

# Evaluering og effektmåling af gruppebehandling for børn/unge, der har været udsat for seksuelle overgreb - Midtvejsrapport



**CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling**  
*- et center for forskning og udvikling på social- og sundhedsområdet*

**Evaluering og effektmåling af gruppebehandling for børn/unge, der har været udsat for seksuelle overgreb**

- Midtvejsrapport

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012

**For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:**

Chefkonsulent Mett Marri Lægsgaard

Tlf.: 7841 4062

E-mail: [mettmarri.laegsgaard@stab.rm.dk](mailto:mettmarri.laegsgaard@stab.rm.dk)

Konsulent Lene Moesgaard Søbjerg

Tlf.: 7841 4362

E-mail: [lene.soebjerg@stab.rm.dk](mailto:lene.soebjerg@stab.rm.dk)

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 17

8200 Aarhus N

[www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk)

# Indholdsfortegnelse

<b>INDLEDNING</b>	<b>1</b>
Baggrund	1
Formål	2
Evalueringsmetode	2
Projektets organisering	5
<b>PROJEKTSTEDERNE</b>	<b>7</b>
Københavns Kommune	7
Hjørring Kommune	8
Aarhus Kommune	8
<b>STATUS FOR PROJEKTET OG EVALUERINGEN</b>	<b>9</b>
Status for projekterne	9
Plan og status for dataindsamlingen	9
Ændringer og konsekvenser	16
<b>FORELØBIGE IMPLEMENTERINGSERFARINGER</b>	<b>17</b>
Organisation og ledelse	17
Opsporing og visitation	19
Rammer for behandling	25
Behandlingsmetode	28
Frafald	35
<b>FORELØBIG EFFEKTEVALUERING</b>	<b>37</b>
Deltagernes baggrund	37
Kvantitative evalueringsresultater	41
Kvalitative evalueringsresultater	50
<b>FORELØBIGE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER</b>	<b>63</b>
Ledelse og forankring	63
Opsporing	63
Behandlingens rammer og indhold	63
Effektvurdering	64
<b>FORELØBIGE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER</b>	<b>65</b>
Ledelse og forankring	65
Opsporing	65
Behandlingens rammer og indhold	65
Effektvurdering	66
<b>FØLGEGRUPPENS KOMMENTARER</b>	<b>67</b>



## Indledning

Servicestyrelsen indbød i 2009 alle danske kommuner til at søge midler til gruppebehandling af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb. Midlerne er afsat fra satspuljemidlerne 2008-2011 som led i opfølgningen på anbringelsesreformen. Da der ikke er særlig stor erfaring med gruppebehandling af denne målgruppe i Danmark, defineres initiativet som et forsøgsprojekt, og tre kommuner er udpeget til at deltage i forsøget. Det drejer sig om Københavns Kommune, der deltager med "Projekt Lysning", Hjørring Kommune ved Børnefamiliecenter Kløvergården og Aarhus Kommune ved Rådgivningscentret for Børn og Unge.

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK), tidligere Center for Kvalitetsudvikling, har planlagt og gennemfører evalueringen af gruppebehandlingen. Denne midtvejsrapport indeholder foreløbige resultater af evalueringen. Midtvejsrapporten har Socialstyrelsen og de deltagende projekter som målgruppe. Dens hovedformål er at formidle de foreløbige resultater, så projektstederne kan anvende disse i tilpasningen af deres indsats, samt at give Socialstyrelsen et første indtryk af de resultater, det samlede projekt vil tilvejebringe.

Rapporten består af tre hoveddele. **Første del** beskriver kort projektets baggrund, evalueringsdesign samt de tre projektsteder. En mere indgående beskrivelse kan findes i delrapporterne "Evalueringsdesign og procesplan" samt "Indsatsteorier for projekterne", som er vedlagt som bilag I og II. Dette er således kendt stof fra tidligere afrapporteringer, men er inddraget for at skabe rammen for de senere afsnit. Det betyder desuden, at rapporten kan læses og forstås af udenforstående. Dernæst følger i **anden del** et afsnit om status for projektet og evalueringen på nuværende tidspunkt. Endelig præsenteres i **tredje del** de foreløbige resultater i afsnit om hhv. implementeringserfaringer, den kvantitative effekt-evaluering og den kvalitative effektvurdering og resultatdelen rundes af med en række opmærksomhedspunkter udledt af projektets erfaringer og resultater indtil nu.

I forbindelse med afrapporteringen af det samlede projekt, ved projektets afslutning, vil CFK bl.a. udarbejde en kort og formidlingsvenlig publikation, hvor de vigtigste resultater og erfaringer beskrives. Denne publikation vil være målrettet øvrige aktører på området.

## Baggrund

Seksuelle krænkelser mod børn har haft særlig politisk bevågenhed siden årtusindskiftet, hvor den daværende regering satte fokus på området med en redegørelse om forstærket indsats. I 2003 blev der iværksat en egentlig handlingsplan, og der er siden taget en række initiativer til forebyggelse og behandling af seksuelt misbrug. I 2001 oprettede Socialministeriet SISO, et videnscenter for sociale indsatser ved seksuelle overgreb mod børn. Socialministeriet iværksatte desuden JANUS projektet i april 2003 med sigte på forebyggelse af seksuelle overgreb på børn via tidlig indgriben over for børn og unge med grænseoverskridende seksuel adfærd.

Endnu findes der ikke forløbsundersøgelser, hvor man har fulgt udviklingsforløb hos grupper af seksuelt krænkede eller seksuelt krænkende børn. Den bestående viden om skadevirkningerne på børn stammer primært fra voksne, der har været udsat for seksuelle overgreb som børn. Mange misbrugte børn udtrykker imidlertid negative selvopfattelser og

viser tegn på traumatisering og deraf følgende mistrovisel. Nyere forskning tyder på øget tendens til depression, angst og personlighedsforandringer hos børnene.<sup>1</sup> Der er behov for øget viden om behandlingstiltag for disse grupper.

Individuelle specialiserede behandlingstiltag for børn og unge, der har oplevet seksuelle overgreb, er iværksat rundt om i landet. Flere kommuner har etableret psykologtilbud og i nogle tilfælde tværfaglige teams med henblik på intervention til barnet og familien. Der er kun foreløbige danske erfaringer med gruppeforløb for børn og unge, men evalueringer m.m. tyder på, at gruppetilbud kan være en velegnet indsats over for målgruppen.<sup>2</sup>

## Formål

Formålet med projektet er at afprøve gruppebehandlingsforløb for at få mere præcis viden om effekterne af børnene/de unges deltagelse i gruppebehandlingsforløb, samt hvordan disse implementeres. Evalueringsundersøgelsen skal dokumentere behandlingsmetoder og -effekter samt analysere centrale kontekstfaktorerets betydning for behandlingsudbyttet. Ligeledes skal implementeringsprocesserne i projektkommunerne dokumenteres og analyseres til gavn for alle danske kommuner såvel som øvrige aktører på området.

Evalueringen skal således bidrage til at kvalificere fremtidige tilbud til målgrupperne via formidling af viden om metoder, effekter, centrale kontekstfaktorer samt implementeringserfaringer og -forudsætninger.

## Evalueringsmetode

Evalueringen lægger sig af to årsager op ad den teoribaserede evalueringstilgang. For det første er det af praktiske og behandlingsetiske grunde ikke muligt at etablere et eksperimentelt design i denne sammenhæng. For det andet er det et centralt krav til evalueringen, at den netop skal præstere en detaljeret og nuanceret viden om effekter, modererende kontekstvariabler og implementeringsforudsætninger med henblik på at understøtte størst mulig spredning af viden og praksiserfaringer fra projektkommunerne til de øvrige kommuner. På det konkrete metodiske niveau bringes to redskaber i anvendelse i designet: Indsatsteoribaseret procesevaluering og tilvækstanalytisk effektevaluering.

## Indsatsteoribaseret procesevaluering

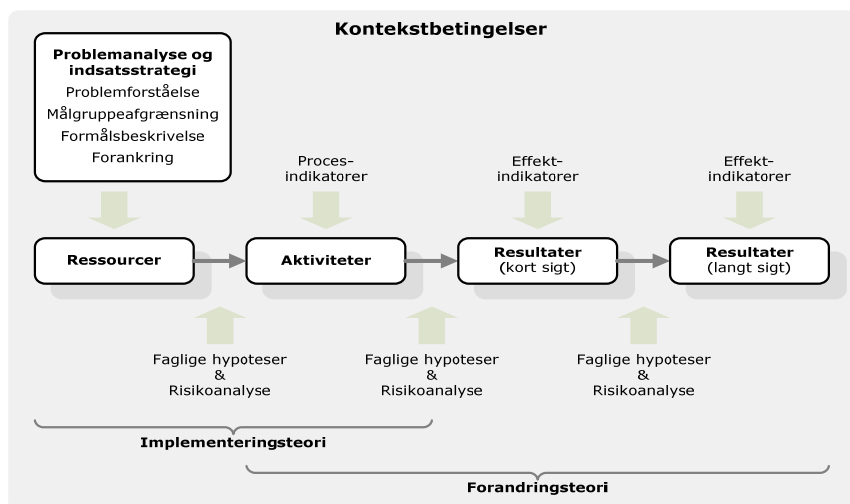
Det er en forudsætning for at opbygge valid viden om implementeringsprocesser, at evaluator kan tage udgangspunkt i en fyldestgørende forståelse af den indsats, som søges implementeret. Her er indsatsteorimetodikken et uundværligt evalueringsredskab.<sup>3</sup> I figuren nedenfor vises den indsatsteoretiske tilgang, som ligger til grund for designet og for beskrivelsen af projektkommunernes indsatser.

---

<sup>1</sup> Mehlbye, J. og Hammershøi, A. (red.) (2006): *Seksuelle overgreb mod børn. En antologi om forebyggelse og behandling*, Kbh.: AKF.

<sup>2</sup> Team for Seksuelt Misbrugte Børn (2008): *Statusrapport*, Rigshospitalet; Holmboe, A. et al. (2005): *Evaluering af Projekt Janus*, Københavns Universitet; Statusrapporter fra JANUS Centret <http://www.projekt-janus.dk/da/publikationerogmateriale>; Nordjyllands Amtsunngdomscenter (1990): *Gruppebehandling af incest*, Nordjyllands Amt; McGain, B. og McKinzey R. (1995): *The Efficacy of Group Treatment in Sexually Abused Girls*, i *Child Abuse & Neglect*, årg. 19, nr. 9, s. 1157-1169.

<sup>3</sup> Donaldson, S. (2007): *Program-Theory Driven Evaluation Science*, Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum. Også Erikson, M. (2008): *Den logiske model*, Aarhus: KREVI.



En indsatssteori er opbygget af en implementeringsteori, venstre side af figuren, og en forandringsteori i figurens højre side. Den færdige indsatssteori består både af redegørende tekst og en overskuelig, logisk visualisering af forventede sammenhænge og virksomme mekanismer i indsatsen. Modellen danner afsæt for en tydeliggørelse af kontekstbetingelser, faglige hypoteser og forventede risici, ligesom den giver et godt udgangspunkt for at udvikle og prioritere proces- og effektindikatorer. Det indledende arbejde med indsatssteori lægger således grundlaget for procesevalueringsdelen af projektet.

### Tilvækstanalyse

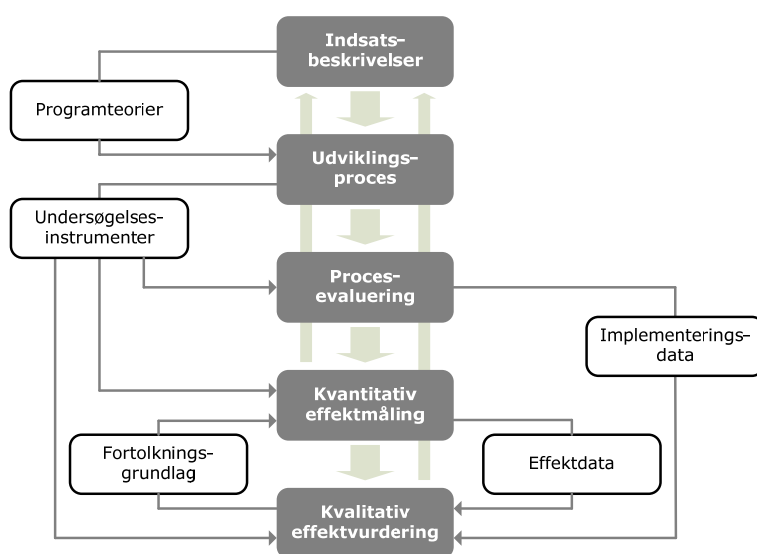
Tilvækstanalyse er en forholdsvis ny evalueringstilgang, som er særligt relevant, hvor indsatser leveres i åbne og komplekse processer. Dette er bl.a. gældende for denne evalueringens genstandsfelt. Modellen sigter ikke på at påvise simpel, direkte kausalitet af typen *hvis A så B*. Snarere er formålet at sandsynliggøre på et evidensbaseret grundlag, at indsatsen har bidraget væsentligt til de positive udfald, man forventer at observere.<sup>4</sup> Der spørges i særdeleshed til, hvilke alternative faktorer der kan tænkes at have haft indflydelse på de observerede udfald, og til om den evaluerede indsats på denne baggrund med stor sandsynlighed kan tilskrives et selvstændigt bidrag. Modellen er udviklet med særligt henblik på evalueringer, som gennemføres over længere tid, og hvor der derfor er mulighed for at foretage faglige og evalueringsmetodiske justeringer i lyset af evalueringsdata.

Tilvækstanalysen spiller naturligt sammen med brugen af indsatssteori. Med indsatssteorien som grundlag for den kontinuerlige evaluering af proces og resultater er der mulighed for, at de indsamlede data undervejs i projektførelsen kan belyse, hvorvidt indsatssteoriens implementeringsmodel følges – og hvorvidt indsatssteoriens forventede effekter opnås. Dette tilbageløb af data kan således benyttes til at be- eller afkræfte antagelserne i indsatssteorien, og revidere denne undervejs i forløbet med henblik på metodeudvikling- og tilpasning. Det er således intentionen, at resultaterne præsenteret i denne midtvejsrapport, kan være en hjælp til projektstedernes udvikling og tilpasning af den konkrete indsats.

<sup>4</sup> Mayne, J. (2001): *Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly*, *Canadian Journal of Program Evaluation*, årg. 16, s. 1-24; Mayne, J. (2008): *Contribution analysis: An approach to exploring cause and effect*, *ILAC Brief*, May 2008.

## Undersøgelselementer

Som illustreret i figuren nedenfor, er der en tæt sammenhæng mellem de enkelte delundersøgelser i designet. De indledende *indsatsbeskrivelser* i form af indsats teorier muliggør udledning af effektindikatorer og evalueringens øvrige variabelsæt, som på sin side danner grundlag for udviklingen af alle undersøgelsens dataindsamlingsinstrumenter. Den indsats teoribaserede *procesevaluering* ud fra såvel surveydata som uddybende interview giver anledning til implementeringsdata, som, sammen med kvantitative effektdata, bidrager til den *kvalitative effektvurdering* på basis af casestudier af udvalgte gruppe- og individforløb samt faglig auditering. Omvendt bidrager den kvalitative delundersøgelse til at lægge et solidt fortolkningsgrundlag for analysen af de *kvantitative effektmålinger*. Slutte- lig sikrer evalueringdesignet, at der undervejs kan ske et tilbageløb fra effektmålinger og -vurderinger til indsatsbeskrivelserne.



**Procesevalueringen** fokuserer på implementeringen af gruppebehandlingen i projektkommunerne. Dataindsamlingen foregår vha. et spørgeskema udviklet på baggrund af indsatsbeskrivelsen og uddybende interview med fagpersoner, ledere og samarbejdspartnere. Den **kvantitative effektmåling** består af en førmåling, en eftermåling og to opfølgingsmålinger efter 6 og 24 måneder af barnets/den unges symptomer, kompetencer og adfærd. Dataindsamlingen består af en kombination af standardiserede instrumenter og instrumenter udviklet specifikt til denne evaluering. Effektmålingen afsluttes med et udtræk af særligt relevante variable fra Danmarks Statistik.

Den **kvalitative effektvurdering** bygger på en casestudiestrategi og omfatter interview med udvalgte grupper og udvalgte enkeltindivider, inddragelse af journalmateriale og en afsluttende auditproces med deltagelse af fagpersoner fra projektkommunerne.

Undersøgelselementerne uddybes i de senere afsnit om projektets status og de foreløbige resultater.



## Projektets organisering

Projektet er igangsat og ejes af **Socialstyrelsen**, der har løbende kontakt til projektkommunerne og til evaluator. Der indgår tre **projektkommuner** i det overordnede projekt: Aarhus, Hjørring og København. Det er projektkommunerne, der udfører gruppebehandlingen, ved tilsammen 4 projektsteder (Københavns Kommune har 2 projektsteder). Projektstederne er nærmere beskrevet i rapportens næste afsnit.

**Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK)**, som er et center for forskning og udvikling på social- og sundhedsområdet, udfører evalueringen og afrapporterer regelmæssigt projektets status og fremdrift til Socialstyrelsen. CFK inddrager løbende relevante eksperter i evalueringsopgaven – det drejer sig indtil videre om følgende:

- Klinisk psykolog Pia Rathje, Team for seksuelt misbrugte børn, Rigshospitalet
- Ledende psykolog Anja Hareskov Jensen, Center for Voldtægts ofre, Århus Universitetshospital
- Lektor Mikael Thastum, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet
- Overlæge, professor Niels Bilenberg, Odense Universitetshospital
- Professor Ask Elklit, Syddansk Universitet

Endelig er der nedsat en **følgegruppe**, som skal kvalitetssikre evalueringens produkter – i første omgang denne midtvejsrapport. Følgegruppen består af følgende medlemmer, som har kommenteret hele eller dele af rapporten:

- En repræsentant fra hvert af de tre projektsteder har kommenteret den samlede rapport, med vægt på genkendelse af beskrivelsen af deres eget projektsteds organisering og metode.
- Niels Bilenberg og Ask Elklit har læst og kommenteret den kvantitative dataanalyse.
- Anja Hareskov Jensen og Pia Rathje har læst og kommenteret med vægt på beskrivelserne af behandlingsmetoden og resultaterne.
- Klinisk psykolog Louise Angelou har læst og kommenteret i forhold til rapportens og resultaternes relevans for andre aktører.

Rapporten er tilpasset de kommentarer fra følgegruppen, som har handlet om fremstillingens korrekthed og læsbarhed. Der er desuden tilføjet et afsnit sidst i rapporten, som samler op på de øvrige meget relevante kommentarer, da disse både kan have værdi for projektstederne, Socialstyrelsen og evaluator i planlægningen af den resterende projekttid og i planlægningen af fremtidige projekter.



## Projektstederne

Tre kommuner ansøgte og fik midler i 2009 og har deltaget i projektet siden opstart i 2010. Nedenfor følger en kort beskrivelse af de 4 projektsteder (i Københavns Kommune er behandlingen fordelt på to projektsteder) og de beskrevne formål med gruppebehandlingen i hvert projekt. Projekternes organisering, rammer og metode er desuden beskrevet i de indsats teorier, der blev udarbejdet ved projektets start. Indsats teorierne er vedlagt som bilag II.

### Københavns Kommune

Projekt Lysning i Københavns Kommune har fordelt gruppebehandlingen på to behandlingssteder. Børn under 13 år behandles således på Sct. Stefans Rådgivningscenter, mens børn mellem 13 og 17 år behandles på Ungdomsklinikken.

Sct. Stefans Rådgivningscenter er Københavns Kommunes Rådgivningscenter for familier med børn mellem 0 og 12 år og hører under Socialforvaltningen. Centrets ydelser retter sig mod to målgrupper:

- Der tilbydes ambulant rådgivning, undersøgelse og behandling af familier med børn mellem 0 og 12 år, hvor specialviden er påkrævet.
- Der tilbydes behandling til familier, hvor et barn har været udsat for seksuelle overgreb.

Projektets gruppebehandling er således en udvidelse af eksisterende tilbud på Sct. Stefans Rådgivningscenter.

Ungdomsklinikken i København er et rådgivnings- og behandlingstilbud, som henvender sig til 13-17-årige med psykiske og sociale vanskeligheder. Ungdomsklinikken har 2 overordnede opgaver:

- At foretage psykosocial udredning af de henviste unge med henblik på stillingtagen til det bedste behandlingstilbud.
- At yde psykologisk rådgivning og behandling til de unge og deres familier, i form af individuel terapi eller familiebehandling efter behov.

Ungdomsklinikkens gruppebehandling til unge, der har været udsat for seksuelle krænkelse, er et nyt tiltag og tilbydes specielt til unge piger.

### Formålet med gruppebehandlingen i København

Københavns Kommune vil systematisk afprøve gruppebehandling som tilbud til seksuelt overgrebne børn i alderen 6-18 år. Socialforvaltningen har mange og gode erfaringer med forskellige behandlingstilbud til seksuelt overgrebne børn. Gruppebehandling har dog kun i begrænset omfang været afprøvet i Københavns Kommune og har ikke tidligere været genstand for systematisk evaluering. Ved siden af projektets overordnede formål er det tanken, at projektet vil indgå i Socialforvaltningens systematiske arbejde med effektbaseret styring og læring, som er et centralt indsatsområde i forvaltningens strategi på børne- og ungeområdet. Overordnet set vil projektet være en del af Socialforvaltningens fortsatte bestræbelser på at levere virkningsfulde, evidensbaserede tilbud til udsatte børn og unge.

## Hjørring Kommune

Børnefamiliecenter Kløvergården i Hjørring er et rådgivnings- og behandlingstilbud for familier, der har behov for støtte og vejledning. Kløvergården tilbyder rådgivning, undersøgelse og behandling i henhold til Lov om social service samt konsulentbistand og kompetenceudvikling inden for børne- og familiesektoren.

Centeret består af tre afsnit: en gruppe af familiebehandlere, et heldagsskole/ dagbehandlingstilbud og en tværgående funktion. Centret er et flerstrengt tilbud, som blandt andet arbejder med familiebehandling, undervisning og gruppebehandling for børn og forældre. Gruppebehandlingstilbuddet for unge, der har været udsat for seksuelle krænkelser, er et nyt tilbud på Kløvergården. Primærbehandler i projektet er specialiseret i tab- og trauma-behandling samt i behandling af seksuelle overgreb.

### Formålet med gruppebehandlingen i Hjørring Kommune

Hjørring Kommune har efter kommunesammenlægningen etableret flere nye behandlingstilbud til børn og unge – tilbud, som tidligere kunne hentes i Nordjyllands Amt. Tilbud om gruppebehandling af børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, har været et ønske for kommunen, men har ikke været realiserbart. Ved siden af projektets overordnede formål ønsker Hjørring Kommune gennem forsøget at udvikle og opkvalificere egne psykologer til fagligt at kunne arbejde med en målgruppe, omkring hvilken der kan herske behandlingsmæssig tilbageholdenhed og faglig usikkerhed ved manglende erfaring.

## Aarhus Kommune

Rådgivningscentret er forankret i Aarhus Kommune og arbejder primært med borgere herfra og fra omliggende kommuner i Region Midtjylland. Desuden har centret landsdækkende udrednings- og rådgivningsopgaver for VISO. Centrets målgruppe er børn og unge, der har været udsat for hændelser, der er en trussel for deres udvikling. Det kan for eksempel være seksuelle overgreb, tab, traumer og omsorgssvigt. Målgruppen er desuden børn og unge, der viser tegn på problemer i deres personligheds- og identitetsudvikling, for eksempel angst, selvskadende adfærd, spiseforstyrrelser og selvmordstanker.

### Formålet med gruppebehandlingen i Aarhus Kommune

Behandling af børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, er i forvejen Rådgivningscentrets kerneydelse. Hidtil har behandlingen alene været gennemført på individ, netværks- og familie niveau. Med projektet har Rådgivningscentret ønsket at supplere den aktuelle indsats til også at omfatte en gruppeindsats, så dette kan udvikles til at være et supplerende tilbud på Rådgivningscentret. Det kan enten tilbydes som et selvstændigt tilbud eller i sammenhæng med individ- og familieniveauet.

Ved siden af projektets overordnede formål ønsker man i Aarhus Kommune også - ved at målrette gruppeforløbene i afgrænsede aldersgrupper - at få en viden om virkningen af gruppeforløb set i forhold til alder.

## Status for projektet og evalueringen

### Status for projekterne

**København** har i sommeren 2012 trukket sig ud af projektet, primært på grund af rekrutteringsvanskeligheder. Af den oprindelige projektbeskrivelse fremgår det, at Københavns Kommune forventede at kunne gennemføre 12-18 gruppeforløb med i alt 72-108 børn/unge i løbet af projektperioden. Ved projektets afslutning har København gennemført gruppebehandling for 2 ungegrupper (1 med løbende indtag) og 3 børnegrupper (hvoraf kun de to indgår i evalueringen). I alt har 7 børn og 10 unge (+ en ung, som fortrød inden gruppestart) påbegyndt gruppebehandlingen i København. Af disse har 7 børn og 7 unge gennemført gruppebehandlingen.

De to øvrige projektsteder har ligeledes haft rekrutteringsproblemer. I **Aarhus** forventede man at kunne gennemføre 7-9 gruppeforløb for i alt 100 børn/unge i løbet af projektperioden. På nuværende tidspunkt har Aarhus afsluttet 1 gruppe og har 2 grupper i gang, én med løbende indtag og én som afsluttes<sup>5</sup>. I alt 24 børn/unge har påbegyndt gruppebehandlingen i Aarhus. 3 er frafaldet, 8 har gennemført gruppebehandlingen, og 12 er pt. i gang med et gruppebehandlingsforløb.

I **Hjørring** forventede man at kunne etablere 2 grupper, for hhv. drenge og piger, med løbende indtag således, at i alt 60 unge gennemførte forløbet i løbet af projektperioden. Det har endnu ikke været muligt at starte en drengegruppe, men Hjørring har i stedet 2 pige-grupper for forskellige aldersgrupper og med løbende indtag. I alt 23 unge har påbegyndt gruppebehandlingen. 11 har gennemført, et forløb er afbrudt og 11 er i gang med gruppebehandling.

**Aarhus og Hjørring** har på den baggrund ønsket at forlænge projektperioden med et år. Gruppebehandling fortsætter derfor som tilbud i de to kommuner i 2013, og evalueringen tilpasses denne ændring.

Der er således langt færre deltagere end forventet, der har gennemført gruppebehandlingen. Desuden har de tre projektsteder på forskellig vis ændret rammerne for gruppebehandlingen i forhold til det oprindelige design – og dette har haft konsekvenser for evalueringen. Nedenfor præsenteres den oprindelige plan for dataindsamlingen, status for dataindsamlingen og til sidst de ændringer i forhold til dataindsamlingen, som CFK og projektstederne har gennemført undervejs for at tilpasse evalueringen og sikre datakvaliteten.

### Plan og status for dataindsamlingen

Ved projektets start udarbejdede CFK, i samarbejde med hvert enkelt projektsted, en udførlig indsats-teori, der illustrerer projektstedets organisering og ledelse, planlagte opspøringsaktiviteter og visitationsprocedurer, samt de planlagte rammer for og indhold af behandlingen. Indsats-teorierne har været baggrunden for at udfolde de underliggende faglige hypoteser (herunder projektkommunernes bidrag til at afdække alternative hypoteser vedrørende kontekstfaktorer) og til at udpege relevante undersøgelsesvariable (især pro-

---

<sup>5</sup> Aarhus havde desuden en gruppe med 6-12årige og en parallelgruppe med forældre inden evalueringens start – denne gruppe er derfor ikke beskrevet her.

ces- og effektindikatorer). På denne baggrund er der udviklet instrumenter og procedurer til dataindsamlingen indenfor evalueringens delelementer.

### **Procesevalueringen**

Procesevalueringen skal tilvejebringe viden om implementeringsprocessen i projektkommunerne og fokuserer overordnet på følgende overordnede temaer:

- Udviklingen i behandlingstilbuddet sammenholdt med den opstillede programteori – fx ændringer i organisering og forankring, visitations- og andre procedurer, målgruppebestemmelser, konkrete behandlingsmetoder m.m.
- Konstaterede udfordringer, samt konsekvenser og bud på håndtering heraf.
- Centrale implementeringsforudsætninger i lyset af de respektive behandlingstilbuds erfaringer med henblik på læringsmuligheder i landets øvrige kommuner.
- Arten af og udviklingen i samarbejdsrelationer med andre faglige systemer, pårørende og øvrige personer i barnets eller den unges formelle og uformelle netværk.

For at sikre, at de mest centrale aktørperspektiver på implementeringsprocessen omfattes af dataindsamlingen, inddrages både *fagpraktikere*, som er direkte involveret i at gennemføre behandlingsforløbene, *ledere/koordinatorer* med ansvar for forankring og udvikling af behandlingstilbuddene, samt udvalgte *interessenter*. På baggrund af indsatsbeskrivelserne er der udviklet tre skemaer til procesevalueringen i projektkommunerne. Spørgeskemaerne indeholder en række spørgsmål vedrørende den konkrete opsporing, visitation og gruppebehandling samt om konstaterede udfordringer og positive erfaringer i implementeringsprocessen. Der er både åbne og lukkede spørgsmål, for at sikre en struktur og sammenlignelighed i de indsamlede implementeringserfaringer og samtidig en åbenhed i forhold til at opfange uventede, men relevante iagttagelser, samt desuden tage højde for eventuelle væsentlige forskelle i de enkelte behandlingstilbuds karakter.

Første skridt i hver dataindsamlingsrunde har været skriftlig besvarelse af spørgeskemaerne, efterfulgt af uddybende telefoninterview. Der er indsamlet fagpraktikerbesvarelser efter hvert afsluttet gruppeforløb, og for de løbende grupper ved behandlerskift eller ved væsentlig udskiftning i gruppen (i alt 12 gange); koordinatorbesvarelser hvert halve år (i alt 4 gange); og et antal korte interessentbesvarelser 2 gange i løbet af projektperioden.

### **Den kvantitative effektevaluering**

Effektmålingen har til formål at undersøge, om forandringer i målgruppen kan tilskrives gruppebehandlingsforløbene (indsatsen), eller om eventuelle forandringer skyldes andre forhold. Der lægges således vægt på at dokumentere effekten samtidig med, at effektmålingen af udbyttet af gruppebehandlingen analyseres i et bredere perspektiv, hvor kontekstens betydning for effekten af behandlingen inddrages. I hvor høj grad denne intention kan opfyldes afhænger af, hvor mange deltagere det lykkes at inkludere.

Det overordnede formål med effektmålingen er at undersøge hvorvidt, og under hvilke betingelser, gruppebehandlingen kan *forebygge senfølger af seksuelle overgreb*. Forskningsresultater peger på en lang række af mulige senfølger, som alle har vist sig at have en sammenhæng med seksuelle overgreb i barndom og ungdom. De påviste sammenhænge

er statistisk set alle små eller moderate, og seksuelle overgreb karakteriseres derfor som en generel, non-specifik risikofaktor i forhold til de nævnte senfølger <sup>6</sup>.

Da de sidste effektmålinger afsluttes februar 2016, tillader tidsrammen ikke at måle senfølgerne i børnenes/de unges voksenliv. Det har derfor været nødvendigt at operationalisere "forebyggelse af senfølger i voksenlivet" på et tidspunkt, hvor barnet/den unge stadig er barn/ung, samt at tage udgangspunkt i en faglig vurdering af realistiske forventninger til udviklingen i indikatorerne i perioden fra baselinemålingen til opfølgingsmålingerne.

Projektkommunernes indsats teorier viser, at gruppebehandlingen er rettet mod de umiddelbare følger af seksuelle overgreb. Den bagvedliggende hypotese er, at en indsats rettet mod forbedring af barnets umiddelbare trivsel, selvbillede og mestringsstrategier vil medvirke til at forebygge udviklingen af senfølger. Tabel 1 viser de senfølger, den eksisterende forskning peger på, samt en operationalisering af de umiddelbare følger, baseret på samme forskning samt på projektkommunernes indsats teorier (bilag II).

**Tabel 1: Umiddelbare følger og senfølger af seksuelle krænkelser**

Umiddelbare følger	Senfølger
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavt selvværd</li> <li>• Skyld og skam</li> <li>• Stigmatisering</li> <li>• Selvskadende adfærd</li> <li>• Usunde mestringsstrategier</li> <li>• Sort/hvid tænkning</li> <li>• Undgåelsesadfærd</li> <li>• Dissociative reaktioner</li> <li>• Mareridt og flashback</li> <li>• Utryghed/mistillid til voksne.</li> <li>• Seksualiseret adfærd</li> <li>• Vrede</li> <li>• Angst</li> <li>• Tristhed/depression</li> <li>• Søvnproblemer</li> <li>• Problematisk forhold til egen krop</li> <li>• Fysiske symptomer (mavesmerter mm)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTSD</li> <li>• Angst</li> <li>• Depression</li> <li>• Borderline</li> <li>• Lavt selvværd</li> <li>• OCD</li> <li>• Spiseforstyrrelser</li> <li>• Selvskadende adfærd</li> <li>• Indlæringsproblemer</li> <li>• Dissociation</li> <li>• Vrede</li> <li>• Psykotiske symptomer</li> <li>• Alkohol- og stofmisbrug</li> <li>• Selvmordsforsøg/selv mord</li> <li>• Problemer m krop og seksualitet</li> <li>• Seksualiseret adfærd</li> <li>• Social isolation</li> <li>• Overvægt</li> <li>• Fysiske lidelser</li> <li>• Somatisering</li> <li>• Seksuel risikoadfærd og prostitution</li> <li>• Interpersonelle problemer</li> <li>• Krænkeradfærd</li> <li>• Nye krænkelser</li> </ul>

Effektindikatorerne er udledt på baggrund af listen over umiddelbare følger. Effektmålingen vil måle børnenes/de unges udvikling på følgende parametre:

- Selvbillede
- PTSD-symptomer
- Depressionssymptomer
- Angstsymptomer
- Vrede

<sup>6</sup> Maniglio, R (2009): The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review* 29: 647-657

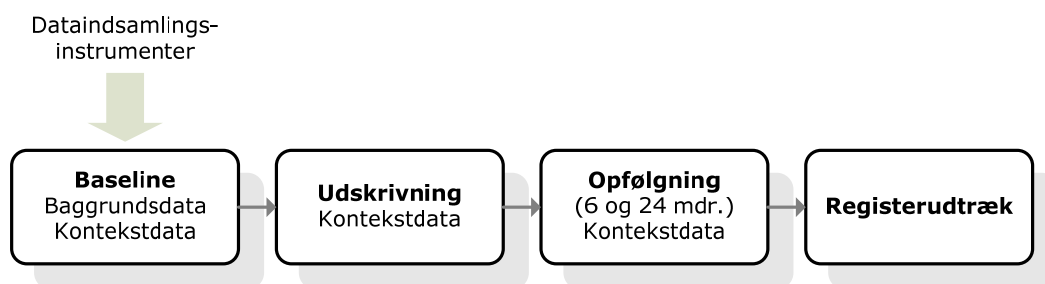
- Adfærdsforstyrrelse
- Kropslige/seksuelle vanskeligheder
- Somatiske symptomer

Da effektmålingen ikke kan foretages med en kontrolgruppe som sammenligningsgrundlag, er det af afgørende betydning at tage de baggrunds- og kontekstfaktorer, der kunne have indflydelse på behandlingens udfald, i betragtning i analysen af effekten af gruppebehandlingen. På baggrund af eksisterende forskning og projektkommunernes indsats teorier vurderes følgende faktorer relevante:

- Faktorer vedrørende behandlingsindsatsen
- Faktorer vedrørende krænkelserens karakter og omfang
- Faktorer vedrørende reaktionen på krænkelsen
- Faktorer vedrørende den krænkedes familie
- Medfødte faktorer
- Øvrig indsats i forhold til den krænkede og familien
- Beskyttelsesfaktorer (ressourcepersoner og netværk)

### Dataindsamling

Som vist i figuren nedenfor baseres den kvantitative effektevaluering på en kombination af baseline- og effektmålinger ved hjælp af standardiserede instrumenter, samtidig registrering af baggrunds- og kontekstdata ved hjælp af ikke-standardiserede instrumenter, samt et afsluttende registerudtræk.



Dataindsamlingen baseres således på en kombination af standardiserede og ikke-standardiserede undersøgelsesinstrumenter. Følgende **standardiserede instrumenter** bliver benyttet til effektevalueringen:

*Beck Youth Inventories* (BYI) er et selvrapporteringsinstrument bestående af fem subskalaer på tyve spørgsmål hver, som kan anvendes hver for sig eller i kombination til vurdering af et barns oplevelse af **selvbillede, angst, depression, vrede og forstyrrende adfærd**. I overensstemmelse med projektkommunernes ønsker benyttes kun de første tre skalaer: selvbillede, angst og depression. Skalaerne er som udgangspunkt beregnet til anvendelse på børn mellem 7 og 14 år, men er netop blevet valideret i uændret form op til 18 år i USA. Danske normdata foreligger for aldersgruppen 7-19 år<sup>7</sup>.

*Child Behavior Checklist* (CBCL), *Teacher Report Form* (TRF) og *Youth Self Report* (YSR) er rating-skalaer til henholdsvis forældre, fagpersoner og den unge selv. CBCL og TRF kan

<sup>7</sup> Korrespondance med lektor Mikael Thastum, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, som har bidraget til den danske oversættelse og validering af BYI.



anvendes i forhold til børn og unge i aldersintervallet 6-16 år, mens YRS kan bruges på unge fra 11-16 år. Instrumenterne måler på barnets og den unges sociale og kognitive adfærd ud fra 118 variable. Resultatet er en overordnet skala, der betragtes som et udtryk for barnets generelle trivsel, samt seks underordnede skalaer, der måler **affektive problemer, angst, somatiske klager, ADHD-symptomer, oppositionelle adfærdsproblemer og svære adfærdsproblemer**. Der spørges også til barnets skolefærdigheder og fritidsinteresser, og disse spørgsmål udgør tilsammen en **kompetenceskala**. Der foreligger danske normdata for aldersgruppen 6-16 år.<sup>8</sup>

*Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC)<sup>9</sup> er udviklet specielt til børn/unge, og fokuserer specifikt på traumesymptomer med relation til seksuelle krænkelse. Spørgeskemaet måler på **angst, depression, posttraumatisk stress, seksuelle bekymringer, dissociation og vrede**. TSCC er målrettet børn mellem 8-17 år. CFK har oversat skemaet og fået godkendelse til at bruge den oversatte version. Der findes svenske normer fra 10-17 år, og da der sædvanligvis er god overensstemmelse mellem svenske og danske normer, anses det for fagligt forsvarligt at bruge det svenske normmateriale som reference.

Tabel 2 giver et overblik over de udledte effektindikatorer og de udvalgte instrumenter til måling af effekten på de angivne parametre.

**Tabel 2: overblik over effektindikatorer og tilhørende måleinstrumenter**

Indikatorer	Måleinstrumenter/metoder
Selvbillede	BYI TSCC
PTSDsymptomer	TSCC
Depressionssymptomer	BYI TSCC CBCL/TRF/YSR
Angstsymptomer	BYI TSCC CBCL/TRF/YSR
Vrede	BYI TSCC
Adfærdsforstyrrelse	BYI CBCL/TRF/YSR
Kropslige/seksuelle vanskeligheder	TSCC CBCL/TRF/YSR

For at kunne vurdere baggrunds- og kontekstfaktorerens betydning for effekten er der udviklet et sæt **ikke-standardiserede spørgeskemaer** til brug ved forløbets start, afslutning og ved opfølgning efter henholdsvis 6 og 24 måneder.

*Basisskemaet* indeholder baggrundsvariable (køn, alder mm) og desuden baggrunds/kontekstvariable omhandlende familieforhold, overgrebets karakter, eventuelle

<sup>8</sup> Henriksen, Nielsen & Bilenberg (2012) "New Danish standardization of the Child Behaviour Checklist" *Danish Medical Journal*, vol. 59, no. 7, pp. 1-5

<sup>9</sup> Briere, J: *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) professional manual*. Odessa, FL: Psychological assessment Resources

diagnoser/symptomer, samt oplysninger om øvrig behandling. Basisskemaet udfyldes ved indskrivning/visitation af den/de behandlere, der udfører visitationssamtalerne.

*Vurderingsskemaet* udfyldes af behandlergruppen umiddelbart efter gruppeforløbets afslutning. Behandlerne bliver bedt om at vurdere barnets udbytte af behandlingen, barnets fremmøde og motivation, forældrenes deltagelse og opbakning og endelig om der har været særlige forhold i familien eller i behandlingen, som kan have påvirket barnets udbytte. Vurderingerne vil ikke blive brugt som effektmål, men deres sammenhæng med barnets trivsel målt ved opfølgingsmålingerne vil blive analyseret.

*Opfølgningsskemaet* indeholder en del af de samme variable som basisskemaet. Der spørges til, om der siden behandlingens afslutning er sket ændringer i familieforhold, om barnet har været udsat for yderligere overgreb, om der er stillet diagnoser/udviklet symptomer, og endelig om barnet har modtaget yderligere behandling/støtte. Opfølgningsskemaet udfyldes efter henholdsvis 6 og 24 måneder.

Tabel 3 giver et overblik over de variable, der formodes at have indflydelse på effekten af behandlingsforløbet, og de tilhørende måleinstrumenter/metoder.

**Tabel 3: Overblik over influerende variable og tilhørende måleinstrumenter**

Influerende variable	Indikatorer	Måleinstrumenter/metoder
Behandlingen	Behandlingens rammer og indhold Fremmøde Motivation Forældreopbakning	Procesevalueringsskema Interview Vurderingsskema
Den seksuelle krænkelse	Alder ved krænkelse Krænkelsens karakter Relation til krænker(e)	Basisskema
Reaktioner på krænkelsen	Reaktion i situationen Splittelse, mistro, stigmatisering Åbenhed i familien om krænkelsen Efterfølgende relation til krænker	Basisskema
Familiefaktorer	Skilsmisse Dødsfald i nær familie Alvorlig sygdom i familien Fjernelse fra hjemmet Misbrug Vold i familien Arbejdsløshed hos forældre Flygtningebaggrund	Basisskema Opfølgningsskema
Medfødte faktorer	Køn Psykopatologi	Basisskema
Øvrig indsats	Individuel terapi/samtaler Anden behandling Socialt støttende tilbud	Basisskema Vurderingsskema Opfølgningsskema
Beskyttelsesfaktorer	Ressourcepersoner Socialt netværk	Basisskema Opfølgningsskema

Siden gruppebehandlingen af seksuelt krænkede børn og unge blev igangsat i efteråret 2010, er 66 børn og unge startet i behandling. I det senere afsnit om kvantitativ effekteva-

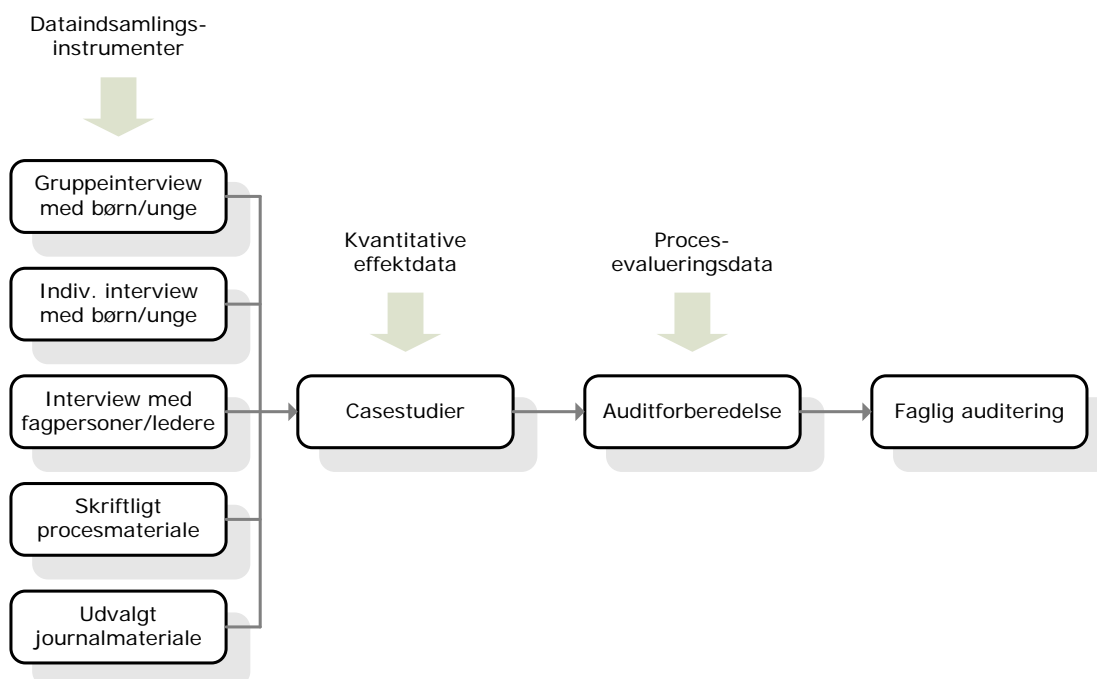
luering følger en opgørelse over status for dataindsamlingen for de forskellige skemaers vedkommende.

### Den kvalitative effektvurdering

Fokus for den kvalitative effektvurdering som helhed er at:

- Kvalificere forståelsen af virksomme indsatskomponenter ud fra programteorier og kvantitative effektmål
- Kvalificere forståelsen af betydningsfulde kontekstuelle forhold
- Analysere barrierer for at behandlingsforløbet bliver vellykket
- Analysere eventuelle uhensigtsmæssige effekter og afdække grænser for gruppebehandlingstilbuddenes egnethed i forhold til målgruppen
- Påpege evt. justeringsbehov i programteoriernes tilvækstmodeller
- Formulere operationelle anbefalinger med tanke på implementeringsprojekter i andre kommuner

Den kvalitative effektvurdering bygger på fem forskellige kvalitative datakilder samt udvalgt materiale fra procesevalueringen og den kvantitative effektmåling. Selve den kvalitative effektvurdering finder sted på grundlag af en casestudiestrategi, som desuden bidrager med materiale til et fagligt auditforløb.



Den kvalitative effektvurdering gennemføres med fokus på gruppeforløbene som helhed, men der udvælges også individuelle caseforløb. Der gennemføres således 10 gruppeinterview og udvælges yderligere ti individuelle forløb indenfor de udvalgte grupper til særligt dybdegående undersøgelse. Disse er fra projektets start udvalgt i samarbejde med de ansvarlige ledere for de pågældende grupper men vil i resten af projektperioden udvælges på baggrund af en effektvurdering målt ved hjælp af de standardiserede instrumenter. Dette sker for at sikre bredde og dermed en vis repræsentativitet i udvalget, og dermed at øge læringspotentialer i sagsudvalget.

Grupperforløbene undersøges ud fra en kombination af skriftligt procesmateriale, interview med fagpersoner og gruppeinterview med deltagerne, mens de udvalgte individuelle forløb undersøges via ovenstående materiale samt interview med barnet eller den unge, og evt. individuelt journalmateriale. Det overordnede tema for alle interview med børnene og de unge vil være deres konkrete oplevelse og udbytte af de beskrevne gruppebehandlingsforløb. Her tænkes både på oplevelsen af forløbenes organisering og indhold og på identificering af metoder i gruppebehandlingen, som informanterne i særlig grad har fået udbytte af.

På nuværende tidspunkt er gennemført 7 gruppeinterview og 3 individuelle interview med deltagere i gruppebehandlingen. Desuden 12 behandlerinterview. Denne rapport præsenterer de overordnede resultater fra en del af disse interview (2 gruppeinterview og to behandlerinterview er gennemført i oktober og er således endnu ikke analyseret) i afsnittet om procesevaluering samt i afsnittet om effektevaluering.

Ved projektets afslutning vil foreligge yderligere og mere omfattende casestudier på baggrund af komplette målinger, interview og evt. supplerende sagsmateriale, og en del af disse vil blive gjort til genstand for to faglige auditeringer med fokus på læringspotentialet i de udvalgte sager.

## **Ændringer og konsekvenser**

Den løbende dataindsamling har vist, hvor projektstederne har fulgt den oprindelige indsatsteori, og hvor der er sket ændringer. De væsentligste ændringer skyldes projektstedernes vanskeligheder i forhold til opsporing og rekruttering som medfører, at der er langt færre børn/unge henvist til projektet end forventet. Det har undervejs i projektet haft konsekvenser for opsporingsaktiviteterne, men også for behandlingstilrettelæggelsen. Disse uddybes i resultatafsnittene – her skal blot nævnes de ændringer, der har direkte betydning for evalueringsdesignet, og de tilpasninger, CFK har foretaget i henhold til disse.

- Da der ved alle projektstederne kører grupper med løbende optag, og behandlingstiden er individuel og længere end forventet, er det besluttet at projektstederne i den resterende projektperiode skal indsamle effektdata (BYI og TSCC) for den enkelte deltager med 6 måneders intervaller
- Da projektet samlet set vil resultere i langt færre kvantitative målinger end forventet, sættes der øget fokus på den kvalitative dataindsamling, og der foretages således flere interview
- I den oprindelige evalueringsplan var det beskrevet, at projektstederne skulle stå for opfølgingsmålingerne – det har ikke vist sig praktisk muligt, og CFK udfører derfor denne dataindsamling. For at højne svarprocenten er CFK begyndt at honorere besvarelser med 2 biografbilletter
- Den vanskelige opsporingsproces har krævet fokus på de manglende henvisninger, og procesevalueringen blandt interessenter retter sig derfor også nu mod et udsnit af de sagsbehandlere, der ikke henviser deltagere trods projektstedernes opfordring

## Foreløbige implementeringserfaringer

I det følgende præsenteres de foreløbige implementeringserfaringer, som er udledt af procesevalueringen. Resultaterne præsenteres under overskrifterne: Organisation og ledelse, opsporing, behandlingens rammer og behandlingsmetode – denne opdeling følger omtrent indsatssteoriens opdeling i indsatskomponenter. I hvert afsnit præsenteres de tre projektsteder hver for sig – der gives en kort opsummering af det enkelte projektsteds planlagte organisering/aktiviteter som beskrevet i indsatssteorien (se bilag II for mere fyldestgørende version), derefter præsenteres de væsentligste ændringer i forhold til det planlagte, og de væsentligste erfaringer trækkes frem. Efter beskrivelsen af de tre projektsteder følger en kort sammenlignende opsamling.

### Organisation og ledelse

Den lokale projektorganisation ved hvert projektsted skal sikre, at projektet gennemføres i overensstemmelse med projektets formål, dvs. at der sker implementering og afprøvning af gruppebehandling for seksuelt krænkede børn og unge. Organiseringen skal også sikre, at projektet forankres, og at tilbuddet om gruppebehandling kan videreføres som permanent tilbud efter projektets afslutning.

**Københavns Kommune** har som nævnt fordelt sine gruppebehandlingsforløb på 2 forskellige tilbud for børn og unge. Sct. Stefans Rådgivningscenter gennemfører således behandlingen af børn fra 6-12 år, mens Ungdomsklinikken behandler de unge fra 13-17 år. Projektet er samlet under en fælles paraply, kaldet "Projekt Lysning". Den overordnede projektledeelse varetages af centerchefen for det center, som både Sct. Stefans Rådgivningscenter og Ungdomsklinikken indgår i, mens den fagligt ansvarlige ledelse varetages af lederen for de to behandlingssteder. Derudover har man etableret en koordinationsgruppe, bestående af den overordnede projektleder, den fagligt ansvarlige leder, den socialfaglige konsulent og de to faglige koordinatore for hhv. Sct. Stefan og Ungdomsklinikken. Behandlingen udføres af psykologer. Behandlerne har gennem hele projektet modtaget supervision.

Undervejs i projektet er de to faglige koordinatore blevet udskiftet. De to seneste koordinatore mener begge, at det har været en ulempe for dem, at de ikke har været med fra start.

Begge koordinatore mener, at den interne organisering af projektet har været uhensigtsmæssig, og at det har medvirket til, at projektet har savnet fokus, og at energien er løbet ud af det. Det har været svært for dem at have overblikket, fordi ansvar for økonomi, kontakt til Socialstyrelsen, det faglige ansvar og koordineringen har været delt ud til forskellige, og at ledelsesansvaret har ligget forskellige steder "i byen" og været for distance-ret i forhold til den daglige drift af projektet. De har savnet en tydelig organisering og et entydigt ansvar for projektet og dets fremdrift og forankring.

Desuden påpeger begge koordinatore, at de har savnet en mere grundlæggende kompetenceudvikling i forhold til projektstyring. De har anmodet Socialstyrelsen om hjælp til projektstyring og fået et kort oplæg om projektstyring – men de kunne have brugt et egentligt kursus fra projektets start og en tættere processtøtte igennem projektet.

**Hjørring Kommune** organiserede fra start projektet i Børne- og familieafdelingen, og lederen for Børnefamiliecenter Kløvergården, hvor behandlingen skulle finde sted, varetog den overordnede ledelse. Ansvar for den daglige drift var fordelt på en projektkoordinator og en behandlingsansvarlig, idet sidstnævnte som psykolog og psykoterapeut også kunne tilbyde behandlingsteamet supervision.

I Hjørring er der sket en del organisatoriske ændringer. Det behandlingsmæssige ansvar er således overgået til lederen af Børnefamiliecenter Kløvergården. Desuden er den oprindelige koordinator blevet udskiftet, og koordinatorfunktionen er sidenhen delt på to personer, så den ene står for opsporingen (5 timer om ugen) og den anden, som er en af de behandlende terapeuter, står for koordineringen af behandlingen. Selve behandlingen gennemføres af to terapeuter, hvor den ene fungerer som primærbehandler og den anden som medbehandler. Der er desuden tilknyttet en psykolog/psykoterapeut som supervisor og særlig sagkyndig.

Samarbejdet om koordinatorrollen fungerer tilsyneladende godt, og koordinatorerne rapporterer ikke om organisatoriske vanskeligheder i projektorganiseringen.

**Aarhus Kommune** har organiseret sit gruppebehandlingstilbud i Rådgivningscentret for Børn og Unge, der i forvejen har erfaring med målgruppen. Den overordnede ledelse er placeret her ved en afdelingsleder, og den daglige drift er placeret ved en projektleder og en psykolog, der varetager behandlingsansvaret. Begge er i forvejen ansat på Rådgivningscentret. 4-5 behandlere vil være involveret i gruppebehandlingen.

Ved Rådgivningscentret har der været udskiftning i den øverste ledelse i løbet af projektperioden. For projektlederen har det betydet større ansvar. Hun er ikke blot koordinator, men egentlig projektleder, og har også haft økonomiansvar. Hun vurderer, at hun har haft gode forudsætninger for at "styre det hele", fordi hun har haft ansvar for de enkelte dele. Hun indgår desuden i behandlingsteamet og har gennemført gruppebehandling. Det har været en fordel at sidde i flere funktioner, hun har været bedre i stand til at "sælge" projektet, fordi hun selv har været involveret i behandlingen.

Hun vurderer ikke at have haft behov for egentlig uddannelse i forhold til projektledelse, da det ikke er en ny rolle for hende.

### **Opsamling**

De 3 kommuner har alle valgt at etablere de nye gruppebehandlingstilbud i bestående behandlingenheder for børn og unge. Fælles for projekterne er en organisering i tre niveauer med en overordnet ansvarlig ledelse, en daglig ledelse bestående af projektkoordinatorer/projektledere, og et behandlingsteam. Organiseringen har dog ikke fungeret lige hensigtsmæssigt i de tre projekter – i København har der tilsyneladende været for stor afstand mellem den overordnede ledelse og den daglige drift, og dette kan have været medvirkende til, at projektet aldrig er blevet tilstrækkelig forankret og derfor har savnet fremdrift.

## Opsporing og visitation

Det var en forudsætning for bevillingen til projekterne, at de ville gennemføre en bred opsporing af målgruppen, herunder også opsporing af seksuelt krænkede børn og unge, der ikke tidligere har haft behandlingstilbud i kommunalt regi. De 3 kommuner udviklede i løbet af foråret 2010 procedurer for opsporing af børn og unge, der har været udsat for seksuelle krænkelser. De planlagte aktiviteter kan ses i sin helhed i indsats teorien, bilag II.

Projektstederne havde også ved projektets start en række inklusionskriterier i forhold til de børn/unge, der kunne tilbydes gruppebehandling. De væsentligste kriterier var deltageres motivation for at indgå i gruppebehandlingen og en vurdering fra projektstedets visitatorer/behandlere af, at barnet/den unge var egnet til gruppebehandling. Projektstederne fremhævede også på dette tidspunkt, at matchningen af gruppedeltagerne var et vigtigt aspekt, og at inklusion i en gruppe afhang af matchning på bl.a. køn, alder og evt. krænkelserens art.

**Københavns Kommune** planlagde en flerstrengt proces for opsporing og registrering af sager. Koordinatorgruppen skulle således udarbejde et omfattende informationsmateriale, herunder foldere til professionelle og til unge og forældre, samt udbrede kendskabet til gruppetilbuddet gennem informations- og dialogmøder med sagsbehandlere, samt telefonisk kontakt til disse.

Ved allerede kendte sager – dvs. sager, som er kendt af kommunen – skal foretages registrering og oplyses om gruppebehandlingstilbuddet.

Desuden var det planlagt at lave opsøgende arbejde med henblik på opsporing af endnu ikke kendte sager, bl.a. ved at udsende informationsmateriale til skolesundhedsplejersker, studievejledere, tekniske skoler, handelsskoler, produktionsskoler, daghøjskoler, VUC m.fl. Desuden kontakt til sagsbehandlere i egen kommune – både dem, der tidligere har været kontakt til og nye kontakter – samt sagsbehandlere i nabokommuner som tilbydes fripladser. Endelig opsporing af nye sager ved gennemgang af sagsstammer på kommunens 8 familiecentre for at vurdere, om der kan være tale om seksuelle krænkelser.

Projektet har gennemført en lang række aktiviteter med henblik på at udbrede kendskabet til tilbuddet – bl.a. udarbejdet og uddelt 5000 foldere, gjort projektet synligt på en række relevante hjemmesider, udsendt pressemeddelelse, der er citeret i flere dagblade og elektroniske medier, fået notitser i en række fagblade, informeret politibetjente på Sjælland involveret i afhøringer af børn, og holdt møder med en lang række relevante samarbejdspartnere. Desuden har der været kontakt til omegnskommunernes børn- og ungeforvaltninger samt PPR-kontorer.

Informationskampagnen har været målrettet forskellige lag – bl.a. har både sagsbehandlere og centercheferne ved de kommunale dag- og døgninstitutioner på socialområdet modtaget informationsmateriale.

Desuden har Københavns Kommune sammen med de to øvrige projektkommuner iværksat en landsdækkende informationskampagne – ”Sig det Bare”. Kampagnen blev tilrettelagt i samarbejde med et reklamebureau og indebar bl.a. plakater, forskelligt informationsmateriale, hjemmeside og sms-service. Kampagnen gav dog ikke den forventede respons. Fra

København rapporteres det, at der stort set ikke har været nogen henvendelser ifm. kampagnen, og de få, der har været, har været professionelle, der ønskede nærmere information eller flere plakater. Koordinatorerne vurderer, at der ikke er blevet opsporet nye børn i målgruppen på baggrund af kampagnen.

Informationsarbejdet har således ikke haft den forventede effekt, og efter ca. et år dropper København den bredere rekrutteringskampagne og fortsætter blot med at oplyse om projektet ved de lejligheder, hvor de alligevel mødes med relevante parter, og koncentrerer sig ellers om de sager, de i forvejen får henvist. Det sker ud fra en erkendelse af, at informationsarbejdet ikke har medført mange henvendelser og en vurdering af, at det ikke fører til opsporing af nye sager – en københavnerkoordinator siger således:

*"Jeg tænker, at gruppebehandlingsdelen og opsporingsdelen har vist sig at være to meget forskellige processer, som reelt ikke har haft så meget gavn af hinanden. Desuden tænker jeg, at ordet "opsporing" er misvisende i.f.t. den proces, der er foregået, idet vi jo ikke har fået nogen nye børn til at "komme ud af busken", men blot har lavet en anden form for registrering af de sager, der allerede var kendt i forvaltningen."*

I.f.t. registreringen har de to centre udfyldt registreringskemaer på de børn i den relevante alders- og målgruppe, der er blevet henvist. Herudover har en studentermedhjælper været rundt på de 8 børnefamilie-enheder i byen og bedt sagsbehandlerne om at finde de sager frem, der havde med seksuelle overgreb på børn at gøre. Dette har vist sig at være en vanskelig proces, idet sagsbehandlerne pga. stort arbejdspress ikke har den fornødne tid eller det fornødne kendskab til deres sagsstamme til, at man kan forvente, at de reelt har fundet alle sagerne frem. Som én af koordinatorerne siger:

*"Københavns Kommune er så stor og så decentral en organisation, at det er vanskeligt at udføre en sådan manøvre på tilfredsstillende vis. Der bor ca. 53.000 børn og unge mellem 6-18 år i kommunen, og der er ca. 275 sagsbehandlere beskæftiget i Børnefamiliecenter København. Der foregår aktuelt ingen særskilt registrering i sagsbehandlernes system i.f.t. sager med mistanke om seksuelle overgreb, ligesom der kan være forskel på, hvornår man vurderer, at der er en mistanke, og hvorvidt man fører dette til journal. Antallet af registrerede sager kan på den baggrund ikke ses som værende helt dækkende eller beskrivende i forhold til det antal, der reelt måtte findes."*

Generelt anføres stort arbejdspress blandt sagsbehandlerne som en meget væsentlig barriere for henvisninger til projektet.

Der har desuden også været barrierer hos de unge selv – Ungdomsklinikken rapporterer således, at der har været afholdt visiterende samtaler med betydeligt flere unge end det antal, som rent faktisk er startet i gruppeforløb. Dette skyldes, at det undervejs i visitationsprocessen bliver klart, at de unge alligevel ikke har mod på at tale om deres problemer i en gruppe. En koordinator/behandler forklarer:

*"Der er en tendens til, at de unge foretrækker individuel terapi. Der har også været en del udeblivelser fra visitationssamtalerne. Vi formoder, at det skyldes, at de unge "får kolde fødder", fordi det er en så tabuiseret problematik, og at de forestiller sig, at det bliver for overvældende med gruppeterapi."*



Koordinator/behandler fortæller endvidere, at de bruger megen tid på visitation, der alligevel ikke bliver til noget - fordi der er afbud, skal indkaldes igen osv., og så ender det ofte med en afvisning af gruppebehandling fra den unges side.

Koordinatorerne i København konkluderer, at erfaringen fra projektperioden har været, at de primært har kunnet rekruttere gruppemedlemmer fra egne rækker, altså børn der allerede var henvist til rådgivningscentret i forvejen. Det gør også visitationsprocessen nemmere, da de har de oplysninger, der skal bruges, og dermed har bedre forudsætning for at kende og matche gruppedeltagerne. I den sidste del af projektperioden har de således primært holdt øje med, om de børn/unge, der bliver henvist til eller allerede er i forløb på et af centrene, vurderes velegnede til og motiverede for gruppebehandling.

**Hjørring Kommune** planlagde opsporingsprocessen i samråd med rådgivere fra kommunens visitations-, forebyggelses- og handicapspecialer. Herefter individuelle drøftelser med de kommunale sagsbehandlere i forbindelse med deres aktuelle myndighedssager, samt information pr. mail og via informationspjece. Den efterfølgende opsporing skulle derefter foregå i tæt samarbejde med de kommunale sagsbehandlere.

Opsporingen skulle både ske ved hjælp af gennemgang af eksisterende myndighedssager (kendte sager) samt via bred informationsvirksomhed (kendte og ukendte sager). Desuden havde Hjørring overvejelser over, hvordan målgruppen selv kan henvende sig - dette forudsætter dog en efterfølgende henvisning. Kløvergården planlagde i første omgang at tilbyde gruppeforløb for unge piger, men opsporingsprocessen skulle omfatte alle børn og unge i alderen 6-18 år, der har været udsat for seksuelle krænkelser.

Hjørring Kommune planlagde desuden ved projektets start et samarbejde med tre nabokommuner med henblik på over tid at udvikle et fælles tilbud. Hjørring Kommune vil i projektperioden tilbyde pladser i gruppeforløbene til deltagere fra nabokommunerne.

Også Hjørring har gennemført et omfattende informations- og opsporingsarbejde. Aktiviteterne omfatter bl.a.: Løbende kontakt til myndighedssagsbehandlere, oplæg på møder i Familieafdelingen, PPR-kontorer, SSP, sundhedsplejen, orienteringsmøder med faglige ledere fra nabokommuner samt opfølgende kontakt og samarbejds møder, nyheds-mails vedrørende projektet til relevante fagpersoner i Hjørring Kommune og nabokommuner, kontakt til opholdssteder, artikler og indslag i lokale medier, kontakt til Børn og Ungepsykiatrisk sygehus, informationsmøder på produktionsskoler og folkeskoler.

Desuden har Hjørring også deltaget i den landsdækkende "Sig det Bare" kampagne. Som i København har erfaringen dog været, at den meget brede opsporingsstrategi koster mange kræfter uden at give tilstrækkeligt med resultater. I projektets opstartsperiode havde Hjørring således også meget vanskeligt ved at rekruttere deltagere til projektet, og det kræver fortsat en stor indsats at etablere og vedligeholde kontakter med henblik på henvisninger.

Koordinatorerne rapporterer, at myndighedssagsbehandlerne har svært ved at afse tid til individuelle drøftelser. Desuden vurderer de, at fagpersonerne finder det vanskeligt at rette henvendelse til afsluttede klienter med henblik på at tilbyde dem gruppebehandling.

Undervejs i processen har koordinatorene ændret strategien, fra at satse på kontakt til ledere, til i højere grad at tage kontakt til de unge selv og de fagpersoner, der er tættest på dem. Koordinatoren tager således ud til folkeskoler (7.-10. årgang), efterskoler og produktionsskoler og holder oplæg om seksuelle krænkelser og om henvisningsvejen til tilbuddet, samt informerer AKT-lærere på skolerne om tilbuddet. Den nuværende koordinator vurderer, at dette kan være en mere direkte vej til opsporing og rekruttering. I sammenhæng hermed er det vigtigt, at de unge har mulighed for direkte kontakt til projektmedarbejdere, som kan guide og støtte dem gennem henvisningsprocessen.

Som i København er der også i Hjørring unge, der bliver henvist, men som ikke visiteres til eller gennemfører et gruppebehandlingsforløb. Årsagerne til dette er, at de har behov for eller er i gang med et individuelt forløb, at det vurderes, at de ikke er i stand til at indgå i en gruppe på grund af kognitive eller sociale vanskeligheder, eller at der ikke er en gruppe, der matcher dem i forhold til køn eller alder. De afviste unge får et andet tilbud eller henvendelsen gemmes til der opstår en mulighed for at tilbyde dem en gruppeplads.

**Aarhus Kommune** planlagde en opsporingsproces uden intentioner om registrering af alle sagerne i en database, da de ikke anså det for realistisk, at projektet kunne afdække "mørketal" fuldt ud – men kun i det omfang, det var muligt, gennem registrering via henvisning til projektet.

Som i de øvrige kommuner planlagde Aarhus at gennemføre opsporingen i tæt samarbejde med sagsansvarlige sagsbehandlere samt ved hjælp af oplysningsvirksomhed via skriftligt informationsmateriale og annoncering.

I Aarhus Kommune var det desuden planen at inddrage nabokommunerne, som man har rammeaftale med og i forvejen leverer ydelser til i forbindelse med seksuelle overgreb, allerede i opsporingsfasen, så også de andre kommuner kunne afsøge interessen for et gruppebehandlingstilbud.

Aarhus har gennemført de planlagte aktiviteter, bl.a. kontakt til døgninstitutioner, møder med nabokommuner, annoncer i fagblade, kontakt til PPR, oplysning om tilbuddet på praktiserende lægers hjemmeside, kontakt til MST, familieskolerne, ungdomsskoler og gade medarbejdere. Projektlederen har været meget opsøgende og har jævnligt været rundt hos en række potentielle samarbejdspartnere – men hun rapporterer denne effekt af arbejdet:

*"Efter hver rundrejse har jeg typisk fået en eller to henvendelser fra sagsbehandlere, der ønsker at drøfte nogle sager. Som oftest aftaler vi, at de taler videre med forældrene eller barnet. I de fleste tilfælde kommer sagerne ikke tilbage som henviste til gruppeforløb. Jeg skal igen henvende mig til sagsbehandlere og høre, hvordan det står til. Ofte har de ikke kunnet motivere for gruppeforløb. I andre situationer vil der i første omgang være brug for anden behandling."*

Aarhus har desuden arbejdet med direkte kontakt til kendte sagsbehandlere, men heller ikke her har det haft den store effekt.

Aarhus har også deltaget i "Sig det bare" kampagnen – men har heller ikke mærket tydelig effekt af kampagnen. Projektlederne fortæller, at kampagnen har medført forespørgsler om anonyme rådgivning, typisk fra lærere, læger og pårørende – men ingen direkte henvisninger.

I Aarhus er der således også lavet masser af opsøgende informationsarbejde, men de fleste henvisninger findes stadig blandt de børn/unge, som allerede er i kontakt med Rådgivningscentret. Her er projektet tilsyneladende ved at være godt forankret – projektlederen udtaler:

*"Når vi beslutter os for at lave en gruppe, går hele Rådgivningscentret med til at finde deltagere. Der er begyndt at komme en kultur omkring gruppebehandling - at det er en del af den samlede pakke i Rådgivningscentret."*

I Aarhus har man også draget den erfaring, at opsporingsarbejdet er væsentligt mere vanskeligt end forventet, og at projektet som helhed burde have lagt mere vægt på denne del, hvis den skulle lykkes fra start. Projektlederen siger:

*"Jeg ville fra start være meget mere opmærksom på, at der skal gå tid med opsporingsdelen, før vi sætter ind med evaluering, og at informationen skulle ud med kampagne også fra Servicestyrelsen. Jeg synes ikke, vi har spildt penge, men der er større barrierer her, end vi drømmer om. Men man skal nok planlægge det sådan, at man er klar over, at opsporingsdelen tager en større del af budgettet. Det havde vi slet ikke været klar over. Det er mig og en kollega, der har søgt midler, men vi tænker jo som behandlere. Erfaringen er, at opsporingen fylder rigtig meget. Lidt større fokus på det og noget rådgivning ift. projektmidler, så vi ikke skal sidde og bøvl med at trække det ud af alt muligt andet."*

Som ved de øvrige projektsteder oplever Aarhus, at nogle af de potentielle deltagere ikke er motiverede for gruppebehandling. Andre grunde til afvisning i forbindelse med visitation er manglende match med øvrige gruppedeltagere, primært med hensyn til køn og alder – eller en vurdering af for dårligt funktionsniveau i forhold til at deltage i gruppebehandling. I Aarhus har de også erfaring for, at det er lettere at lave hensigtsmæssig matchning blandt de deltagere, de kender i forvejen fra familie- eller individuel indsats.

### **Interessentbesvarelser**

CFK har indhentet en række interessentbesvarelser i løbet af den hidtidige projektperiode. Det var fra projektets start meningen, at interessentbesvarelserne primært skulle indhentes fra samarbejdspartnere, der havde henvist til projektet, og fokusere på interessenternes vurdering af samarbejdet med projektstederne. I lyset af den vanskelige opsporingsproces er strategien blevet omlagt, således at det også er forsøgt at indhente interessentbesvarelser fra sagsbehandlere, som er blevet kontaktet af projektstederne, men ikke har henvist børn/unge til projektet. Fokus for denne undersøgelse har været at afdække eventuelle barrierer for henvisninger til projektet.

Undersøgelsen blandt interessenter, som har henvist deltagere til gruppebehandlingen, er foregået ved, at hvert projektsted to gange i projektperioden har formidlet kontakt til 2-3 interessenter, som har henvist deltagere til gruppebehandlingen.

Interessentundersøgelsen viser, at interessenterne føler, at de har fået tilstrækkelig information fra projektstederne vedr. behandlingen, og at de interessenter, som har fulgt op på behandlingen, mener, at det har været effektivt.

Kommentarer til forbedringer vedrører forslag om at lave sideløbende forløb for pårørende til deltagerne, samt at arbejdet med oplysning omkring seksuelle krænkelser og opsporing af krænkede børn og unge er vanskeligt, hvorfor projekternes arbejde får ros for den store indsats.

Undersøgelsen blandt interessenter, som projektstederne har haft kontakt med, men hvorfra der *ikke* efterfølgende er blevet henvist deltagere til gruppebehandlingen, er foregået ved, at projektstederne har formidlet lister over, hvem de har kontaktet med henblik på at oplyse om gruppebehandlingen. En del af disse interessenter har deltaget i møder med projektstederne, mens andre er blevet forsøgt kontaktet eller har fået tilsendt informationsmateriale, men hvor interessenterne ikke har reageret på projektstedernes henvendelser.

Resultaterne af denne delundersøgelse viser først og fremmest, at det er vanskeligt at komme i kontakt med sagsbehandlere og andet personale i kommunerne, der kan henvise deltagere til gruppebehandlingen. Der blev således sendt 24 spørgeskemaer ud i forbindelse med denne undersøgelse, og der kom seks besvarelser retur. På trods af efterfølgende forsøg på telefonisk kontakt lykkedes det ikke at få kontakt til flere af interessenter. Dette bekræfter projektstedernes udtalelser om, at der er store udfordringer i at få kontakt til det fagpersonale i kommuner og på institutioner, hvor der kan være potentielle deltagere til gruppebehandlingen.

Derudover viser undersøgelsen, at der er begrænset kendskab til gruppebehandlings potentielle effekter. Tre af de returnerede skemaer beskriver således, at interessenterne mener, at deres egen kommune har tilstrækkelige tilbud for seksuelt krænkede børn og unge i de eksisterende tilbud om individuel behandling eller familiebehandling. Flere ser en udfordring i, at unge seksuelt krænkede ikke vil ønske at deltage i gruppebehandling. En besvarelse giver udtryk for, at gruppebehandling måske kan være en mulighed efter individuel behandling, men ikke som første behandling. En anden besvarelse går på, at en barriere kan være, at krænkelsen skal være kendt af det sociale system for, at man kan deltage i behandlingen. Enkelte unge vil muligvis ønske at deltage i gruppebehandling, hvis det kunne gøres uden at involvere forældre, hvilket ikke er muligt i den nuværende henvisningsprocedure.

Ingen af de interessenter, som ikke har henvist deltagere til gruppebehandlingen, ser det som en ulempe, at der er tale om et projekt, som kun kører i bestemte kommuner, når det kommer til selve behandlingen. Der er således fuld tillid til, at autoriserede behandlere kan varetage opgaven uanset, hvilken kommune de er ansat i. Flere påpeger dog, at det faktum, at behandlingen foregår i en anden kommune kan give logistiske og praktiske udfordringer.

## **Opsamling**

Et delformål for det samlede projekt var at gennemføre en bred opsporing af målgruppen, herunder også af børn/unge, som ikke tidligere var kendt som seksuelt krænkede og/eller havde modtaget behandling for seksuelle krænkelser. Ifølge projekterne er der dog ikke i nævneværdigt omfang blevet opsporet børn/unge, som ikke ville være kommet til projektstedernes kendskab via de allerede etablerede henvisningskanaler. Opsporingsprocessen har vist sig betydeligt vanskeligere end forventet, og trods ihærdig indsats må det konstateres, at en afdækning af mørketal vil kræve sit eget projekt og en helt anden type kampagne.

Projektstederne har alle gennemført omfattende informationskampagner, men med meget ringe udbytte. De har brugt pjecer, hjemmesider, møder, telefonisk og mailkontakt, landsdækkende kampagne, en lang række opsøgende aktiviteter – men det generelle indtryk er, at det har været meget svært at få budskabet igennem. Sagsbehandlerne har svært ved at afsætte tid til at kigge sager igennem – og måske endnu sværere ved at skulle tage fat på gamle sager og rippe op i dem. Det er tilsyneladende en meget langsom proces at løbe i gang – i København så man aldrig resultatet af den, i Aarhus og Hjørring begynder der muligvis nu at komme henvisninger, som ellers ikke ville være kommet – men der skal stadig udføres kontinuerligt opsøgende arbejde for at skaffe deltagere.

Projektstedernes visitationskriterier har også ført til en indskrænkning af målgruppen. Det var naturligt nok et inklusionskriterie, at potentielle deltagere skulle være motiverede for gruppebehandling for at få tilbudt en plads. Ifølge projektstederne har en del af de børn/unge, de har været i kontakt med, ikke været interesserede i at dele deres oplevelser i en gruppe, men har i stedet foretrukket individuel behandling.

Antagelsen om, at deltagerne skal have et vist kognitivt og socialt funktionsniveau for at kunne fungere i gruppen har også ført til udelukkelser af potentielle deltagere. Endelig har krav til matchningen af gruppedeltagerne ført til afvisninger af deltagere, der ikke passede ind i eksisterende eller fremtidige grupper, primært pga. alder eller køn.

Projektstederne er enige om, at det er en fordel at kende deltagerne på forhånd, dvs. at have haft dem til udredning eller behandling før visitationen til gruppebehandling – det giver et bedre udgangspunkt for at vurdere motivation og matchning – ofte også et bedre udgangspunkt for samarbejdet med familien.

## **Rammer for behandling**

De tre projektkommuner angav i den oprindelige projektansøgning, hvordan de planlagde rammerne for gruppebehandlingen, dvs. om de planlagde åbne eller lukkede grupper, aldersinddeling, antal behandlingsgange, behandlingsfrekvens etc. De samlede rammer kan ses i indsats teorien bilag II. Nedenfor gøres i korte træk rede for de oprindeligt planlagte rammer og dernæst for de ændringer og erfaringer, procesevalueringen har afdækket.

**Københavns Kommune** planlagde fra projektets start at tilbyde lukkede gruppeforløb med et fastsat antal behandlingsgange – børn 8 gange á 2 timer og unge 10 gange á 2½ time. Det var desuden planen at inddrage børnenes forældre direkte i gruppen eller i parallelle grupper, mens de unges forældre inviteres til enkeltstående møder.

Der er altid 2 behandlere i hver gruppe, og alle behandlere er uddannede og autoriserede psykologer. De fleste er desuden godkendte specialister i psykoterapi eller børnepsykologi.

**Ungdomsklinikken** har gennemført første gruppe som et lukket forløb med 10 behandlingsgange. Undervejs skæres behandlingstiden ned fra 2½ til 2 timer, og frekvensen ned fra én gang om ugen til hver 14. dag. Dette skete, ifølge behandlerne, af praktiske grunde. Forældrekontakten består, på grund af pigernes alder og efter deres ønske, i et brev til forældrene, hvor det er beskrevet, hvad gruppen har arbejdet med. Pigerne var med til at udforme indholdet af brevet.

På grund af stort frafald i den første gruppe og vanskelighederne med at rekruttere medlemmer til nye grupper, lægger Ungdomsklinikken strategien om til åbne grupper med mulighed for løbende indtag. Dette sker også ud fra en erkendelse af, at 10 behandlingsgange vil være nok til nogle unge, men ikke til alle – der er derfor behov for at vurdere behandlingstiden individuelt. Den næste gruppe bliver således planlagt som åben – altså med rullende indskrivning. Gruppen løber over et år. Undervejs skifter gruppen behandlere – dette sker også af praktiske grunde for at aflaste behandlerne, da gruppebehandlingen er tidskrævende – men det vurderes ikke fordelagtigt ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt.

Gennem interview med behandlere og koordinatore i København bliver det tydeligt, at medarbejderne her synes, at det kræver rigtig mange ressourcer at opspore, visitere og behandle grupperne. Der er dog også en vurdering af, at det nytter – en behandler siger:

*"Vi bruger ufattelig mange ressourcer på at have tre piger siddende i en gruppe. Men det er godt for dem."*

**Sct. Stefans Rådgivningscenter** ændrer ligeledes strategi som en respons på rekrutteringsproblemerne. I stedet for at vente med at oprette en gruppe, til der er deltagere nok, besluttede de at gå i gang uanset antal, og at lade grupperne være åbne. En behandler fortæller:

*"I dette forår besluttede vi at benytte en ny tilgang, hvor vi fra start besluttede at starte et gruppeforløb på en bestemt dato uden på forhånd at have klienter til gruppen. Herefter lykkedes det os at samle en gruppe på 6 piger. Psykologisk har det haft en god effekt at beslutte dette frem for at vente på, at der dukkede nok kandidater op. Tilsvarende besluttede vi at oprette en drengegruppe, selvom der kun var samlet to deltagere [ved Sct. Stefan]. Det har været godt for "ånden" ift. projektet at komme i gang, selvom alt ikke var perfekt eller helt som oprindeligt planlagt, frem for at sidde og afvente."*

Sct. Stefan har gennemført én pigegruppe<sup>10</sup> med samlet set 7 deltagere (løbende indskrivning) og en drengegruppe med 2 deltagere. Behandlingen foregår hver 14. dag i to timer og strækker sig over hhv. 3 måneder (drenegruppen) og 9 måneder (pigegruppen).

**Hjørring Kommune** planlagde fra projektets start åbne grupper for de unge, der således kan starte og afslutte deres forløb i gruppen på individuelle tidspunkter. Dette skete ud fra erfaringer med gruppebehandlinger, hvor netop det løbende optag havde vist sig at give en god spejlingseffekt – de nyankomne kunne se og høre, at "de gamle" havde haft udbytte af

---

<sup>10</sup> Sct. Stefans nåede desuden at gennemføre 1 gruppe i projektperioden inden evalueringskonceptet var på plads – denne gruppe er således ikke beskrevet her.

behandlingen – og ”de gamle” kunne se på de nyankomne, hvor langt de selv var kommet i processen.

Det var planen at lave en gruppe for 13-18-årige drenge og en for 13-18-årige piger. Grupperne skulle mødes hver anden uge, og den forventede forløbslængde var cirka 6 måneder. Behandlingen skulle varetages af 1 terapeut og 1 psykolog, hvoraf den ene har mange års erfaring med såvel gruppebehandling som behandling af projektets målgruppe.

Hjørring startede en pigegruppe for 13-18-årige, men valgte senere at aldersopdele gruppen, således at der nu er to åbne pige grupper, en for 11-14årige og en for 15-18årige. Det er ikke lykkedes at rekruttere drenge til en gruppe.

Grupperne mødes hver anden uge som planlagt, men forløbslængden er blevet væsentligt længere end forventet – flere af deltagerne har således været i gruppebehandling i 1½ år. Der er 23 piger, som har påbegyndt behandlingen, hvoraf 12 er afsluttede.

**Aarhus Kommune** planlagde ved projektets start 3 forskellige aldersopdelte gruppeforløb og var åbne for yderligere aldersopdeling, da de var interesserede i at få mere viden om gruppebehandlingens virkning set i forhold til alder. Børnegrupperne skulle gennemføres som to gange todages forløb, mens unge op til 15 år skulle mødes ugentlig i 2½ time, i alt 12 gange og unge fra 15-18 år mødes hver anden uge i 2½ time, i alt 12 gange. Det var planlagt at køre lukkede grupper og desuden et gruppeforløb for de yngstes nære omsorgspersoner og enkeltmøder for nære omsorgspersoner til de unge. Behandlingen skulle varetages af 4-5 erfarne terapeuter, som i forvejen er ansat på rådgivningscentret.

Aarhus har gennemført én gruppe og har to i gang<sup>11</sup>. Den første gruppe var for piger fra 12-14 år og de mødtes hver 14.dag i et halvt år, i alt 12 gange. 7 piger startede i gruppen og 5 gennemførte. Der var en forældregruppe parallelt med gruppebehandling, i alt 4 møder med alle forældre. Siden har Aarhus startet en åben gruppe for piger i alderen 13-17 år – den har nu eksisteret i 1½ år og har over tid haft 11 medlemmer. På nuværende tidspunkt er der 7 i gruppen. Desuden har Aarhus en lukket gruppe for 13-16-årige piger. Gruppen har kørt i ½ år og slutter i oktober 2012. De to seneste grupper evalueres i løbet af oktober 2012, data er således ikke med i denne rapport.

Aarhus har således også afprøvet både åbne og lukkede grupper. Det er ikke lykkedes at rekruttere til en børnegruppe eller en drengegruppe.

### **Opsamling**

Hjørring Kommune planlagde fra projektets start grupper med løbende optag – ud fra en behandlingsmæssig antagelse om, at denne type grupper giver de bedste betingelser for deltagerens spejlingsproces. København og Aarhus planlagde lukkede forløb, men har undervejs skiftet strategi, primært på grund af rekrutteringsproblemer. Omlægningen til åbne grupper har vist sig at være en central forudsætning for overhovedet at få grupper i gang.

---

<sup>11</sup> Aarhus nåede desuden at gennemføre 1 gruppe i projektperioden inden evalueringskonceptet var på plads – denne gruppe er således ikke beskrevet her.

Der er desuden ved alle projektsteder sket en udvidelse og individualisering af forløbslængden, således at enkelte deltagere nu har været i behandling i op til to år. Det er sket dels ud fra en erkendelse af, at deltagerne er forskellige og derfor kan have brug for kortere eller længere perioder med gruppebehandling – dels ud fra en oplevelse af, at den planlagte forløbslængde måske var for kort til at opnå robuste resultater.

I København har man ved både Ungdomsklinikken og Sct. Stefans Rådgivning gennemført grupper med 2 deltagere. Konklusionen er, at behandlingen har effekt – men at det er vanskeligt at skabe egentlig gruppebehandling med så få deltagere.

Endelig har projektstederne fået bekræftet, at aldersforskel er af betydning for gruppebehandling, og det har bl.a. ført til, at Hjørring har indsnævret aldersspændet ved at opdele den oprindelige gruppe i to grupper med hver sin aldersgruppe.

## **Behandlingsmetode**

Projektkommunerne har ligeledes beskrevet den planlagte behandlingsmetode ved projektets start – beskrivelserne kan ses i sin helhed i indsatsteorien, bilag II.

Nedenfor beskrives de enkelte kommuners planlagte metode i overordnede træk, og derefter rapporteres de overordnede resultater fra procesevalueringen, dvs. de positive og negative erfaringer, projektstederne har gjort med de forskellige metoder, og de eventuelle ændringer og tilpasninger i metoden, det har medført.

**Københavns Kommune** har i indsatsteorien beskrevet metoden på de to projektsteder samlet. I evalueringen skelnes dog mellem de to projektsteder, idet der er samlet data ind fra gruppebehandling ved hhv. Sct. Stefan og Ungdomsklinikken, og det giver mening at rapportere resultaterne hver for sig for de to aldersgrupper.

Den samlede beskrivelse af metoden ved projektets start baseres på psykoedukative og narrative metoder, udviklingspsykologiske teorier, viden om PTSD og almen teori og eksistentielle ideer om gruppebehandling. De enkelte behandlere har dog en vis metodefrihed og fastlægger det konkrete indhold for gruppebehandling fra gang til gang. Der er dog planlagt en vis struktur, således at hver behandlingsgang indledes med en runde, hvor deltagerne fortæller om sig selv og tiden siden sidste gruppebehandling. Herefter veksler behandlingen mellem individuel og jeg-støttende terapi i gruppe og en række forskellige øvelser.

**Ungdomsklinikkens behandlere** rapporterer fra den første gruppe, at de arbejder ud fra en struktur, hvor de er startet med en runde og derefter i dialog med gruppen foretager en tidsmæssig strukturering for det efterfølgende arbejde med individuel terapi i gruppe. I runden har de enkelte gruppemedlemmer bl.a. sagt, hvordan de har det på en skala fra 1 – 10 (følelsesbarometer).

Den individuelle terapi i gruppe har taget udgangspunkt i en jeg-støttende terapiform, hvor det fortrinsvis er opbygning og styrkelse af deltagerens jeg-funktioner, frem for udfoldelse og bearbejdning af selve overgrebet, der er i fokus. Den øvrige gruppe kunne, mens de lytter på den terapeutiske samtale mellem den unge og behandlerne, forholde sig både til



deres egen og den andens fortælling. Det enkelt gruppemedlem kunne forholde sig til relationen mellem deres egen fortælling, det fortalte og den fortællende. Desuden kunne gruppen inddrages med brug af principperne fra narrativ bevidning.

Efter første time blev der holdt en 30 minutters pause, hvor der serveres te/kaffe, kage og frugt. Behandlerne har været til stede i rummet.

I anden halvdel af gruppeterapien lagde behandlerne op til en friere samtale mellem gruppens medlemmer om et tema eller en problemstilling fra terapien. Desuden introduceredes forskellige kreative og praktiske øvelser, jf. indsats teorien.

Behandlerne har været styrende i samtalen. Behandlerne har desuden benyttet psykoedukation til at belyse temaer og problemstillinger, der har været drøftet i gruppen.

Behandlerne fremhæver runden, følelsesbarometeret og individuel terapi i gruppe som vellykkede, især når gruppen er reflekterende team. De praktiske øvelser, hvor der blev arbejdet mere indirekte med overgrebsproblematikken, fungerede også godt. Det var vigtigt for deltagerne, at der var en pause, hvor der blev serveret mad og drikke - omsorgen fra behandlernes side var vigtig for dem. Det var også godt at have meget tydelige regler for gruppen, da det øgede trygheden. Reglerne handler bl.a. om tavshedspligt, at gruppe-medlemmerne ikke må have kontakt udenfor gruppen, at deltagerne skal være opmærksomme på ikke at danne undergrupper, at de ikke må røre ved hinanden, at der er mødepligt hver gang, og at afslutning i gruppen skal meldes ud, så man kan nå at sige farvel.

Behandlerne gjorde desuden den erfaring, at psykoedukationen ikke må være for tung og virke for skoleagtig (oplæg). Det er bedst, når gruppemedlemmerne selv er aktive, og der er mulighed for at lave noget praktisk.

Behandlerne vurderer, at det lykkedes for dem at tilpasse metoden undervejs og tage aktuelle temaer op - temaer som var ønsket af gruppemedlemmerne.

Gruppe 2 følger nogenlunde samme struktur, men er en åben gruppe med flere deltagere og flere mødegange. I denne gruppe arbejdes der fra begyndelsen meget med tillid og tryk-  
hed, da der fra starten opstår en kultur med at være stille, ikke fylde så meget. Undervejs bliver deltagerne trygge og mere åbne. Tilgangen fra behandlernes side skifter også undervejs fra et mere struktureret forløb med mange øvelser til at mere tid går med individuel terapi i gruppe. En behandler udtaler:

*"I begyndelsen var det fint med mange øvelser, men efterhånden som gruppen blev mere tryk gik vi over til at arbejde mere med individuel terapi i gruppe. Det var vores oplevelse, at de unge havde mere brug for at fortælle om deres oplevelser end lave øvelser. Så det er hver ting til sin tid - øvelser er gode i starten, individuel terapi er bedre, når de er mere trykke."*

Behandlerne vurderer, at det er svært at tale om standardforløb i forhold til gruppebe-  
handlingen - det afhænger af gruppen, den konkrete sammensætning og deltagernes til-  
stand, hvad der skal til og på hvilket tidspunkt.

**Sct. Stefans Rådgivning** har gennemført en pigegruppe og en drengegruppe. Behandlerne for pigegruppen vurderer, at de stort set har fulgt den oprindelige indsats-teori (se bilag II) – og mener også at kunne se, at de forventede kortsigtede resultater er opnået. Gruppebehandling er gennemført efter følgende struktur:

1. Intro til dagens program
2. Siden sidst-runde
3. Psykoedukativt emne (f.eks. mobning eller at kunne sige fra)
4. Pause med mad (behandlerne er til stede)
5. Kreative eller fysiske øvelser (f.eks. angstreducerende eller safeplace)

Behandlerne vurderer, at med denne aldersgruppe bør der være fokus på øvelser – hvor der i de lidt ældre grupper bedre kan være fokus på individuel terapi i gruppe og på deltagerens fortælling og samtaler. Behandlernes erfaring og deltagerens tilbagemeldinger viser, at især de praktiske øvelser som f.eks. øvelser i at sige fra, at sætte grænser, at have klart kropssprog er velegnede. Behandlerne har også forsøgt sig med forskellige mindfulness-øvelser, men vurderer, at de fungerer bedre med en ældre gruppe.

Behandlerne lægger endvidere vægt på, at behandlingen er meget jeg-støttende og resourcefokuseret. De taler ikke meget om selve overgrebet og er ikke konfronterende, men fokuserer på empowerment. De mener selv, at det er en af årsagerne til, at gruppemedlemmerne har været så søde ved hinanden, og at der ikke har været interne spændinger. De lægger desuden vægt på omsorgsaspektet – det skal være rart og trygt at komme i gruppen, pausen og fællesspisningen er vigtige elementer.

Samtidig pointerer behandlerne, at deltagerne kun skal komme i gruppen, så længe der er et udviklingsaspekt:

*”De vil jo godt fortsætte med at gå her. Men det skal jo ikke gå hen og blive en hyggeklub, det skal stadig have terapeutisk sigte. Det skal være noget hvor de opgaver, vi laver, ikke er noget der minder om noget vi lavede for 4 gange siden, det skal sådan så det stadigvæk er nyt og udviklende for dem. og så går det jo også ud over deres dagligdag, det er jo 2 timer, og de skal have fri fra skole – vi skal jo også passe på, tage hensyn til at deres dagligdag kommer tilbage på sporet igen. Der er flere hensyn at tage.”*

Der er også ved Sct. Stefan regler for gruppedeltagerens omgang – de må ikke have kontakt med hinanden udenfor gruppen, så længe de deltager. Ifølge behandlerne er deltagerne imidlertid meget interesserede i hinanden socialt – måske fordi de er kontaktsultne og ensomme – og de rækker meget ud efter hinanden. De fortæller jævnligt hinanden, at de glæder sig til de kan være rigtige venner – underforstået når behandlingen er afsluttet.

Spejlingen ses som et meget vigtigt aspekt i gruppebehandling, og netop det kerneelement, som adskiller gruppebehandling fra individuel behandling – som en af behandlerne siger:

*”Vi kan jo godt forsøge at tale barnet til en skyldfrihed, men det er bare ikke det samme som at de sidder der med ligesindede”*

Behandlerne mener, at for at give de optimale muligheder for denne spejling er matchningen af gruppemedlemmer afgørende for udbyttet. Det vigtigste parameter er alder – der er stor forskel på en 10-årig og en 13-årig i denne sammenhæng, og aldersspredningen i gruppen må derfor ikke være stor. Dernæst finder behandlerne, at det er vigtigt at deltagerne også har en eller flere at spejle sig i i forhold til overgrebets karakter, f.eks. om overgrebet er interfamiliært og ift. overgrebets voldsomhed og/eller varighed. De har tidligere gennemført en gruppe, hvor denne matchning ikke var på plads, og hvor der var stor forskel på deltageres oplevelser – det førte ifølge behandlerne til retraumatisering og drop-out blandt deltagerne. De vil derfor altid bestræbe sig på at matche deltagerne, så der minimum er to med lignende oplevelser.

Behandlerne mener samlet set, at selvom der skal sættes et stort apparat i gang for at få gruppebehandlingen i gang, så er det indsatsen værd. Deltagerne giver hinanden rigtig meget, og der er mere at arbejde med og reflektere over - og på den måde er der mere at hente i gruppen end i individuel behandling. Men gruppebehandling skal i de fleste tilfælde ses som et supplement – behandlerne vurderer, at dem der først har fået individuel behandling og/eller familiebehandling får mere ud af gruppebehandlingen. Det er under alle omstændigheder vigtigt, at også barnets omgivelser klædes på til at støtte barnets deltagelse og udvikling.

Behandlerne for drengegruppen er ikke blevet interviewet, men har rapporteret erfaringer fra behandlingen. Da der kun har været to medlemmer i gruppen, har det været en udfordring at lave egentlig gruppebehandling – men udgangspunktet for behandlingen har været den samme som for pigegruppen, dvs. en jegstøttende og ressourcefokuserende tilgang med vægt på praktiske og fysiske øvelser. Behandlerne har desuden udført opsøgende familiearbejde med begge deltagere og har bl.a. afholdt flere møder med drengenes forældre. Behandlernes overordnede konklusion er, at behandlingen har gavnet drengene, der er blevet bedre til at tale om de svære ting og til at udøve respektfuld adfærd i gruppen – men at det er vanskeligt at udnytte potentielt i gruppebehandling med kun 2 deltagere.

### **Hjørring Kommune**

Ifølge den oprindelige indsatsteori baserer Hjørring Kommune grundlæggende behandlingen på viden om PTSD, viden om gruppeprocesser, teori om barnets personlighedsudvikling forstået ud fra selvudviklingen (bl.a. Daniel Stern), og teori om 4 tilknytningstyper (jf. Kari Killén). Tilgangen indebærer individuel terapi i gruppesammenhæng, oplevelsesorienteret terapi med baggrund i psykodynamisk og eksistentielistisk terapi, samt elementer fra kognitiv, narrativ og systemisk terapi. Tegneterapi og kropfordybelse anvendes som konkrete terapeutiske redskaber.

De to behandlere i Hjørring har sammen de to åbne grupper. Tilgangen i de to grupper er i udgangspunktet ens, men behandlingen tilpasses selvfølgelig aldersgruppen og de konkrete deltagere. I den ældre gruppe fortæller behandlerne således, at der har været mere fokus på seksualitet. Flere af deltagerne har kærester, og kan måske have svært ved at vise dem tillid – det arbejdes der med i gruppen. Desuden har der været flere åbne konflikter i den ældre gruppe, primært pga. deltageres forudgående kendskab til hinanden. I den yngre gruppe har behandlerne arbejdet mere med omsorg, tillid og tryghed, da følelsen af svigt har været udtalt her. Relationen til forældrene fylder også en del hos de yngre – følelsen af

at forældrene ikke kunne beskytte dem mod overgrebet. Her opleves forældresamarbejdet også vigtigere end i den ældre gruppe.

I det følgende beskrives tilgangen til behandlingen i de to grupper samlet.

Behandlerne har arbejdet med følgende overordnede dagsorden for hver gruppesession:

1. Mindfulnessøvelse – komme til stede
2. Siden sidst-runde
3. Identifikation af arbejds punkter (individuelle)
4. Pause inkl. spisning (behandlerne er til stede)
5. Arbejde med de individuelle arbejds punkter
6. Fremlæggelse/individuel terapi i gruppen
7. Afslutning inkl. deltagernes notering i logbog (hvordan har det været i dag?)

Behandlerne i Hjørring har brugt individuel terapi i gruppe overfor begge aldersgrupper. De har benyttet sig af gængse terapeutiske teknikker som spejling og sokratiske spørgeteknik. De har desuden lagt vægt på at træne indrestyring ved at opfordre deltagerne til at mærke efter og beskrive, hvordan de har det.

Behandlerne har god erfaring med at bruge tegneterapi i traumebehandlingen. Tegneprocessen er i sig selv konfronterende og fastholdende og indebærer spejling, kontakt og styring. Det hjælper barnet/den unge til at genvinde kontrollen over traumatiske minder. Brevskrivning til f.eks. krænker eller til forældre har også vist sig effektivt i traumebehandlingen.

Også i Hjørring arbejdes der med en lang række øvelser, f.eks. omkring grænsesætning. Behandlerne er desuden begyndt at anvende psykoedukation ift. generelle problemstillinger – det var ikke planlagt fra starten, men behovet opstod da der dukkede fælles temaer op i behandlingen. Psykoedukationen har virket efter hensigten og har været angstdæmpende samt medvirkende til at skabe større indsigt og samhørighed blandt deltagerne.

I begge grupper arbejdes der med logbøger. Deltagerne afslutter hver session med at skrive logbog om, hvad de har lært (indsigt) og hvad de tager med sig fra dagens behandling. Dette er med til at synliggøre behandlingen og udviklingen for deltageren selv.

Pausen er vigtig for gruppen – formålet er overordnet set relationstræning, men det er også en del af omsorgsarbejdet at servere mad og drikke for deltagerne.

Behandlerne ser det som en stor fordel, at der er tale om åbne grupper med løbende optag, fordi spejlingsprocessen er af stor betydning for deltagerne. De nye gruppedeltagere, kan få håb om bedring gennem dem, der har fået overgrebet lidt på afstand via behandlingen, mens de, der har modtaget gruppebehandling gennem længere tid, gennem de nyligt startede gruppedeltagere kan se, at de selv har fået det betydeligt bedre. Overføringsværdien er et væsentligt gruppeterapeutisk virkemiddel.

Som ved de øvrige projektsteder er der også i Hjørring regler for deltagerne – f.eks. tavshedspligt og forbud mod at se hinanden udenfor gruppen. Det sidste kan være vanskeligt at overholde, da nogle af deltagerne allerede før gruppebehandlingen kom de samme ste-

der. Der er blevet talt meget om vigtigheden af tavshedspligten, da også denne regel kan være svær at overholde.

Behandlerne finder det vigtigt, at gruppedeltagerne har et medansvar i forhold til rammesætning, regler, struktur etc., fordi dette kan styrke genopbyggelsen af pigernes personlige kontrol og styrke.

Behandlerne har afholdt individuelle opsamlingsmøder samt rådgivende og støttende samtaler med forældrene, altid med deltagelse af barnet/den unge. En behandler udtaler:

*"Behandlingen er særligt vellykket, når der er aktiv opbakning fra forældre eller andre nære omsorgspersoner, fx i forbindelse med at hente eller bringe barnet til gruppen, eller ved spørgsmål fra forældrene i forbindelse med at støtte deres barn bedst. Godt samarbejde med forældrene har positiv indvirkning på vores arbejde med den unge."*

Overordnet set vurderer behandlerne, at gruppebehandlingens styrke ligger i spejlingen – at gruppedeltagerne har kunnet finde forståelse og genkendelige aspekter ved overgrebet hos hinanden. Dette er gruppebehandlingens styrke ift. individuelterapi. Flere af deltagerne kan imidlertid også have brug for individuel terapi – men ifølge behandlerne skal dette ikke være sideløbende med gruppebehandling, da de parallelle forløb kan skabe forvirring for den enkelte deltager.

### **Aarhus Kommune**

Ifølge den oprindelige indsatssteori baserer Aarhus Kommune grundlæggende behandlingen på viden om PTSD, teori om gruppebehandling og gruppedynamik, samt udviklingspsykologisk, systemiske, narrative og psykodynamiske teorier og metoder. I traumebehandlingen anvendes resilience tilgang, dvs. der er eksplicit fokus på det enkelte barns ressourcer. Behandlerne vil endvidere have fokus på at nuancere sort/hvid tænkning, på grænsesætning og på jeg-støttende terapiarbejde.

Behandlerne i Aarhus er interviewet tre gange, men nedenstående resultater er fra én gruppe, da de seneste interview endnu ikke er analyseret.

Behandlerne i Aarhus har, som behandlerne ved de øvrige projektsteder, indledt hver behandlingsgang med en runde – en slags humørbarometer, hvor deltagerne fortæller, hvordan de har det og hvorfor. Derefter har der været fælles temaer på dagsordenen, som de har arbejdet med på forskellig vis. I Aarhus har de også prioriteret en pause med fælles spisning og hygge – men her er behandlerne ikke til stede. Efter pausen har de lavet forskellige øvelser og kropslige og kreative aktiviteter.

I denne gruppe har der været meget fokus på angst og på kontrol, fordi det fyldte en del for deltagerne i gruppen. Behandlerne har derfor gennemført øvelser omkring tillid/tillidsbrud – hvordan lærer man at stole på folk igen? Gruppen har også set film med generalisering af de centrale temaer, f.eks. tillid. Det har ikke fungeret så godt at stille åbne spørgsmål i gruppen, da deltagerne ikke var så gode til at give udtryk for deres opfattelser og holdninger.

Gruppen har været præget af, at et af medlemmerne ikke var alderssvarende udviklet, og dermed ikke kunne deltage på samme måde som de andre – det har fyldt meget i gruppen.

Behandlerne vurderer i tilbageblik, at hun slet ikke skulle have været i gruppen, og det har fået dem til at styrke visitationsprocessen fremover, så der bliver bedre muligheder for matchning.

Behandlerne har, sideløbende med gruppebehandlingen, afholdt møder med forældrene, hvor de har fortalt om, hvordan forældrene bedst støtter børnene samt understøttet forældrenes erfaringsudveksling. Forældrene ville gerne deltage og behandlerne vurderer desuden, at det kan lette presset på børnene, at de ved, at nogen tager sig af deres forældre også. Forældre og børn var desuden sammen de sidste 20 min. den afsluttende gang, hvor børnene og forældrene præsenterede noget for hinanden. Pigerne skulle fortælle, hvad de ville sige til andre, der havde oplevet en lignende krænkelse og forældrene skulle fortælle, hvordan de havde det – for at anskueliggøre, at forældrene kan have det meget forskelligt ift. det, der er sket. Behandlerne vurderer, at jo yngre deltagerne er, jo vigtigere er det, at der er et forløb for familien samtidig.

Behandlerne mener, at det at deltagerne ser og mærker andre, som har været udsat for noget lignende, er det vigtigste element i gruppebehandlingen – det der adskiller den fra individuel behandling – og at de vigtigste resultater af gruppebehandlingen er, at deltagerne ikke længere føler sig alene i verden, og at de ser hvordan man kan klare sig og komme videre – det giver håb. De vurderer dog samtidig, at gruppebehandling ikke bør stå alene – det kan ikke være det eneste tilbud.

### **Opsamling**

Behandlingsformerne ved de 4 projektsteder viser ligheder og forskelle. Der er således en nogenlunde ens struktur for de enkelte behandlingsgange ved alle projektstederne – startende med en runde, arbejde med temaer eller arbejds punkter, pause, individuel terapi i gruppe og/eller øvelser. En del af øvelserne ser også ud til at kunne sammenlignes.

Der er desuden stort set enslydende regler for deltagerne i gruppen: tavshedspligt og forbud mod at ses udover gruppen.

Forskellene handler blandt andet om fokus – i København fokuserer man mindre på at tale om og bearbejde overgrebene, og mere på empowerment og den fremadrettede opbygning af deltagerens jeg-funktioner. I Hjørring og Aarhus udøver man også jeg-støttende terapi, men her er desuden mere eksplicit fokus på bearbejdningen af overgrebet.

Der viser sig desuden en tendens til forskellige tilgange overfor forskellige aldersgrupper – på tværs af behandlingsstederne. I de yngre grupper er der meget fokus på omsorgsaspektet, hvor der i de ældre grupper kan suppleres med en mere konfronterende stil. De yngre arbejder tilsyneladende bedst med øvelser, mens de ældre kan arbejde med individuel terapi i gruppe og mere åben snak og spørgsmål.

Der er enighed om, på tværs af projektsteder, at forældreinddragelse under en eller anden form er vigtig. Den praktiseres forskelligt, men der er en tendens til, at den prioriteres mest i de yngre grupper.

Projektstederne gør sig mange overvejelser om matchningens betydning for gruppebehandlingen. Der er tilsyneladende enighed om, at aldersmatchning er en central forudsæt-

ning – for stort aldersspænd kan være en hindring for opbyggelsen af et trygt gruppemiljø, for spejlingseffekten og for fællesskabet om relevante temaer og problemstillinger.

Spejlingen fremhæves af alle projektsteder som et centralt virkemiddel i gruppebehandlingen. Der er lidt forskellige holdninger til, hvilke krav dette stiller til matchningen og hvilke parametre matchningen skal foretages ud fra – f.eks. om det er en fordel/en forudsætning, at gruppedeltagerne har oplevet samme type krænkelse. Der er dog enighed om, at der skal være en eller anden form for genkendelighed for det enkelte gruppemedlem – hos et eller flere af de andre gruppemedlemmer.

Ift. matchningen og inklusion i det hele taget, er der også gjort erfaringer i forhold til, at det er vigtigt, at deltagerne er motiverede – og at de har et vist funktionsniveau, der sikrer, at de kan indgå konstruktivt i gruppebehandlingen.

Ved samtlige projektsteder er der opbakning til hypotesen om, at åbne grupper fremmer den spejlingsproces, der viser de nye medlemmer, at de kan få det bedre – og viser de gamle medlemmer, hvor meget de har udviklet sig.

## **Frafald**

Ved alle projektstederne har der været frafald i grupperne – i København er 3 deltagere faldet fra, i Hjørring 1, og i Aarhus er der tale om 3 deltagere.

Grundene til frafaldet er forskellige – de grunde, behandlerne har angivet, gengives her, da de muligvis kan være til nytte i forhold til rekruttering og for at forebygge yderligere frafald.

En af hovedårsagerne til frafald er sandsynligvis, at deltagerne kæmper med andre vanskeligheder – ofte problemer i familien. Disse problemer kan fylde mere end deltagerens vanskeligheder som følge af overgrebet og kan overskygge og forhindre deltagelsen i gruppen.

En anden hovedårsag er, at deltagerne føler, de ikke passer ind i den gruppe, de er del af. Især i København angiver behandlerne, at der i en gruppe var flere frafald, fordi den enkelte deltager ikke fandt nogen at spejle sig i. Én kom således fra et andet socialt lag end de øvrige – og andre syntes at det overgreb, de havde været udsat for, var meget forskelligt fra de øvrige deltagers oplevelser.

Endelig kan manglende motivation være en årsag til frafald – dette er der stor bevidsthed om ved behandlingsstederne, der alle ser motivation blandt deltagere og helst også i netværket som et inklusionskriterie – men det er tilsyneladende ikke muligt helt at afklare dette før start.

Behandlerne siger samstemmende, at frafald og udeblivelser er en belastning for gruppen – det efterlader de øvrige medlemmer med en følelse af svigt og manglende tillid. De tiltag, der kan gøres for at forebygge frafald, er dels en så omhyggelig matchning som mulig og en afdækning af den enkeltes motivation før opstart, dels opmærksomhed på de øvrige problemer, deltagerne kæmper med. Endelig må der arbejdes med at minimere de praktiske forhindringer, der kan være for deltagelse i grupperne.





## Foreløbig effektevaluering

Vurderingen af effekten af gruppebehandlingen bygger på en kvantitativ og en kvalitativ dataindsamling. Den kvantitative del er baseret på tre psykometriske værktøjer (beskrevet i tidligere afsnit om plan for dataindsamlingen), mens den kvalitative del primært består af interview med deltagere, deres forældre og behandlere.

Siden gruppebehandlingen af seksuelt krænkede børn og unge blev igangsat i efteråret 2010, er 66 børn og unge startet i behandling. Dette tal er lavere end forventet ved projektets opstart, og det lavere antal deltagere har betydning for generaliserbarheden af den gennemførte effektvurdering. Især den kvantitative effektevaluering er påvirket af det lave antal deltagere, idet det er vanskeligt at påvise de forventede signifikante forskelle på deltagernes psykiske velbefindende med så få deltagere. De indsamlede data og de gennemførte analyser giver imidlertid et godt billede af gruppebehandlingens deltagere samt en antydning af, hvilke effekter gruppebehandlingen har.

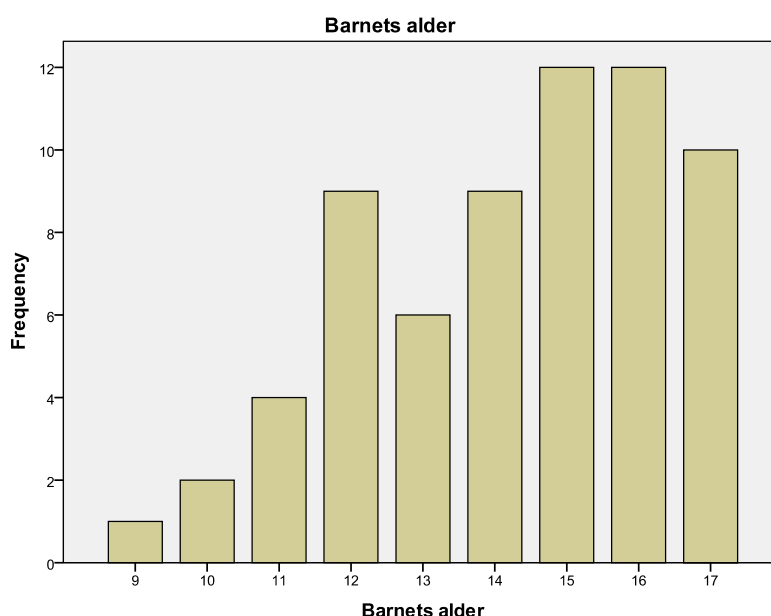
I det følgende afsnit fremstilles de analyser, det har været muligt at gennemføre med det tilgængelige materiale. Afsnittet indledes med en beskrivelse af deltagernes baggrund. Derefter præsenteres de foreløbige resultater af analyserne af de anvendte psykometriske spørgeskemaer. I forlængelse af de kvantitative analyser følger en præsentation af resultaterne fra den kvalitative dataindsamling.

## Deltagernes baggrund

### Alder og køn

Langt størstedelen af deltagerne i gruppebehandlingen er piger. Kun to ud af de 66 deltagere, der er startet på gruppebehandling, er drenge. Deltagerne er mellem 9 og 17 år på det tidspunkt, de er startet i gruppebehandlingen. Hovedparten af de unge er dog mellem 12 og 17 år, idet kun godt 10 % af deltagerne er under 12 år. Gennemsnitsalderen er 14,5 år.

Figur 1. Deltagernes alder



## Bopæl

Størstedelen af deltagerne bor hos deres forældre, mens de deltager i gruppebehandling. Godt 50 % bor hos deres mor, 7,7 % bor hos deres far, mens knap 20 % bor hos begge deres forældre. De sidste 20 % bor hos plejefamilie, på institution eller for sig selv. Udtalelser fra behandlerne indikerer, at en del af deltagerne tidligere har været anbragt udenfor hjemmet, men sådanne oplysninger fremgår ikke af evalueringens dataindsamling.

**Tabel 4. Deltagernes bopæl ved opstart af gruppebehandling**

Barnets bopæl	Antal	Procent
Hos mor	35	53,8
Hos far	5	7,7
Hos begge forældre	12	18,5
Andet	13	20
Total	65 <sup>12</sup>	100,0

## Belastende faktorer

En væsentlig del af deltagerne familier er kendetegnet ved, at der er forskellige former for udfordringer i familien. Knap 80 % af deltagerne kommer fra familier, hvor far og mor er skilt/ikke samboende. 27 % af deltagerne lever i en familie, hvor et nært familiemedlem har alvorlig fysisk sygdom, og 26 % har alvorlig psykisk sygdom i familien. 15 % har oplevet et dødsfald i den nærmeste familie. I ca. 30 % af familierne foregår der misbrug af alkohol eller stoffer, mens godt 20 % oplever vold i familien. 40 % af deltagerne lever i en familie, hvor en eller begge forældre er arbejdsløse. Dog forsørges ca. to tredjedele af familier ved en fast lønindkomst, hvorfor det oftest kun vil være én af forældrene, der er arbejdsløs. Seks % af deltagerne kommer fra en familie med anden etnisk baggrund end dansk.

Fire af de deltagende unge har selv en psykiatrisk diagnose, og en har et misbrug af alkohol eller stoffer ved opstart af gruppebehandling.

Samlet set tegner der sig et billede af en gruppe børn og unge, som kommer fra brudte familier med forskellige problemer. Det kan således konkluderes, at den seksuelle krænkelse oftest er et blandt flere problemer, som deltagerne skal forholde sig til i en ung alder.

## Krænkelsens art

Deltagerne i gruppebehandling har været udsat for forskellige former for seksuelle krænkelse. Det er hensigten, at effektevalueringen skal vurdere, om forskelle i typen af krænkelse eller krænkelse har betydning for effekten af gruppebehandling. På nuværende tidspunkt er der imidlertid ikke tilstrækkelige data til at lave analyser af sammenhængen mellem krænkelse og effekt af behandling. Dette afsnit indeholder derfor en kort beskrivelse af krænkelsens art, men dette kobles ikke på nuværende tidspunkt direkte med effekten af gruppebehandling.

---

<sup>12</sup> 66 deltagere har påbegyndt gruppebehandling. Når antallet af besvarelser afviger fra dette tal, kan det skyldes, at CFK ikke har modtaget alle skemaer endnu, eller at skemaerne er mangelfuldt udfyldt.

Tabel 5 viser, at størsteparten af deltagerne er blevet krænket af et familiemedlem. 83 % er blevet krænket af én person, mens 17 % er blevet krænket af to eller flere personer.

**Tabel 5. Deltagerens relation til krænker**

Krænker	Antal	Procent
Far	14	21,5
Stedfar	13	20,0
Søskende	10	15,4
Andet familiemedlem	9	13,8
Person(er) udenfor familien, som barnet/den unge kender	17	26,2
Person(er) udenfor familien, som er ukendt for barnet/den unge	2	3,1
Total	65	100,0

Mange af deltagerne er blevet krænket i en længere årrække. Cirka 50 % af deltagerne var under 9 år, da krænkelsen begyndte.

**Tabel 6. Varighed af overgrebet**

	Antal	Procent
Under 1 år	22	35
1 år	8	13
2-3 år	15	24
Mere end 4 år	18	29
Total	63	100

Dette hænger naturligt sammen med, at langt størstedelen af deltagerne har været udsat for kontinuerlige overgreb jf. tabel 7.

**Tabel 7. Overgrebsforløbet**

	Antal	Procent
Enkeltstående overgreb (én gang)	12	18,8
2-3 overgreb	6	9,4
Kontinuerlige overgreb	46	71,9
Total	64	100

80 % af krænkelserne er meldt til politiet. Politianmeldelse af overgrebet er ikke et krav for, at deltagerne kan komme i gruppebehandling.

Indenfor grene af psykologisk behandlingsterapi tages der udgangspunkt i, at krænkerens adfærd under krænkelsen har betydning for den skade, et seksuelt krænket barn pådrages<sup>13</sup>. Det er derfor relevant at se på, om krænkeren under overgrebet har opført sig kærligt, truende eller voldeligt. På nuværende tidspunkt i evalueringen er det ikke muligt at differentiere effektiviteten på baggrund af typen af krænker. Nedenstående tabel viser, at krænkerne har opført sig meget forskelligt, og det vil derfor være relevant på et senere tidspunkt at undersøge, om der kan påvises en sammenhæng mellem effekten af behandlingen og krænkerens adfærd, hvis yderligere dataindsamling muliggør dette.

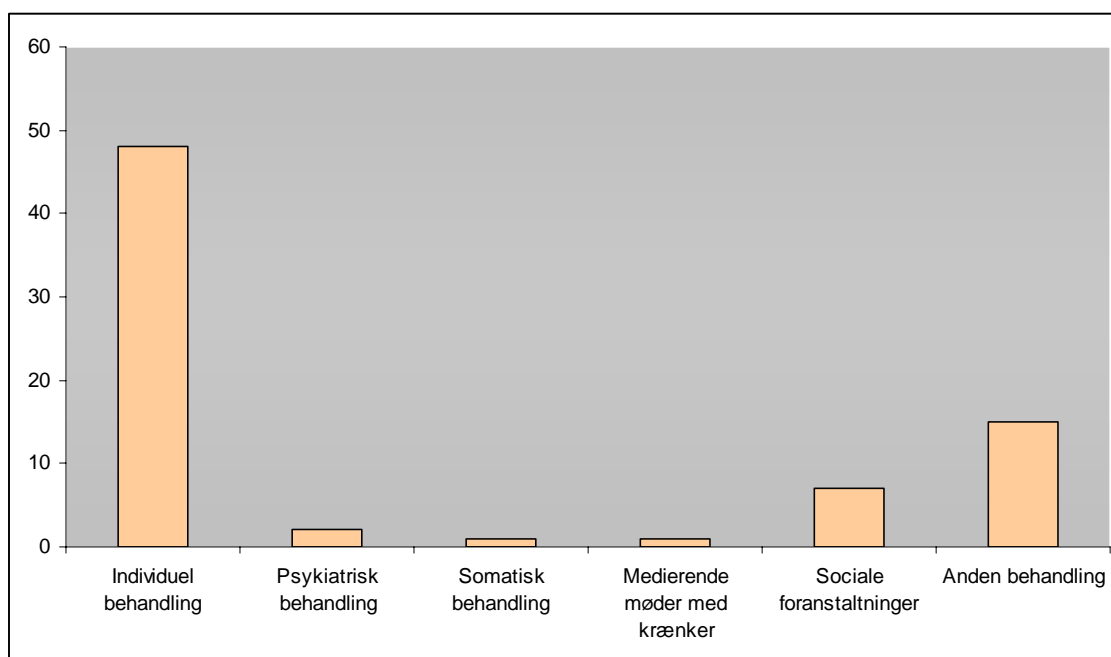
**Tabel 8. Krænkerens adfærd**

Krænkers adfærd	Antal	Procent
Kærlig krænker	20	31,7
Truende krænker	21	33,3
Voldelig krænker	7	11,1
Andet (herunder flere typer adfærd)	15	23,8
Total	63	100,0

### Øvrig behandling

En stor del af deltagerne har, ud over gruppebehandling, modtaget en anden form for behandling eller støtte i forhold til krænkelsen, typisk før gruppebehandlingens start. Det drejer sig i langt de fleste tilfælde om individuel terapi, idet 48 har tidligere eller under gruppebehandling modtaget individuel terapi. En del har desuden modtaget sociale støttende foranstaltninger eller anden behandlingen, fx familiebehandling. Størstedelen af deltagerne modtager ikke anden støtte, mens gruppebehandling står på.

**Figur 2. Behandling ud over gruppebehandling.**



<sup>13</sup> Bowlby, J. (2003): *En sikker base – Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. 5. oplag, Helsingør, Det lille Forlag

## Kvantitative evalueringsresultater

Den kvantitative effektevaluering af gruppebehandlingen baseres på fem forskellige spørgeskemaer<sup>14</sup>, som skal udfyldes ved opstart og afslutning af gruppebehandlingen, samt 6 og 24 måneder efter gruppebehandlingens afslutning. Èt skema er et basisskema, som udfyldes af behandlerne. Her indhentes oplysninger om deltagernes familiære og socioøkonomiske baggrund, krænkelsen samt tidligere og nuværende behandling ud over gruppebehandlingen. Dette skema ligger til grund for beskrivelsen af deltagerne ovenfor.

De øvrige fire skemaer er alle psykometriske tests, der anvendes til at vurdere gruppedeltagernes psykiske velbefindende før og efter gruppebehandlingen. Tre skemaer er selvurderingsskemaer, som deltagerne selv skal udfylde. Disse skemaer er TSCC, BYI og YSR. Derudover er der i tilknytning til YSR et forældreskema, CBCL, hvor forældrene bliver spurgt til tilnærmelsesvis enslydende spørgsmål om deltagerne. Alle skemaer udfyldes inden opstart af gruppebehandlingen. BYI og TSCC udfyldes ved afslutning af gruppebehandlingen, og alle fire skemaer udfyldes ved opfølgingsmåling 6 og 24 måneder efter afslutning af gruppebehandlingen. I det følgende vil disse fire spørgeskemaer blive beskrevet kort og analyseret, og resultaterne vil blive præsenteret i det omfang, det er muligt på nuværende tidspunkt i dataindsamlingen.

### Udfyldte skemaer

De psykometriske skemaer skal udfyldes ved opstart og afslutning af gruppebehandlingen og ved opfølgning. På grund af frafald fra behandling eller opfølgning, er det dog ikke alle skemaer, der bliver udfyldt. Nedenfor gives en kort status for antallet af indsamlede skemaer.

**Indskrivning:** 66 børn og unge er startet i gruppebehandlingen, og der er udfyldt basisskema af behandlere samt TSCC og BYI for alle 66 indskrevne deltagere. 59 har udfyldt YSR, hvilket skyldes, at skemaet er målrettet børn og unge fra 11 år, hvorfor syv deltagere under 11 år ikke er blevet bedt om at udfylde skemaet. 62 forældre har udfyldt CBCL.

**Udskrivning:** 30 deltagere har gennemført gruppebehandlingen. Alle 30 afsluttede deltagere har ved afslutning udfyldt TSCC og BYI. Af de 30 er der dog ni deltagere, som kun har udfyldt en eller to skalaer i BYI. 28 deltagere har udfyldt skalaen for selvtillid, 23 deltagere har udfyldt to skalaer (selvtillid og angst), og 19 deltagere udfyldt de tre skalaer (selvtillid, angst og depression). Der er således kun komplette udskrivningsskemaer for 19 deltagere på BYI.

**Opfølgning efter seks måneder:** Der er oktober 2012 23 deltagere, som afsluttede gruppebehandlingen for mere end seks måneder siden, og som derfor skulle have udfyldt 1. opfølgningsskemaer. 16 deltagere har udfyldt TSCC og BYI, mens 12 deltagere har udfyldt YSR, og 13 forældre har udfyldt CBCL.

Tabel 9 viser antallet af udfyldte skemaer pr. 1. oktober 2012.

---

<sup>14</sup> Der var oprindeligt seks forskellige skemaer, men det har ikke vist sig hensigtsmæssigt at indsamle skemaer fra lærere til børn under 12 år, da der kun er ganske få børn under 12 år med i projektet og svarprocenten er meget lav. TRF er derfor udgået af evalueringen.

**Tabel 9. Antal udfyldte skemaer**

	Indskrivning	Udskrivning	1. opfølgning
Basis (behandlere)	66		
TSCC (deltagere)	66	30	16
BYI (deltagere)	66	18-28 <sup>15</sup>	16
YSR (deltagere)	59		12
CBCL (forældre)	63		13

### Analysemetode

Som det fremgår af tabel 9, er der på nuværende tidspunkt ikke et stort antal deltagere, der har gennemført gruppebehandlingen og deltaget i en opfølgningsmåling. Det begrænsede antal deltagere gør det vanskeligt at analysere de længerevarende effekter af gruppebehandlingen på nuværende tidspunkt. Skemaerne YSR og CBCL vil derfor primært blive brugt til at beskrive deltagernes velbefindende ved starten af gruppebehandlingen, mens TSCC og BYI vil blive anvendt til at analysere, om behandlingen har en effekt på umiddelbar og kort sigt forstået som effekt ved afslutning og 6 måneder efter afslutning af gruppebehandlingen.

Analyserne baseres på udregning af gennemsnitsscorer og ser på forskellen mellem gennemsnittet ved opstart og afslutning/opfølgning, og om denne forskel er signifikant. Signifikans betyder, at der er en forskel på to mål. I denne analyse vil forskellen være mellem scoren ved indskrivning og udskrivning eller mellem indskrivning og opfølgning. For at der kan påvises en signifikant forskel mellem de to målinger, kræver det, at data fordeler sig efter en normalfordelingsmodel. Ved små datamængder, som der er tale om i denne analyse, er det ud over signifikans relevant at se på effektstørrelse. Effektstørrelse er i nogen grad uafhængig af datatype og størrelse, hvilket gør målet relevant i denne undersøgelse. Behandlingen kan således godt have en effekt uden, at forskellen på de to målinger er signifikant, fordi signifikansbegrebet bedst anvendes på store datasæt<sup>16</sup>.

Det er hensigten, at der skal laves analyser på gruppeniveau. I september 2012 er der 6 afsluttede grupper. To af disse grupper havde to deltagere ved afslutning. Dette er et meget spinkelt grundlag for at lave analyser af effekt på gruppeniveau, og det er derfor besluttet, at effektmåling på gruppeniveau ikke vil blive gennemført på nuværende tidspunkt.

Analyserne af gruppebehandlings effekt er primært fokuseret på at se på de gennemsnitlige resultater og udviklingen i scoren fra opstart til afslutning og opfølgning. Dog er der også gennemført analyser, hvor deltagerne er opdelt på behandlingssted, længden af gruppebehandlingen samt alder. Nedenfor gennemgås de enkelte psykometriske spørgeskemaer og resultaterne af disse.

<sup>15</sup> Af de 28 udfyldte Becks skemaer, indeholder de 23 kun de to første skalaer, mens 18 kun har besvarelser for én skala.

<sup>16</sup> For flere oplysninger om signifikans og effektstørrelse se Nielsen & Kreiner (2008), *SPSS. Introduktion til data-behandling og statistisk analyse*. København, DJØF Forlag.

## Child Behaviour Checklist (CBCL) og Youth Self-Report (YSR)

CBCL (inkl. YSR) er den bredeste af de tre psykometriske værktøjer, der inddrages i undersøgelsen. Skemaerne undersøger psykopatologien hos børn og unge og bruges især indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, af børnepsykologer samt i pædiatriske studier. Der er i 2012 publiceret opdaterede danske normdata for CBCL, YSR og TRF<sup>17</sup>. Disse normdata ligger til grund for analysen af deltagernes score på CBCL og YSR<sup>18</sup>.

Tabel 10 nedenfor viser den gennemsnitlige normscore sammen med den gennemsnitlige score ved opstart af gruppebehandlingen for de deltagende børn og unge på CBCL og YSR.

**Tabel 10. Score på CBCL og YSR ved opstart**

	Total score		Eksternalisering		Internalisering	
	CBCL	YSR	CBCL	YSR	CBCL	YSR
<b>Gennemsnit normdata</b>	17	35,1	4,9	9,8	6,0	9,8
<b>Gennemsnit deltagere</b>	51,3	67,1	14,6	16,8	17,1	23,6

Det fremgår af tabellen, at der er stor forskel på den gennemsnitlige score for alle tre skalaer. Forskellen er stor for både deltagere og forældres udfyldelse af skemaerne, hvilket indikerer, at deltagerne i gruppebehandlingen ikke overraskende har flere problemer og dårligere psykisk helbred end gennemsnittet af børn og unge i Danmark. Det fremgår af tabellen, at deltagerne vurderer deres problemer til at være større, end forældrene vurderer dem. Dette stemmer overens med en normalpopulation, hvor unge ligeledes scorer højere ved selvudfyldelse end ved forældre-udfyldte skemaer<sup>19</sup>.

Tabel 11 og 12 viser hhv. CBCL-scoren og YSR-scoren for deltagerne i gruppebehandlingen fordelt på de seks underskalaer, der ligger i CBCL for piger i alderen 11-16 (18) år.

Normdata for underskalaerne præsenteres således, at børn og unge, der scorer indenfor 93' percentilen, betragtes som værende indenfor normalområdet. Ligger scoren mellem 93' og 97' percentilen er barnet/den unge på grænsen mellem normalområdet og det kliniske område, mens en score over 97' percentilen indikerer, at barnet/den unge har så markante problemer, at der med stor sandsynlighed er tale om, at der kan stilles en diagnose. Dog skal det understreges, at CBCL og YSR ikke kan anvendes som diagnostiseringsredskab, men det giver en indikation af deltagernes situation på tidspunktet for udfyldelsen af skemaerne.

<sup>17</sup> Henriksen, Nielsen & Bilenberg (2012).

<sup>18</sup> CBCL er inddelt i køn og to aldersgrupper. I denne undersøgelse ses kun på piger i alderen 11-18 år.

<sup>19</sup> Henriksen, Nielsen & Bilenberg (2012), s. 3.

**Tabel 11: andel af deltagerne, der falder indenfor de beskrevne områder (CBCL)**

CBCL (62)	Affektive problemer	Angst	Somatiske problemer	ADHD	Oppositionel adfærd	Svære adfærdsproblemer
Normalområdet	38 (61%)	38 (61%)	47 (76%)	35 (57%)	47 (76%)	45 (73%)
Grænseområde	12 (20%)	6 (10%)	2 (3%)	14 (23%)	10 (16%)	5 (8%)
Klinisk område	12 (20%)	18 (30%)	13 (21%)	13 (21%)	5 (8%)	12 (19%)

Ifølge forældrenes udfyldelse af CBCL har en væsentlig del af deltagerne problemer med angst (30 %). Ca. 20 % har desuden affektive problemer og somatiske problemer, udviser ADHD-symptomer og har svære adfærdsproblemer. Omkring 75 % ligger indenfor normalområdet i forhold til somatiske problemer, oppositionel adfærd og svære adfærdsproblemer, mens kun godt halvdelen af deltagerne ligger indenfor normalområdet i forhold til ADHD, og ca. 60 % ligger indenfor normalområdet i forhold til affektive problemer og angst.

**Tabel 12: andel af deltagerne, der falder indenfor de beskrevne områder (YSR)**

YSR (61)	Affektive problemer	Angst	Somatiske problemer	ADHD	Oppositionel adfærd	Svære adfærdsproblemer
Normalområdet	41 (67%)	41 (67%)	46 (75%)	45 (74%)	47 (77%)	52 (85%)
Grænseområde	8 (13%)	7 (12%)	4 (7%)	5 (8%)	9 (15%)	5 (8%)
Klinisk område	12 (20%)	13 (22%)	11 (18%)	11 (18%)	5 (8%)	4 (6%)

Deltagernes egen besvarelse af spørgsmålene viser et lidt andet billede. Angst er fortsat det problem, hvor flest deltagere scorer indenfor det kliniske område, om end der ikke er så stor en andel i kategorien, som i forældrenes besvarelser. Angst scorer således ca. 20 %, hvilket er på sammen niveau som affektive problemer, somatiske problemer og ADHD. Den største forskel mellem deltagernes og forældrenes besvarelser forekommer på skalaen for svære adfærdsproblemer, hvor kun 6 % scorer indenfor det kliniske område ifølge deltagerne selv, mens knap 20 % scorer tilsvarende i forældrenes besvarelser.

Samlet set viser analysen, at deltagerne i gruppebehandlingen ved behandlingens start har væsentlige problemer sammenlignet med en dansk normal population på samme alder<sup>20</sup>.

### Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)

TSCC er et selvrapporteringsredskab, der er specifikt udarbejdet til at vurdere børn og unge, som har været udsat for et traume. TSCC indeholder seks kliniske skalaer samt fire underskalaer. Skemaet er i høj grad relevant i effektevalueringen af gruppebehandling af seksuelt krænkede børn og unge, da det indeholder en skala, der er specifikt relateret til seksuelle bekymringer. TSCC er ikke tidligere anvendt i Danmark, hvorfor der ikke findes danske normdata.

<sup>20</sup> Henriksen, Nielsen & Bilenberg (2012), 3.



Den første analyse arbejder med den gennemsnitlige råscore for deltagerne som samlet gruppe. Råscoren skal læses således, at jo lavere score der opnås på den enkelte skala, jo bedre har deltagerne det. Hvis deltagerne får det bedre i løbet af behandlingsforløbet, forventes råscoren således over tid at blive lavere.

Tabel 13 nedenfor viser den gennemsnitlige score for de 30 deltagere, der har afsluttet gruppebehandlingen, ved opstart og afslutning. Tabellen viser, at den gennemsnitlige score er faldet på alle skalaer, men at forskellen mellem opstart og afslutning kun er signifikant for skalaerne nervøsitet, vrede, seksuelle bekymringer og den totale score. Forbedringen på posttraumatisk stress er tæt på at være signifikant, mens depression og dissociation ikke er signifikante.

**Tabel 13. Gennemsnitsscore ved opstart og afslutning**

TSCC	Gennemsnit 30 Opstart	Gennemsnit 30 Afslutning	Signifikans	Effektstørrelse
Nervøsitet	10,33	8,90	<b>0,043</b>	0,20
Depression	8,97	7,07	0,067	0,32
Vrede	8,00	6,07	<b>0,035</b>	0,37
Posttraumatisk stress	12,97	11,07	0,052	0,28
Dissociation	10,27	8,80	0,130	0,23
Seksuelle bekymringer	5,87	3,97	<b>0,005</b>	0,36
<b>TSCC Total</b>	53,87	43,73	<b>0,021</b>	0,32

Ser man på effektstørrelsen fremgår det imidlertid, at effekten af behandlingen ikke er særligt stor ved afslutning af behandlingen. En effektstørrelse på under 0,5 regnes for en svag effekt, hvorfor det på baggrund af tabel 13 ovenfor ikke kan konkluderes, at der er en effekt af gruppebehandlingen ved behandlingens afslutning.

Ser man imidlertid på tabel 14, som viser den gennemsnitlige score for de 16 deltagere, der både har gennemført gruppebehandlingen og deltaget i opfølgingsmålingen 6 måneder efter behandlingens afslutning, viser det sig, at forskellen på scoren ved opstart og opfølgning er signifikant på alle skalaer i TSCC. Samtidig er effektstørrelsen blevet markant forbedret. Deltagernes score i forhold til vrede ligger således på 1,53, hvilket er en særdeles god effekt, mens depression, posttraumatisk stress, seksuelle bekymringer og den totale score ligeledes er gode.

**Tabel 14. Gennemsnitsscore ved opstart og opfølgning**

TSCC	Gennemsnit 16 Opstart	Gennemsnit 16 Opfølgning efter 6 mdr.	Signifikans	Effektstørrelse
Nervøsitet	9,81	6,38	<b>0,003</b>	0,51
Depression	9,69	4,31	<b>0,000</b>	0,96
Vrede	8,38	3,81	<b>0,000</b>	1,53
Posttraumatisk stress	12,63	7,69	<b>0,008</b>	0,79
Dissociation	10,19	6,50	<b>0,013</b>	0,55
Seksuelle bekymringer	5,31	2,31	<b>0,014</b>	0,63
<b>TSCC Total</b>	<b>53,94</b>	<b>29,31</b>	<b>0,001</b>	<b>0,81</b>

Statistiske test er gennemført for at analysere signifikans og effektstørrelse i indsamlede data på TSCC på de tre måletidspunkter samlet set<sup>21</sup>. Analysen viser, at forskellen på scoren på de tre tidspunkter ikke er signifikant, men der er en vis effektstørrelse, hvilket indikerer, at analyserne formentlig vil blive signifikante med flere deltagere i projektet.

TSCC viser således en signifikant effekt ved opfølgning men ikke ved afslutning af behandlingen. Da der samtidig ikke kan påvises en signifikant forskel på de tre måletidspunkter samlet set, er det relevant at undersøge, om der er forskel på den gruppe, der har afsluttet behandling og den gruppe, der har gennemført opfølgning. Spørgsmålet er, om det kun er de deltagere, der havde det bedst fra starten, der har gennemført opfølgningen. Analysen viser imidlertid, at dette ikke er tilfældet. Forskellen mellem gruppen af deltagere, der har afsluttet behandlingen, men ikke deltaget i opfølgningen og gruppen, der har deltaget i opfølgningen, er ikke signifikant. Dette bestyrker konklusionen om, at deltagere i gruppebehandling har det bedre et halvt år efter, at gruppebehandlingen er afsluttet.

### Effekt og behandlingssted

Tabel 15 nedenfor viser udviklingen i scoren mellem opstart og afslutning af gruppebehandlingen på TSCC fordelt på de enkelte behandlingssteder. Tabellen viser, at der er forskel på deltagernes score på TSCC ved indskrivning. Deltagerne i Hjørring og Aarhus scorer således højere ved opstart på de fleste skalaer, hvilket indikerer, at disse deltagere havde det psykisk dårligere ved opstart end deltagerne på de to behandlingssteder i København. Skalaerne for posttraumatisk stress og seksuelle bekymringer afviger en smule, idet det her er deltagerne på Ungdomsklinikken og i Hjørring, der scorer højst. Der kan ikke påvises en signifikant forskel på udviklingen i deltagernes score opdelt på behandlingssted.

<sup>21</sup> Der er lavet en ANOVA-test i SPSS. Testen viser ingen signifikant sammenhæng.

**Tabel 15. Udvikling i scores fordelt på behandlingssteder**

<b>TSCC</b>	<b>Samlet (30)</b>	<b>Hjørring (9)</b>	<b>Sct. Ste- fans (8)</b>	<b>Ungdoms- klinikken (5)</b>	<b>Aarhus (8)</b>
<b>Nervøsitet opstart</b>	10,33	11,44	8,75	9,20	11,38
<b>Nervøsitet afslutning</b>	8,90	12,22	7,00	5,80	9,00
<b>Depression opstart</b>	8,97	9,33	8,50	8,60	9,25
<b>Depression afslutning</b>	7,07	9,89	6,38	4,20	6,38
<b>Vrede opstart</b>	8,00	10,33	6,50	5,80	8,25
<b>Vrede afslutning</b>	6,07	8,44	5,00	2,80	6,50
<b>Posttraumatisk stress opstart</b>	12,97	14,56	11,00	14,00	12,50
<b>Posttraumatisk stress afslutning</b>	11,07	14,33	9,88	9,00	9,88
<b>Dissociation opstart</b>	10,27	11,78	9,25	8,20	10,88
<b>Dissociation afslutning</b>	8,80	11,44	8,13	5,60	8,50
<b>Seksuelle bekymringer opstart</b>	5,87	6,00	5,63	6,60	5,50
<b>Seksuelle bekymringer afslutning</b>	3,97	3,67	4,63	3,80	3,75
<b>TSCC Total opstart</b>	53,87	60,56	47,25	50,40	55,13
<b>TSCC Total afslutning</b>	43,73	57,11	39,38	29,80	41,75

I lighed med beregning af behandlingssted er der lavet beregninger på, om varigheden (forstået som længden af den tid en deltager har gået i gruppebehandling) har haft en betydning for effekten af gruppebehandlingen. De to behandlingssteder i København har primært gennemført forløb, hvor deltagerne har deltaget i gruppebehandling i op til seks måneder med et på forhånd fastlagt antal behandlingsgange. Hjørring har udelukkende haft åbne grupper uden fast afslutning, hvilket har betydet, at deltagerne har kunnet deltage i behandlingen i op til 1½ år, mens Aarhus har haft både åbne og faste grupper i den hidtidige projektperiode.

Analysen af længden af behandlingen kan ikke påvise, at der er en sammenhæng mellem behandlingens længde og effekt – muligvis pga. for få deltagere i hver analysegruppe. Analysen viser, at de deltagere, der har været i de længerevarende forløb, har haft det relativt dårligere ved opstart end de deltagere, der har deltaget i gruppebehandlingen i kortere tid. Analysen viser med andre ord samme tendens som tabel 15 vedrørende behandlingssted, hvilket formentlig hænger sammen med, at Hjørring og Aarhus er de to behandlingssteder, hvor der har været løbende grupper med længerevarende behandlingsforløb. Tabellen er derfor ikke gengivet i rapporten.

De tilgængelige data viser ingen sammenhæng mellem alder og effekten af gruppebehandlingen.

## BYI – Beck's Youth Inventories

Beck's Youth Inventories (BYI) er et selvrapporteringsredskab til vurdering af psykiske problemer og selvopfattelse hos børn og unge. Skemaet indeholder fem skalaer, men i evalueringen af gruppebehandlingen inddrages kun de tre første skalaer, som vedrører selvopfattelse, angst og depression. Skalaerne skal læses således, at en positiv udvikling vises ved en stigning på skalaen for selvtillid og et fald på skalaerne for angst og depression.

**Tabel 16. Opstart og afslutning BYI**

Becks Youth Inventories	Gennemsnit Opstart	Gennemsnit Afslutning	Signifikans	Effektstørrelse
Selvopfattelse (28)	33,61	34,29	0,110	0.087
Angst (23)	21,04	18,17	0,000	0.253
Depression (19)	19,95	15,84	0,000	0.344

Tabellen ovenfor indeholder data for de deltagere, der har udfyldt BYI ved opstart og afslutning. Antallet af skemaer varierer som beskrevet tidligere en del. Antallet af besvarelser på hver skala står anført i parentes i venstre kolonne. Tabellen viser en signifikant forskel i scoren for angst og depression samt en svag effekt for begge skalaer. Der er ingen signifikant forskel eller effektstørrelse på scoren for selvopfattelse. Målt på BYI ser det således ud til, at gruppebehandlingen har en lille effekt allerede ved gruppebehandlings afslutning i forhold til angst og depression.

**Tabel 17. Opstart og opfølgning BYI**

Becks Youth Inventories	Gennemsnit Opstart	Gennemsnit Opfølgning efter 6 mdr.	Signifikans	Effektstørrelse
Selvopfattelse (15)	34,40	35,27	0,141	0,013
Angst (15)	18,38	14,33	0,001	0,319
Depression (15)	17,53	11,47	0,114	0,530

Ses der på scoren på BYI ved opstart og opfølgning seks måneder efter afslutning af gruppebehandlingen fremgår det af tabel 17, at der er en signifikant forskel på scoren på skalaen for angst, men ikke på depression og selvtillid. Derimod er der en god effektstørrelse for scoren for depression og en svag effektstørrelse for angst.

Samlet set er resultatet af analyserne af scoren på BYI tvetydig. Det ser ud til, at der er en effekt af behandlingen lige efter gruppebehandlings afslutning for angst og depression, mens der ved opfølgning kun ser ud til at være en signifikant effekt i forhold til angst. Dog er der en stor effektstørrelse for depression. Ingen af analyserne viser en signifikant forskel på scoren for selvopfattelse. Med de nuværende, sparsomme data er der således ikke belæg for at konkludere, at gruppebehandling giver deltagerne en bedre selvopfattelse.

I lighed med analysen af TSCC er det forsøgt at lave en samlet tidsserieanalyse, hvor data fra alle tre måletidspunkter, opstart, afslutning og 1. opfølgning er målt samlet. Denne analyse viser ingen signifikant forskel, og der er kun en lille effektstørrelse.

### **Konklusion på den kvantitative analyse**

Analysen af de kvantitative data i evalueringen af gruppebehandling af seksuelt krænkede børn og unge viser, at behandlingen ser ud til at have en effekt på deltagernes psykiske velbefindende. Effekten er ikke stor, men det kan ikke afvises, at dette hænger sammen med det begrænsede antal deltagere, der har gennemført behandlingen og deltaget i opfølgende målinger på nuværende tidspunkt.

I denne midtvejsevaluering er skemaerne CBCL og YSR anvendt til at positionere deltagerne i gruppebehandling i forhold til en normalpopulation af børn og unge i Danmark. Analysen viser, at deltagerne i gruppebehandlingen har større problemer end gennemsnittet ved opstarten af gruppebehandlingen. Deltagerne har især udfordringer i forhold til angst, men de scorer også højere på skalaer for affektive og somatiske problemer og ADHD. Forældrebesvarelserne viser desuden forhøjede scorer på svære adfærdsproblemer, men denne vurdering deles ikke af deltagerne selv.

Skemaet TSCC, som er specifikt udviklet til børn og unge, som har været udsat for en traumatiserende oplevelse fx en seksuel krænkelse, viser ikke en entydig effekt, når der ses på scoren ved afslutning af gruppebehandlingen. Derimod er der en signifikant effekt med en forholdsvis stor effektstørrelse, når der ses på scoren seks måneder efter behandlingens ophør både på totalscoren og på subskalaerne. Især vrede har en høj effektstørrelse.

Det kan ikke konkluderes, at der er forskel på effekten af behandlingen i forhold til behandlingssted og varighed af behandlingen. Dog er det muligt at påvise, at der er en lille forskel mellem deltagernes initiale psykiske tilstand på de forskellige behandlingssteder og i forhold til længden af behandlingen. Det ser således ud til, at de deltagere, der har det dårligst ved opstart, har deltaget i gruppebehandling i Hjørring og Aarhus, hvor der har været arbejdet med løbende grupper, hvilket har gjort det muligt at deltage i gruppebehandlingen i længere tid. Deltagernes alder på tidspunktet for gruppebehandlingen har ingen betydning for effekten af behandlingen.

Fra skemaet BYI anvendes tre skalaer vedrørende selvopfattelse, angst og depression. Skalaen for selvopfattelse er medtaget i evalueringen, da flere behandlingssteder som en del af deres programteori har beskrevet, at de forventede et øget selvværd blandt deltagerne efter behandlingens afslutning. Data viser imidlertid, at der ikke er nogen signifikant forskel på deltagernes selvopfattelse efter endt behandling – hverken ved behandlingens afslutning eller seks måneder efter afslutningen. Derimod viser analysen, at der er forskel på deltagernes score på skalaerne for angst og depression ved afslutningen, og der er en svag effektstørrelse, hvilket betyder, at behandlingen formentlig har en positiv effekt i forhold til deltagernes oplevelse af angst og depression. Ved opfølgning seks måneder efter afslutningen er effekten imidlertid ikke længere signifikant for depression, men der er en lille effektstørrelse på angst og en middel effektstørrelse på depression.

I alt ni deltagere er sprunget fra behandlingen. Det er undersøgt, om disse deltagere afviger fra de øvrige deltagere ved opstart, hvilket ikke viste sig at være tilfældet.

Samlet set viser de fire psykometriske redskaber, der anvendes i evalueringen, at effekten ser ud til at være størst i forhold til depression, vrede og posttraumatisk stress. Målingerne kan derimod ikke vise, at behandlingen har en effekt i forhold til at forbedre deltageres selvopfattelse.

### **Kommentar ift. måleredskaberne**

Til evalueringen af gruppebehandling af seksuelt krænkede børn og unge blev det fra starten vurderet, at det var relevant at anvende flere forskellige psykometriske værktøjer for at belyse udviklingen i deltageres psykiske velbefindende og udviklingen i denne efter endt gruppebehandling.

I denne midtvejsevaluering er der af hensyn til mængden af indsamlede data primært fokuseret på udviklingen på skemaerne TSCC og BYI. Disse skemaer indeholder på flere punkter enslydende skalaer, men analysen af de to skemaer viser ikke præcist det samme. Hvorfor gør de ikke det?

Forskellen på resultaterne af skemaerne skal primært findes i de små forskelle, der trods alt er i skemaerne. Hvor TSCC er specifikt udarbejdet til traumatiserede børn og unge, er BYI et bredere redskab til vurdering af børn og unges psykiske velbefindende. Det psykiske traume, som en seksuel krænkelse påfører et barn/en ung, vil kunne aflæses af scoren på BYI, men når der specifikt måles i forhold til effekten af behandlingen af det seksuelle traume, vil det være mere sandsynligt, at en lille forskel vil kunne måles i TSCC frem for i BYI (eller CBCL/YSR).

### **Kvalitative evalueringsresultater**

I den endelige afrapportering af projektet vil indgå en række casestudier, hvor data fra den kvantitative og kvalitative dataindsamling vil blive brugt til at udarbejde detaljerede beskrivelser af udvalgte forløb. I beskrivelsen af den enkelte case vil således indgå data fra komplette målinger af deltagerens udvikling (inklusive opfølgingsmålinger), individuelle interview med den pågældende deltager og vedkommendes forældre, gruppeinterview med deltagerens gruppe, behandlerinterview, samt hvor det er muligt supplerende sagsmateriale. Casestudierne vil således fremstille både barnets/den unges psykosociale udvikling, og de organisatoriske og metodiske rammeforhold i tilknytning til gruppebehandling.

Da dataindsamlingen endnu ikke er afsluttet, er det ikke muligt at lave disse casebeskrivelser på nuværende tidspunkt – men i det følgende beskrives dels de overordnede resultater fra gruppeinterviewene, dels tre individuelle forløb i kort form, for at illustrere hvad den kvalitative dataindsamling kan afdække, og for at give projektstederne en fornemmelse for, hvad deltagerne selv siger om forløbene.

## Gruppeinterview

Der er gennemført gruppeinterview af 2 grupper i Hjørring, 2 i København og 3 i Aarhus – fra Aarhus er det dog foreløbig kun det ene gruppeinterview, der er analyseret og præsenteret her. I København har behandlerne været til stede under gruppeinterviewene, mens de ikke har været det i Aarhus og Hjørring.

I **Hjørring** er der gennemført interview med begge de løbende grupper. **Den ældre gruppe** blev interviewet i efteråret 2011. De fire piger, der deltog i interviewet, var fra 16-18 år og havde på det tidspunkt været i gruppebehandling i ½-1 år. 2 af pigerne kendte hinanden før gruppebehandlingen.

Pigerne mener alle, de har udbytte af at deltage i gruppebehandling. De føler, at de er kommet videre, er blevet mere åbne omkring krænkelser og frem for alt er blevet bekræftet i, at det ikke er deres egen skyld. Det at møde andre, der har prøvet det samme – at møde forståelse og genkendelse gør, at man ikke føler sig så dum og alene. Og det hjælper at gennearbejde det, der er sket – men også at tale om andre ting – det man lige aktuelt har brug for. Ingen af dem er parate til at stoppe endnu, og de tror, at det bliver svært for dem at undvære gruppen.

Pigerne fremhæver støtten og forståelsen fra behandlerne. De fortæller, at behandlerne er professionelle og kan give gode råd om, hvad man kan gøre. De andre kan også komme med gode råd til hinanden, men behandlerne gør en stor forskel. En deltager siger:

*"De er gode til at finde ind til, hvis der fx er noget der påvirker en, men man ikke rigtig ved, hvad det er. De kan ligesom grave ind og finde det."*

Pigerne lægger også stor vægt på trygheden i gruppen. Det er utrolig vigtigt for dem, at de ved, at det de siger, ikke kommer videre. Som de gentagne gange siger:

*"Det, der sker i gruppen, bliver i gruppen."*

De taler også en del om, at det er vigtigt, at alle møder op hver gang – de øvrige føler sig svigtet, hvis en deltager bliver væk i længere tid. Der bliver også talt om, at det ikke er en god ide, at nogen kender hinanden privat i forvejen.

Det er vigtigt, at der ikke er for stor aldersspredning – pigerne fortæller, at der tidligere var en pige på 12-13 år i gruppen, og det fungerede ikke godt, der var for stor forskel på, hvad de ville tale om og fokusere på. Det er heller ikke en god ide, at der er for mange i gruppen – de fortæller, at der på et tidspunkt var 7 deltagere, og at den enkelte så ikke kunne nå at blive færdig med at fortælle og gennearbejde problemerne, før det var den næstes tur.

Pigerne er enige om, at det fungerer godt med løbende grupper – så kan de nye lære noget og se, at man kan få det bedre, ved at lytte til de gamle. Med faste grupper mener de ikke, at der ville blive taget højde for deres forskellige behov. Nogle ville ikke blive "færdige", dvs. få al den hjælp de har brug for.

Pigerne synes nogle gange, tiden går for hurtigt – de når ikke alt det de gerne vil. Og enkelte mener, det er for lidt at komme hver anden uge – de kunne tænke sig at mødes med gruppen hver uge.

**Den yngre gruppe** blev interviewet i efteråret 2012. De tre piger, der var til stede ved interviewet, var fra 12-15 år og havde været i gruppebehandling fra 1 måned til 2 år.

Den pige, der kun har været kort tid i gruppen, har følt sig godt modtaget men kan endnu ikke sige så meget om behandlingen. Men samlet set nævner de yngre samme positive aspekter ved gruppebehandlingen som de ældre: ved at snakke om tingene bliver de mindre skræmmende, man bliver forstået i gruppen, fordi alle har været ude for noget af det samme, deltagerne i gruppen stoler på hinanden og har glæde af at være sammen. De synes, behandlerne er gode til at hjælpe og forstår dem bedre end andre voksne, selvom de ikke har været udsat for det samme.

I den yngre gruppe kan pigerne ikke komme i tanke om et eneste negativt aspekt ved gruppebehandling, eller noget, som de synes, med fordel kunne gøres anderledes.

Også den yngre gruppe synes, det fungerer fint at tage deltagere ind løbende. De synes ikke, aldersforskellen (12-15 år) betyder så meget – de større kan lære de mindre meget. Som en deltager udtrykker det:

*"Det er som at være en familie"*

Pigerne har alle været i individuel terapi, og vurderer, at det er nyttigt – men gruppebehandling kan noget mere, fordi de her er sammen med andre, der har været udsat for det samme – det giver tillid mellem deltagerne og gør det nemmere at tale om de svære ting.

De yngre piger er også meget optagede af tavshedspligten, men synes det kan være svært – en fortæller, at hvis man har fortalt om gruppedeltagelsen i skolen, kan de andre presse en til at fortælle, hvad der foregår. Pigerne siger, at hvis man kommer til at bryde tavshedspligten, er det vigtigt at fortælle det til den, det handler om.

De mener alle, de får noget ud af at komme i gruppen – de to, der har været i gruppebehandling i lang tid, mener det ville være gået dem meget skidt, hvis de ikke havde haft gruppen. De synes for det meste, det er fint, at der går to uger mellem behandlingsgangene – men som en af dem siger:

*"Ferie er bare det værste!"*

I **København** er der gennemført gruppeinterview ved både Sct. Stefans Rådgivning og Ungdomsklinikken. Ved **Sct. Stefans Rådgivning** er gennemført interview i efteråret 2011 med en pigegruppe. 5 piger i alderen 10-12 år deltager i interviewet – 4 af dem har været i gruppen siden start (½ år) mens den femte har deltaget 4 gange.

Pigerne fremhæver følgende positive aspekter ved gruppebehandlingen: De har lært at sige fra, så det ikke sker igen; har lært at stå fast, også i andre situationer og har lært at have tillid til omgivelserne igen. De fortæller også, at det er dejligt at finde ud af, at man ikke er den eneste, det er sket for, og at man kan komme ud med de tanker, som man ikke kan tale med andre om – og så er det hyggeligt og sjovt at være i gruppen, og der bliver grinet meget. Én pige siger:

*"Gruppen er med til at gøre mig glad og gøre mig til den pige, jeg var, før det skete"*



Heller ikke disse piger kan komme i tanke om negative aspekter ved gruppebehandlingen eller noget, de kunne ønske sig anderledes.

Pigerne har især været glade for de forskellige øvelser, som har handlet om at kunne sige fra, at arbejde med afstanden til andre mennesker, at finde safe-places og evt. tegne dem, og at lære at stoppe dårlige tanker.

De har ikke arbejdet så meget med selve overgrebet, men har dog lavet tidslinje over overgrebets start og slut. De har forholdt sig meget til hvordan de har det nu og her og hvordan de kommer videre. En pige siger:

*"Gruppebehandlingen er blevet min egen private, levende dagbog."*

Pigerne mener ikke, det er så vigtigt, om man har oplevet helt det samme – en pige mener, at det jo gør ondt, lige meget hvem det er, der har begået overgrebet. De mener godt at de kan forholde sig til samme temaer og øvelser, selvom deres oplevelser er lidt forskellige.

En del af pigerne har også været i individuel terapi og fortæller, at det gruppen kan give dem er netop følelsen af, at de ikke er alene – andre har oplevet noget lignende. Nogle mener dog også, der kan være brug for individuel behandling – en pige siger:

*"Når man er alene med en psykolog taler man meget om selve overgrebet, og det er også vigtigt – når man er i gruppe handler det mere om at komme videre efter overgrebet, om at lære at sige fra og sådan noget."*

Pigerne ønsker at blive i gruppen, så længe det er nødvendigt og ville anbefale gruppebehandling til alle i lignende situationer – og de siger om gruppebehandlingen:

*"Det skal bare fortsætte for det hjælper virkelig mange piger"*

Ved **Ungdomsklinikken** er der afholdt interview med en pige-gruppe (13-17 år) i efteråret 2011. 3 unge, der på det tidspunkt havde været i gruppen i 2-6 måneder, deltog i interviewet. Behandlerne var til stede ved interviewet.

Igen fremhæver deltagerne, at gruppebehandlingen hjælper dem til en følelse af ikke at være alene – en af pigerne siger:

*"Jeg synes, at det har været godt at være i gruppe i forhold til at være alene med en psykolog – at man er en gruppe, at man ikke er den eneste. Så føler man sig ikke alene, og at man ikke er den eneste. Det gør en hel del. Det har været dejligt at vide, at der har været andre, der har det ligesom en selv"*

Pigerne har været meget glade for den snak, der er i gruppen – at de hver især har fået tid til at fortælle, og at der har været tid til at høre de andres historie. Det giver input, mulighed for at dele oplevelser – og det gør, at deltagerne bliver mere positive. De fremhæver også det, at der har været to behandlere i gruppen – det giver mere tid til den enkelte. Også i denne gruppe er der opbakning til princippet om løbende indtag af nye medlemmer. Og det gør ikke noget, at deltagerne har været udsat for forskellige typer krænkelser – som en pige siger:

*"Man opdager, at man alligevel har noget til fælles. Det er forkert at sige, at man er helt forskellig, for vi har jo noget til fælles."*

Pigerne mener, at det har gjort dem stærkere at komme i gruppen, mere trygge og mere selvsikre – og at det har givet dem større indflydelse på og styr over deres liv igen.

Pigerne nævner, at de er kede af, at gruppebehandlingen fremover kun bliver hver anden uge mod tidligere hver uge – som en af deltagerne siger:

*"Når der er gået en uge kan man godt have samlet en masse ting sammen."*

I **Aarhus** er der gennemført gruppeinterview i efteråret 2011. 2 piger på 12 og 14 år deltog i interviewet. Begge havde afsluttet forløbet 3 måneder før interviewet efter ca. 6 måneders behandling.

Også her fremhæver pigerne, at gruppebehandlingen giver mulighed for at tale om det skete i trygge omgivelser, og at man derved opdager, at man ikke er alene, andre har været udsat for noget lignende – og man føler sig forstået. En af pigerne siger:

*"Jeg føler ikke længere så meget af det er min skyld. Man tænker, det kan jo ikke være alle deres skyld, at det er sket."*

Pigerne har svært ved at komme i tanke om negative aspekter ved gruppebehandlingen. En af pigerne synes dog, det har været hårdt at skulle fortælle hvilket humør, hun var i, hver gang – også når hun ikke havde lyst til det. Og en pige fortæller, at der også kan være ulemper ved at høre de andres historier:

*"Der er nogle ting, jeg ved ikke, hvordan jeg skal forklare det... Jeg er meget bange, og på nogle ting er jeg blevet mere bange, fordi jeg har hørt på de andre, hvad de er bange for. Så tænker jeg, at det kan være jeg også skal være bange for det."*

Begge piger har været glade for at komme i gruppen og mener ikke, der har været problemer internt. De fortæller, at det mest var behandlerne, der talte og satte deltagerne i gang:

*"De spurgte ind til ting. Man skulle ikke selv sætte det i gang. De spurgte tit om ting. Det var godt at man ikke selv skulle starte. Jeg havde ikke turdet det."*

Pigerne fortæller, at de ikke talte om, hvad der var sket for dem, de første behandlingsgange – det kom først, da de havde fået tillid til hinanden. De mener, at det er et passende antal at være fem i gruppen – og at gruppebehandling er bedre end individuel behandling, fordi de andre i gruppen har været udsat for noget lignende og forstår en. Det behøver ikke være helt det samme, man har været udsat for – for som en af pigerne siger:

*"Det er rart, at det ikke er helt det samme, der er sket for os, for så får vi fortalt mere om, hvad der er sket. Og det er rart at fortælle det."*

Om afslutningen af gruppebehandlingen siger en af pigerne, at det var for tidligt – de havde lige fået opbygget tillid, og så var det lidt mærkeligt ikke at skulle se hinanden igen og tale sammen. Det stoppede lige pludselig. Måske kunne det have været en god idé at mødes mødtes én gang om måneden to gange (normalt var gruppen hver 14. dag) for at trække langsomt ud af det.

### **Opsamling**

Alle de interviewede har været glade for gruppebehandlingen og mener, det har hjulpet dem.

I samtlige grupper er der opbakning til hypotesen om, at det at mødes med andre, der har været ude for det samme, giver en følelse af at være forstået og af ikke at være alene. Og at gruppebehandlingen er med til at tage skylden fra pigerne i forhold til det, der er sket.

Der er overvejende støtte til antagelsen om, at der ikke må være for stor aldersspredning i grupperne. Der er lidt divergerende opfattelser blandt deltagerne af, om man behøver at have været ude for helt det samme – eller om der godt må være forskel på, hvad der er sket for en (krænkelserns karakter).

Der er en tendens til, at de yngre grupper er glade for øvelserne – og de ældre grupper kan lide samtalen og den individuelle terapi i gruppe.

Der er stor opbakning til hypotesen om, at grupper med løbende indtag er en god idé, fordi de fremmer spejlingseffekten og giver deltagerne mulighed for at have individuelt afpassede forløb.

### **Individuelle casebeskrivelser**

Det følgende baserer sig på dataindsamlingen for tre udvalgte deltagere, dvs. data omkring deres udvikling målt ved hjælp af spørgeskemaer, samt individuelle interview med deltagerne og deres forældre. De individuelle interview er udført mens deltagerne er i behandling eller umiddelbart efter, deltagerne har afsluttet gruppebehandlingen. Deltageren og forældrene (i Hjørring begge forældre, i København og Aarhus moderen) er interviewet hver for sig. Interviewet med deltageren har fokuseret på, hvordan barnet/den unge generelt har befundet sig i gruppen, barnets/den unges opfattelse af gruppesammensætningen og dynamikken, af hvilke behandlingsmetoder har været virksomme og hvilke har ikke, hvad barnet/den unge har lært og hvad udbyttet af forløbet har været. Interview med forældrene har fokuseret på oplevelsen af barnets/den unges adfærd og trivsel forud for gruppebehandlingen og ændringer i samme under og efter gruppebehandlingen.

#### **København – Sct. Stefans rådgivning**

Denne deltager er en 12-årig pige, som har deltaget i gruppebehandling ved Sct. Stefans rådgivning i et forløb på 7 måneder. Behandlerne anfører dog, at der har været mange afbud til gruppebehandlingen. Pigen har inden da indgået i familiebehandling og individuel behandling, også ved Sct. Stefans Rådgivning. Begyndte egentlig i en anden gruppe, med ældre piger, men skiftede hurtigt til børnegruppen.

Pigens forældre er skilt, og hun bor hos mor. Far er krænkeren og han har også krænket pigens lillebror. Overgrebene mod pigens mor var kontinuerlige og stod på over to år. Krænker

var kærlig og krænkelser bestod i berøring af kønsdele. Krænker er dømt for vold og overgreb og afventer fængsel – pigen har ingen kontakt med ham. Mor yder støtte og opbakning til behandlingsforløbet og deltager i enkeltstående møder. Behandlerne vurderer, at pigen har støttende ressourcepersoner omkring sig, og at der ikke er opstået særlige problemstillinger i barnets liv under gruppeforløbet.

Pigen har ingen diagnoser eller misbrug. Indskrivningsmålinger med hhv. CBCL og YSR viser dog, at pigens score falder udenfor normalområdet på områderne internalisering, affektive problemer, angstproblemer, somatisering og oppositionelle adfærdsp problemer.

Pigens indskrivningsscores på TSCC og BYI er stort set identiske med gennemsnittet for projektdeltagerne. Ved afslutning af forløbet kan der påvises positiv udvikling på samtlige scores i TSCC og BYI. Behandlerne vurderer, at pigens udbytte af behandlingen er middel, på en skala fra slet ingen til i høj grad.

Pigen selv vurderer, at hun har haft stort udbytte af behandlingen, og at hun har kunnet bruge det til at komme videre, at tilgive det der er sket (dog ikke personen), og at hun igen har lært at møde udfordringer i hverdagen. Inden behandlingen var hun meget vred og gik meget alene med tanker, hun følte, at hun var den eneste, der havde sådanne tanker.

Gruppen har givet hende et sted at komme og snakke om det, der er sket – for det kan godt være svært at snakke med venner og familie om det – og så har den fået hende til at føle, at hun ikke er den eneste, der har været ude for det. Hun siger:

*”Man kan godt føle, man er den eneste, der har prøvet det, og at andre ikke forstår en. Når man kommer her og hører, andre har været igennem det samme så er det nemmere at komme videre med tingene og komme igennem hverdagen. Før fokuserede jeg på, at jeg var den eneste, der havde oplevet det, og den eneste, der havde det så slemt.”*

Pigen mener således, at styrken i gruppebehandlingen er, at man kan dele en oplevelse, er del af et fællesskab og altid har et sted, hvor de andre kan sætte sig ind i ens situation. Hun har også haft brug for individuel terapi, hvor hun har kunnet åbne sig mere op – men føler, at de to forløb har suppleret hinanden godt.

Det har passet pigen fint, at behandlingen var hver anden uge – fordi hun også skulle passe sin skole. Gruppen har fungeret fint, hun mener det har været vigtigt, at de havde nogenlunde samme alder, da hun tidligere har gået i en gruppe med ældre deltagere – deres historier og vanskeligheder var for voldsomme for hende, og hun kunne ikke relatere til dem. Hun synes det er vigtigt, at man har været ude for lidt af det samme, det gør det nemmere at sætte sig ind i og give gode råd.

Interviewet med pigens mor underbygger pigens udsagn. Hun beskriver pigen som vred, tilbageholde, ked af det og asocial før hun startede i behandlingen. Overgrebet havde fået hende til at trække sig tilbage, hun ville bare være alene. Nu er hun som før overgrebet fandt sted – udadvendt og glad. Gruppen har hjulpet hende til at bearbejde overgrebet, så hun ikke længere skal bære det med sig. Hun har kunnet genkende de andres problemer og har fundet ud af, at hun ikke er alene – hun er blevet bekræftet i, at de følelser, hun har, f.eks. overfor faren, dem har andre også – og det gør, at hun ikke længere føler sig forkert, det er i orden at have de følelser.

Mor har også gået i behandling hos psykolog ved Sct. Stefans Rådgivning, for at lære at tackle situationen, forstå børnenes reaktioner, snakke om familien og hvordan den kan fungere. Det har hjulpet hende rigtig meget – har hjulpet hende til at få familien videre. Hun har haft brug for det, fordi alt har været usikkert, der har været meget turbulens, og de vidste ikke, hvor de skulle være eller hvor de ville ende.

Både pigen og hendes mor siger, at det har været hårdt arbejde at indgå i behandlingen – men at der kun er kommet godt ud af det.

### **Hjørring**

Denne deltager er en pige på 15 år, som har været i gruppebehandling i 1½ år. Hun har ikke modtaget anden form for behandling og har ikke kontakt til de sociale myndigheder i hjemkommunen. Hun har ifølge behandlerne kun haft få afbud til gruppebehandlingen.

Pigen bor hos forældrene, som begge bakker op om behandlingen. Mor har dog fysisk sygdom og far har været arbejdsløs og haft arbejde i udlandet, og disse forhold påvirker pigen i forløbet. Der er også yderligere tilfælde af alvorlig sygdom i familien og problemer i forældrenes ægteskab.

Pigen er krænket af to mænd, som hun kendte i forvejen. Krænkerne var kærlige og krænkelsen bestod i berøring af kønsdele. Overgrebene skete kontinuerligt i to år. Pigen anmeldte overgrebene, da hun skulle hjælpe en veninde med at anmelde et overgreb, og de fandt ud af, at de havde samme krænker. Sagen er under efterforskning, og pigen konfronteres dagligt med krænkeren, som befinder sig i området omkring hendes hjem og skole.

Pigen har ingen diagnoser eller misbrug. CBCL og YSR resultater viser, at pigens score falder udenfor normalområdet på internalisering, angst, somatisering, ADHD og oppositionelle adfærdsproblemer.

Pigen har som udgangspunkt relativt dårlige scores på TSCC og BYI (ift. gennemsnittet for deltagerne i gruppebehandlingen). Ved afslutning af forløbet viser den samlede score og 5 af de 6 underskalaer på TSCC en negativ udvikling (skalaen seksuelle bekymringer viser en lille positiv udvikling). BYI-scores viser en meget lille forværring på selvtillidsskalaen, en meget lille forbedring på angstskaalen og en lidt større forværring på depressionsskalaen. Behandlerne vurderer dog, at pigens udbytte af behandlingen har været over middel, på en skala fra slet ingen til i høj grad.

Behandlerne fortæller, at pigen var meget vred og ulykkelig over at skulle stoppe i gruppen – selvom hun var enig i, at hun var færdig med at arbejde med overgreben. Behandlerne har efterfølgende sørget for ekstra støtte/samtaler til pigen, da de vurderer, at hun fortsat har problemer, der dog ikke knytter sig til den seksuelle krænkelse.

Pigen er interviewet før hun afslutter behandlingen – da hun har gået i gruppen i ca. et år. På dette tidspunkt kan hun ikke forestille sig at stoppe i gruppen – men hun ved godt, at det kommer på et tidspunkt, at hun vil blive klar. Hun fortæller, hvad hun tænkte, da en af de andre deltagere stoppede:

*"Jeg kunne jo mærke, at hun havde det godt. Og det gav mig sådan, at så skal jeg også nok komme igennem det. Så får jeg det jo også sådan på et tidspunkt, at jeg er klar til at stoppe. Og det gav mig bevis på, at det var faktisk noget, der hjalp det her."*

Pigen mener dog allerede, hun er blevet hjulpet en del på det tidspunkt. Hun fremhæver også det at være i en gruppe, hvor alle har prøvet noget af det samme og kan forstå hinanden og give hinanden råd. Det har hjulpet hende til at bearbejde overgrebet, at få snakket om det og komme dybt ned i tingene og arbejde med det. På spørgsmålet om, hvad hun konkret har ændret, siger hun:

*"Mine tanker omkring mig selv. Mit selvværd. Det er jo næsten alt. Hele min personlighed var baseret på det, der var sket. Jeg var tit nedtrykt og ked af det uden, at jeg egentlig vidste hvorfor. Jeg vidste jo godt et eller andet sted hvorfor. Men jeg har aldrig skænket en tanke at skulle fortælle det til mine forældre, for ..... jeg ville ikke føle mig tilpas med det. Eller så ville de ikke have mig. Det var sådan nogle tanker, jeg har haft. Jeg har haft mange negative tanker. Men det synes jeg ikke, jeg har mere."*

Pigen fremhæver også behandlerne og den forståelse, de møder deltagerne med. De gør opmærksom på, at de godt kan forstå, at man har det svært. De spørger ind og hjælper med at finde frem til hvorfor man reagerer, som man gør.

Om gruppen fortæller hun, at der er plads til alle – men at der også er krav. Man svigter de andre, hvis man ikke hører efter og engagerer sig – eller hvis man bliver væk.

Pigen mener, det har været afgørende, at hun har været i gruppebehandling – hun siger, at hvis hun ikke havde fået tilbuddet, ved hun ikke, hvad der var sket:

*"Så er jeg ikke sikker på, jeg havde været her. Det påvirkede mig så meget, at jeg ikke ville kunne holde det ud."*

Forældrene fortæller om pigen, at hun tidligere har været meget fokuseret, perfektionistisk med skolearbejde, oprydning etc. De lagde dog mærke til, at hun var begyndt at blive mere mut og grænsesøgende og fik problemer i skolen – de var i tvivl, om det var almindelige teenageproblemer, og mente, hun havde brug for en fast opdragelse.

Allerede den dag, hun fortalte om overgrebet, synes forældrene dog, at det begynder at gå fremad. Forældrene kan se, at hun har fået det bedre og nu er mere fokuseret på skolen og igen har lyst til det. De siger om gruppebehandlingen:

*"Fra første gang (til gruppebehandling) kunne jeg mærke, at det var godt for hende. Nogle gange var hun mut og tvær og gik ind på sit værelse, men det havde vi fået at vide, godt kunne ske. Behandlerne har sagt nogle ting til hende, som vi har prøvet at sige, men som hun ikke har villet høre, når vi har sagt det. Det er helt ekstremt, hvad de har formået at gøre på så forholdsvist kort tid."*

Forældrene har ikke selv følt, at de har brug for støtte – de har talt meget om det, især om, hvordan det kunne ske, uden de opdagede det, og hvorfor krænkeren ikke er blevet dømt – men de mener godt, de kan støtte pigen i hendes behandling og udvikling og stå til rådighed, når pigen vil læsse af.

Forældrene fortæller også, at der har været meget modgang i familien, mens pigen har været i behandling – men at pigen også har kunnet arbejde med alt dette i gruppen. Gruppen har hjulpet hende fremad. De mener, at gruppebehandlingen er en stor succes og bør fortsætte – at det vil være en katastrofe for de her piger, hvis det stopper.

## Aarhus

Denne deltager en 12-årig pige, som har været i gruppebehandling i 6 måneder. Der har kun været få afbud. Pigen og hendes familie har inden forløbet deltaget i familiebehandling ved Rådgivningscentret.

Pigen bor hos moderen, som bakker op om behandlingsforløbet og har deltaget i parallelgruppe for forældre. Far er krænkeren, han har også krænket flere af pigens halvsøskende og sidder i fængsel pga. seksuelle overgreb på 3 børn – han har kendt sig ikke-skyldig. Krænkelserne bestod i berøring af kønsdele, krænkeren var truende og begik kontinuerlige overgreb i 2 år.

Pigen og hendes søskende blev, efter krænkelserne blev kendt, frivilligt fjernet fra hjemmet, men er nu tilbage hos moderen. Det har været en kompleks sag med flere problemstillinger – vold, misbrug og tvang – og stor mediebevågenhed.

Pigen har ingen diagnoser eller misbrug. Hendes scores på CBCL og YSR falder kun udenfor normalområdet (i grænseområdet) ift. angstproblemer og ADHD-problemer.

Ved indskrivning er pigens samlede score på TSCC bedre end gennemsnittet for projektdeltagerne. På BYI er billedet mere broget, med en selvopfattelse lidt under gennemsnittet og færre angstsymptomer men flere depressionssymptomer end gennemsnittet. Efter behandlingens ophør er der positiv udvikling på samtlige skalaer. Behandlerne vurderer, at pigens udbytte af behandlingen ligger på middel.

Pigen selv mener, at gruppebehandlingen har gjort, at hun er blevet stærkere og mindre bange. Det har været godt at fortælle om problemerne – det gør, at de fylder mindre i tanker. Hun synes, at hun er blevet bedre til at snakke om det – men synes også, hun er "færdig" med det nu, og vil gerne videre.

De positive aspekter ved gruppebehandling er ifølge pigen: At opdage, at andre har været ude for noget lignende – det fjerner følelsen af at være alene i verden; at føle sig forstået af andre, der har været ude for noget lignende; at opdage, det ikke er ens egen skyld; at fortælle om overgrebene og hvordan man har det – mange gange – gør at man kommer til at tænke mindre over det – det fylder mindre.

Pigen fortæller, at gruppen har fungeret godt – det var passende med 4 deltagere, de lærte hinanden at kende og følte sig trygge. Det var godt, at deltagerne havde nogenlunde samme alder. Hun føler sig ikke svigtet af, at 2 deltagere faldt fra – hun vurderer, at de havde det for svært til at være i gruppen. 2½ time pr gang er tilstrækkeligt – og længden af forløbet har også været passende. Pigen mener ikke selv, at hun havde det så slemt som de andre i gruppen og hun føler, hun har fået det, hun havde brug for. Hun synes, det har været lidt besværligt, at hun skulle rejse så langt for at deltage – og at hun har forsømt skolen, som hun er glad for.

Om behandlerne siger hun, at de har skabt gode rammer og sørget for, at deltagerne har hygget sig og følt sig godt tilpas.

Moderens udtalelser bakker pigens op. Hun fortæller, at pigen før behandlingen var blevet mere opfarende, bange og trist. Behandlingen har hjulpet hende til at komme i balance igen og hun har lært at sige fra. Hun mener, det har haft en stor indflydelse på pigens udvikling, at hun har kunnet snakke om det med de andre og se, hun ikke er alene. Hun vil anbefale gruppebehandling til alle i en lignende situation.

Moderen fortæller også, at hun selv har haft stort udbytte af behandlingen i Rådgivningscentret. Hun har både deltaget i familiebehandling, individuel behandling og i den parallelgruppe for forældre, der er opstået sideløbende med gruppebehandlingen. Hun mener, det er nyttigt for forældrene at udveksle erfaringer og sparre – de kan også nyde godt af at tale med andre i samme situation.

### **Opsamling**

De tre beskrivelser har bemærkelsesværdige ligheder – og bemærkelsesværdige forskelle. Der er stor overensstemmelse mellem det, pigerne – og deres forældre – selv siger om gruppebehandlingen: de er alle meget positive overfor behandlingsformen og mener, at pigerne i høj grad er blevet hjulpet. Pigerne selv peger på stort set de samme virkemidler og fordele ved gruppebehandlingen, som deltagerne i gruppeinterviewene: det at mødes med andre, der har oplevet det samme, og dermed finde ud af, at man ikke er alene i verden; at det er OK at have de tanker, de har; og at overgrebet ikke var deres skyld.

De bemærkelsesværdige forskelle kommer især til syne i effektmålingerne. Hvor de to piger fra Aarhus og København har udviklet sig positivt, målt på BYI og TSCC, er dette ikke tilfældet for pigen fra Hjørring. Behandlerne fra Hjørring vurderer dog, at pigen har haft et udbytte af behandlingen, der ligger over middel – mens de to andre piger vurderes som havende haft et udbytte omkring middel.

Hvad kan forklaringerne på disse forskelligheder være? De tidligere beskrevne analyser har vist os, at der ikke kan påvises en generel forskellighed i effekt mellem de tre behandlingssteder – der er altså intet, der tyder på, at behandlingen i Hjørring skulle have mindre effekt end behandlingen ved de øvrige projektsteder. Datamaterialet viser imidlertid, at den pige, som ifølge målingerne har udviklet sig negativt, adskiller sig fra de to øvrige på mindst tre punkter:

- Hun har en væsentlig dårligere indskrivningsscore på BYI og TSCC end de to andre piger – hun har således haft flere symptomer og vanskeligheder ved forløbets start
- Hun kæmpede med andre vanskeligheder i familien og omgivelserne før, under og efter forløbet, og blev da også tilbudt yderligere støttende samtaler efter gruppebehandlingens ophør

Disse forhold kan have haft indflydelse på pigens udvikling og vanskeliggjort en positiv effekt. Derudover adskiller hun sig på yderligere et punkt:

- Hun var ifølge behandlerne vred og ulykkelig over, at hun skulle afslutte forløbet – selvom hun erkendte, at hun var færdig med at arbejde med overgrebet



Denne omstændighed kan have indflydelse på hendes udfyldelse af spørgeskemaerne ved forløbets afslutning, der kan have fået en negativ og ikke nødvendigvis retvisende bias.

Vi kan ikke definitivt afgøre, om og hvordan disse forskelligheder spiller ind på resultaterne – men vi kan bruge de foreløbige målinger og analyser til at skærpe dataindsamlingen og forfine vores hypoteser. Det forekommer således oplagt, i den fremtidige dataindsamling, at udvælge både deltagere, der har klaret sig godt, og deltagere, der har klaret sig mindre godt, til uddybende interview, for at forsøge at afdække mulige årsager til forskellene. Det er også oplagt, i de afsluttende analyser, at se på, om de deltagere, der fra starten er hårdest ramt, adskiller sig fra de øvrige ved forløbets afslutning. Endelig bliver det meget interessant at se på opfølgingsmålingerne, der ikke vil være farvet af den aktuelle gruppeafslutning – måske vil de vise et andet billede end det, målingerne omkring afslutningen viser?



## Foreløbige opmærksomhedspunkter

I dette afsluttende afsnit omsættes indholdet af rapportens opsamlinger til en række opmærksomhedspunkter. Opmærksomhedspunkterne bygger på de foreløbige resultater og analyser, og kan konkret tage form af støtte til eller afvisning af hypoteser, foreløbige konklusioner på baggrund af resultaterne og opsummeringer af problemstillinger, som projektet og øvrige aktører på området bør forholde sig til i implementeringen og udførelsen af gruppebehandling for seksuelt krænkede børn og unge. Nogle opmærksomhedspunkter er især relevante for den resterende projektperiode, mens andre rækker udover perioden og projektet.

### Ledelse og forankring

Organiseringen af nye tiltag har erfaringsmæssigt en betydning for, hvor godt implementeringen og forankringen lykkes. I projektets procesevaluering har der derfor været eksPLICIT fokus på ledelsen og forankringen af projekterne. Der kan udledes følgende opmærksomhedspunkter af de foreløbige resultater:

- Stor afstand mellem den overordnede ledelse og den daglige drift samt placering af det ledelsesmæssige ansvar forskellige steder har været hæmmende for implementeringen og forankringen af projektet i København
- Koordinatorerne i København har savnet støtte til implementering og udførelse af projektet, konkret i form af kursus i projektledelse og tættere processtøtte

### Opsporing

Opsporingen af børn og unge, der har været udsat for seksuelle krænkelser, udgjorde et delformål for det samlede projekt. Dette formål har vist sig langt sværere end forventet at opfylde. Følgende fokuspunkter kan udledes af de foreløbige erfaringer med opsporingen:

- Opsporing af seksuelt krænkede børn og unge har vist sig at være et projekt i sig selv. I etableringen og udførelsen af tilbud om gruppebehandling for seksuelt krænkede børn og unge må der beregnes væsentlige ressourcer og en målrettet indsats for at sikre rekrutteringen til grupperne
- Informationskampagner omkring tilbuddet har vist sig at have meget ringe effekt. Det vil således kræve et omfattende, opsøgende arbejde at opspore ikke tidligere kendte børn og unge udsat for seksuelle krænkelser – og muligvis udvikling og afprøvning af andre metoder end de hidtil anvendte

### Behandlingens rammer og indhold

Projektstederne havde fra projektets start en række antagelser om og planer for behandlingens rammer og indhold. Selvom projektet ikke er afsluttet, er der på nuværende tidspunkt allerede gjort betydningsfulde erfaringer i forhold til disse antagelser og planer:

- Alle projektsteder har haft positive erfaringer med åbne grupper – det vil sige grupper, hvor deltagerne løbende optages og afsluttes. De åbne grupper har flere fordele: En behandlingsmæssig fordel, idet forskellen på nye og gamle deltageres velbefindende bliver tydelig og giver godt grundlag for spejlingen; en rekrutteringsmæssig, praktisk fordel, idet der kan startes grupper op før rekrutteringen er komplet, og

man derved kan undgå ventetid for deltagerne; og endelig den fordel, at forløbene kan have individuel længde, tilpasset den enkelte deltagers behov.

- Projektstederne var fra starten opmærksomme på vigtigheden af en grundig visitation og er kun blevet bekræftet i dette. Særlig vigtigt er det, at deltagerne er motiverede for at indgå i gruppebehandlingen – og at de har et funktionsniveau, der muliggør det. En grundig visitation foretages nemmest blandt de børn og unge, som i forvejen er kendt på behandlingsstederne.
- Projektstederne var også fra starten meget opmærksomme på matchningen af gruppedeltagere. Rekrutteringsproblemerne har ikke gjort det muligt at afprøve antagelserne omkring matchning konsekvent, men de foreløbige resultater peger dog på, at aldersspændet i en gruppe ikke må være for stort, hvis der skal være optimal mulighed for spejlingen.
- Behandlerne har forløbet igennem fortalt, at mange af projektdeltagerne kæmper med problemer udover den seksuelle krænkelse, f.eks. familiemæssige og/eller adfærdsmæssige vanskeligheder. Dette billede bekræftes af målingerne med CBCL og YSR. Dette stiller naturligvis store krav til behandlingen og kan vanskeliggøre opnåelsen af effekt. Det betyder også, at det altid må overvejes, om deltagerne har brug for yderligere/supplerende behandling,
- De interviewede projektdeltagere og behandlere er enige om, at gruppebehandlings styrke primært ligger i, at deltagerne føler sig forstået og spejlet af de øvrige deltagere. Det hjælper deltagerne til accept af egne følelser og skyldfrihed.
- Ved samtlige projektsteder har der været klare regler for gruppedeltagerne, bl.a. tavshedspligt og forbud mod at ses udenfor gruppen. Udsagn fra deltagerne tyder på, at disse regler er med til at skabe tryghed og tillid i gruppen.

## Effektvurdering

Et væsentligt formål med projektet er naturligvis at vurdere, hvorvidt og under hvilke omstændigheder gruppebehandling for børn/unge med seksuelle krænkelse har en effekt. De nævnte rekrutteringsproblemer har bevirket, at grundlaget for at bedømme effekten ikke er så stort som forventet – der er simpelthen ikke datamateriale nok til at udføre de planlagte analyser. De foreløbige analyser og den kvalitative dataindsamling kan dog omsættes i følgende fokuspunkter:

- De foreløbige målinger sandsynliggør, at behandlingen har en effekt, især i forhold til depression, vrede og posttraumatisk stress. Det har ikke været muligt at påvise, at behandlingen har effekt i forhold til deltagernes selvopfattelse.
- Der kan ikke vises nogen forskel i effekten opnået ved de forskellige behandlingssteder, forskel i effekten afhængig af alder, eller forskel i effekten afhængig af forløbets længde. Det er muligt, at datamængden er for lille til at vise eventuelle forskelle.
- De kvalitative data viser, at deltagerne selv og deres forældre vurderer, at gruppebehandling har stor positiv effekt
- De foreløbige casebeskrivelser giver anledning til 2 hypoteser om, hvilke faktorer kan hæmme en positiv behandlingseffekt: 1) Relativt mange symptomer og vanskeligheder ved forløbets start, og 2) mange og væsentlige udfordringer i omgivelserne i løbet af projektperioden.

Ovenstående opmærksomhedspunkter vil naturligvis blive revideret og udbygget ved indsamlingen af flere data og den afsluttende analyse af det samlede datamateriale.

## Foreløbige opmærksomhedspunkter

I dette afsluttende afsnit omsættes indholdet af rapportens opsamlinger til en række opmærksomhedspunkter. Opmærksomhedspunkterne bygger på de foreløbige resultater og analyser, og kan konkret tage form af støtte til eller afvisning af hypoteser, foreløbige konklusioner på baggrund af resultaterne og opsummeringer af problemstillinger, som projektet og øvrige aktører på området bør forholde sig til i implementeringen og udførelsen af gruppebehandling for seksuelt krænkede børn og unge. Nogle opmærksomhedspunkter er især relevante for den resterende projektperiode, mens andre rækker udover perioden og projektet.

### Ledelse og forankring

Organiseringen af nye tiltag har erfaringsmæssigt en betydning for, hvor godt implementeringen og forankringen lykkes. I projektets procesevaluering har der derfor været eksPLICIT fokus på ledelsen og forankringen af projekterne. Der kan udledes følgende opmærksomhedspunkter af de foreløbige resultater:

- Stor afstand mellem den overordnede ledelse og den daglige drift samt placering af det ledelsesmæssige ansvar forskellige steder har været hæmmende for implementeringen og forankringen af projektet i København
- Koordinatorerne i København har savnet støtte til implementering og udførelse af projektet, konkret i form af kursus i projektledelse og tættere processtøtte

### Opsporing

Opsporingen af børn og unge, der har været udsat for seksuelle krænkelser, udgjorde et delformål for det samlede projekt. Dette formål har vist sig langt sværere end forventet at opfylde. Følgende fokuspunkter kan udledes af de foreløbige erfaringer med opsporingen:

- Opsporing af seksuelt krænkede børn og unge har vist sig at være et projekt i sig selv. I etableringen og udførelsen af tilbud om gruppebehandling for seksuelt krænkede børn og unge må der beregnes væsentlige ressourcer og en målrettet indsats for at sikre rekrutteringen til grupperne
- Informationskampagner omkring tilbuddet har vist sig at have meget ringe effekt. Det vil således kræve et omfattende, opsøgende arbejde at opspore ikke tidligere kendte børn og unge udsat for seksuelle krænkelser – og muligvis udvikling og afprøvning af andre metoder end de hidtil anvendte

### Behandlingens rammer og indhold

Projektstederne havde fra projektets start en række antagelser om og planer for behandlingens rammer og indhold. Selvom projektet ikke er afsluttet, er der på nuværende tidspunkt allerede gjort betydningsfulde erfaringer i forhold til disse antagelser og planer:

- Alle projektsteder har haft positive erfaringer med åbne grupper – det vil sige grupper, hvor deltagerne løbende optages og afsluttes. De åbne grupper har flere fordele: En behandlingsmæssig fordel, idet forskellen på nye og gamle deltageres velbefindende bliver tydelig og giver godt grundlag for spejlingen; en rekrutteringsmæssig, praktisk fordel, idet der kan startes grupper op før rekrutteringen er komplet, og

man derved kan undgå ventetid for deltagerne; og endelig den fordel, at forløbene kan have individuel længde, tilpasset den enkelte deltagers behov.

- Projektstederne var fra starten opmærksomme på vigtigheden af en grundig visitation og er kun blevet bekræftet i dette. Særlig vigtigt er det, at deltagerne er motiverede for at indgå i gruppebehandlingen – og at de har et funktionsniveau, der muliggør det. En grundig visitation foretages nemmest blandt de børn og unge, som i forvejen er kendt på behandlingsstederne.
- Projektstederne var også fra starten meget opmærksomme på matchningen af gruppedeltagere. Rekrutteringsproblemerne har ikke gjort det muligt at afprøve antagelserne omkring matchning konsekvent, men de foreløbige resultater peger dog på, at aldersspændet i en gruppe ikke må være for stort, hvis der skal være optimal mulighed for spejlingen.
- Behandlerne har forløbet igennem fortalt, at mange af projektdeltagerne kæmper med problemer udover den seksuelle krænkelse, f.eks. familiemæssige og/eller adfærdsmæssige vanskeligheder. Dette billede bekræftes af målingerne med CBCL og YSR. Dette stiller naturligvis store krav til behandlingen og kan vanskeliggøre opnåelsen af effekt. Det betyder også, at det altid må overvejes, om deltagerne har brug for yderligere/supplerende behandling,
- De interviewede projektdeltagere og behandlere er enige om, at gruppebehandlings styrke primært ligger i, at deltagerne føler sig forstået og spejlet af de øvrige deltagere. Det hjælper deltagerne til accept af egne følelser og skyldfrihed.
- Ved samtlige projektsteder har der været klare regler for gruppedeltagerne, bl.a. tavshedspligt og forbud mod at ses udenfor gruppen. Udsagn fra deltagerne tyder på, at disse regler er med til at skabe tryghed og tillid i gruppen.

## Effektvurdering

Et væsentligt formål med projektet er naturligvis at vurdere, hvorvidt og under hvilke omstændigheder gruppebehandling for børn/unge med seksuelle krænkelse har en effekt. De nævnte rekrutteringsproblemer har bevirket, at grundlaget for at bedømme effekten ikke er så stort som forventet – der er simpelthen ikke datamateriale nok til at udføre de planlagte analyser. De foreløbige analyser og den kvalitative dataindsamling kan dog omsættes i følgende fokuspunkter:

- De foreløbige målinger sandsynliggør, at behandlingen har en effekt, især i forhold til depression, vrede og posttraumatisk stress. Det har ikke været muligt at påvise, at behandlingen har effekt i forhold til deltagerens selvopfattelse.
- Der kan ikke vises nogen forskel i effekten opnået ved de forskellige behandlingssteder, forskel i effekten afhængig af alder, eller forskel i effekten afhængig af forløbets længde. Det er muligt, at datamængden er for lille til at vise eventuelle forskelle.
- De kvalitative data viser, at deltagerne selv og deres forældre vurderer, at gruppebehandling har stor positiv effekt
- De foreløbige casebeskrivelser giver anledning til 2 hypoteser om, hvilke faktorer kan hæmme en positiv behandlingseffekt: 1) Relativt mange symptomer og vanskeligheder ved forløbets start, og 2) mange og væsentlige udfordringer i omgivelserne i løbet af projektperioden.

Ovenstående opmærksomhedspunkter vil naturligvis blive revideret og udbygget ved indsamlingen af flere data og den afsluttende analyse af det samlede datamateriale.

## Følgegruppens kommentarer

Følgegruppen er blevet bedt om at kommentere på dele af eller hele rapporten. Deltagerne er blandt andet blevet bedt om at kommentere på følgende aspekter:

1. Er resultaterne fremstillet på en forståelig måde?
2. Er der resultater, I kunne ønske jer uddybning af? – evt. kan vi indrette dataindsamlingen efter dette
3. Er resultaterne brugbare i andre sammenhænge? Og implementerbare?
4. Er I overrasket over resultaterne – eller bekræfter de ting, I ved i forvejen?

I det følgende opsummeres følgegruppens kommentarer, da disse både kan have værdi for projektstederne, Socialstyrelsen og evaluator i planlægningen af den resterende projekttid og i planlægningen af fremtidige projekter.

Ad 1) Følgegruppen har generelt vurderet rapporten meget spændende og læsbar. De har haft få men meget relevante forbedringsforslag til fremstillingsformen og forståeligheden – rapporten er så vidt muligt tilpasset disse forslag.

Ad 2) Følgegruppen peger på en række områder/temaer, som de kunne tænke sig at vide mere om. I det følgende er disse ønsker listet i punktform, så de kan danne udgangspunkt dels for en drøftelse på det snarlige erfaringsseminar for projektstederne, dels for evalueringens fokus i den resterende projekttid. CFK vil således forsøge at adressere så mange af nedenstående spørgsmål/temaer som muligt i den afsluttende afrapportering.

- Uddybet viden om opsporingen – er der overhovedet noget, der virker?
- Kan vi få mere præcis viden om årsagerne til rekrutteringsvanskelighederne?
- Kan projektstedernes inklusions/eksklusionskriterier beskrives mere præcist? Hvad er baggrunden for dem?
- Viden om behandlernes egnethedsvurdering af deltagerne – hvilke kriterier anvendes? Hvordan måles motivation og er det altid et godt kriterium?
- Hvilke faglige begrundelser ligger der til grund for den anvendte aldersopdeling i grupperne?
- Ønske om mere konkret beskrivelse af behandlingsmetoderne, herunder de delelementer, som behandlerne nævner
- Uddybet beskrivelse af, hvilke delelementer af behandlingen er vurderet mest virkningsfulde af hhv. behandlerne og deltagerne – og en undersøgelse af forskelle og ligheder mellem disse vurderinger.
- Gruppebehandling kan ikke stå alene – hvorfor? Og hvad skal det suppleres med?
- Hvad skyldes forskellen mellem behandlerens/deltagerens vurdering og målingerne?
- Viden om, hvorfor nogle børn/unge falder fra behandlingen
- Viden om evt. bias i den kvantitative effektevaluering ved at sammenligne med dem, der ikke besvarer skemaer ved opfølgning
- Hvad skyldes forskellen mellem behandlerens/deltagerens vurdering og målingerne?
- Hvorfor kan der påvises større effekt efter 6 måneder end ved behandlingens afslutning?
- Har der været stor nok overensstemmelse mellem behandlernes mål for behandlingen og de effektmål, der er anvendt?

Ad 3) De deltagere af følgegruppen, der er blevet bedt om at vurdere resultaternes anvendelighed og implementerbarhed (Anja Hareskov, Pia Rathje og Louise Angelou) er generelt meget positive og vurderer resultaterne som både brugbare og implementerbare. De fremhæver beskrivelser af de konkrete redskaber, der er brugt, som med fordel kan udbredes til andre behandlere af målgruppen. Desuden nævner de resultaterne fra især den kvalitative evaluering som væsentlige erfaringer, som kan bruges i lignende sammenhænge – f.eks. resultater omkring målene med behandlingen, rammerne og strukturen, omkring regler i gruppen, omkring aldersspænd, omkring gruppesammensætning, om vigtigheden af forældrearbejdet og forskel i behov herfor i forhold til børn og unge, samt at der kan være forskelligt fokus for behandlingsarbejde og forskelligt metodevalg, men ens mål for behandlingen.

Ad 4) Få af resultaterne overrasker følgegruppen, men de vurderer det betydningsfuldt at få egne erfaringer fra gruppebehandling af målgruppen bekræftet ved en gennemgribende evaluering og effektmåling. Endelig vurderer en af deltagerne, at projektet med al tydelighed har bekræftet, at opsporing af målgruppen er en yderst vanskelig sag og at der er langt fra opsporing til behandling, og at disse to formål med fordel kan forfølges i separate projekter.





