ANDEN RISIKOADFÆRD: (n=50 ¹⁰)		
Tanker om selvskade	18,0 %	9
Selvskade	18,0 %	9
Tegn på spiseforstyrrelse	18,0 %	9
Tegn på bekymring og/eller tristhed	24,0 %	12

Tabel 2 Baggrundsvariable for børn/unge, der har gennemført forløbet

⁹ Der mangler flere datapunkter på to forløb, hvorfor der i de fleste tilfælde er 76 datapunkter.

¹⁰ Disse oplysninger kendes kun for 50 forløb.

Når vi ser på de deltagende børn/unges *belastningsgrad* forud for forløbet, tages udgangspunkt i besvarelse af SDQ med fokus på den samlede problemscore, samt scores for påvirkning af trivsel og funktion¹¹. Desuden tages udgangspunkt i MY-OCD-S-II, samlet score.

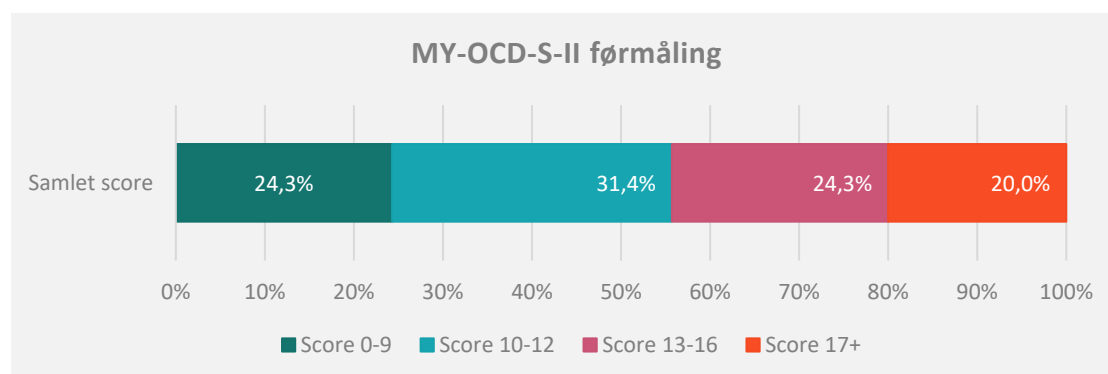


Figur 7 Samlet problemscore og påvirkning af trivsel og funktion før indsats

Som det fremgår af figuren ses der en høj eller meget høj påvirkning af trivsel og funktion forud for forløbene hos 43,8 % af de deltagende børn/unge. Den samlede problemscore ses høj eller meget høj hos 27,4 % af de deltagende børn/unge. Af STIMEs screeningsvejledning (STIME, 2025a) fremgår det, at børn/unge med påvirkning af trivsel og funktion i kategorien "meget høj grad" sandsynligvis ligger udenfor STIMEs målgruppe, men det gælder altså alligevel 17,8 % af dem, der tilbydes forløbet.

Det fremgår endvidere af STIMEs screeningsvejledning (STIME, 2025a), at følelsesmæssige symptomer i kategorien "meget høj" kan indikere, at familien er udenfor målgruppen. Dette gør sig gældende for 15¹² (15,2 %; n=99) af de børn/unge, der alligevel tilbydes forløbet.

Der forefindes på nuværende tidspunkt ikke normer for MY-OCD-S-II, men jf. screeningsguide for STIME (STIME, 2025a) angives det som tommelfingerregel, at en score over 12 vil indikere, at barnet/den unge har OCD-symptomer svarende til høj grad og således udenfor STIMEs målgruppe.

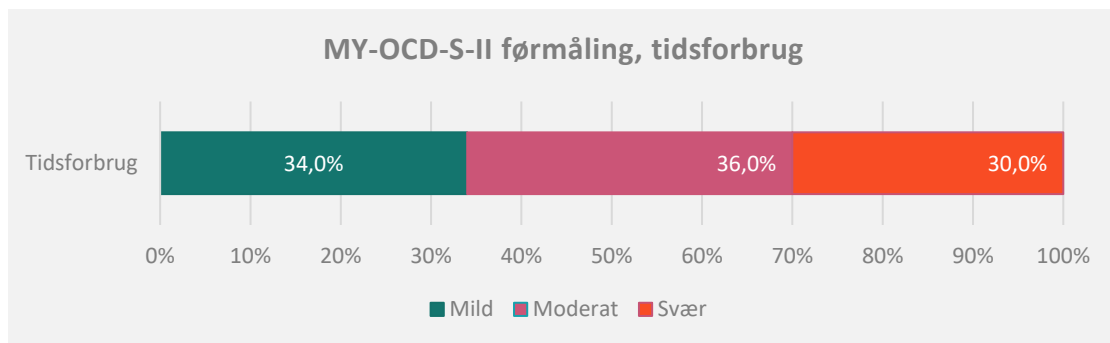


Figur 8 Samlet OCD-score før indsats

Som det fremgår af Figur 8 ses i 44,3 % en samlet MY-OCD-S-II score højere end anbefalet. Eftersom at dette kan være udtryk for, at anbefalingen er for konservativ i forhold til indplacering af barnets/den unges OCD-symptomer i gradueringen mild, moderat, svær, ses følgende på de forskellige OCD-domæner.

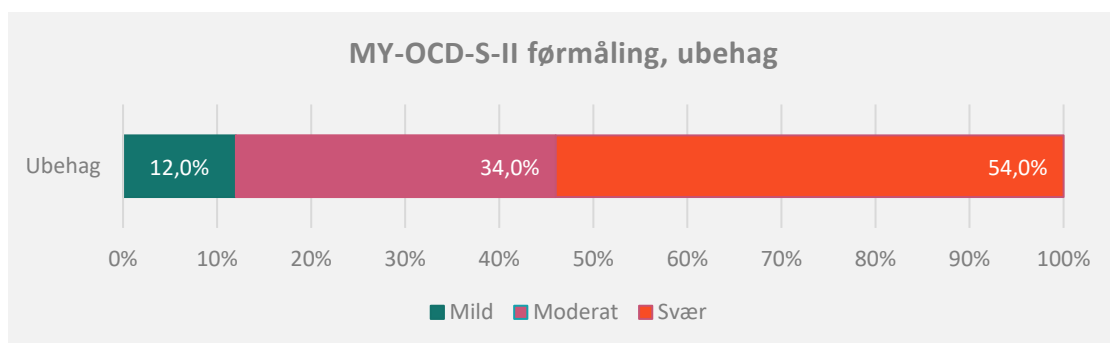
¹¹ Der er korrigeret for normer for aldersgrupperne.

¹² Her er både korrigeret for køn, alder og hvem, der besvarer spørgsmålet.



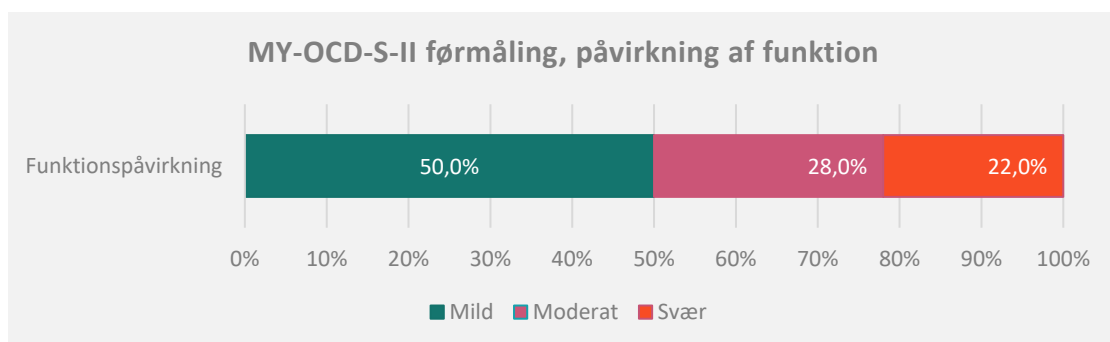
Figur 9 Tidsforbrug på OCD-symptomer før indsats

Som det fremgår bruger 30,0 % af de deltagende børn/unge mere end tre timer dagligt på tvangstanker eller -handlinger, svarende til svær OCD, mens de øvrige bruger tid svarende til mild (mindre end en time i døgnet) til moderat (1-3 timer i døgnet) grad.



Figur 10 Ubehag forbundet med at gå imod tvangstanker før indsats

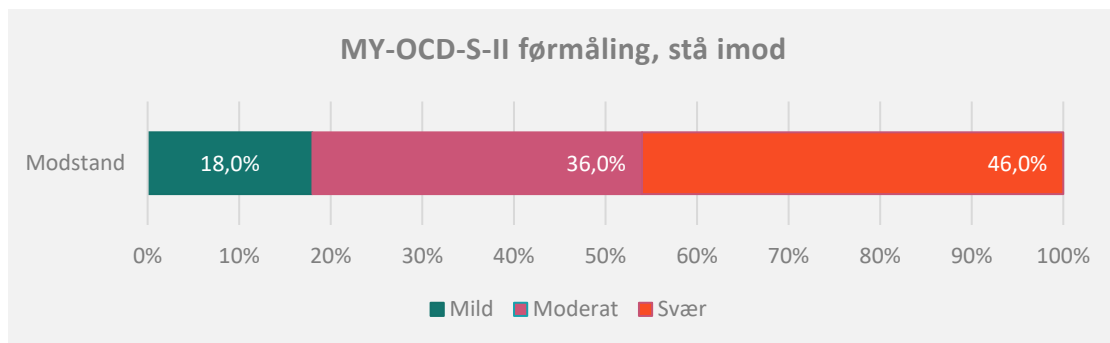
Mere end halvdelen af de deltagende børn/unge angiver¹³, at der er meget ubehag eller virkelig meget ubehag forbundet med de påtrængende tanker eller forsøg på at undlade tvangshandlinger.



Figur 11 OCD-symptomers indflydelse på funktion før indsats

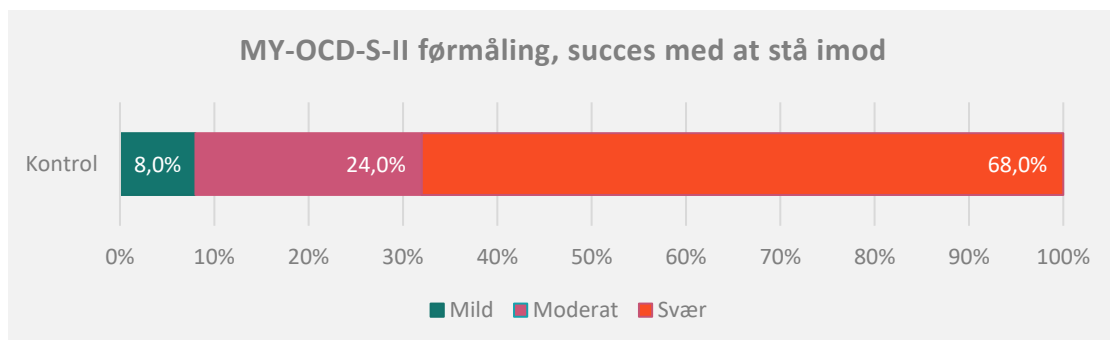
22,0 % af de deltagende børn/unge oplever, at tvangstanker og -handlinger forstyrrer skolearbejde, fritidsinteresser eller det at være sammen med venner/familie meget eller virkelig meget, mens halvdelen kun oplever det en lille smule forstyrrende eller slet ikke.

¹³ For de yngste er dette en forældervurdering.



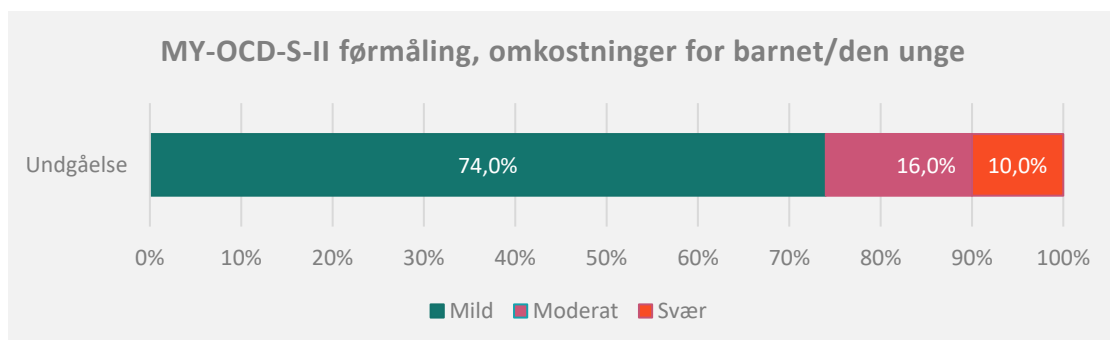
Figur 12 Villighed til at stå imod tvangstanker før indsats

Knap halvdelen af de deltagende børn/unge angiver at de gør få eller ingen forsøg på at stå imod tvangstanker og -handlinger. 18,0 % angiver at de altid eller for det meste forsøger at gøre modstand.



Figur 13 Oplevet succes med at stå imod tvangstanker før indsats

Langt over halvdelen angiver, at det sjældent eller aldrig lykkes dem at stå imod tvangstanker og -handlinger, hvis de forsøger. 8,0 % angiver, at det lykkes altid eller det meste af tiden.



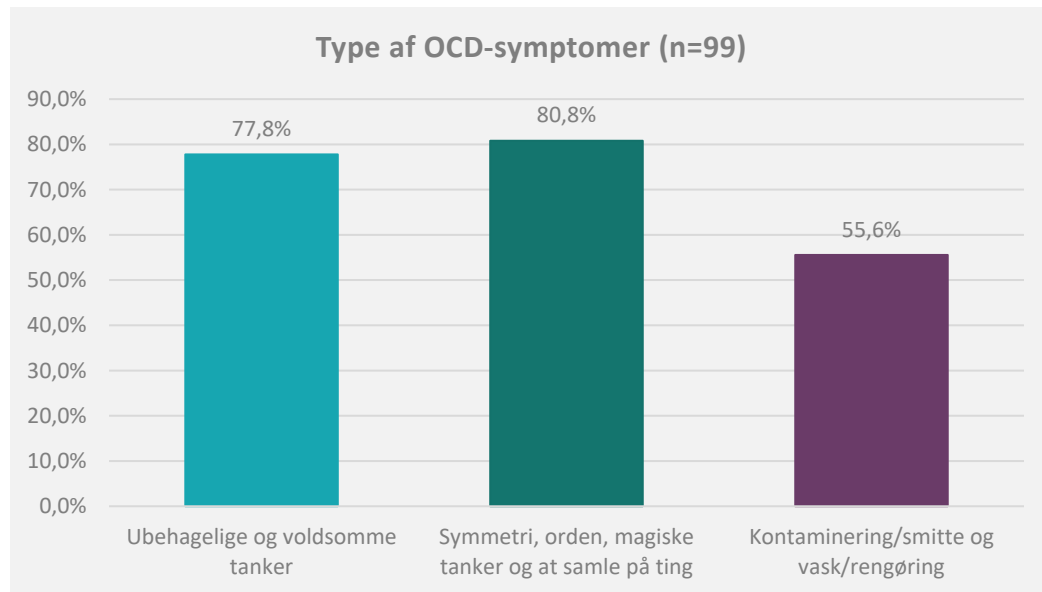
Figur 14 Undgåelse i forbindelse med OCD-symptomer før indsats

Kun 10 % angiver, at der er meget eller ekstremt meget, de undgår på grund af tvangstanker og -handlinger, mens 74 % angiver, at der er ingen eller få ting tvangstanker og -handlinger forhindrer dem i. Dette bekræftes i interviewene med behandlerne, der generelt beskriver familier og børn med relativ høj funktion, som stadig kommer i skole (måske for sent), fastholder fritidsinteresser osv.

I spørgeskema før intervention spørges ind til, hvilken type af tvangstanker og -handlinger barnet/den unge kæmper med. Her ses, at hovedparten af børnene/de unge (80,8 %) kæmper med idéer om symmetri, orden, magiske tanker¹⁴ og at samle på ting, og en næsten lige så stor gruppe (77,8 %) oplever

¹⁴ Symmetri, orden og magiske tanker kan fx være, at ting skal stå symmetrisk, at noget skal gentages, indtil det er helt rigtigt, eller at remser skal siges på bestemte måder og tidspunkter.

ubehagelige og voldsomme tanker¹⁵, mens en lidt mindre gruppe (55,6 %) har OCD-symptomer knyttet til hygiejne¹⁶.



Figur 15 Typer af OCD-symptomer inden indsats

Opsummerende kan man sige, at målgruppen er karakteriseret ved at have tvangstanker og -handlinger i relativt svær grad, men at det endnu, for en del af dem, ikke nedsætter deres evne til at leve et alderssvarende børne- eller ungdomsliv. Deltagerne bruger generelt meget tid på tvangstanker og -handlinger, det er forbundet med stort ubehag, og der gives oftest efter for tvangstanker. Men samtidigt lykkes det mange af børnene/de unge at passe skole, fritidsinteresser og til en vis grad generelt at leve det liv, de gerne vil. Dette er sandsynligvis årsagen til, at så mange børn/unge, der ellers har OCD i svær grad, alligevel tilbydes et STIME-forløb, på trods af, at der i screeningsvejledningen står: "Børn og unge med svær grad af tvangstanker og tvangshandlinger og med væsentlig påvirkning af funktionsniveau skal altid henvises til BUC, uanset om der har været iværksat et behandlingsforløb eller ej." (STIME, 2025a).

Behandlerne fortæller, at der kan være familier, som har noget modstand på at blive sendt videre til psykiatrien, og at man derfor afprøver kommunal behandling, selvom sværhedsgraden synes at være udenfor målgruppen. I den proces kan familierne blive mere klar til at acceptere en viderehenvvisning. Her er der nogle behandlere, der nævner, at det vil være rart med mere kendskab til, hvad behandlingen i psykiatrien består af. Dels kan det hjælpe med at skabe bro til det regionale system, dels er der tvivl om, hvorvidt behandlingen i psykiatrien reelt er mere udvidet end *Når gentagne tanker og handlinger tager styringen*.

Hvad har de fået?

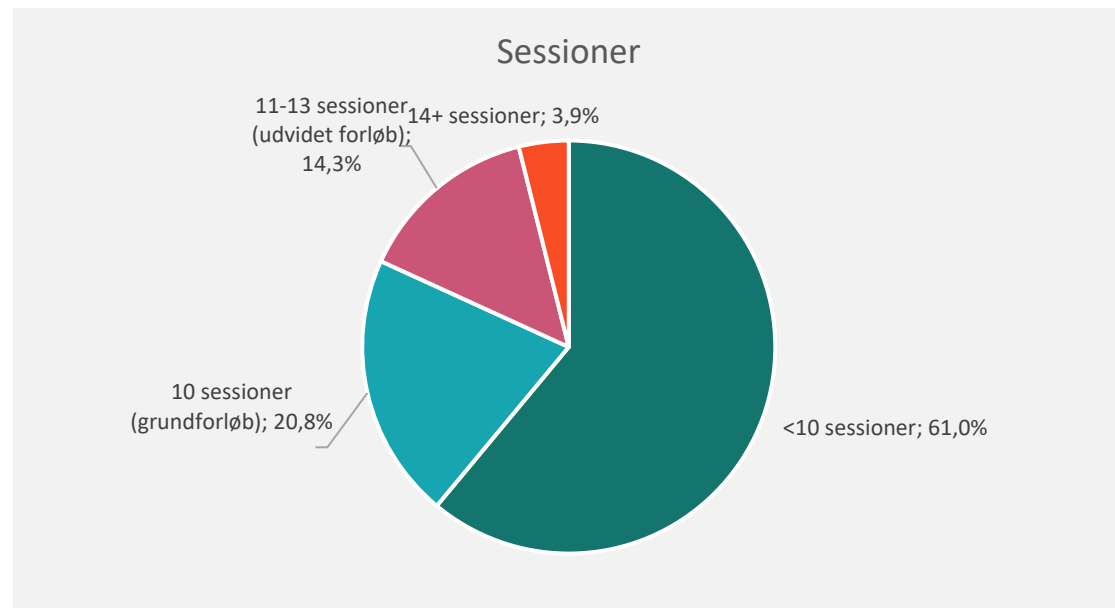
Manualen angiver, at familierne tilbydes et grundforløb på 10 sessioner (screeningssamtale + 9 samtaler), samt en boostersession med en mulighed for at udvide forløbet til maksimalt 13 sessioner plus boostersession. I praksis har der i de gennemførte forløb været mellem 2 og 15 sessioner, fordelt som angivet i Figur 16.

Af Figur 16 fremgår det, at 61,0 % har fået et kortere forløb end grundforløbet, hvilket kan angive at mange af familierne ikke har brug for så meget behandling, som manualen angiver. 3,9 % angives som

¹⁵ Ubehagelige tanker kan fx handle om, at der sker noget farligt for barnet/den unge selv eller andre, at barnet/den unge er bange for at gøre eller sige noget pinligt eller er meget optaget af, at det, der siges, er 100% korrekt.

¹⁶ Symptomer knyttet til kontaminering/smitte og vask/rengøring kan fx handle om frygt for smitte, vedvarende håndvask, tanker om at blive alvorlig syg.

længere end det udvidede forløb, men det skal her siges, at boostersessionen i nogle tilfælde vil være talt med og i andre tilfælde ikke. Det er således muligt, at disse få forløb (3 forløb i alt) alligevel har fulgt vejledningen i manualen.



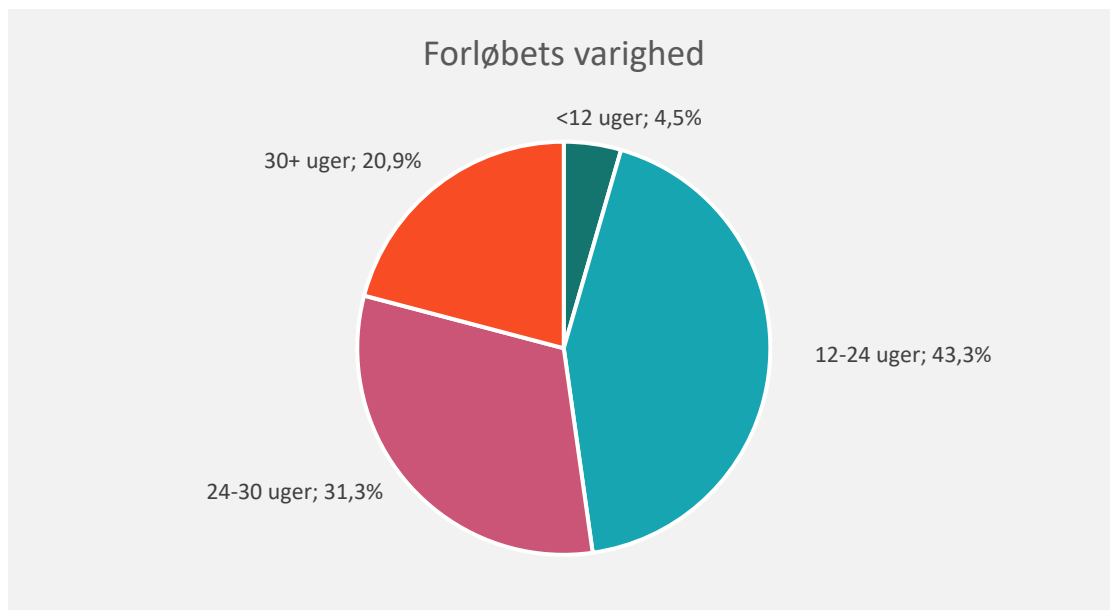
Figur 16 Forløbslængde, angivet som antal sessioner

Behandlerne vurderer selv overvejende, at forløbslængden er passende, men der er også flere der nævner, at det har været relevant at korte forløbet ned. Det fremhæves også, at man skal være påpasselig med at tilbyde behandling, der ikke er nødvendig, for man kan få signaleret, at familien ikke kan klare sig selv. Dette kan udgøre en udfordring både ved behandlingslængden og ved tilbud om boostersessioner. En del familier har allerede arbejdet relevant med udfordringerne, inden de starter forløbet op, hvilket også kan medvirke til, at mindre behandling er nødvendig. Omvendt kan forløbene med fordel forlænges, hvis forældrene fx er meget pressede og derfor skal mødes med mere tålmodighed, fortæller behandlerne.

Familierne angiver alle, at forløbet har haft en passende længde. Enkelte nævner, at det kunne være kortet ned, fx ved at give lidt ekstra støtte til forældrene i stedet for familiesessioner. En anden angiver, at det kunne være rart med opfølgning over lidt længere tid eller en mulighed for at få et "brush up" fx i forbindelse med, at den unge skal starte i gymnasiet. En familie nævner, at det er rigtig godt, at der er en ramme: *"Vi var aldrig blevet klar til at stoppe"* siger mor.

Tidligere forskning har ligeledes peget på, at især ved yngre børn med OCD i mildere grad og uden komorbiditet, er der ikke behov for lige så mange sessioner, som angivet i behandlingsvejledningen (Torp et al., 2019).

I Figur 17 ses forløbslængder angivet i tid – altså tid fra forløbet er oprettet, til det er evalueret. Her ses, at forløbene ofte er strukket i tid, hvilket dog kan skyldes, at familierne er længe om at udfylde efterevalueringen, som angiver behandlingens sluttidspunkt.



Figur 17 Forløbslængde, angivet i tid

I 11,5 % af forløbene er der suppleret med en indsats i læringsmiljøet, og i 7,7 % har der været afholdt netværksmøder. Dette er noget mindre end forventet. Behandlerne fortæller, at indsatser i læringsmiljøet har været anvendt, når barnets tvangshandlinger særligt var knyttet til skolekonteksten, eller hvor det har været relevant at bidrage til skolens forståelse for symptomerne, så de bedre kunne støtte og forstå barnet/den unge. Der er også et enkelt eksempel, hvor der har været uenighed mellem familie og skole i forhold til, hvad barnets vanskeligheder var udtryk for. Det er en generel opfattelse blandt behandlerne, at skolerne er meget lidt involveret. De ser ikke problematikken, henviser sjældent til dette spor og indgår sjældent i behandlingen. Ingen af behandlerne berører netværksmøder i interviewene.

Forældrene fortæller bekræftende, at skolen ikke har været særligt involveret i barnets/den unges vanskeligheder.

Forløbets virksomme elementer

Flere forældre fortæller, at det har haft stor betydning, at der har været en **fagperson**, der har kunne understøtte, hvad der skulle gøres. Selvom de selv har været meget opsøgende forud for forløbet og i mange tilfælde har afprøvet teknikkerne inden, så gør det en stor forskel, at forløbet understøttes af en professionel.

"Det der med, at der var en, der ikke var mig og ikke var far – og hvor jeg også fornemmer, at [barnet] tænkte: "Hun har styr på det hende her psykologen – hun holder os hele vejen, mor og far aner ikke noget om det." Så var det en lille ting hver eneste gang."

Mor til 13-årig (3)

Behandlerne fremhæver særligt **problemoverblik** med graduering, som virksomme elementer i behandlingen, der tydeliggør de løbende fremskridt.

Flere af familierne fremhæver den **systematiske tilgang** i forløbet som en styrke.

"Fra et forældreperspektiv – altså [barnets navn] havde brug for at høre det fra en fagperson, men vi havde også brug for at systematisere vores indsats. Fordi vi gjorde jo mange ting rigtigt, men det der med, at vi skulle følge et program og gøre det i en bestemt rækkefølge, det gjorde også, at vi holdt mere fast. Det var egentlig meget rart, at der var nogen, der sagde: "Nu går vi denne her vej!" Det hjalp os."

Mor til 13-årig (1)

"Det er jo faktisk noget af det, jeg godt kan lide ved STIME forløbet. Det har været meget struktureret og systematisk. Så synes jeg også, at det har haft rigtig godt fokus på at forstå udfordringen og få barnet til at forstå, hvad er det for nogle udfordringer, jeg har, og hvad kan man gøre ved dem? Den her indsigt i og forståelse af sig selv har været god. Så ligger der også i den strukturerede tilgang, at vi har fået de her skemaer fra gang til gang, og man laver den her kontrakt om, hvad vil jeg øve mig på til næste gang. Og så er der et skema, du skal udfylde hver dag, så man også bliver holdt op på det."

Mor til 13-årig (2)

Det nævnes dog også, at den meget systematiske tilgang til tider har betydet, at familierne har skullet igennem ting, som de ikke selv oplevede nødvendigt, fordi de startede med andre forudsætninger. *"Det er jo ikke altid, man starter fra 0"*, som en mor udtrykker det.

Arbejde med **vedligeholdende forældreadfærd** udgør en del af manualen. Behandlerne understreger, at vedligeholdende forældreadfærd er noget, forældrene får blik for hen ad vejen. Det er ikke altid, de er der hvor de kan se og arbejde med det i starten af forløbet. Der ses jævnligt forældre, der ikke sætter helt alderssvarende krav til deres børn, er bange for at udsætte deres børn for ubehag eller kan blive tøvende, når de skal bede barnet om noget, der er svært eller ubehageligt. Derfor er det godt, at Stå-imod-øvelserne også laves med behandler, der kan modellere. Nogle gange er det forældrene, der bliver mest forskrækkede.

Forældrene nævner også det vigtige i at se på egen vedligeholdende adfærd. Som en af forældrene udtrykker det, så er det jo sådan, de indtil nu har fået hverdagen til at hænge sammen. Derfor er det også hjælpsomt at barnet hører behandler understrege, at det skal ændres, så barnet forstår, at forældrenes ændrede adfærd handler om, at det skal få det bedre – også selvom det først føles, som om det bliver værre.

"Sindssygt hårdt at se [barnet] så ked af det. Men vi var også nået til at punkt, hvor hun var ked af det alligevel. Altså hvor det var så hårdt, at det påvirkede hendes dag så meget, så når hun kom hjem, så lå hun bare derhjemme, for hun havde ikke noget energi. Så det har jo bare gjort en verden til forskel, at vi har været igennem det her forløb. Og også det med at få at vide: "I ringer bare, hvis der er noget, vi lige skal snakke om". Så der var ligesom nogen, der holdt en i hånden."

Mor til 13-årig (3)

Belønninger for gennemførelse af hjemmearbejde indgår i behandlingskonceptet. Ifølge behandlerne er belønninger virksomme ved de yngste, mens de unge typisk er indre motiveret. I nogle tilfælde kan det virke kontraproduktivt at snakke om belønninger med de ældste.

De interviewede familier har alle arbejdet med belønninger. Typisk har de benyttet et kryds- eller klistermærkesystem, som så med tiden kunne konverteres til en egentlig belønning – fx i form af sushi, øringer, cafétur mv. De fortæller, at det har haft en god effekt på motivationen.

Helt centralt er **Stå-imod-øvelserne** (ERP). Det er behandlingens vigtigste element, men også til tider det sværeste. Måske er tvangshandlingerne knyttet til steder eller tidspunkter, der ikke er tilgængelige i behandlingen, eller alene foregår på indersiden af hovedet og derfor vanskelige at konvertere til øvelser. Det er ikke altid muligt at lave in vivo-øvelser i sessionerne, og flere behandlere understreger vigtigheden af, at øvelserne bliver grundigt planlagt og med inddragelse af barnet/den unge i sessionen. Enkelte har prøvet kræfter med mentale ERP-øvelser, men det synes at være en barriere, der skal overskrides. Generelt giver behandlerne udtryk for, at det bliver lettere med erfaring at udvikle gode Stå-imod-øvelser.

"Det, der rykker, det er helt klart, når man arbejder med at stå imod. Og det der med at stå på fælles linje, og forældrene får en forståelse af, at det er ikke barnet, vi bekæmper [...], der er noget, der har sneget sig ind, og vi skal gøre fælles front imod det, og vi står sammen. Det er ikke barnet, der er problemet."

Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 10 forløb på sporet

Familierne fortæller også, at Stå-imod-øvelserne er helt centrale, og at forløbet får styrke, efterhånden som barnet/den unge oplever at gennemføre øvelserne og opleve, at det kan de godt klare.

"Det er de der følelser, der er i det. Når man får at vide: "I skal forstyrre hende i det her", og man bare ved, at hun bliver ked af det, så hun ryster og får det dårligt, som hun gjorde i starten. Det er jo ikke sjovt. Men ret hurtigt kunne vi jo godt se, at det virkede. Og så blev det jo mindre svært."

Mor til 13-årig (3)

"Jeg har som forælder været tryk i, at det jo ikke er farligt det vi udsætter hende for, og jeg tror, at jeg har forsøgt at udstråle min ro – prøvet at give den til hende."

Mor til 10-årig

Forældrene fortæller, at forløbet styrkede dem i at stå stærkere, når øvelserne skulle laves. Men hvis vanskelighederne er stærke ved sengetid, kan der godt opstå bekymring om søvn og dagen i morgen, som kan betyde, at øvelserne kun gennemføres indenfor en tidsperiode – så barnet/den unge kan komme i seng.

Enkelte fortæller, at der dukkede flere nye tvangstanker og -handlinger op i starten af forløbet, som kunne opleves som om, problemet blev forværret. Men da det var nyopståede symptomer, var de også lette at behandle og kunne på den måde bruges motiverende. Samtidig oplever flere, at det er som et korthus, der falder sammen. At når nogle af tvangshandlingerne er fjernet, så falder flere fra – også selvom de ikke har været direkte genstand for behandlingen.

"Jo flere gange jeg stopper med at gøre det – altså stritter imod at gøre det – jo nemmere bliver det at stoppe med det. Og til sidst, så går det bare helt væk."

Ung, 15 år

Det adfærdsterapeutiske element er også med til at reducere skyld og skam i familierne. Et forældrepar fortæller, at de i starten var meget optaget af årsagen, men at psykologen havde understreget, at det skulle de droppe og se fremad i stedet for. De fortæller, at det gav ro på, at det ikke skulle handle om, at de havde gjort noget forkert.

I de senere sessioner kan der godt opstå en oplevelse af, at det er lidt det samme, fordi sessionerne primært handler om at øve Stå-imod-øvelser, men at det **styrker familiesammenholdet**: *"Vi gik altid derfra og syntes, vi var på samme side"*, som en mor fortæller. Ind imellem var hjemmeopgaverne blevet for lette eller for udfordrende, men når familierne forstår behandlingsprincipperne, kan de selv justere.

Arbejdshæftet understøtter det vigtige hjemmearbejde. Det er let at forstå og understøtter også familiens forståelse af behandlingen, således at det bliver lettere for dem at arbejde "med". For de ældste unge er der dele, der syntes "barnlige" og springes over for at fastholde en god alliance. Er symptomerne i den meget lette ende, kan motivationen være lav, og det kan være sværere at få lavet hjemmearbejdet.

Forældrene bekræfter, at Arbejdshæftet er hjælpsomt. Det er konkret og let at bruge. En af de unge nævner dog, at arbejdet med at skulle skrive i hæftet nogle gange betød, at hun ikke orkede at lave øvelserne.

Behandlerne fortæller, at det generelt er nødvendigt at **tilpasse materialet** til barnets/den unges modenhed, og at de over tid udvikler deres egne eksempler, der passer til familierne.

Behandlerne angiver, at det er en styrke, at forløbet er så **fokuseret og symptomfokuseret**, da det sikrer målbare resultater, som igen virker motiverende for måske at arbejde videre med andre problematikker efterfølgende. Det reducerer også kompleksiteten ved behandlingen, og gør det derved lettere for familierne selv at tage fra.

I interviewene med familierne bekræftes det også, at det er en styrke ved forløbet, at det er fokuseret.

Flere af behandlerne fremhæver det væsentlige i, at behandlingen er **familiebaseret**. Det giver mulighed for at arbejde med familiemønstre, som lige nu er knyttet til OCD-symptomer, men som det også generelt kan være hjælpsomt at opløse. Samtidig nævnes det også af behandlerne, at særligt de unge kan have svært ved, at forældrene skal deltage, og det kan blive en barriere for at få behandlingen op at stå.

”En stor styrke, er at det er så familiebaseret. At der ikke er et ansvar, der bliver lagt ét sted. Det får flere ben at gå på ude i virkeligheden. Det er mere bæredygtigt på den måde [...], det bliver forpligtigende, og forældrene går foran som rollemodeller – de kommer også på arbejde [...] Det er udgangspunktet – at alle har opgaver ind i det, som jeg både tænker letter byrden lidt, men som også forpligter. Også det familiære sprog og familiære sammenhold.”

Psykolog, har været behandler på ca. 3 forløb på sporet

De fleste af de interviewede familier bekræfter det vigtige i, at de har deltaget som familie. Dog ses der familier med yngre børn, hvor forældrene giver udtryk for, at det har været belastende for barnet at deltage i forløbet, og som foreslår en mulighed for, at forløbet primært gennemføres som forældreforløb. Der ses også eksempler med de ældre unge, som gerne så, at der var mulighed for mindre forældretilstedeværelse i forløbet eller helt uden.

Manualen lægger op til, at forældre er en central del af behandlingen, og selvom ikke alle de unge syntes, det var nødvendigt, var der stor opbakning fra forældrene.

”Hvis ikke jeg havde været med, så havde jeg aldrig nogensinde fået en forståelse af, hvad OCD er. Hvad tvangshandlinger og tvangstanker er. Fordi jeg har ikke haft nogen berøring med det før, og jeg forstod ikke rigtigt, hvad det var. Hvis ikke jeg havde haft mulighed for at være med, så havde jeg hverken forstået [ung] eller forstået, hvad hun er gået igennem, og forstået alvoren af det og forstået, hvordan jeg kan hjælpe hende.”

Mor til 17-årig

Det kan være lidt uklart for forældrene, hvilken rolle de skal spille i behandlingsrummet, og der er også forældre, der fortæller, at de har savnet mulighed for at tale direkte med behandler, uden deres barn har været tilstede.

”Jeg kunne godt have tænkt mig måske at blive en lille smule klædt på som forælder og ligesom få at vide – for det første hvad min rolle derovre er – hvor meget må jeg blande mig, hvor lidt skal jeg blande mig, skal jeg helst holde mig helt ude? Skal jeg blande mig så meget som muligt? Kan jeg gøre noget forkert? Altså lige sådan det her, det er normalt, det her skal du ikke, altså lige sådan blive klædt på.”

Mor til 10-årig

I sidste ende handler forløbet om at gøre familierne selvhjulpne ved at give dem de terapeutiske redskaber, der skal til.

"[De virksomme elementer] er psykoedukationen og ERP'en [Stå-imod-øvelser]. Når der er kommet styr på de to – de fanger det hurtigt selv – og alt andet det er sådan fine tuning til at hjælpe dem med at gøre det. De unge siger også, at jo mere de øver sig, jo lettere bliver det."

Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 8 forløb på sporet

Afslutningsvist i interviewene spørges familierne til, hvad de vil gøre, hvis problemerne dukker op igen. For en dels vedkommende har det allerede været relevant, og her har de kunnet trække på de værktøjer, de har fået i forløbet. Arbejdshæftet er hjælpsomt i denne forbindelse. Flere nævner, at hvis det forværres og ikke kan klares på egen hånd, så vil de kontakte egen læge eller kommunens åbne indgang/STIME, alternativt finde noget privat behandling.

Enkelte forældre udtrykker usikkerhed omkring, hvor længe de skal blive ved med at arbejde med problematikken efter behandlingsafslutning, samt hvornår de eventuelt skal reagere, hvis symptomerne blusser op.

Effekter af forløbet

Effekter måles først og fremmest ved MY-OCD-S-II, som måler grad af OCD-symptomer. Da det er dette, interventionen har fokus på, betragtes disse som *primære effekter*.

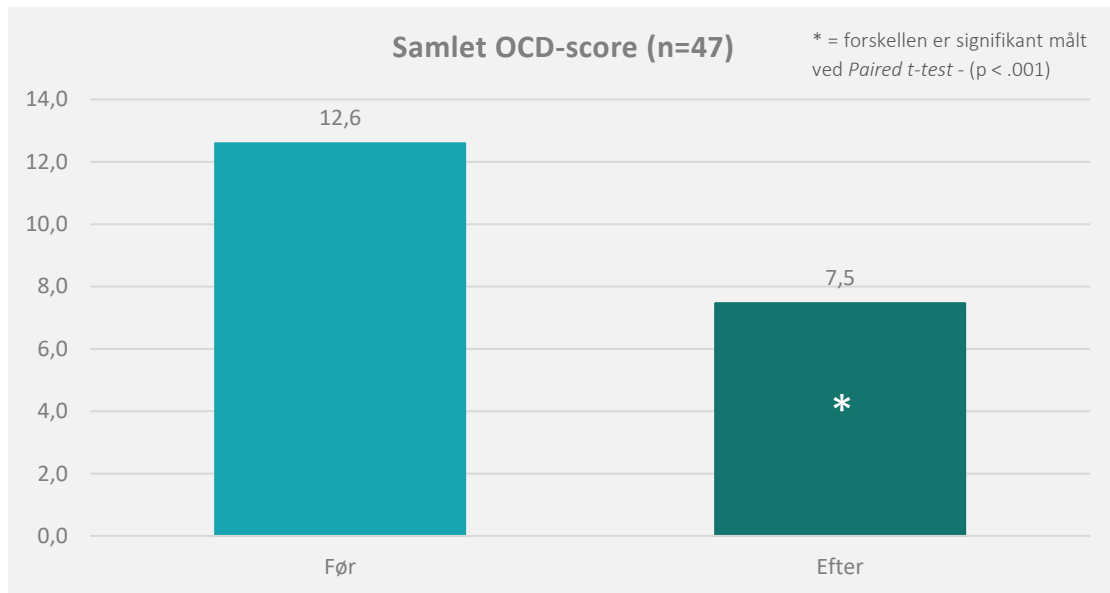
Sekundære effekter måles ved Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), som berører en række problem-domæner samt barnets/den unges sociale styrkesider. Effekter, der måles her, betragtes som afledte effekter af reducerede OCD-symptomer.

Derudover er der udviklet en række spørgsmål i SDQ-follow-up samt STIME evaluering, der fokuserer på familiernes oplevelse af forandringer samt deres tilfredshed med forløbet. Og sidst berøres effekter naturligtvis også i de kvalitative interviews med behandlere og familier.

Effekter på OCD-symptomer

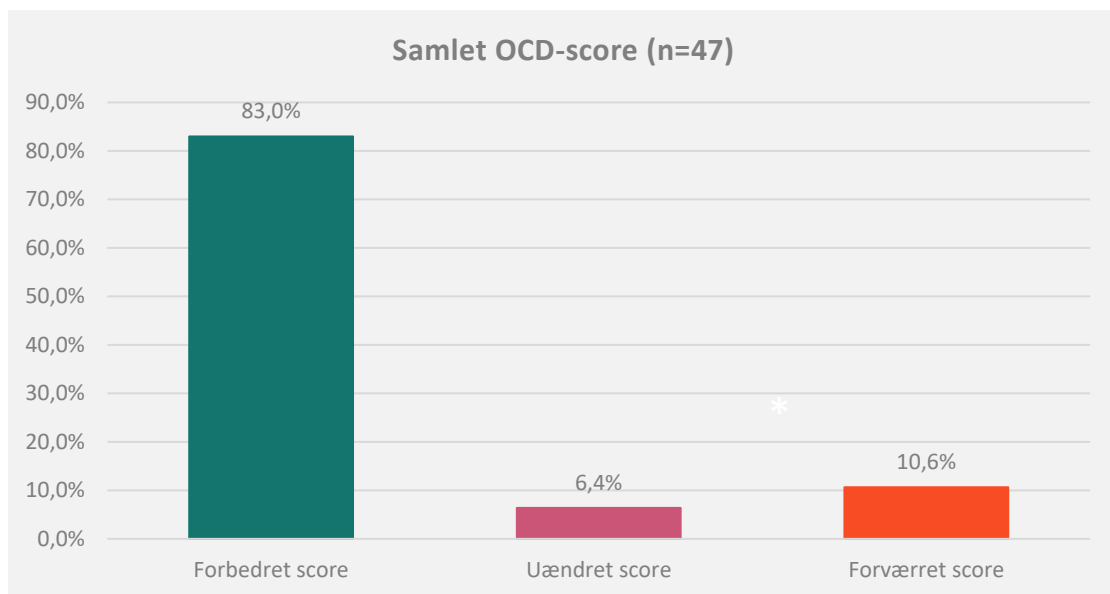
Følgelig dykker vi ned i detaljerne omkring forskelle i OCD-symptomer før og efter forløbet. Modsat tidligere i afsnittet: "Hvem har fået indsatsen?" på side 28, kigger vi her alene på dem, der har gennemført forløbene, og hvor der foreligger både en før- og en eftermåling, hvorfor førmålingerne adskiller sig en anelse fra det tidligere gennemgåede.

For de 47 forløb, hvor der forefindes både før- og eftermåling på MY-OCD-S-II, var den gennemsnitlige samlede problemscore forud for forløbet 12,7, hvilket indikerer en høj grad af symptomer (jf. side 28). Ved forløbsafslutning er den samlede problemscore gennemsnitligt faldet signifikant til 7,8 ($p < .001$).



Figur 18 Samlet OCD-score før og efter indsats

Ses på fordelingen, ser vi en forbedring (reduktion i OCD-symptomer) i 83,0 % af forløbene, mens vi ser en uændret effekt i 6,4 % af forløbene og en forværring i 10,6 % af forløbene.



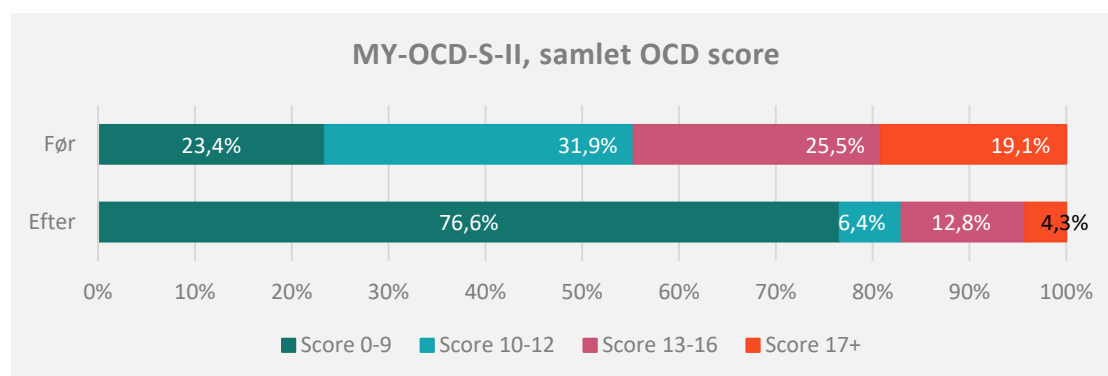
Figur 19 Fordelingen af børn/unge med positiv, ingen eller negativ effekt på OCD-score

Eftersom vi alene ser på forløb, der er gennemført (og altså ikke afbrudt mhp. anden behandling, som man vil forvente, når effekten udebliver), zoomer vi efterfølgende ind på gruppen af børn/unge, hvor der *ikke* ses en reduktion i OCD-symptomer.

Gruppen, hvor der ses hhv. uændret eller negativ effekt ($n=8$), har forud for forløbet gennemsnitligt haft en samlet problemscore på 12,1, mens gruppen, der har opnået positiv effekt ($n=39$), havde en gennemsnitlig førmåling på 12,7. Det kan altså ikke konkluderes, at gruppen var mere "ramt" på denne generelle score (snarere tværtimod). Vi ser heller ikke væsentlige forskelle på de forskellige OCD-domæner, men her er også tale om meget grove skalaer. Gruppen med manglende effekt har i gennemsnit fået 9,75 sessioner – altså en smule mere end den øvrige gruppe (9,0 sessioner). Den samlede problemscore på SDQ er for gruppen med manglende effekt gennemsnitligt 13,75, mens den for den øvrige gruppe er 12,4. Der er altså her noget, der tyder på, at gruppen i lidt højere grad i udgangspunktet har flere problemer, end den gruppe der oplever effekt af forløbet.

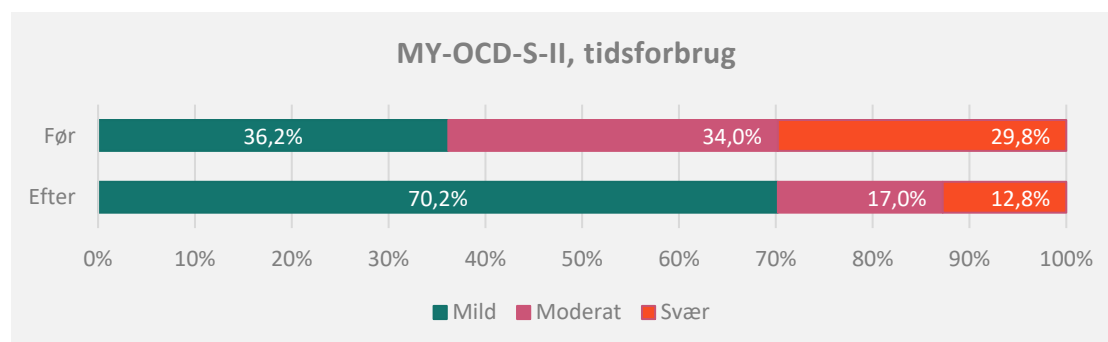
Fra interviewene med behandlerne ved vi, at der er en mindre gruppe af de børn og unge, der gennemfører forløbet, som efterfølgende sendes til udredning i psykiatrien grundet mistanke om anden psykopatologi. Flere nævner mistanke om Autisme Spektrum Forstyrrelse (ASF), og vi ved, at der ses høj grad af komorbiditet mellem OCD og ASF (Murray et al., 2015). Selvom forskning peger på, at denne gruppe (OCD+ASF) godt kan profitere af KAT-OCD-behandling, profiterer gruppen med komorbid autisme dårligere end gruppen uden (Murray et al., 2015). Dette er dog kun spekulativt, da vi ikke har tilstrækkelig viden om, hvad der sker med gruppen, der ikke profiterer af forløbet, efter behandlingen er afsluttet.

Følgelig brydes resultaterne yderligere ned.



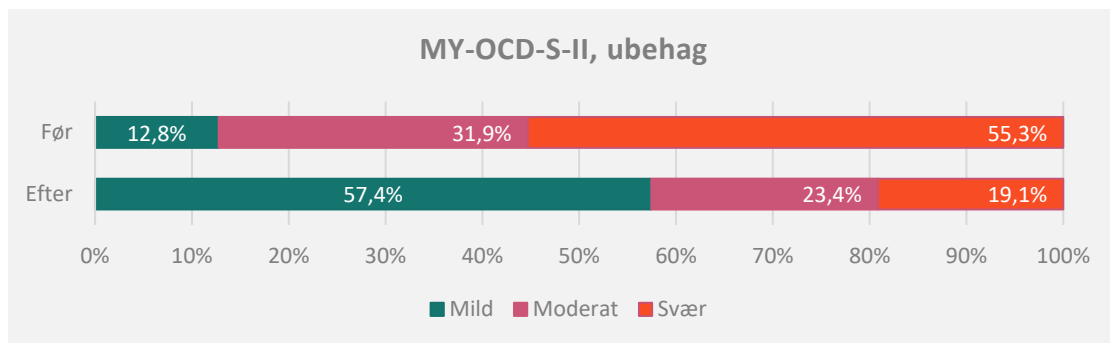
Figur 20 Samlet OCD-score før og efter indsats, fordeling

Som det fremgår af ovenstående, er der sket markante forandringer - gruppen af deltagere med milde symptomer er vokset fra 23,4 % til 76,6 %. Ser vi isoleret på gruppen med de sværeste symptomer ved udgangspunktet (OCD score på 17+), oplever 8 ud af 9 reduktion i symptomer, og de reducerer deres samlede OCD score med gennemsnitligt 7,2 point sammenlignet med den øvrige gruppe, som reducerer med 4,6 point. Det skal dog nævnes, at kun 4 af de 9 ender deres forløb med en score under 10 point (den grønne gruppe). Det lader altså til, at selv gruppen med de sværeste symptomer profiterer af behandlingen, men at der også er noget, der tyder på, at for cirka halvdelen er behandlingen ikke tilstrækkelig.



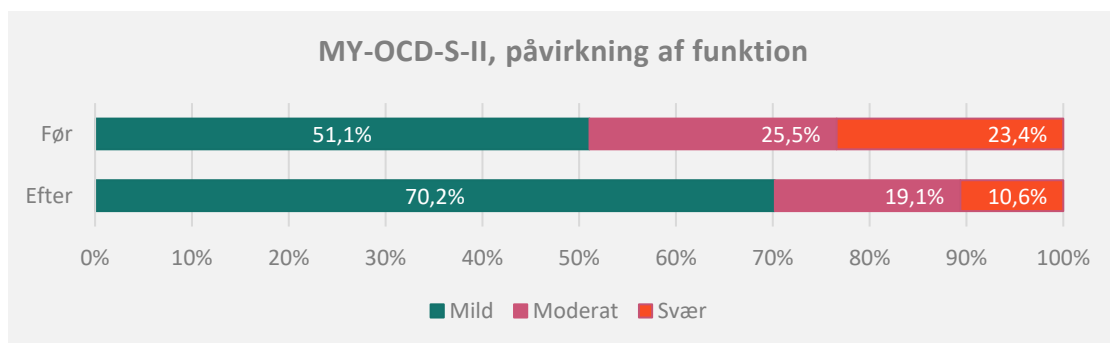
Figur 21 Tidsforbrug på OCD-symptomer før og efter indsats

Vi ser også at andelen af børn/unge, der bruger under 1 time om dagen på tvangstanker og -handlinger (grøn) er vokset fra 36,2 % til 70,2 %. Dog bør det noteres, at der fortsat er 12,8 % af børnene/de unge, der bruger mere end 3 timer om dagen på tvangstanker og -handlinger, når forløbet afsluttes.



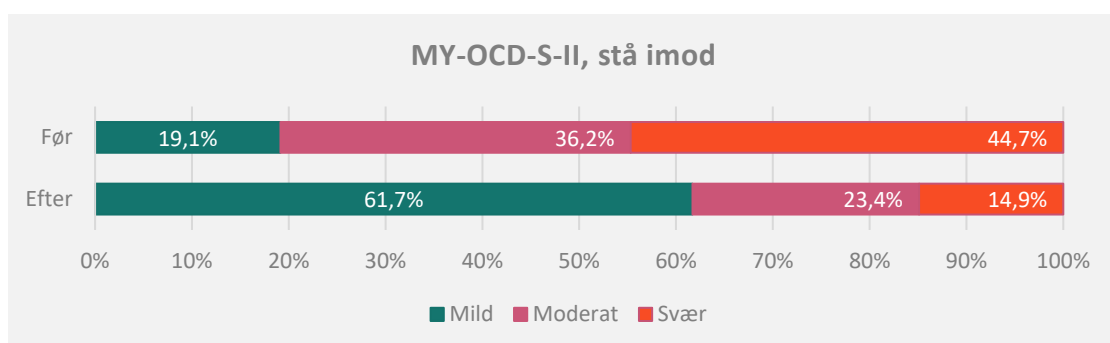
Figur 22 Ubehag forbundet med at gå imod tvangstanker, før og efter indsats

Gruppen af børn/unge, for hvem det at gå imod tvangstanker eller -handlinger kun er forbundet med lidt eller ingen ubehag, er steget fra 12,8 % til 57,4 %. Igen skal det dog nævnes, at der fortsat er en gruppe på 19,1 %, der finder dette meget ubehageligt, og hvor man kan være bekymret for, om de vil kunne fortsætte arbejdet uden behandlerstøtte.



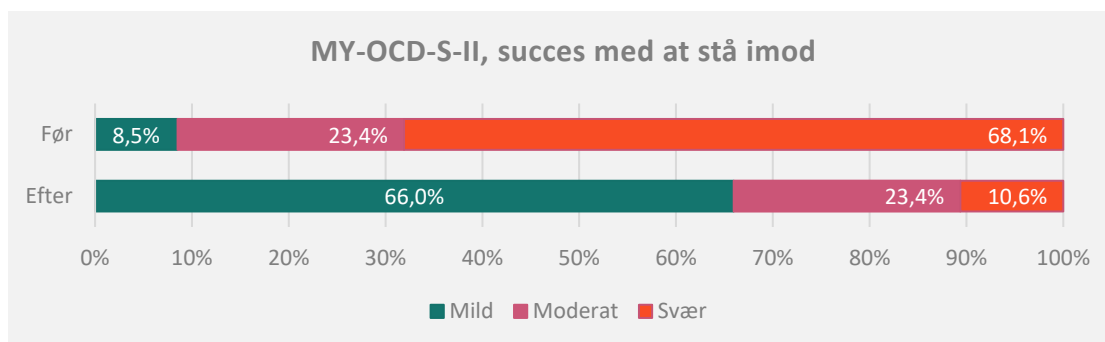
Figur 23 OCD-symptomers indvirkning på funktion, før og efter indsats

Som med de forrige ses også her en stigning i gruppen af børn med normal funktion i dagligdagen, når det kommer til skole, fritid, samvær med venner og familie (grøn). Gruppen er steget fra 51,1 % til 70,2 %.



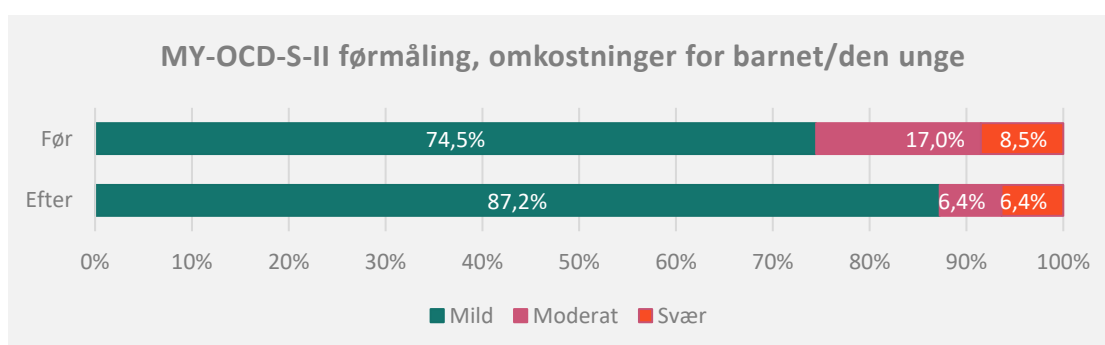
Figur 24 Villighed til at gå imod tvangstanker, før og efter indsats

At prøve at stå imod er den helt centrale færdighed, som familierne trænes i i behandlingen. Og efter forløbet er andelen af børn/unge, som angiver, at de altid eller for det meste forsøger at gøre modstand mod tvangstanker og -handlinger (grøn), steget fra 19,1 % til 61,7 %.



Figur 25 Succes med at stå imod tvangstanker, før og efter indsats

Hvor det før var langt hovedparten, der ikke oplevede succes med at stå imod tvangstanker, så er det ved forløbsslut 2/3 af deltagerne, der oplever dette.



Figur 26 Undgåelse i forbindelse med OCD-symptomer, før og efter indsats

Andelen af børn og unge, som før behandlingen oplevede at tvangstanker og -handlinger begrænsede dem i at deltage i de ting, de ville, var relativ lav (25,5 %), men faldt alligevel efter behandlingen til 12,8 %.

"Jeg synes, vi får fat i dem på et godt tidspunkt. Vi oplever børn og unge, der kommer til at kunne leve deres liv, helt som de ønsker, som var på vej til at have enormt mange begrænsninger i deres hverdag. Så jeg synes i den grad, det er et spor, der giver god mening. Det var virkelig godt set, at det var en målgruppe, vi manglede en indsats til, det havde jeg ikke set før, vi startede."

Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 9 forløb på sporet

Flere familier fortæller, at der stadig er symptomer, efter forløbet er stoppet, men at de er et meget bedre sted. Enkelte forældre udtrykker usikkerhed om, hvornår de skal være bekymrede og reagere.

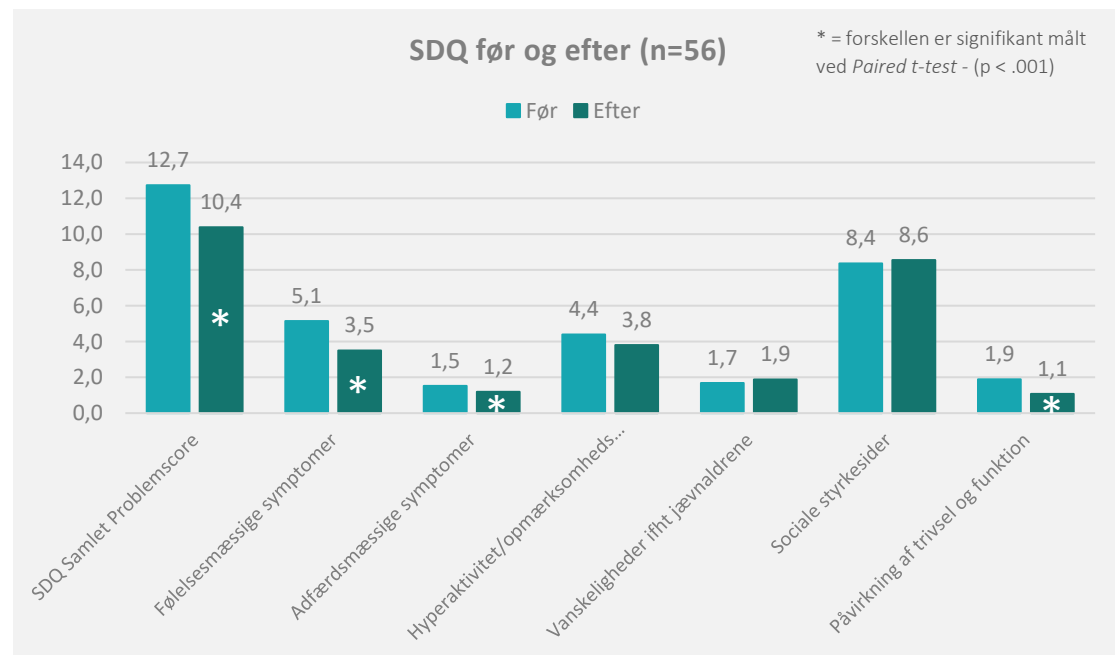
En af de deltagende unge fortæller, at det er blevet meget lettere at finde ro og lettere at være i skolen. Humøret er blevet bedre, som om "der er lettet noget fra skuldrene". Når symptomerne dukker frem, rækkes hurtigt ud til forældrene, og de laver "trapper" sammen og takler det med de Stå-imod-øvelser, der er blevet trænet i behandlingen. En anden ung fortæller, at ritualerne er helt væk nu, og at det har betydet rigtig meget – fx for sønnen. Det er meget lettere at falde til ro nu.

"Jeg troede ikke, at jeg nogensinde ville komme videre med det her, fordi det var så slemt. Men det kom jeg jo så ligesom. Nu har jeg jo lige været på rejse [...] Jeg var næsten 100 % overbevist om, at jeg ikke skulle med på denne her rejse. Men så efterhånden som tiden gik, vi har været hos psykologen, og jeg selv har – der er sket alt muligt – så ... nu er jeg jo lige kommet hjem [...] Og de der tanker – altså sådan noget med at røre ting – der er ikke så meget tilbage. Jeg ved ikke, hvordan jeg skal forklare det, men meget oppe i mit hoved er også blevet bedre. Det er ikke det hele, der er gået væk, men der er mange ting deroppe, der i hvert fald er blevet anderledes."

Ung, 15 år

Effekter på styrker og udfordringer

Strenght and Difficulty Questionnaire (SDQ) undersøger vanskeligheder forbundet med følelser, adfærd, opmærksomhed og jævnaldrende samt barnets/den unges sociale styrker og den generelle påvirkning af trivsel og funktion. Nedenfor ses før- og eftermåling.

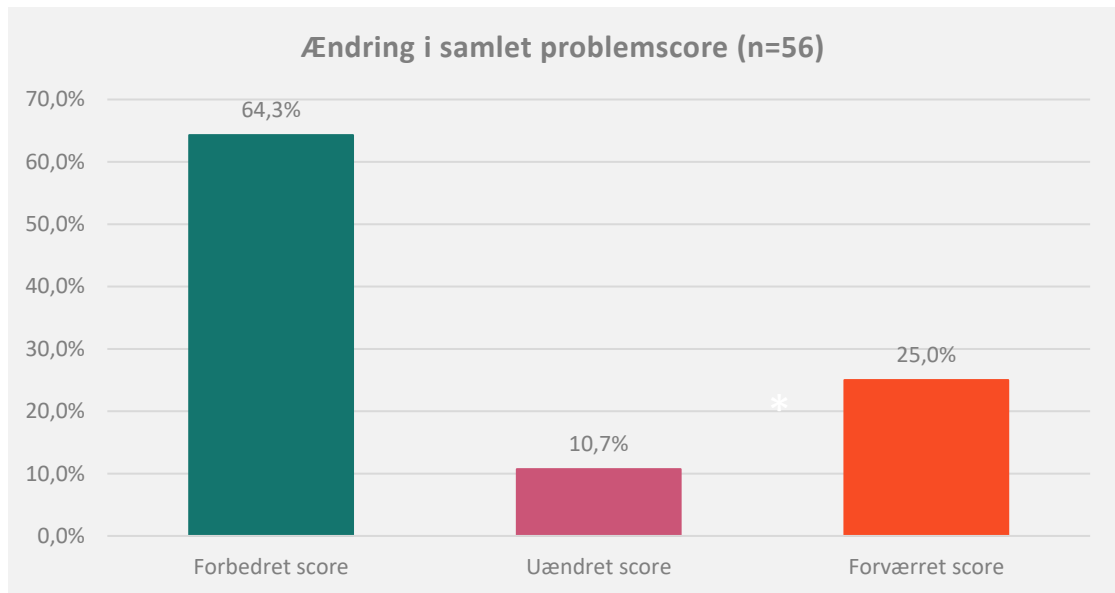


Figur 27 SDQ før og efter indsats

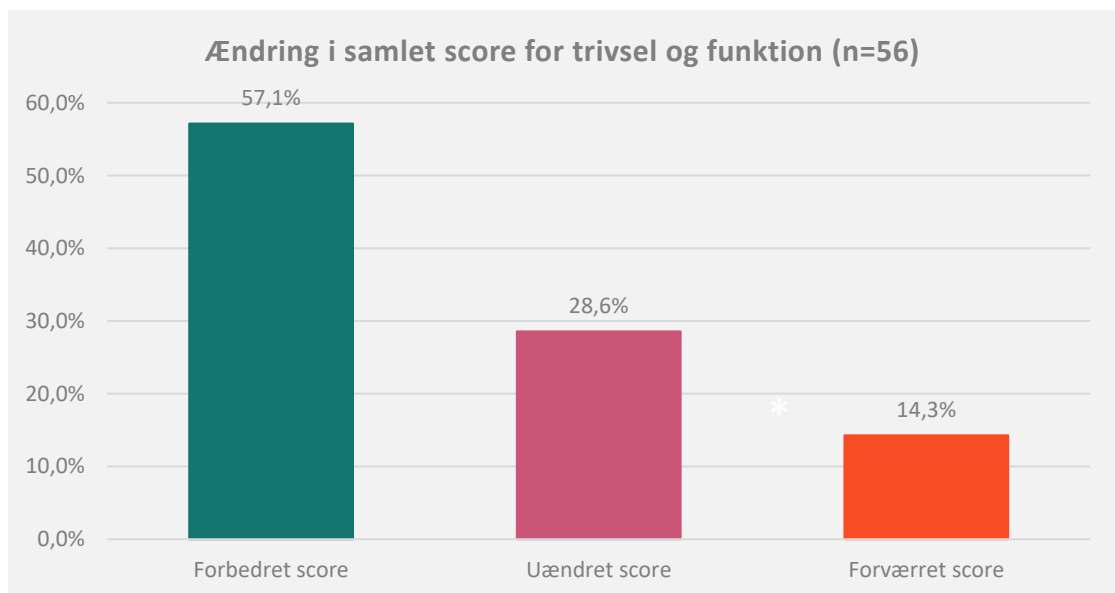
Som det fremgår af ovenstående diagram, konstateres en signifikant nedgang i samlet problemscore efter gennemførsel af forløbet. Ligeledes ses signifikante forskelle i følelsesmæssige symptomer, adfærdsmæssige symptomer og påvirkning af trivsel og funktion – alle i positiv retning.

I forhold til normer for de forskellige domæner ligger deltagerne gennemsnitligt almindeligt til let forhøjet på følelsesmæssige symptomer, påvirkning af trivsel og funktion samt samlet problemscore forud for forløbet. På de øvrige domæner er deltagerne gennemsnitligt indenfor normalområdet. Efter forløbet ligger deltagerne gennemsnitligt indenfor normalområdet på alle domæner.

Der er endvidere set på fordelingen mellem de, der har positiv effekt på samlet problemscore samt påvirkning af trivsel og funktion. Dette opsummeres i Figur 28 og Figur 29.



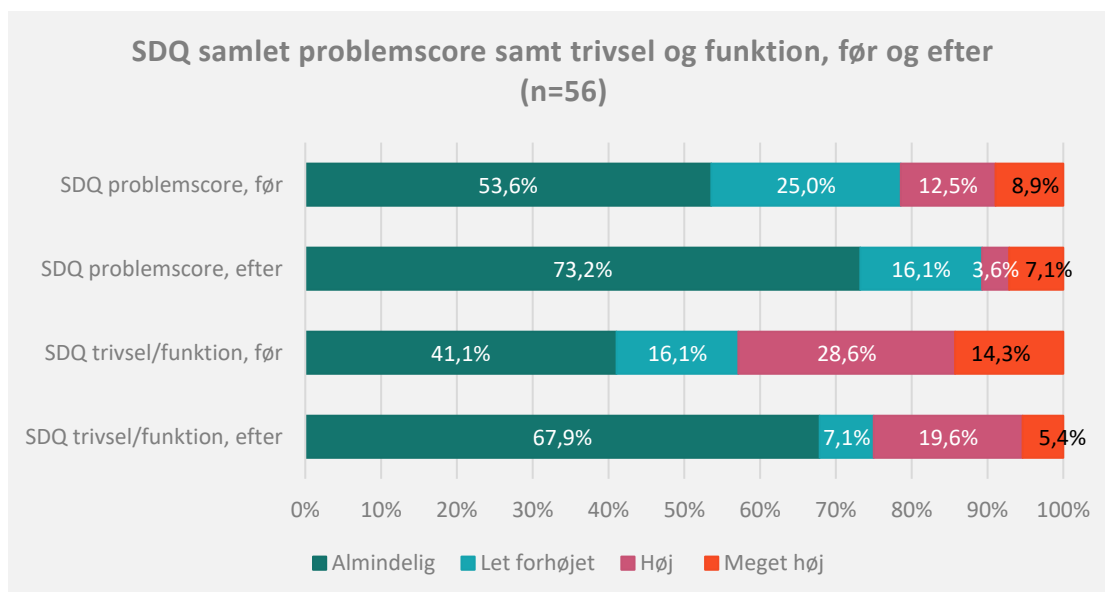
Figur 28 Fordeling af effekt på samlet problemscore



Figur 29 Fordeling af effekt på trivsel og funktion

Vi ser en forbedring i den samlede problemscore for 64,3 % af forløbene og forbedring i trivsel og funktion i 57,1 % af forløbene.

Da familierne henvender sig med vanskeligheder knyttet til tvangstanker og -handlinger, og behandlingsforløbet også har fokus på dette, undrer det ikke at effekterne er mindre på andre områder end dem, der er i fokus. Dertil kommer, at mange af børnene/de unge på disse områder ligger indenfor normalområdet allerede ved behandlingens påbegyndelse. Ser vi fx på de 24 forløb, hvor der ikke ses en forbedring på trivsel og funktion, sås forud for behandlingen større vanskeligheder i fem tilfælde og let forhøjede vanskeligheder i to tilfælde, mens de øvrige allerede lå indenfor normalområdet ved behandlingens start. Ser vi på de 20, hvor der ikke ses forbedring på den samlede problemscore, var tre let forhøjet og to meget høje forud for behandlingen, mens de øvrige lå indenfor normalområdet.



Figur 30 Samlet problemscore + trivsel og funktion, før og efter indsats, fordeling

Som det fremgår af ovenstående diagram, ses en stigning i gruppen af børn/unge, der ligger indenfor normen i forhold til samlet problemscore (53,5 % før forløbet og 73,2 % efter forløbet) og i forhold til trivsel og funktion (41,1 % før forløbet og 67,9 % efter forløbet).

”Børnene får et lidt nemmere liv. De får mindre at bakske med. Det kan frigive noget energi til, at de kan bruge deres tid på det, de godt kan lide. Det som giver værdi og mening i deres liv. Det der med ikke at være så begrænset.”

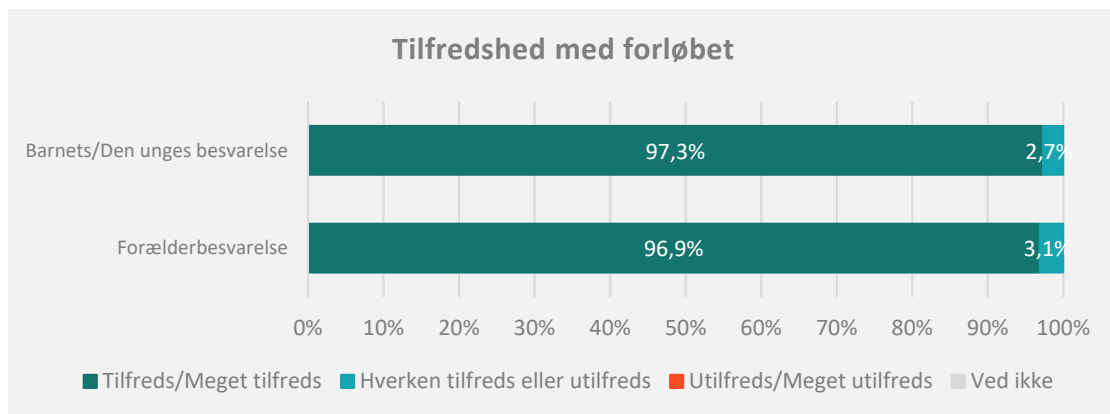
Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 10 forløb på sporet

”Jeg er helt overbevist om, at hvis ikke det var blevet taget hånd om på det tidspunkt – og før hun blev udredt – så var det blevet meget værre. Og så ville hun være et andet sted i dag. Det tror jeg virkelig på. Det var et tidspunkt, hvor det virkelig tog fart med flere og flere tvangstanker og flere og flere tvangshandlinger [...] Jeg tror virkelig på, at hvis vi havde skullet vente på, at [ung] var blevet udredt først og så kom i et ”almindeligt” forløb hos en psykiater, så havde det været en anden situation i dag. Så jeg er meget, meget taknemmelig for, at [ung] fik den mulighed, og vi fik den forståelse.”

Mor til 17-årig

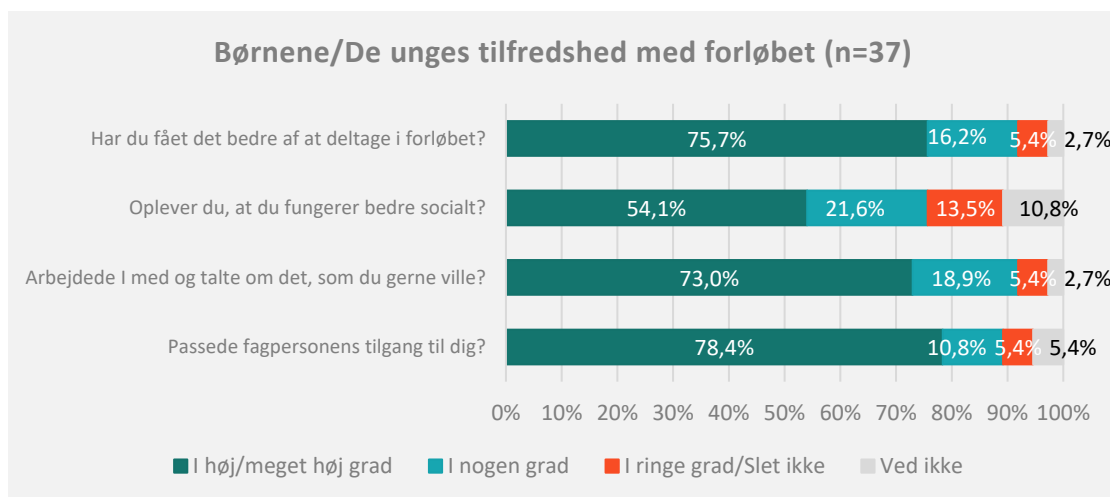
Familiernes tilfredshed med forløbet

Forældre i 64 forløb har udfyldt tilfredshedsmåling (82,1 % af gennemførte forløb). 37 (47,4 %) af de deltagende børn/unge har besvaret tilfredshedsmålingen. På spørgsmålet om overordnet tilfredshed med forløbet angiver 97,3 % af de deltagende børn/unge og 96,9 % af forældrene, at de er enten tilfredse eller meget tilfredse med forløbet. Der er ingen, der angiver at være utilfredse.



Figur 31 Overordnet tilfredshed med forløbet

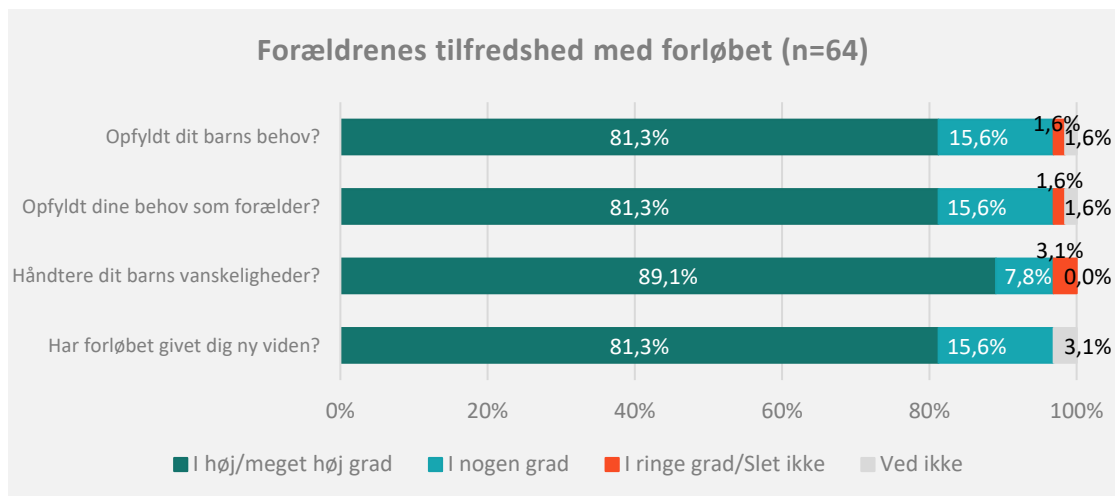
To spørgsmål vedrører barnets/den unges vurdering af effekten af behandlingen. Her svarer 75,7 %, at de i høj eller meget høj grad har fået det bedre efter forløbet, og 54,1 % svarer, at de i høj eller meget høj grad fungerer bedre socialt efter forløbet. Igen skal det understreges, at mange af de deltagende børn/unge har angivet ikke at have vanskeligheder socialt, før behandlingsforløbet gik i gang. 5,4 % (n=2) angiver, at de ikke har fået det bedre af forløbet.



Figur 32 Børnene/De unges tilfredshed med forløbet

73,0 % af børnene/de unge har oplevet, at behandlingen i høj eller meget høj grad havde fokus på det, de ville. Yderligere 18,9 % oplevede dette i nogen grad. 78,4 % oplevede i høj eller meget høj grad, at behandlerens tilgang passede til dem, 10,8 % at dette gjaldt i nogen grad.

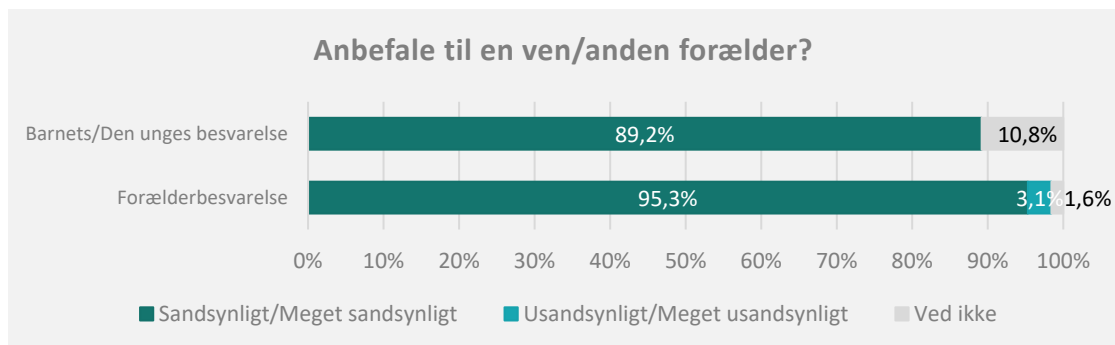
81,3 % af forældrene angiver, at forløbet i høj eller meget høj grad har opfyldt barnets behov og det samme for forælderens behov. 89,1 % angiver, at forløbet i høj eller meget høj grad har hjulpet forælderen med at håndtere barnets vanskeligheder på en mere hensigtsmæssig måde, og 81,3 % at forløbet i høj eller meget høj grad har givet dem ny viden.



Figur 33 Forældrenes tilfredshed med forløbet

I interviewene med familierne drøftes det praktiske i, at sessionerne ligger i skole/arbejdstid. For de deltagende familier har det ikke været et problem. Flere har følt sig imødekømt af, at sessionerne har ligget i ydertider. For de deltagende børn/unge har det generelt gjort sig gældende, at en lille håndfuld venner kendte til deres problematik og behandling, mens de fleste ikke har fortalt det til hele klassen. Det har været ok. En enkelt har haft særligt svært ved, at forløbet skulle berøre skoletiden, og her er det lykkedes at lægge samtalerne udenfor undervisningen. En anden fortæller, at det har været for hårdt at skulle i skole efter sessionerne, der har været meget udmattende for barnet.

På spørgsmål om, hvorvidt man vil anbefale forløbet til en ven med samme problem (barn/ung) eller til en forælder (forældre), svarer 89,2 % af børn/unge, at det vil de, mens resten ikke ved det. 95,3 % af forældrene vil anbefale forløbet til en anden forælder, mens to forældre finder det usandsynligt, at de vil anbefale forløbet.



Figur 34 Vil deltagerne anbefale forløbet?

De unge er spurgt til, hvad de vil anbefale en ven, der fik samme problemer. En af de unge deltagere fortæller, at hun nu kan hjælpe sine jævnaldrende på en anden måde, fordi hun har lært nogle vigtige færdigheder om tanker og følelser i forløbet.

"[Hvis en ven fik de problemer, så ville jeg sige] "Det er helt normalt at have de tanker – det er der faktisk mange, der har". Og hvis det var meget, så ville jeg sige, at de skulle søge hjælp – spørge deres forældre."

Ung, 13 år (1)

Oplever behandlerne sig tilstrækkeligt klædt på og understøttet til at varetage forløbene?

Alle behandlere har været på **uddannelse** i sporet forud for opstart af behandling. Alle interviewede behandlere havde i forvejen varetaget andre STIME spor, hvilket gav gode forudsætninger for også at varetage dette spor.

Behandlerne fortæller, at de oplevede sig godt klædt på af uddannelsen. De fortæller, at sporet er lidt særligt i forhold til de øvrige STIME-spor, fordi man skal være meget kreativ i forhold til at finde på Stå-imod-øvelser. Det er derfor vigtigt, at man forstår det teoretiske grundlag for at kunne udvikle gode øvelser.

Behandlerne er generelt meget glade for **manualen**, om end enkelte finder, at den er for lang. I den daglige praksis er der flere, der støtter sig til Quickguides eller Arbejdshæftet, som giver et overblik.

"Helt overordnet synes jeg, det er en fantastisk manual. Den er nem at gå til [...] I forhold til at samle den op og begynde at arbejde, synes jeg, den fungerer rigtig godt. Den er nem, og den er nem at samle op igen, hvis man lige har været væk fra det arbejde et stykke tid. Og den giver nok albuerum i forhold til, at det er manualbaseret, til at man kan tilpasse det efter behov og præferencer [...] Jeg har været meget glad for den som arbejdsredskab."

Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 13 forløb på sporet

En af behandlerne nævner, at hendes erfaring er, at jo tættere man følger manualen, jo mere effektiv er behandlingen.

Flere nævner, at manualen med fordel kunne have en del rettet mod de yngre og en del rettet mod de ældre, da der på dette spor er tale om en aldersmæssig meget bred målgruppe. Flere nævner dog, at dette behov udligner sig med tid og erfaring.

De fleste behandlere er meget glade for **Arbejdshæftet**, men enkelte nævner, at det kan være svært at finde rundt i, og at der ikke altid er opfølgning i sessionerne på det, familien skal lave hjemme. Flere af behandlerne nævner, at Arbejdshæftet giver struktur til både behandler og familie samt familien mulighed for at repetere pointerne fra sessionerne. Arbejdshæftet giver familierne tryghed og forudsigelighed, da de vedvarende kan se, hvad der skal ske næste gang. Og så understøtter Arbejdshæftet, at hjemmearbejdet bliver udviklet og gjort. Har der været tidsnød i sessionen, så er det godt, at psykoedukationen gentages i Arbejdshæftet.

Supervisionen får stor ros fra alle behandlerne. Supervisorerne er meget kompetente, og det er godt, at der er så bunden en opgave – nemlig at få manualen i spil og til at virke. Flere nævner det som noget positivt, at supervisionen er meget tro mod manualen. Derudover har supervisionen været hjælpsom i forhold til differentialdiagnostiske overvejelser, som behandlerne synes fylder mere på dette spor end andre STIME-spor. Supervisionen har også være givtig i forhold til at tilpasse forløbet til specifikke

udfordringer, tilpasse sprog til barnets modenhed og regulere kravene til, hvad man skal nå i de enkelte sessioner. Supervisionen har også støttet behandlere i at formidle videre til familien, at de har brug for hjælp i psykiatrien.

Da flere kommuner har haft svært ved at komme i gang med forløbene, har flere oplevet at de ikke rigtig kunne bidrage til supervisionen før, der var gået for lang tid. Det har også presset de kommuner, der kom hurtigt fra start og derfor skulle levere alt supervisionsindholdet i starten. For dem, der kom sent fra start, har der været behov for yderligere supervision i den anden ende. Omvendt fortæller de kommuner, der har haft svært ved at komme i gang, at det tværkommunale møde i supervisionen og uddannelsen har betydet, at de har kunnet hente meget hjælp og inspiration til egen implementeringsproces.

”Vi var ikke nær så hurtigt fra start, hvis ikke det havde været for det tværkommunale samarbejde – det er helt sikkert. Der fik vi utrolig meget luft under vingerne.”

Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 13 forløb på sporet

Enkelte behandlere fortæller, at de – under uddannelse – er sat ned i forhold til antallet af forløb, de varetager. Dette kan virke uhensigtsmæssigt, da det netop er her, der er brug for at opbygge erfaring, samt at uddannelseskravene er, at der gennemføres et vist antal forløb undervejs.

Enkelte nævner, at det er ærgerligt, at supervisionen ikke altid kan bruges til specialistuddannelse.

Flere af behandlerne nævner potentialet i at fortsætte supervisionstilbuddet efter endt uddannelse. Blandt andet for at sikre at behandlerne fortsætter med at følge manualen, men også fordi der er noget at hente i den tværkommunale supervision. De enkelte kommuner kan let komme til at udvikle lokale praksisser. Forsat tværkommunal supervision vil kunne understøtte kvaliteten, gensidig inspiration samt en løbende styrkelse af det tværkommunale og tværsektorielle fællesskab, der ligger i, at man på tværs af det kommunale landskab løfter en fælles opgave.

Praksis. Da behandlingen har været ny, har den selvfølgelig også været helt ny for alle behandlere, der har varetaget sporet. Generelt varetages forløbene med én behandler, men flere kommuner har valgt at benytte to behandlere i de første forløb, for derved at have en sparringspartner i processen med både at skulle lære en behandlingsform og hjælpe en familie samtidigt.

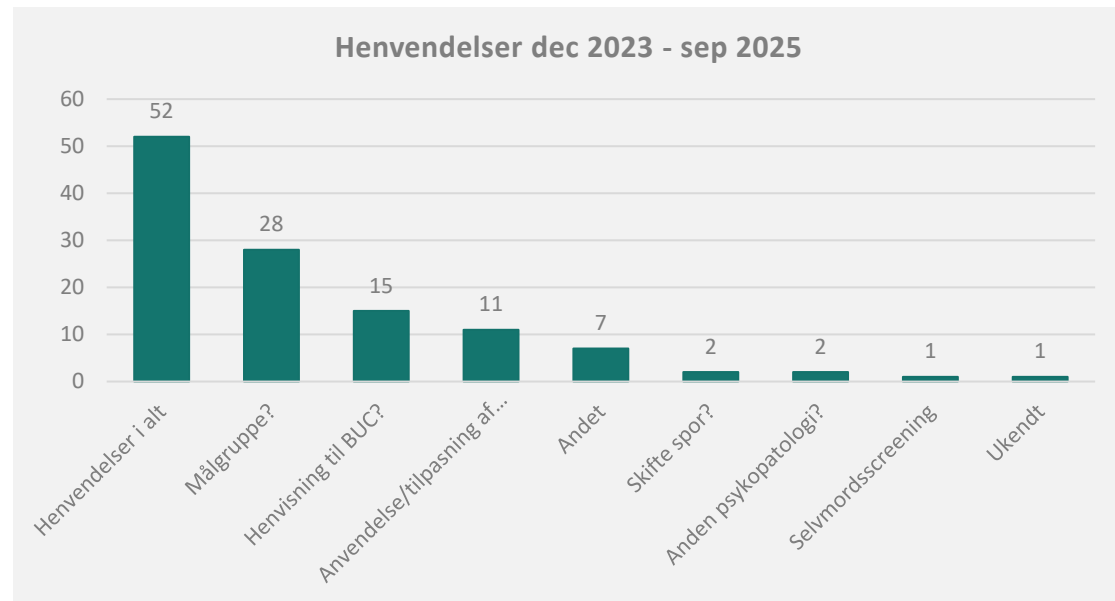
Det nævnes, at det er en stor støtte, at man har været flere i samme kommune, der varetog behandlingen, så der var mulighed for daglig kollegial sparring og et fagligt fællesskab i dagligdagen.

”Det bliver helt sikkert lettere, idet jeg accepterer, at OCD er en mærkelig størrelse. Det der med selv at prøve at finde logikken, det skal jeg bare droppe. Jeg skal bare følge, hvad det er, de unge siger [...] gå helt ned i detaljen og bruge tid på at finde ud af, hvad er det helt præcist, den der tvangshandling er. Det er jeg blevet bedre til nu. Jeg brugte en halv time i forgårs på at snakke med en pige om, hvordan hun skulle røre ved en stikkontakt.”

Autoriseret psykolog, har været behandler på ca. 8 forløb på sporet

Som med alle STIME-spor understøttes behandlerne med mulighed for at få **løbende telefonisk sparring** hos psykologer i BUC. I undersøgelsesperioden har der været 52 henvendelser fra behandlerne i de otte kommuner, der har vedrørt børn og unge med tvangstanker og -handlinger. Hyppigst har henvendelserne drejet sig om, hvorvidt barnet/den unge var inden for sporets målgruppe, herunder om barnet/den

unge var i målgruppe for BUC. Dernæst har henvendelserne vedrørt anvendelse eller tilpasninger af forløbet til specifikke familier.



Figur 35 Henvendelser til Rådgivningstelefonen

Behandlerne har stor glæde af rådgivningstelefonen. Flere har benyttet den i forhold til differentialdiagnostiske overvejelser, til vurdering af sværhedsgraden af barnets/den unges symptomer, eller hvis en familie ikke passer "spot-on" ind i målgruppen. Andre har brugt den i forhold til at udvikle passende øvelser i de første forløb. Rådgivningstelefonen bruges også, der hvor behandlingen ikke "rykker". Den betyder, at man hurtigt kan få sparring, så behandlingen ikke går i stå. "Det er en livline", fortæller en af behandlerne.

Enkelte nævner dog, at det kan være svært, hvis den psykolog, der svarer rådgivningstelefonen, anbefaler henvisning til BUC, men at BUC efterfølgende afviser.

Der er et generelt ønske fra behandlerne om, at der på dette spor – ligesom på de øvrige STIME-spor – laves en **årlig opsamlingsdag** med fokus på fx nyeste forskning på området.

Anvendt litteratur

- Danmark, S. (2022). *Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser : fagligt oplæg til en 10-årsplan* (Version: 01 ed.). Sundhedsstyrelsen.
- Fineberg, N. A., Dell'Osso, B., Albert, U., Maina, G., Geller, D., Carmi, L., Sireau, N., Walitza, S., Grassi, G., Pallanti, S., Hollander, E., Brakoulias, V., Menchon, J. M., Marazziti, D., Ioannidis, K., Apergis-Schoute, A., Stein, D. J., Cath, D. C., Veltman, D. J., . . . Zohar, J. (2019). Early intervention for obsessive compulsive disorder: An expert consensus statement. *European Neuropsychopharmacology*, 29(4), 549-565. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.02.002>
- Gallant, J., Storch, E. A., Merlo, L. J., Ricketts, E. D., Geffken, G. R., Goodman, W. K., & Murphy, T. K. (2008). Convergent and discriminant validity of the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Symptom Checklist. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1369-1376. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.017>
- Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40(5), 791-799. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00494>
- Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2004). Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 38(8), 644-651. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01427.x>
- Hove Thomsen, P., & Weidle, B. (2015). *Behandling af børn og unge med OCD : en praksismanual* (1. udgave. ed.). Hans Reitzel.
- Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., Ivarsson, T., Weidle, B., Nissen, J., Hybel, K. A., Torp, N. C., Melin, K. A., Dahl, K., & Thomsen, P. H. (2020). 24.4 THE NORDIC LONG-TERM OCD TREATMENT STUDY: SPECIFIC POPULATIONS AND OUTCOME FROM CBT. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(10), S303-S303. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.690>
- Implement Consulting, G., Danmark, S., & Danmark, S. (2021). *National evaluering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser : evaluering af implementering og udbredelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser : rapport*. Implement Consulting Group.
- Janssens, A., & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European child & adolescent psychiatry*, 18(11), 691-700. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0030-y>
- Murray, K., Jassi, A., Mataix-Cols, D., Barrow, F., & Krebs, G. (2015). Outcomes of cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder in young people with and without autism spectrum disorders: A case controlled study. *Psychiatry research*, 228(1), 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.012>
- Pagsberg, A. K., Lønfeldt, N. N., Thoustrup, C. L., Korsbjerg, N. L. J., Uhre, C. F., Christensen, S. H., Uhre, V. F., Mora-Jensen, A.-R. C., Ritter, M., Pretzmann, L., Ingstrup, H. K., Moltke, B. B., Harboe, G. S., Thorsen, E. D., Clemmesen, L. K. H., Lindschou, J., Engstrøm, J., Glud, C., Siebner, H. R., . . . Plessen, K. J. (2025). Family-based cognitive behavioral therapy versus family-based psychoeducation and relaxation training for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a randomized clinical trial (TECTO). *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02797-4>
- Pagsberg, A. K., Uhre, C., Uhre, V., Pretzmann, L., Christensen, S. H., Thoustrup, C., Clemmesen, I., Gudmandsen, A. A., Korsbjerg, N. L. J., Mora-Jensen, A.-R. C., Ritter, M., Thorsen, E. D., Halberg, K. S. V., Bugge, B., Staal, N., Ingstrup, H. K., Moltke, B. B., Kloster, A. M., Zoega, P. J., . . . Plessen, K. J. (2022). Family-based cognitive behavioural therapy versus family-based relaxation therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: protocol for a randomised clinical trial (the TECTO trial). *BMC psychiatry*, 22(1), 204-215. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03669-2>
- Pretzmann, L., Christensen, S. H., Bryde Christensen, A., Funch Uhre, C., Uhre, V., Thoustrup, C. L., Clemmesen, I. T., Gudmandsen, T. A., Korsbjerg, N. L. J., Mora-Jensen, A.-R. C., Ritter, M., Olsen, M. H., Clemmesen, L. K. H., Lindschou, J., Glud, C., Thomsen, P. H., Vangkilde, S., Hagstrøm, J., Rozentel, A., . . . Pagsberg, A. K. (2023). Adverse events in cognitive behavioral therapy and

- relaxation training for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A mixed methods study and analysis plan for the TECTO trial. *CONTEMPORARY CLINICAL TRIALS COMMUNICATIONS*, 34, 101173-101173. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2023.101173>
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 4-13. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00302.x>
- Stewart, S. E., Hezel, D., & Stachon, A. C. (2012). Assessment and Medication Management of Paediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Drugs (New York, N.Y.)*, 72(7), 881-893. <https://doi.org/10.2165/11632860-000000000-00000>
- STIME. (2025a). *Screening og evaluering: Tillæg til 'Vejledning til Screening og evaluering i STIME*.
- STIME. (2025b). *Vejledning: Screening og evaluering i STIME*.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Geffken, G. R., Soto, O., Sajid, M., Allen, P., Roberti, J. W., Killiany, E. M., & Goodman, W. K. (2004). Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry research*, 129(1), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.06.009>
- Sundhedsministeriet, I. o. (2025). *Bekendtgørelse om lettilgængeligt kommunalt behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel og symptomer på psykisk lidelse*.
- Sundhedsstyrelsen. *Metodetilgang i udarbejdelse af projekter*. <https://www.sst.dk/-/media/Om-os/S%C3%A5dan-arbejder-vi/Metodetilgang-projekter.ashx>
- Thomsen, P. H., Ivarsson, T., Torp, N. C., Dahl, K., Valderhaug, R., Weidle, B., Nissen, J., Melin, K. A., Skarphedinsson, G., & Hybel, K. A. (2020). 24.1 THE NORDIC LONG-TERM OCD TREATMENT STUDY (NORDLOTS): DESIGN, METHODS, AND IMMEDIATE OUTCOMES. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(10), S302-S302. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.687>
- Thoustrup, C. L., Uhre, C., Uhre, V., Ritter, M., Vangkilde, S., Engstrøm, J., Lindschou, J., Gluud, C., Pagsberg, A. K., & Olsen, M. H. (2025). Emotion dysregulation in youths with obsessive-compulsive disorder and its implication for treatment - An exploratory study from the TECTO trial: A protocol and statistical analysis plan. *CONTEMPORARY CLINICAL TRIALS COMMUNICATIONS*, 43, 101408-101408. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2024.101408>
- Tolstrup, M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2020). *Når dit barn har OCD : en forældrehåndbog* (1. udgave. ed.). Akademisk Forlag.
- Torp, N. C., Weidle, B., Thomsen, P. H., Skarphedinsson, G., Aalberg, M., Nissen, J. B., Melin, K. H., Dahl, K., Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2019). Is it time to rethink standard dosage of exposure-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry research*, 281, 112600. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112600>
- Vivan, A. d. S., Rodrigues, L., Wendt, G., Bicca, M. G., Braga, D. T., & Cordioli, A. V. (2014). Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Revista brasileira de psiquiatria*, 36(2), 111-118. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1113>

