

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

- Slutrapport

**Gruppebehandling for børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb  
- Slutrapport**

©DEFACTUM, Region Midtjylland, 2016

Redaktion/forfattere:

Chefkonsulent Mett Marri Lægsgaard

E-mail: MettMarri.Laegsgaard@stab.rm.dk

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Koncern Kvalitet

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf. 7841 4000

Hjemmeside: [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	Rapportens opbygning	1
<b>2</b>	<b>RESUME</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>PROJEKTETS BAGGRUND OG FORMÅL</b>	<b>5</b>
3.1	Baggrund	5
3.2	Formål	5
<b>4</b>	<b>EVALUERINGSMETODE</b>	<b>9</b>
4.1	Overordnet design	9
4.2	Gennemførelsen af evalueringen	11
<b>5</b>	<b>PROCESEVALUERING</b>	<b>18</b>
5.1	Dataindsamlingen	18
5.2	Resultater	18
<b>6</b>	<b>EFFEKTEN AF GRUPPEBEHANDLINGEN</b>	<b>26</b>
6.1	Den kvantitative dataindsamling	27
6.2	Deltagernes baggrund	30
6.3	Kvantitative effektmålinger	37
6.4	Registerudtræk – langsigtede effekter	50
6.5	Den kvalitative dataindsamling	55
6.6	Resultater af den kvalitative dataindsamling	56
6.7	Utilsigtede konsekvenser	67
6.8	Samlet vurdering af effekt og influerende faktorer	69
<b>7</b>	<b>OPSUMMERING OG ANBEFALINGER</b>	<b>73</b>
7.1	Organisering og ledelse	73
7.2	Opsporing	73
7.3	Målgruppe og effekt	74
7.4	Visitation	75
7.5	Behandlingens rammer og indhold	76
<b>8</b>	<b>BILAG</b>	<b>77</b>



# 1 Indledning

Socialstyrelsen 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 drejede sig om Københavns Kommune, der deltog med "Projekt Lysning", Hjørring Kommune ved Børnefamiliecenter Kløvergården og Aarhus Kommune ved Rådgivningscentret for Børn og Unge.

DEFACTUM har planlagt og gennemført evalueringen af projektet. DEFACTUM har tidligere udarbejdet to rapporter om projektet: 1) Ved projektets start udarbejdede DEFACTUM i samarbejde med Socialstyrelsen og projektstederne et evalueringsdesign og en indsats-teori for hvert af projektstederne. 2) I efteråret 2012 udarbejdede DEFACTUM en midtvejsrapport med de foreløbige resultater fra proces- og effektevalueringen.

Den afsluttende rapport indeholder resultaterne fra projektets samlede procesevaluering og resultaterne af den kvantitative og kvalitative effektvurdering samt et afsluttende registertræk på relevante variable for deltagerne i gruppebehandlingen.

Slutrapporten suppleres af en metode- og implementeringsguide med fokus på de erfaringer fra projektet, som kan være brugbare for øvrige aktører, der ønsker at tilbyde gruppebehandling til målgruppen. Metode- og implementeringsguiden indgår som bilag til den afsluttende rapport.

## 1.1 Rapportens opbygning

**Afsnit 2** indeholder et resume af evalueringens resultater.

**Afsnit 3** beskriver projektets baggrund og formål.

**Afsnit 4** redegør for evalueringsdesignet.

**Afsnit 5** beskriver resultater fra procesevalueringen med vægt på implementeringserfaringer. Afsnittet indeholder en beskrivelse af datagrundlaget og en analyse af resultater.

**Afsnit 6** beskriver resultater fra den kvantitative effektmåling og den kvalitative effektvurdering og en samlet drøftelse af resultaterne. Afsnittet om den kvantitative effektmåling indeholder en redegørelse for datagrundlaget og en frafaldsanalyse, en præsentation af analysestrategien og af resultaterne af den kvantitative effektmåling samt en beskrivelse af det afsluttende registertræk på relevante variable. Afsnittet om den kvalitative effektvurdering indeholder en beskrivelse af datagrundlaget og en præsentation af resultaterne. Afsnittet afsluttes med en drøftelse af utilsigtede konsekvenser af gruppebehandlingen og en samlet effektvurdering.

**Afsnit 7** indeholder projektets konklusioner og opmærksomhedspunkter.

**Afsnit 8** indeholder en oversigt over bilag.

## 2 Resume

Socialstyrelsen indbød i 2009 alle danske kommuner til at søge midler til gruppebehandling af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb. Det overordnede formål med gruppebehandlingen er at forebygge udviklingen af senfølger på lang sigt.

I projektet har tre kommuner (Aarhus, København og Hjørring) afprøvet forskellige metoder til gruppebehandling af målgruppen. Evalueringen er udført, så den dokumenterer behandlingsmetoder og -effekter og analyserer centrale kontekstfaktorerens betydning for behandlingsudbyttet samt dokumenterer og analyserer implementeringsprocesserne i projektkommunerne. Evalueringen skal bidrage til at kvalificere fremtidige tilbud til målgruppen.

Målgruppen har været børn i alderen 7-18 år og i alt 90 børn og unge mellem 9 og 17 år er påbegyndt gruppebehandling. 72 har gennemført behandlingen og deltaget i afslutningsmålingen. 48 har deltaget i opfølgingsmålingen efter seks måneder og 38 har deltaget i opfølgingsmålingen efter to år. Kun to af deltagerne er drenge.

En frafaldsanalyse viser, at der ikke er et systematisk frafald i deltagere fra indskrivning til udskrivning. Deltagerne, der er startet i gruppebehandlingen, afviger ikke betydeligt fra deltagerne, der har afsluttet gruppebehandlingen, og som dermed indgår i udskrivningsmålingen. Ved opfølgingsmålingerne er der enkle mindre forskydninger i deltagersammensætningen i forhold til sammensætningen af deltagere ved indskrivningsmålingen. Disse forskydninger vedrører karakteren af den krænkelse, deltagerne har været udsat for ligesom deltagere tilknyttet ungdomsklinikken er en anelse underrepræsenteret.

Analysen af de kvantitative data i evalueringen af gruppebehandlingen af seksuelt krænkede børn og unge viser, at behandlingen har en målbar positiv effekt på deltagernes psykiske velbefindende. Overordnet peger analysen på, at 50-77 procent af deltagerne udvikler sig positivt i måleperioden (afhængigt af effektmål og tidspunkt). Deltagernes gennemsnitlige udvikling er statistisk signifikant på flertallet af indikatorerne på både kort, mellemlang og lang sigt. Samtidig er det muligt at påvise en moderat effektstørrelse på mellemlang og lang sigt. På kort sigt er der kun på enkelte indikatorer en svag effektstørrelse. Effekten af behandlingen er generelt mere fremtrædende på mellemlang og lang sigt. På mellemlang sigt er der på flertallet af indikatorerne en svag effekt, mens effekten på enkelte indikatorer er moderat. På lang sigt er det muligt at påvise en moderat effekt af gruppebehandlingen på flere områder. Det drejer sig om deltagernes angst-, PTSD- og ADHD-symptomer og vrede. Derudover er der også en moderat effekt af gruppebehandlingen i forhold til både deltagernes totale traumescore og deltagernes totale problemscore<sup>1</sup>.

Den positive udvikling, deltagerne gennemgår på kort sigt, varer ved på mellem og lang sigt. De deltagere, der har den højeste effekt på kort sigt i forhold til indikatorerne depression og angst fastholder effekten – men der er ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem de deltagere, der udvikler sig mest på disse indikatorer på kort sigt og de deltagere, der har en positiv udvikling på disse indikatorer efter behandlingen på mellem og lang sigt. I forhold til deltagernes totale traumescore, er de deltagere, der har den største effekt på

---

<sup>1</sup> Disse områder måles ud fra de psykometriske redskaber: Beck Youth Inventories (BYI), Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self Report (YSR) og Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC). Redskaberne præsenteres i Afsnit 4.2.3 Dataindsamling.

kort sigt også dem, der oplever en større positiv udvikling efter behandlingens afslutning på lang sigt.

Med udgangspunkt i eksisterende forskning og projektkommunernes indsats teori er der udvalgt en række baggrunds- og kontekstfaktorer, der vurderes potentielt at have indflydelse på deltagernes udbytte af behandlingen. Datagrundlagets størrelse gør det ikke muligt at inddrage samtlige baggrunds- og kontekstfaktorer i analysen eller at nå til robuste resultater. Overordnet viser analysen dog en sammenhæng mellem en række af de udvalgte indikatorer og deltagernes udvikling. Den tydeligste sammenhæng ses mellem problembelastning og deltagernes udvikling. De børn og unge, der har størst problembelastning ved behandlingens start, udvikler sig mest positivt. Derudover er der en mindre tydelig indikation af, at deltagere, der har været udsat for en krænker inden for familien, har størst udbytte af behandlingen, og at behandlingen virker bedst på den ældre del af målgruppen ved behandlingens afslutning, men bedre på den yngre del af målgruppen efter seks måneder. Disse resultater vedrører dog kun få effektmål, og de er derfor ikke entydige.

Da evalueringen er tilrettelagt uden kontrolgruppe, er det ikke muligt at påvise, om deltagernes udvikling alene kan tilskrives behandlingen eller skyldes andre faktorer i deres baggrund eller kontekst. Analysens resultater er derudover generelt behæftet med en vis usikkerhed på grund af den lille population.

Som supplement til evalueringens kvantitative effektmålinger, vedrørende udviklingen i deltagernes psykiske velbefindende, har Danmarks Statistik trukket oplysninger om deltagernes uddannelsesniveau og kontakt med sundhedsvæsenet fra gruppebehandlingens afslutning og de efterfølgende 18 måneder. Der er udtrukket to sammenligningsgrupper med match på køn og alder, som deltagerne sammenlignes med. De to sammenligningsgrupper er udtrukket fra henholdsvis befolkningen som helhed og udsatte børn og unge, hvor sidstnævnte dækker over en bred gruppe af børn og unge, som får ydelser efter lov om social service. Den registerbaserede analyse af de langsigtede effekter af gruppebehandling viser, at deltagerne i perioden efter behandlingen og 18 måneder frem, har en signifikant højere kontaktandel og kontakthypighed i forhold til sygehusvæsenet sammenlignet med normalbefolkningen. Sammenlignet med normalbefolkningen har deltagerne ligeledes et signifikant lavere uddannelsesniveau set i forhold til, hvad der er alderssvarende. De statistiske signifikante forskelle, der er imellem deltagerne i gruppebehandling og sammenligningsgruppen af befolkningen som helhed, fortæller dog kun, at der er forskel på grupperne og ikke, at denne forskel skyldes gruppebehandling. Sammenlignet med udsattegruppen har deltagerne derimod en mindre kontaktandel og kontakthypighed i forhold til sygehusvæsenet og i højere grad et alderssvarende uddannelsesniveau. Denne forskel er dog ikke signifikant. Resultaterne af registertrækket skal ses i sammenhæng med, at baggrundsdata for gruppen af børn og unge, som har deltaget i gruppebehandling, viser, at der er tale om en udsat gruppe, der kommer fra familier med flere forskellige sociale problemstillinger. Det er derfor ikke overraskende, at deltagerne adskiller sig fra normalbefolkningen i forhold til uddannelse og kontakt med sygehusvæsenet. I forhold til behandlingseffekt på kort sigt og deltagernes uddannelsesniveau og kontakt med sundhedsvæsenet er resultaterne ikke helt entydige. Dog ses det, at de deltagere, der oplever en forbedring i deres totale traumescore på kort sigt, har et signifikant mindre antal kontakter med det somatiske sundhedsvæsen, end de deltagere, der ikke har forbedret deres totale traumescore på kort sigt.

Kvalitative udsagn fra behandlere, deltagere og pårørende tilskriver gruppebehandlingen en stor effekt. Langt de fleste af de interviewede deltagere udtaler sig således positivt om gruppebehandlingen og peger på en lang række områder, hvor de føler sig konkret hjulpet af behandlingen. De pårørende er heller ikke i tvivl om, at gruppebehandlingen har positiv effekt.

Der er dog også en andel af deltagerne, der ikke gennemgår en positiv udvikling eller ligefrem udvikler sig negativt. Der kan bl.a. opstå forværring af symptomer, når følelser og oplevelser, der ellers har været fortrængt, kaldes frem som en del af gruppebehandlingen. Der kan også opstå negativ spejling gruppemedlemmerne imellem, så fx angstniveau eller vrede forstærkes. Disse mekanismer understreger behovet for yderligere at undersøge, hvilke faktorer hos den enkelte deltager og i sammensætningen af grupperne, der har betydning for deltagernes mulighed for at profitere af gruppebehandlingen. Samtidig har dette projekt vist, at det er noget af det vanskeligste at sige noget entydigt om.

Behandlerne har en lang række opmærksomhedspunkter i forhold til, hvilke børn og unge der er mest egnede til gruppebehandling, men få af dem er egentlige udelukkelseskriterier, der indskrænker målgruppen. Der er dog bred enighed om, at for at få udbytte af gruppebehandlingen, må deltageren nødvendigvis kunne indgå i aktiviteterne. Det vil sige, at barnet eller den unge skal være i stand til at møde op, sidde nogenlunde stille og ikke have så højt angstniveau eller dissociere så meget, at det er umuligt at inddrage vedkommende i interaktionen i gruppen. Behandlerne har desuden fået bekræftet, at det kan være vanskeligt at rumme deltagere i gruppebehandlingen, hvis de har for lavt kognitivt funktionsniveau.

Resultaterne fra den kvantitative og kvalitative undersøgelse giver tilsammen en række pejlemærker i forhold til, hvilke faktorer der har betydning for udbyttet af gruppebehandlingen

Evalueringen kan ikke afgøre, hvilke metoder eller elementer der er de mest virksomme overfor hvilke deltagere, men kan pege på de elementer, som behandlerne og deltagerne selv oplever som virksomme, og på de opmærksomhedspunkter, der bør være guidende ved visitation og sammensætning af grupper.

Aktører, der ønsker at implementere gruppebehandling, kan få inspiration til tilrettelæggelse og udførelsen af gruppebehandlingen i Metode- og implementeringsguiden, hvor væsentlige implementeringserfaringer fra projektet og henholdsvis Aarhus Kommunes og Hjørring Kommunes metoder er udførligt beskrevet.



## 3 Projektets baggrund og formål

### 3.1 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.<sup>2</sup> I 2003 blev der iværksat en egentlig handlingsplan<sup>3</sup>, og der er siden taget en række initiativer til forebyggelse og behandling af seksuelt overgreb. 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 mod børn via tidlig indgriben over for børn og unge med grænseoverskridende seksuel adfærd. Senest har satspuljepartierne med vedtagelsen af overgrebspakken yderligere forstærket indsatsen på området.

Socialstyrelsen indbød i 2009 alle danske kommuner til at søge midler til gruppebehandling af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb. Da der ikke er særlig stor erfaring med gruppebehandling af denne målgruppe i Danmark, blev initiativet defineret som et forsøgsprojekt, og tre kommuner blev udpeget til at deltage i forsøget. Det drejer sig om Københavns Kommune, Hjørring Kommune og Aarhus Kommune.

Børn og unge udsat for seksuelle overgreb har øget risiko for at udvikle en række senfølger. Senfølgerne kan ikke karakteriseres ved en bestemt diagnose eller et bestemt syndrom. De er derimod kendetegnet ved en lang række sociale og psykiske vanskeligheder. Blandt de hyppigst forekommende senfølger nævnes posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), angst og depression, lavt selvværd, tvangsforestillinger, problemer med krop og seksualitet, selvskadende, suicidal eller seksualiseret adfærd, spiseforstyrrelser og stofmisbrug (Socialstyrelsen 2013: Voksne med senfølger efter seksuelle overgreb).

### 3.2 Formål

Det overordnede formål med projektet er at afprøve gruppebehandlingsforløb for at få mere præcis viden om effekterne af børn og unges deltagelse i gruppebehandlingsforløb, samt hvordan disse implementeres. Det har herunder været et delformål, at gennemføre en bred opsporing af målgruppen til disse gruppebehandlingsforløb.

Formålet med gruppebehandlingen er at forebygge udviklingen af senfølger på lang sigt. På kort sigt er projektstedernes gruppebehandling 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.

Evalueringsundersøgelsen skal dokumentere behandlingsmetoder og -effekter samt analysere centrale kontekstfaktors betydning for behandlingsudbyttet. Ligeledes skal implementeringsprocesserne i projektkommunerne dokumenteres og analyseres til gavn for alle danske kommuner såvel som øvrige aktører på området.

---

<sup>2</sup> Socialministeriet (2000): Redegørelse om en forstærket indsats mod seksuelt misbrug af børn.

<sup>3</sup> Justitsministeriet: Socialministeriet (2003): Regeringens handlingsplan om bekæmpelse af seksuelt misbrug af børn

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

Oprindeligt indgik også en anden målgruppe i evalueringen: Børn og unge med grænseoverskridende seksuel adfærd. JanusCentret ville, som led i Socialstyrelsens initiativ, tilbyde ambulant ekspertrådgivning til flere kommuner end hidtil. JanusCentret tilbød derfor tillige kommuner vest for Storebælt at gennemføre gruppebehandlingsforløb for børn og unge med seksuelt grænseoverskridende eller krænkende adfærd. Der var dog ingen kommuner, der indgik i dette tiltag, så de kunne være med i evalueringen. Derfor er denne målgruppe ikke en del af evalueringen.

### **3.2.1 Projektstederne**

Tre kommuner ansøgte og fik midler i 2009 og har deltaget i projektet siden opstart i 2010. Nedenfor følger en kort beskrivelse af projektstederne.

### **3.2.2 Københavns Kommune**

Københavns Kommune havde fra projektets start ønske om systematisk at afprøve gruppebehandling som tilbud til børn og unge i alderen 6-17 år, som har været udsat for seksuelle overgreb. 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: 1) Der tilbydes ambulant rådgivning, undersøgelse og behandling af familier med børn mellem 0 og 12 år, hvor specialviden er påkrævet. 2) 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 Københavns Kommune er et rådgivnings- og behandlingstilbud, som henvender sig til unge mellem 13 og 17 år med psykiske og sociale vanskeligheder. Ungdomsklinikken har to overordnede opgaver: 1) At foretage psykosocial udredning af de henviste unge med henblik på stillingtagen til det bedste behandlingstilbud. 2) 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.

Københavns Kommune trak sig i sommeren 2012 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 og unge i løbet af projektperioden. Ved projektets afslutning har Københavns Kom-

mune gennemført gruppebehandling for to ungegrupper (en med løbende indtag) og tre børnegrupper (hvoraf kun de to indgår i evalueringen).<sup>4</sup> I alt er syv børn og ni unge påbegyndt gruppebehandlingen i Københavns Kommune. Af disse har syv børn og syv unge gennemført gruppebehandlingen.

### **3.2.3 Hjørring Kommune**

Hjørring Kommune har efter kommunesammenlægningen etableret flere nye behandlingstilbud til børn og unge, som tidligere blev leveret af Nordjyllands Amt. Tilbud om gruppebehandling af børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, var et ønske fra kommunen, som blev realiserbart gennem dette projekt. Ved siden af projektets overordnede formål ønskede Hjørring Kommune 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. De to behandlere i projektet blev ansat ved projektets start.

Projektet har været forankret ved Børnefamiliecenter Kløvergården i Hjørring, 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. Gruppebehandlingstilbuddet for unge, der har været udsat for seksuelle krænkelser, er et nyt tilbud på Kløvergården.

I Hjørring Kommune forventede man at kunne etablere to grupper for henholdsvis drenge og piger med løbende indtag, således at i alt 60 unge gennemførte forløbet i løbet af projektperioden. Det lykkedes aldrig at starte en drengegruppe, men Hjørring Kommune har i stedet haft to pigegrupper for forskellige aldersgrupper og med løbende indtag. I alt 38 unge er påbegyndt gruppebehandlingen, hvoraf har 30 gennemført forløbet.

### **3.2.4 Aarhus Kommune**

I Aarhus Kommune har projektet været forankret i Rådgivningscentret. Rådgivningscentret har gennem mange år specialiseret sig i arbejdet med familier, som er berørt af seksuelle overgreb, vold i nære relationer, samt familier der har oplevet en akut krise, for eksempel i form af voldsom ulykke eller uventet dødsfald i familien. Centrets målgruppe er både borgere fra Aarhus Kommune og fra omliggende kommuner i Region Midtjylland. Desuden har centret landsdækkende udrednings- og rådgivningsopgaver for VISO.

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 familieniveau. 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.

I Aarhus Kommune forventede man at kunne gennemføre 7-9 gruppeforløb for i alt 100 børn og unge i løbet af projektperioden. Aarhus Kommune har i projektperioden gennem-

---

<sup>4</sup> Den tredje gruppe blev gennemført i projektperioden, inden evalueringskonceptet var på plads. Denne gruppe er således ikke en del af evalueringen.

ført i alt seks grupper<sup>5</sup>, hvoraf fem var faste og en løbende. I alt 35 børn og unge er påbegyndt gruppebehandlingen i Aarhus Kommune, heraf har 28 gennemført forløbet.

---

<sup>5</sup> Den første gruppe med 6-12-årige og en parallelgruppe med forældre blev gennemført inden dataindsamlingen blev påbegyndt. Disse grupper indgår derfor ikke i evalueringen.

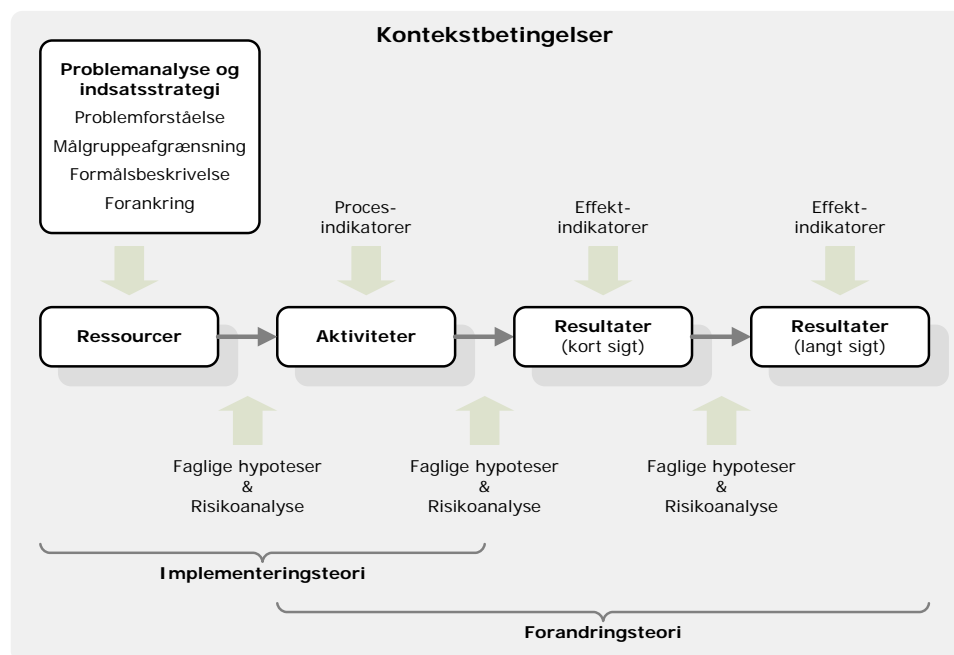
## 4 Evalueringsmetode

### 4.1 Overordnet design

Evalueringen lægger sig op ad den teoribaserede evalueringstilgang. Dette skyldes, at det har været et centralt krav til evalueringen, at den skal præstere nuanceret viden om effekter, modererende kontekstvariable og implementeringsforudsætninger for at understøtte størst mulig spredning af praksiserfaringer fra projektkommunerne. Et eksperimentielt design er mindre velegnet til at producere denne type af viden. På det metodiske niveau bringes to redskaber i anvendelse i dette evalueringsdesign: Indsatsteoribaseret procesevaluering og tilvækstanalytisk effektevaluering.

#### 4.1.1 Indsatsteoribaseret procesevaluering

For at opbygge viden om implementeringsprocesser er det nødvendigt at tage udgangspunkt i en fyldestgørende forståelse af den indsats, som skal implementeres. Her er indsatsteorien et uundværligt redskab.<sup>6</sup> I figuren nedenfor vises den indsatsteoretiske tilgang, som ligger til grund for designet og for beskrivelsen af kommunernes indsats.



En indsatsteori er opbygget af en implementeringsteori og en forandringsteori. Den færdige indsatsteori består både af redegørende tekst og en logisk visualisering af forventede sammenhænge og virksomme mekanismer i indsatsen. Modellen danner afsæt for en tydeliggørelse af kontekstbetingelser, faglige hypoteser og forventede risici, og den udgør et godt udgangspunkt for at udvikle og prioritere proces- og effektindikatorer. Det indledende arbejde med indsatsteori lægger således grundlaget for procesevalueringen.

<sup>6</sup> Donaldson, S. (2007): *Program-Theory Driven Evaluation Science*, Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum. Også Eriksen, M. (2008): *Den logiske model*, Aarhus: KREVI.

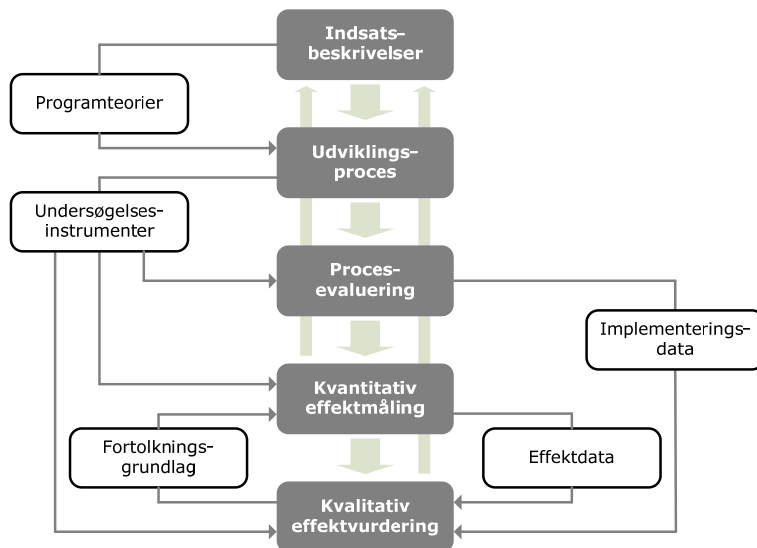
### 4.1.2 Tilvækstanalyse

Tilvækstanalyse er en evalueringstilgang, som er særligt relevant, hvor indsatser leveres i åbne og komplekse processer. Modellen sigter ikke på at påvise simpel, direkte kausalitet af typen *hvis A så B*. Formålet er snarere at sandsynliggøre, at indsatsen har bidraget væsentligt til de positive udfald, man forventer at observere.<sup>7</sup>

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 projektforsløbet kan belyse, hvorvidt indsatssteoriens implementeringsmodel følges, og hvorvidt indsatssteoriens forventede effekter opnås.

### 4.1.3 Undersøgelseselementer

Som illustreret i figuren nedenfor er der en tæt sammenhæng mellem de enkelte delundersøgelser i designet. De indledende *indsatsbeskrivelser* i form af indsatssteorier muliggør udledning af effektindikatorer og evalueringens øvrige variabelsæt, som på sin side danner grundlag for udviklingen af alle undersøgelsens dataindsamlingsinstrumenter. Den indsatssteoribaserede *procesevaluering* ud fra såvel surveydata som uddybende interviews 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 evalueringsdesignet, at der undervejs kan foregå en løbende feedback fra effektmålinger og -vurderinger til indsatsbeskrivelserne.



**Procesevalueringen** fokuserer på implementeringen af gruppebehandlingen i projektkommunerne. Dataindsamlingen foregår ved hjælp af et spørgeskema udviklet på baggrund af indsatsbeskrivelsen og uddybende interviews med fagpersoner, ledere og samarbejdspartnere.

Den **kvantitative effektmåling** består af en førmåling, en eftermåling og to opfølgingsmålinger efter seks og 24 måneder af barnet eller den unges symptomer, kompetencer og

<sup>7</sup> Mayne, J. (2008): *Contribution analysis: An approach to exploring cause and effect*, ILAC Brief. Side 10

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** omfatter interviews med behandlere, udvalgte grupper og udvalgte enkeltindivider, udarbejdelsen af casestudier og en afsluttende auditproces med deltagelse af fagpersoner fra projektkommunerne.

## 4.2 Gennemførelsen af evalueringen

Ved projektets start udarbejdede DEFACTUM i samarbejde med hvert enkelt projektsted en indsats teori, der illustrerer projektstedets organisering og ledelse, opsporingsaktiviteter og visitationsprocedurer samt de planlagte rammer for og indhold af behandlingen. Indsats teorierne har været baggrunden for at udfolde de underliggende faglige hypoteser og til at udpege relevante undersøgelsesvariable. På denne baggrund er der udviklet instrumenter og procedurer til dataindsamlingen inden for evalueringens tre delelementer.

### 4.2.1 Procesevalueringen

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

- Udviklingen i behandlingstilbuddet sammenholdt med den opstillede programteori – fx ændringer i organisering og forankring, visitationsprocedurer 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.

For at sikre, at de mest centrale aktørperspektiver på implementeringsprocessen omfattes af dataindsamlingen, inddrages både *behandlere*, 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. Første skridt i hver dataindsamlingsrunde har været skriftlig besvarelse af spørgeskemaerne, som blev efterfulgt af uddybende telefoninterviews.

### 4.2.2 Den kvantitative effektevaluering

Det overordnede formål med effektmålingen er at undersøge hvorvidt og under hvilke betingelser, gruppebehandling 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>8</sup>

---

<sup>8</sup> Maniglio, R (2009): The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review* 29: 647-657

Da de sidste effektmålinger foretages to år efter behandlingens afslutning, tillader tidsrammen ikke at måle senfølgerne i børnenes eller de unges voksenliv. Det har derfor været nødvendigt at operationalisere "forebyggelse af senfølger i voksenlivet" på et tidspunkt, hvor barnet eller den unge stadig er barn eller 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 indledende indsats teorier.

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

Umiddelbare følger	Senfølger
Angst	Alkohol- og stofmisbrug
Dissociative reaktioner	Angst
Fysiske symptomer (mavesmerter m.m.)	Borderline
Lavt selvværd	Depression
Mareridt og flashback	Dissociation
Problematiske forhold til egen krop	Fysiske lidelser
Seksualiseret adfærd	Indlæringsproblemer
Selvskadende adfærd	Interpersonelle problemer
Skyld og skam	Krænkeradfærd
Sort/hvid tænkning	Lavt selvværd
Stigmatisering	Nye krænkelse
Søvnproblemer	OCD
Tristhed/depression	Overvægt
Undgåelsesadfærd	Problemer m krop og seksualitet
Usunde mestringsstrategier	Psykotiske symptomer
Utryghed/mistillid til voksne.	PTSD
Vrede	Seksualiseret adfærd
	Seksuel risikoadfærd og prostitution
	Selvmodsforsøg/selvmod
	Selvskadende adfærd
	Social isolation
	Somatisering
	Spiseforstyrrelser
	Vrede

På baggrund af listen over umiddelbare følger er en række effektindikatorer udledt. Effektmålingen måler børnenes og de unges udvikling på følgende parametre:

- PTSD-symptomer
- Selvbillede
- Depressionssymptomer
- Angstsymptomer
- Vrede
- Adfærdsforstyrrelse
- Kroplige/seksuelle vanskeligheder
- Somatiske symptomer

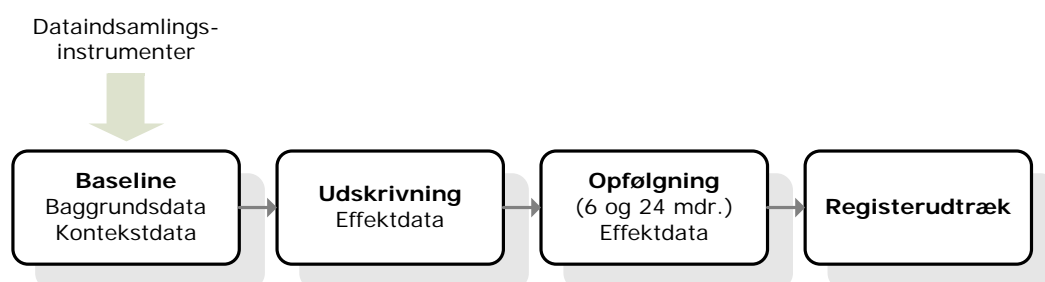


Da effektmålingen ikke kan foretages med en kontrolgruppe som sammenligningsgrundlag, er det af afgørende betydning at tage de baggrunds- og kontekstfaktorer, der kunne have indflydelse på behandlingens udfald i betragtning i analysen af effekten af gruppebehandlingen. På baggrund af eksisterende forskning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

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

#### 4.2.3 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** er anvendt 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 syv 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>9</sup>

*Child Behavior Checklist* (CBCL) og *Youth Self Report* (YSR) er rating-skalaer til henholdsvis forældre og den unge selv<sup>10</sup>. CBCL kan anvendes i forhold til børn og unge i aldersinterval-

<sup>9</sup> Thastrum, Paulsen, Skovdahl-Hansen & Sandberg (2012): Dokumentation for den danske udgave af Beck Youth Inventory (BYI). Beck Youth Inventories for Children and adolescents. Stockholm : Pearson, 2012. s. 33-44..

<sup>10</sup> I det oprindelige evalueringsdesign indgik også Teacher Report Form (TRF), der er en tilsvarende rating-skala til fagpersoner omkring barnet eller den unge. Dette redskab skulle anvendes for de børn, der var under 11 år og dermed for unge til at udfylde Youth Self-Report (YSR). Det har dog ikke været muligt at indsamle tilstrækkelige

let mellem 6 og 16 år, mens YSR kan bruges på unge mellem 11 og 16 år.<sup>11</sup> 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**.

CBCL (inkl. YSR) er det 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 og YSR for aldersgruppen 6-16 år.<sup>12</sup> Disse normdata ligger til grund for analysen af deltagernes score på CBCL og YSR.<sup>13</sup>

*Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*<sup>14</sup> er udviklet specielt til børn og unge og fokuserer specifikt på traumesymptomer med relation til seksuelle krænkelser. Spørgeskemaet måler på **angst, depression, posttraumatisk stress, seksuelle bekymringer, dissociation og vrede**. TSCC er målrettet børn mellem 8 og 17 år. DEFACTUM har oversat skemaet og fået godkendelse til at bruge den oversatte version. Der findes svenske normer for unge mellem 10 og 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.

I den kvantitative analyse og afrapportering af effekter anvendes totalscoren af henholdsvis CBCL, YSR og TSCC. Totalerne er udtryk for en sammenlægning af scoren for alle problemrelaterede items i det pågældende måleinstrument.

---

besvarelser fra dette skema til at data kunne indgå i evalueringen. Dette skyldes at der var forholdsvis få børn under 11 år, der indgik i evalueringen, hvoraf flere havde oplevet et skoleskift eller lærerskift inden for det sidste halve år, så børnenes lærer i flere tilfælde har angivet ikke at have et tilstrækkeligt vurderingsgrundlag at rate børnene ud fra.

<sup>11</sup> Jf. korrespondance med Børne og Ungdomspsykiatri Syddansk Universitet anvendes CBCL og YSR også til unge mellem 17 og 18 år.

<sup>12</sup> Henriksen, Nielsen & Bilenberg (2012).

<sup>13</sup> CBCL er inddelt i køn og to aldersgrupper. I denne undersøgelse ses kun på piger i alderen 11-18 år.

<sup>14</sup> Briere, J: *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) professional manual*. Odessa, FL: Psychological assessment Resources

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 standardiserede måleinstrumenter**

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

For at kunne vurdere baggrunds- og kontekstfaktorerens betydning for effekten er der udviklet et sæt **ikke-standardiserede spørgeskemaer** til brug ved forløbets start og afslutning. *Basisskemaet* indeholder baggrundsvariable (køn, alder m.m.) og desuden baggrunds-/ kontekstvariable omhandlende familieforhold, overgrebets karakter, eventuelle 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 bliver ikke brugt som effektmål, men deres sammenhæng med barnets trivsel målt ved opfølgningsmålingerne vil blive analyseret.

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 ikke standardiserede måleinstrumenter<sup>15</sup>**

Influerende variable	Indikatorer	Måleinstrumenter/metoder
Medfødte faktorer	Køn Psykopatologi	Basisskema
Familiefaktorer	Skilsmisse Dødsfald i nær familie Alvorlig sygdom i familien Fjernelse fra hjemmet Misbrug Vold i familien Arbejdsløshed hos forældre Flygtningebaggrund	Basisskema
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
Beskyttelsesfaktorer	Ressourcepersoner	Basisskema
Behandlingen	Behandlingens rammer og indhold Fremmøde Motivation Forældreopbakning	Procesevalueringsskema Interview Vurderingsskema
Øvrig indsats	Individuel terapi/samtaler Anden behandling Socialt støttende tilbud	Basisskema Vurderingsskema

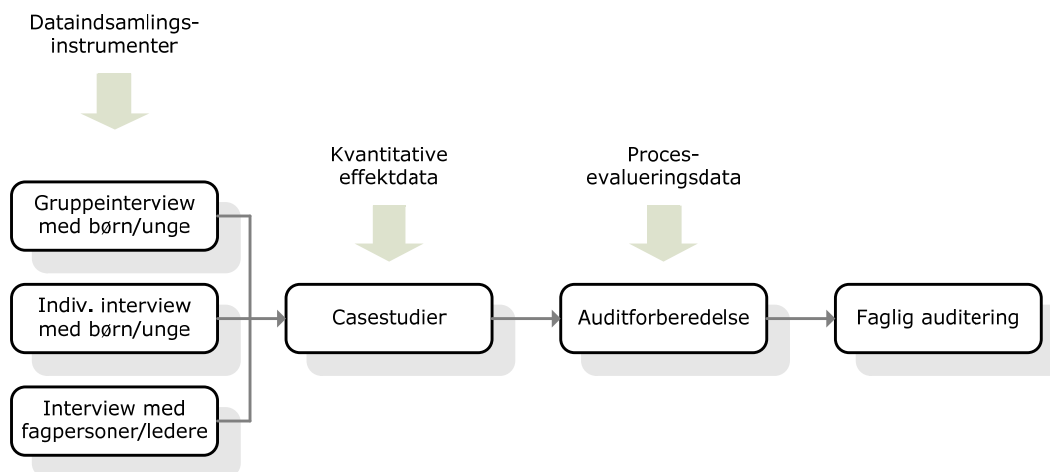
#### 4.2.4 Den kvalitative effektvurdering

Fokus for den kvalitative effektvurdering som helhed er at:

- kvalificere forståelsen af indsatsernes virksomme komponenter
- 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 indsatsteoriene
- formulere opmærksomhedspunkter til gavn for øvrige aktører på området.

Den kvalitative effektvurdering bygger på tre forskellige kvalitative datakilder samt udvalgt materiale fra procesevalueringen og den kvantitative effektmåling. Selve den kvalitative effektvurdering finder sted på grundlag af analyse af de kvalitative interviews og beskrivelsen af en række cases, som desuden bidrager med materiale til et fagligt auditforløb.

<sup>15</sup> Tabellen viser alle de indikatorer, vi har målt på. Ikke alle målingerne indgår i de senere analyser, da datagrundlaget nogle steder er for spinkelt og det samlede antal respondenter ikke er tilstrækkeligt til, at vi har kunnet medtage alle variable i de statistiske analyser, da det kræver en vis datamæssig volumen.



Det overordnede tema for alle interviews med børnene og de unge har været deres konkrete oplevelse og udbytte af de beskrevne gruppebehandlingsforløb. Her tænkes både på oplevelsen af forløbenes organisering, indhold samt på identificering af metoder i gruppebehandlingen, som informanterne i særlig grad har fået udbytte af. På baggrund af kvalitative interviews med enkeltindivider og deres pårørende, med grupper og med fagpersoner samt på baggrund af kvantitative effektdata vedrørende enkeltindividerne, er der udarbejdet en række casebeskrivelser, som indgår i den kvalitative effektvurdering.

Casebeskrivelserne er blevet gjort til genstand for en auditproces med deltagelse af fagpersoner fra et projektsted (Aarhus Kommune) og en ekspert på området<sup>16</sup>. Formålet med auditprocessen har været at kvalificere forståelsen af de enkelte forløb og af virksomme elementer og kontekstfaktors betydning for udviklingen. Derudover har formålet været at drøfte disse forhold i en bredere kontekst på tværs af casebeskrivelserne for at udlede generelle erfaringer omkring kriterier for deltagelse i gruppebehandling, gruppesammensætning, de anvendte behandlingsmetoder samt mulige forklaringer på deltagernes forskellige udbytte af gruppebehandlingen.

---

<sup>16</sup> Chefpsykolog Anja Hareskov, Center for Voldtægtsofre, Aarhus Universitetshospital

## 5 Procevaluering

Procevalueringen indeholder en monitorering og analyse af implementeringen og udførelsen af gruppebehandlingen ved de fire projektsteder. Dataindsamlingen har været fokuseret omkring registrering af ændringer i organisering og udførelse af gruppebehandlingen og af de udfordringer, implementering af gruppebehandlingsforløbene støder ind i. Præsentationen af resultater og analysen formidler de væsentligste erfaringer omkring implementering og drift af gruppebehandlingsforløbene.

### 5.1 Dataindsamlingen

Ved projektets start udarbejdede DEFACTUM i samarbejde med de enkelte projektsteder en simpel indsats teori for implementering og udførelse af gruppebehandlingen. Indsats teoriene redegør for planlagte aktiviteter og forventede resultater inden for en række områder: Organisation og ledelse, opsporing, visitation, behandlingens rammer og behandlingsmetode. Dataindsamlingen bestod af spørgeskemaundersøgelser med opfølgende interviews med projektledere/projektkoordinatorer ved de enkelte projektsteder med fokus på hvert af indsats teoriens områder samt åbne spørgsmål om øvrige relevante faktorer i forbindelse med implementeringen. DEFACTUM har gennemført i alt 18 interviews med koordinatorer, primært i løbet af første halvdel af projektiden 2010-2012, og 14 interviews med behandlere. DEFACTUM har desuden haft et antal korrespondancer og interviews med interessenter, som projektstederne har været i kontakt med i forbindelse med opsporing og rekruttering.

Efterfølgende har procesevalueringen fokuseret mest på behandlingsrammer og metode. Ved projektets afslutning har DEFACTUM afholdt to workshop med behandlere fra henholdsvis Hjørring Kommune og Aarhus Kommune med henblik på en kvalificering af de indledende indsats teorier, så de kan fungere som egentlige metodebeskrivelser. Metodebeskrivelserne præsenteres i deres helhed i en metode- og implementeringsguide, der er vedlagt som bilag 1.

Næste afsnit opsummerer resultaterne fra midtvejsevalueringen med fokus på implementeringserfaringer omkring organisering af indsatsen samt opsporing af deltagere. Afsnittet redegør derefter for afprøvningen af og udviklingen i behandlingsrammer og metoder.

### 5.2 Resultater

I afrapporteringen af midtvejsevalueringen er de fire projektsteders specifikke ændringer og erfaringer opgjort hver for sig. Her præsenteres blot en kort sammenlignende opsamling opdelt på temaer.

#### 5.2.1 Organisation og ledelse

Den lokale projektorganisation ved hvert projektsted skal sikre, at projektet gennemføres i overensstemmelse med projektets formål, at projektet forankres, og at tilbuddet om gruppebehandling kan videreføres som permanent tilbud efter projektets afslutning.

De tre kommuner har alle valgt at etablere de nye gruppebehandlingstilbud i bestående behandlingssenheder 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 understøttende i de tre projekter. Aarhus Kommune og Hjørring Kommune har gennem

hele projektet rapporteret, at organiseringen fungerede efter hensigten. I Aarhus Kommune er det også lykkedes at forankre og videreføre indsatsen inden for Rådgivningscentrets rammer. I Hjørring Kommune har dette ikke vist sig muligt, og kommunen tilbyder ikke længere gruppebehandling. I Københavns Kommune blev projektet aldrig tilstrækkeligt forankret, og kommunen afsluttede projektet før tid. Baseret på interviews med projektkoordinatorerne kan det udledes, at det skyldes, at den interne organisering af projektet har været uhensigtsmæssig. Det har været medvirkende til, at projektet har savnet fokus, og at energien løb ud. Ledelsesansvaret har ligget forskellige steder og været for distanceret i forhold til den daglige drift af projektet. Koordinatorerne har savnet en tydelig organisering og et entydigt ansvar for projektet og dets fremdrift og forankring. Desuden påpeger koordinatorerne, at de har savnet en mere grundlæggende kompetenceudvikling i forhold til projektstyring og en tættere processtøtte igennem projektet.

### 5.2.2 Opsporing

Projektstederne skulle som en del af projektet gennemføre en bred opsporing af målgruppen, herunder også opsporing af seksuelt krænkede børn og unge, der ikke tidligere har haft behandlingstilbud i kommunalt regi. Projektstederne har alle gennemført omfattende aktiviteter med henblik på opsporing og rekruttering af deltagere til gruppebehandling.<sup>17</sup> De har gennemgået eksisterende myndighedssager, taget regelmæssig kontakt til mulige henvisende parter og gennemført bred informationsvirksomhed møntet på både fagpersoner, børn, unge og pårørende. De har benyttet pjecer, hjemmesider, møder, telefonisk kontakt og mailkontakt, landsdækkende kampagne og en lang række opsøgende aktiviteter i forhold til sagsbehandlere, lærere, børn og unge, men det generelle indtryk er, at det har været meget svært at få budskabet igennem, og alle projektstederne har haft meget vanskeligt ved at rekruttere deltagere til projektet.

Projektstederne fortæller, at sagsbehandlere har haft 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. DEFACTUM har derfor foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt sagsbehandlere og andet personale i kommunerne, der kan henvise deltagere til gruppebehandlingen. Resultaterne af denne undersøgelse bekræfter først og fremmest, 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 det pågældende fagpersonale angiver at have et begrænset kendskab til gruppebehandlingens potentielle effekter, og at sagsbehandlere ser en udfordring i, at unge seksuelt krænkede ikke vil ønske at deltage i gruppebehandling. En barriere kan være, at kränkelsen skal være kendt af det sociale system, og at forældrene skal involveres for, at man kan deltage i behandlingen. Flere påpeger også, at det faktum, at behandlingen foregår i en anden kommune, kan give logistiske og praktiske udfordringer.

De brede informationskampagner har også givet meget få henvendelser, og resultatet står ifølge projektstederne slet ikke mål med indsatsen. Delformålet om at gennemføre en bred opsporing af målgruppen, herunder også af børn og unge, som ikke tidligere var kendt som seksuelt krænkede og/eller havde modtaget behandling for seksuelle krænkelser, er således ikke opfyldt. Ifølge projekterne er der ikke i nævneværdigt omfang blevet opsporet

---

<sup>17</sup> Aktiviteterne er mere detaljeret beskrevet i midtvejsrapporten.

børn og unge, som ikke ville være kommet til projektstedernes kendskab via de allerede etablerede henvisningskanaler.

Københavns Kommune trak sig, som tidligere nævnt, ud af projektet hovedsageligt på grund af rekrutteringsproblemer. Her havde man forventet at gennemføre gruppebehandlinger for mellem 72 og 108, men endte med kun at gennemføre for i alt 14 børn og unge. Koordinatorerne i København konkluderede, at erfaringen fra projektperioden har været, at de primært har kunnet rekruttere gruppemedlemmer fra egne rækker, altså børn der allerede var henvist til rådgivningscenteret i forvejen.

Opsporingsprocessen har således 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. En behandler udtaler:

*"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 (nu Socialstyrelsen). 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."*

### 5.2.3 Visitation

Projektstederne havde ved projektets start en række inklusionskriterier i forhold til de børn og 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 eller 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 eventuelt på krænkelserens art af hensyn til deltageres mulighed for spejling.

Den vanskelige rekrutteringssituation har medført, at projektstederne ikke har haft en stor gruppe af mulige deltagere at rekruttere ud fra og sammensætte de rigtige grupper. De har således tilbudt gruppebehandlingen til stort set alle de børn og unge, de har haft til visitationssamtale.

En mindre del af de børn og unge, de har været i kontakt med, har dog ikke været interesserede i at dele deres oplevelser i en gruppe, men har i stedet foretrukket individuel behandling.

En behandler udtaler således:

*"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."*



Antagelsen om, at deltagerne skal have et vist kognitivt og socialt funktionsniveau for at kunne fungere i gruppen har også ført til (få) udelukkelser af potentielle deltagere. Endelig har krav til matchningen af gruppedeltagere ført til afvisninger af deltagere, der ikke passede ind i eksisterende eller fremtidige grupper, primært på grund af alder eller køn. Behandlerne siger dog selv, at det har været umuligt at stille store krav til deltagernes egnethed og den rigtige matchning af gruppedeltagere på grund af det begrænsede rekrutteringsgrundlag. De har imidlertid draget mange erfaringer af projektet, som de i auditforløbet og i arbejdet med metodebeskrivelserne har omsat til anvisninger til visitationsprocessen og visitationskriterier.

Behandlerne synes, det er vanskeligt at angive absolutte kriterier for visitation til gruppebehandling, da den enkelte deltagers muligheder for at indgå og profitere tilsyneladende afhænger meget af, hvordan gruppen som helhed fungerer. Den enkelte deltagers egnethed er således også et spørgsmål om matchning med resten af gruppen. Behandlerne anfører dog en række opmærksomhedspunkter, som kan guide visitationssamtalerne og vurderingen af, om barnet/den unge skal tilbydes gruppebehandling. Disse opmærksomhedspunkter vedrører både inklusionskriterier og kriterier for den bedste gruppesammensætning. Opmærksomhedspunkterne i forhold til visitation til gruppebehandling omhandler barnet/den unges grad af traumatisering, af angstsymptomer og dissociering. Det er desuden en vurdering af barnets kognitive niveau, evne til at sidde stille og til at mentalisere. Endelig en vurdering af motivation og opbakning i forhold til behandlingen. Opmærksomhedspunkterne i forhold til gruppesammensætning drejer sig om blandt andet alder, den seksuelle krænkelser og belastningsgrad. Det overordnede hensyn er, at der skal være mulighed for positiv spejling og gruppedynamik for at fremme behandlingsarbejdet.<sup>18</sup>

Projektstederne er enige om, at det er en fordel at kende deltagerne på forhånd. Det vil sige at have haft dem til udredning eller behandling før visitationen til gruppebehandling. Det giver et bedre udgangspunkt for at vurdere motivation og matchning og ofte også et bedre udgangspunkt for samarbejdet med familien. For deltagere, som behandlerne ikke kender på forhånd, er det nødvendigt med en mere omfattende og udførlig visitationsproces for at nå omkring alle opmærksomhedspunkterne og skabe forudsætninger for en reel vurdering af barnet eller den unges egnethed til gruppebehandling og en sammensætning af grupper med størst mulighed for gavnlig gruppedynamik.

Projektet har således tydeliggjort, at det kræver et stort rekrutteringsgrundlag at tilbyde gruppebehandling; især hvis der skal være mulighed for at sammensætte grupper på baggrund af de anbefalede kriterier.

#### **5.2.4 Rammer for behandlingen**

De tre projektkommuner planlagde fra projektstart rammerne for gruppebehandlingen. Det vil sige, om de ville arbejde med åbne eller lukkede grupper, aldersinddelingen for grupperne, antal behandlingsgange, behandlingsfrekvens etc.

Kommunerne har af forskellige årsager afvejet fra deres oprindelige planer. Dette er nærmere beskrevet i midtvejsevalueringen. I det følgende redegøres i korte træk for disse ændringer og for de erfaringer, som projektstederne har gjort i forhold til rammerne for

---

<sup>18</sup> Kriterierne er mere detaljeret beskrevet i metode- og implementeringsguiden, der findes i bilag 1.

behandling. De anbefalinger, behandlere fra Aarhus Kommune og Hjørring Kommune har til behandlingens rammer, er desuden nærmere beskrevet i metode- og implementeringsguiden.

**Københavns Kommune** planlagde fra projektets start at tilbyde lukkede gruppeforløb med et fastsat antal behandlingsgange: børn otte gange á to timer og unge 10 gange á 2½ time. Der er altid to 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 en gruppe som et lukket forløb med 10 behandlingsgange. Undervejs blev behandlingstiden skåret ned fra 2½ til to timer, og frekvensen ned fra én gang om ugen til hver 14. dag. Dette skete ifølge behandlere af praktiske grunde. På grund af pigernes alder og efter deres ønske bestod kontakten til forældrene af et brev, hvori det var beskrevet, hvad gruppen havde arbejdet med. På grund af stort frafald i den første gruppe og vanskelighederne med at rekruttere medlemmer til nye grupper, lagde Ungdomsklinikken strategien om til åbne grupper med mulighed for løbende indtag. Dette skete ud fra en erkendelse af, at 10 behandlingsgange ville være nok til nogle unge, men ikke til alle. Der er derfor behov for at vurdere behandlingstiden individuelt. Den næste gruppe blev således planlagt som åben med rullende indskrivning. Gruppen løb over et år. Undervejs skiftede gruppen behandlere. Dette skete også af praktiske grunde for at aflaste behandlere, da gruppebehandlingen var tidskrævende, men det vurderes ikke fordelagtigt ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt.

Sct. Stefans Rådgivningscenter ændrede ligeledes strategi som en respons på rekrutteringsproblemerne. I stedet for at vente med at oprette en gruppe til der var deltagere nok, besluttede de at gå i gang uanset antal og at lade grupperne være åbne. Sct. Stefan havde gennemført én pigegruppe med samlet set syv deltagere (løbende indskrivning) og en drengegruppe med to deltagere. Behandlingen foregik hver 14. dag i to timer og strakte sig over henholdsvis tre måneder (drengegruppen) og ni måneder (pigegruppen).

**Hjørring Kommune** planlagde fra projektets start åbne grupper, hvor deltagerne kunne 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, idet de nyankomne kunne se og høre, at "de gamle" havde haft udbytte af behandlingen, og "de gamle" på de nyankomne kunne se, hvor langt de selv var kommet i processen.

Det var planen at starte en gruppe for drenge mellem 13 og 18 år og en for piger mellem 13 og 18 år. Grupperne skulle mødes hver anden uge, og den forventede forløbslængde var cirka seks måneder. Behandlingen skulle varetages af en terapeut og en psykolog, hvoraf den ene havde mange års erfaring med såvel gruppebehandling som behandling af projektets målgruppe.

Hjørring Kommune startede en pigegruppe for unge mellem 13 og 18 år, men valgte senere at inddrage yngre deltagere og aldersopdele gruppen, således at de i resten af projektiden havde to pige grupper: en for piger mellem 11 og 14 år og en for piger mellem 15 og 18 år. Det skete ud fra en erkendelse af, at aldersforskel har en betydning i gruppebehandlingen af børn og unge, der har været udsat for seksuelle krænkelser, og at det skaber en bedre gruppedynamik, når deltagerne er tættere på hinanden i alder og modenhed.

Grupperne mødtes hver anden uge, og der var løbende udskiftning af deltagere, men forløbslængden var væsentligt længere end forventet og flere af deltagerne har således været i gruppebehandling i 1½-2 år. Det lykkedes ikke at rekruttere drenge til en gruppe.

Hjørring Kommune har således gennem hele projektperioden gennemført gruppebehandling med løbende optag ud fra en behandlingsmæssig antagelse om, at denne type grupper giver de bedste betingelser for deltagernes spejlingsproces, og ud fra en anerkendelse af, at deltagerne er forskellige og derfor kan have brug for kortere eller længere perioder med gruppebehandling. Behandlerne anbefalede denne behandlingsramme, og ser den som et kerneelement i den gruppebehandling, de udøver. Forløbene i Hjørring Kommune har været væsentligt længere end først forventet, og det skyldes ifølge behandlerne, at deltagerne fortsat har haft behandlingsbehov, og at der ikke har været andre tilbud, de kunne henvise deltagerne til.

**Aarhus Kommune** planlagde ved projektets start tre 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 forløb á to dage, mens unge op til 15 år skulle mødes ugentlig i 2½ time, i alt 12 gange, og unge mellem 15 og 17 år skulle 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 Kommune har gennemført fem grupper. Den første gruppe var for piger mellem 12 og 14 år, som mødtes i alt 12 gange hver 14. dag i et halvt år. Der var en forældregruppe parallelt med gruppebehandling, hvor der blev afholdt i alt fire møder med alle forældre. Den anden gruppe var en åben gruppe for piger mellem 13 og 17 år, som løb over ca. 1½ år og havde i alt 11 medlemmer. Den tredje gruppe var en lukket gruppe for piger mellem 13 og 16 år, som mødtes 10 gange. Den fjerde gruppe var en lukket gruppe med piger mellem 15 og 17 år, som mødtes 10 gange. Den femte gruppe var en lukket gruppe med deltagere mellem 13 og 17 år. Gruppen mødtes otte gange. Det er ikke lykkedes at rekruttere til en børnegruppe eller en drengegruppe.

Aarhus Kommune har således afprøvet både en åben gruppe og lukkede grupper med forskellig aldersopdeling og forløbslængde. Behandlerne synes ikke, den åbne gruppe fungerede godt. De oplevede, at det skabte for meget uro, at der kom nye deltagere til. Afprøvningen af forskellige forløbslængder har ført til, at behandlerne anbefaler et forløb på 10 gange med møder på 2½ time hver anden uge. De har desuden fået bekræftet, at aldersforskelle har betydning for gruppedynamikken og har i lighed med Hjørring Kommune oplevet, at det fungerer bedst med grupper, hvor aldersspændet er maksimum tre år, og at det er hensigtsmæssigt at skelne mellem børnegrupper (10-13/14 år) og ungegrupper (14/15-17 år), da der typisk vil være fokus på forskellige problemstillinger relateret til de forskellige alderstrin.

### **5.2.5 Behandlingsmetode**

Projektstederne beskrev fra projektets start deres behandlingsmetoder, herunder teoretisk udgangspunkt, terapeutisk tilgang samt konkrete temaer og øvelser. DEFACTUM udarbejdede en simpel indsats-teori for hver af metoderne, som er anvendt som referenceramme for procesevalueringen. Der var dog ikke tale om egentlige metodebeskrivelser, og det

har derfor været vanskeligt at følge præcist, hvordan behandlerne har udøvet gruppebehandling. DEFACTUM har interviewet behandlerne efter hver afsluttet gruppe (ved de løbende grupper er interviewene gennemført med passende mellemrum) og har blandt andet spurgt om ændringer i forhold til den oprindeligt beskrevne metode og om behandlernes erfaring med de forskellige delelementer i deres respektive metoder. I afsnittet om den kvalitative effektvurdering beskrives behandlernes og deltagernes vurdering af, hvilke elementer i metoderne der er virksomme.

Derudover har DEFACTUM efter projektets afslutning afholdt to workshops med behandlerne fra henholdsvis Hjørring Kommune og Aarhus Kommune med henblik på udarbejdelsen af en egentlig metodebeskrivelse. Metodebeskrivelserne fremstiller Aarhus Kommune og Hjørring Kommunes metoder, som de beskriver dem ved projektets afslutning. De er således baseret på projektets erfaringer. Metodebeskrivelserne indgår i metode- og implementeringsguide, der er vedlagt som bilag 1.

I det følgende præsenteres kun kort i hvilken grad, behandlerne har fulgt deres oprindelige planer, og hvor de har afprøvet andre elementer og tilpasset metoderne.

**Behandlerne i Hjørring Kommune** havde fra forløbets start en velafprøvet metode, som den ene af de to behandlere havde stor erfaring med. Metoden baseres på viden om PTSD, viden om gruppeprocesser, teori om barnets personlighedsudvikling forstået ud fra selvudviklingen (bl.a. Daniel Stern) og teori om fire tilknytningstyper (jf. Kari Killén). Tilgangen indebærer individuel terapi i gruppesammenhæng, oplevelsesorienteret terapi med baggrund i psykodynamisk og eksistentialistisk terapi samt elementer fra kognitiv, narrativ og systemisk terapi. Tegneterapi og kropsfordybelse anvendes som konkrete terapeutiske redskaber.

Den anden behandler er blevet oplært i denne metode, og da de kun har været de to, og de har vurderet, at metoden fungerede godt, er der kun sket få tilpasninger i behandlingens rammer (aldersopdeling og længere forløb). Metoden har hele projektet igennem været centreret omkring traumebehandling og bearbejdning af overgrebet gennem individuel terapi i gruppe og deltagernes arbejde med egen logbog. Tilgangen i de to grupper (yngre og ældre) 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 på grund af deltagernes 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 sammen med følelsen af, at forældrene ikke kunne beskytte dem mod overgrebet. Her opleves forældresamarbejdet også vigtigere end i den ældre gruppe.

**Behandlerne i Københavns Kommune** beskrev fra projektets start metoden som baseret 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 gruppebehandlingen fra gang til gang.

I Københavns Kommune var der forskellige behandlere for de forskellige grupper og et behandlerskift undervejs i en af grupperne, så det var vanskeligt at afgøre, hvor stor variation i metoden behandlerne udøvede. Procevalueringen viste dog fællestræk: alle behandlere fulgte en vis struktur, således at hver behandlingsgang blev indledt med en runde, hvor deltagerne fortalte om sig selv og tiden siden sidste gruppebehandling. Herefter vekslede behandlingen mellem individuel støtte/terapi i gruppe og jeg-støttende terapi i gruppe og en række forskellige øvelser. Behandlerne fokuserede på empowerment frem for egentligt fokus på overgrebet. Der var desuden eksplicit fokus på rammer og regler for gruppebehandling, fx tavshedspligt og mødepligt. Behandlerne vurderede dog selv, at det var svært at tale om standardforløb, fordi de løbende tilpassede behandlingen til den konkrete gruppe og til gruppens udviklingstrin.

**Behandlerne i Aarhus Kommune** baserede fra projektstart behandlingen på viden om PTSD, teori om gruppebehandling og gruppedynamik samt udviklingspsykologiske, systemiske, narrative og psykodynamiske teorier og metoder. I traumebehandlingen anvendes resilience-tilgang. Det vil sige, der er eksplicit fokus på det enkelte barns ressourcer. Behandlerne havde fokus på at nuancere sort/hvid tænkning, på grænsesætning og på jeg-støttende terapiarbejde.

I Aarhus Kommune har der også været flere behandlere, som er indgået i behandlerteam to og to. Procevalueringen viser dels, at behandlerne har forskellig personlig stil, som har betydning for, hvordan de udøver gruppebehandlingen, dels at de over tid har gjort erfaringer, som gør, at de ved projektets afslutning vurderede, at de har fundet en mere ensartet form, som kan omsættes til en egentlig metodebeskrivelse. De centrale elementer, som har været til stede i alle gruppeforløbene i større eller mindre grad, er: klare regler og rammer, en fast struktur for hver enkelt gruppesession, fokus på deltagernes interaktion og på deres ressourcer og desuden inddragelse af en række temaer og øvelser. Behandlerne har projektet igennem haft meget fokus på matchning for at opnå en god gruppedynamik. Samtidig har de måttet erkende, at det kan være vanskeligt at opstille klare kriterier for matchning, og at en stor del af behandleropgaven i stedet ligger i at tilpasse metoden til den enkelte gruppe for at understøtte en gavnlig interaktion mellem deltagerne.

## 6 Effekten af gruppebehandlingen

Effekten af gruppebehandlingen er vurderet på baggrund af en kvantitativ effektmåling og en kvalitativ effektvurdering. Det overordnede formål med effektmålingen er at undersøge, om behandlingen har den forventede effekt (i det omfang, det er muligt, og om den har utilsigtede konsekvenser). Den kvantitative effektmåling skal også analysere, hvilken betydning kontekstfaktorer har for, om gruppebehandlingsforløbene opnår de forventede effekter. Endelig bliver den kvantitative effektmåling suppleret med et registerudtræk på relevante variable. Den kvalitative effektvurdering skal supplere og kvalificere forståelsen af de kvantitative effektmål. Det vil sige kvalificere forståelsen af, hvad det er ved gruppebehandlingsforløbene, der fremmer eller hæmmer et vellykket behandlingsforløb.

Fra projektets start har en række hypoteser været styrende for dataindsamlingen. Hypoteserne er baseret på tidligere undersøgelser på området samt de erfaringer, projektstederne havde på forhånd<sup>19</sup>. Hypoteserne vedrører en række faktorer, som forventes at kunne have en indflydelse på effekten af gruppebehandlingen. Det drejer sig om en række baggrunds- og kontekstfaktorer, familiefaktorer, faktorer vedrørende krænkelsens karakter og en række behandlingsfaktorer. Nedenstående tabel viser mulige influerende variable.

**Tabel 4: Mulige influerende variable**

	Variabel	Specifikation
Baggrunds- og kontekstfaktorer	Alder ved indskrivning	
	Problembelastning ved indskrivning	Score ved indskrivning på en given effektdikator
	Familiefaktorer	Problemer i familien ved familiens opstart
	Støttende ressourcepersoner i eller udenfor familien	Grad af støttende ressourcepersoner inden for eller uden for familien
	Motivation	Motivation for at deltage i behandlingen
	Anden indsats	Anden indsats før, under eller efter gruppeforløbet <sup>20</sup>
Den seksuelle krænkelse	Relation til krænker	Familiær relation eller ikke-familiær relation
	Krænkelsens karakter	Fuldbyrdet voldtægt/voldtægtsforsøg eller andre typer af overgreb (blufærdighedskrænkelser eller berøring af kønsdele)
	Varighed af overgreb	Kontinuerligt overgreb eller 1-3 overgreb
	Reaktion på krænkelsen	Lammelse, skyld, åbenhed i familien
Behandlingen	Behandlingens længde	Deltagernes forskellige behandlingens længde
	Behandlingssted	Hvilket af de tre behandlingssteder, deltageren har været tilknyttet
	Behandlingens rammer og indhold	Rammesætning af og elementer i de forskellige metoder til gruppebehandling
	Gruppesammensætningen	Gruppesammensætning og matchning på en række parametre, fx alder, problembelastning

Datagrundlaget har været for spinkelt til at undersøge alle hypoteser ved hjælp af den kvantitative effektmåling. Derfor er der udvalgt en række mulige influerende variable, primært

<sup>19</sup> Hypoteserne fremgår af Bilag 7 Indsatsteorier

<sup>20</sup> Det har desværre ikke været muligt at indsamle fyldestgørende data om deltagernes eventuelle andre indsatser før, under og efter gruppebehandlingen.

baggrundsfaktorer og faktorer omkring den seksuelle krænkelse, til den kvantitative analyse. Faktorer vedrørende behandlingen er primært undersøgt i den kvalitative dataindsamling.

Afsnittet præsenterer først resultaterne af den kvantitative effektmåling og registerudtrækket og dernæst resultaterne af den kvalitative dataindsamling. Den afsluttende analyse relaterer resultaterne til de indledende hypoteser i en samlet effektvurdering.

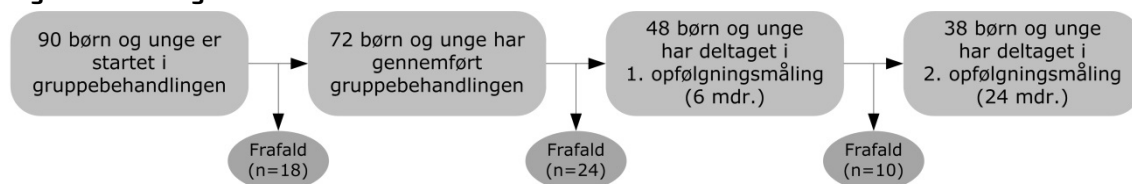
Beskrivelsen af den kvantitative effektmåling indledes med information om dataindsamlingen og en frafaldsanalyse. Derefter følger en beskrivelse af deltagernes baggrund med udgangspunkt i tre områder: baggrunds- og kontekstfaktorer, den seksuelle krænkelse og behandlingen. Det følgende afsnit præsenterer resultaterne af de kvantitative effektmålinger og resultaterne af en analyse af sammenhængen mellem en række baggrunds-, kontekst- og indsatsfaktorer og deltagernes udvikling.

## 6.1 Den kvantitative dataindsamling

Den kvantitative effektevaluering består af en tidsseriemåling, der omfatter en førmåling, en eftermåling og to opfølgingsmålinger efter seks og 24 måneder. Barnets/den unges symptomer, kompetencer og adfærd bliver målt via fire validerede psykometriske skemaer. Derudover omfatter den kvantitative effektevaluering et basisskema og et vurderingsskema, der udfyldes af behandlere ved henholdsvis gruppebehandlingens opstart og afslutning.<sup>21</sup>

Figur 1 giver et overblik over antallet af deltagere i evalueringen, der har besvaret skemaer ved de fire måletidspunkter.

**Figur 1: Flowdiagram**



Note: Ikke alle deltagere har besvaret samtlige skemaer ved de forskellige måletidspunkter. Ovenstående illustrerer det maksimale antal besvarelser ved måletidspunktet på tværs af de fire skemaer.

I alt er 20 procent af deltagerne stoppet i behandlingen før tid. Blandt deltagerne, der har gennemført behandlingen, er en tredjedel faldet fra ved 1. opfølgingsmåling, mens frafaldet ved 2. opfølgning er på 47 procent af dem, der har gennemført behandlingen.

Årsagerne til frafaldet fra behandlingen er beskrevet i afsnit 6.5.1.

Frafaldet i forhold til opfølgingsmålinger var stort fra projektets start trods omfattende rykkerprocedurer. I løbet af evalueringsperioden blev dataindsamlingsproceduren derfor ændret og deltagelse i opfølgingsmålingen blev honoreret med to biografbilletter. Det har vist sig at have en relativ stor effekt på antallet af besvarede opfølgningsskemaer.

Det begrænsede antal deltagere har betydet, at skemaerne YSR og CBCL ikke er blevet anvendt til at måle den umiddelbare effekt af behandlingen. Her har deltagerne kun besvaret TSCC og BUY.

<sup>21</sup> Skemaerne er beskrevet i afsnit 4.2.3 om evalueringsdesignet.

### 6.1.1 Frafaldsanalyse

Det er afgørende for effektanalysens robusthed, at der ikke er et systematisk frafald af deltagere. Det vil sige, at sammensætningen af deltagerne, der er startet i gruppebehandlingen, ikke afviger markant fra sammensætningen af deltagerne, der gennemfører gruppebehandlingen, og deltagerne der medvirker i opfølgningsmålingerne.

Deltagerne, der er startet i gruppebehandling, og som har besvaret skemaer ved indskrivning, er derfor sammenlignet med deltagerne, der derudover også har besvaret skemaerne ved udskrivning og 1. opfølgning. I tabellen nedenfor er deltagernes baggrund og overgrebsforløb sammenholdt blandt deltagerne, der også har besvaret skemaerne ved udskrivning og 1. samt 2. opfølgningsmåling.

**Tabel 5: Deltagernes sammensætning fordelt på måling**

		Indskrivning (n=90)	Udskrivning (n=72)	1. opfølgning (n=48)	2. opfølgning (n=38)
Køn	Pige	98 %	97 %	96 %	95 %
	Dreng	2 %	3 %	4 %	5 %
Alder	7-10 år	3 %	4 %	2 %	3 %
	11-14 år	44 %	44 %	42 %	42 %
	15 år eller derover	52 %	51 %	56 %	55 %
En eller flere krænker	En krænker	82 %	79 %	85 %	92 %
	Flere krænker	18 %	21 %	15 %	8 %
Relation til krænker	Far	17 %	14 %	15 %	18 %
	Stedfar	18 %	19 %	21 %	18 %
	Søskende	12 %	14 %	10 %	13 %
	Andet familiemedlem	15 %	15 %	17 %	16 %
	Kendt person(er) uden for familien	31 %	32 %	33 %	29 %
	Ukendt person(er) uden for familien	6 %	4 %	4 %	5 %
Overgrebs karakter	Blufærdighedskrænkelser	3 %	4 %	6 %	8 %
	Berøring af kønsdele	34 %	38 %	44 %	50 %
	Voldtægtsforsøg/forsøg på samleje	17 %	19 %	23 %	21 %
	Fuldbyrdet voldtægt	39 %	33 %	23 %	16 %
	Uafklaret	1 %	1 %	0 %	0 %
	Andet	6 %	4 %	4 %	5 %
Overgrebsforløbet	Enkeltstående overgreb	23 %	23 %	23 %	19 %
	2-3 overgreb	11 %	10 %	9 %	11 %
	Kontinuerlige overgreb	66 %	68 %	68 %	70 %

Note: Der er taget udgangspunkt i, at deltagerne som minimum har besvaret ét af de fire skemaer ved målingstidspunktet.



Analysen peger på, at der ikke er et systematisk frafald af deltagere fra indskrivning til udskrivning. Deltagerne, der er startet i gruppebehandlingen, afviger ikke betydeligt fra deltagerne, der har afsluttet gruppebehandlingen, og som dermed indgår i udskrivningsmålingen.

Ved de to opfølgningsmålinger er der enkelte forskydninger i deltagersammensætningen i forhold til sammensætningen ved indskrivningsmålingen. Deltagere, der har været udsat for fuldbyrdet voldtægt, er underrepræsenteret, mens deltagere, der har været udsat for berøring af kønsdele, er overrepræsenteret. Ved 2. opfølgningsmåling er deltagere, der har været udsat for flere krænkelser, derudover underrepræsenteret.

Tabel 6 viser antallet af deltagere ved indskrivning, udskrivning og opfølgning fordelt på behandlingssted. Knap 80 procent af deltagerne var ved gruppeforløbets start tilknyttet behandling i enten Hjørring Kommune eller Aarhus Kommune. Fordelingen af deltagere ved udskrivning og opfølgningsmålingerne svarer overordnet til fordelingen ved indskrivning. Deltagere tilknyttet ungdomsklinikken er dog en smule underrepræsenteret ved udskrivningen.

**Tabel 6: Antal deltagere fordelt på behandlingssted**

	Indskrivning (n=90)	Udskrivning (n=72)	1. opfølgning (n=48)	2. opfølgning (n=38)
Hjørring Kommune	40 %	42 %	40 %	32 %
Aarhus Kommune	38 %	39 %	40 %	42 %
Ungdomsklinikken	12 %	7 %	8 %	11 %
Sct. Stefans	10 %	13 %	13 %	16 %

Det er samtidig afgørende at undersøge, om det kun er de deltagere, der har det bedst ved behandlingens start, der gennemfører gruppebehandlingen, eller om det omvendte er tilfældet. Tabel 7 viser deltagerens gennemsnitlige problembelastning ved de forskellige målinger. Analysen peger på, at frafaldet af deltagere ikke har været systematisk i forhold til problembelastning. Det er uanset, om problembelastning er målt via YSR, CBCL, TSCC eller BYI. Det kan med andre ord udelukkes, at det er deltagerne med de største udfordringer ved behandlingens start eller modsat deltagerne med de mindste udfordringer, der stopper i gruppebehandling før tid eller falder fra opfølgningsmålingerne.

**Tabel 7: Gennemsnitlig problembelastning ved indskrivning fordelt på måling**

	Indskrivning	Udskrivning	1. opfølgning	2. opfølgning
YSR total	64,8	64,7	61,8	60,6
CBCL total	49,9	49,6	48,5	47,6
TSCC total	50,6	51,0	50,8	48,8
BYI – Selvbillede	32,7	32,8	33,1	33,7
BYI – Angst	20,9	21,1	21,1	20,8
BYI - Depression	19,0	19,1	18,7	18,4

Samme billede tegner sig, når fokus er på i hvor høj grad, behandlerne vurderer, at deltagerne har støttende ressourcepersoner i eller uden for familien. Ved behandlingsforløbets start har flertallet af deltagerne ifølge behandlerne i høj grad støttende ressourcepersoner i eller uden for familien. Fordelingen ved behandlingens afslutning og opfølgningerne svarer overordnet til fordelingen ved behandlingens opstart.

**Tabel 8: Støttende ressourcepersoner fordelt på måling**

	Indskrivning (n=75)	Udskrivning (n=62)	1. opfølgning (n=40)	2. opfølgning (n=30)
I høj grad	85 %	87 %	85 %	80 %
Middel eller lav grad	15 %	13 %	15 %	20 %

Det er desuden undersøgt, om der er systematisk frafald fra opfølgningsmålingerne i forhold til deltagernes udvikling på kort sigt (ved udskrivning) med hensyn til deltagernes totale traumescore (TSCC total) og BYI. Deltagerne, der er frafaldet ved opfølgningsmålingerne, har ikke oplevet en større eller mindre udvikling umiddelbart efter behandlingens afslutning sammenlignet med de deltagere, der har gennemført henholdsvis 1. opfølgnings- og 2. opfølgningsmåling.

Samlet set kan det konkluderes, at der ikke har været tale om et systematisk frafald ved behandlingens afslutning eller ved opfølgningsmålingerne, hvilket bidrager til at gøre effektanalysernes resultater pålidelige.

## 6.2 Deltagernes baggrund

I det følgende er deltagernes baggrund beskrevet med fokus på tre områder: baggrunds- og kontekstfaktorer, den seksuelle krænkelse og behandlingen. Beskrivelsen tager udgangspunkt i deltagerne ved indskrivningen og omfatter dermed de deltagere, der er startet i gruppebehandlingen uanset eventuelt efterfølgende frafald. I bilag 2 er fordelingerne opgjort på behandlingssted for at tydeliggøre eventuelle forskelle i deltagersammensætningen behandlingsstederne imellem.

### 6.2.1 Baggrunds- og kontekstfaktorer

Deltagerne i behandlingsforløbet er langt overvejende piger. Kun to af de 90 deltagere, der er startet på gruppebehandlingen, er drenge. Deltagerne er mellem 9-17 år ved behandlingens start. Hver anden deltager er 15 år eller derover. Gennemsnitsalderen er 14,4 år.

**Tabel 9: Køn og alder**

		Antal	Procent
Køn	Pige	88	98 %
	Dreng	2	2 %
Alder	7-10 år	3	3 %
	11-14 år	40	44 %
	15 år eller derover	47	52 %

Flere af deltagerne er diagnosticeret med en psykisk lidelse ved gruppebehandlingens opstart.

**Tabel 10: Psykiske lidelser**

	Antal	Procent
PTSD	2	2,2 %
Spiseforstyrrelse	6	6,6 %
Misbrug af alkohol eller piller	7	7,7 %
Anden psykiatrisk diagnose	5	5,5 %

*Deltagernes problembelastning sammenlignet med en dansk normpopulation*

Tabel 10 viser den gennemsnitlige problembelastning ved gruppebehandlingens opstart fordelt på de fire måleredskaber og på behandlingssted. Der er kun i enkelte tilfælde signifikant forskel på deltagernes problembelastning ved indskrivning på tværs af behandlingssted. Deltagerne tilknyttet behandling i Hjørring Kommune scorer generelt højere ved indskrivningen, hvilket indikerer, at disse deltagere er mere psykisk belastede ved behandlingens opstart end deltagerne på behandlingssteder i Aarhus Kommune og Københavns Kommune. Deltagerne tilknyttet behandling i Hjørring Kommune adskiller sig imidlertid kun signifikant fra deltagerne ved de øvrige behandlingssteder i forhold til angst- og depressionssymptomer (BYI).

**Tabel 11: Gennemsnitlig problembelastning ved indskrivning**

	Total	Hjørring Kommune	Aarhus Kommune	Ungdoms-klinikken	Sct. Stefans
YSR total	64,8	68,1	63,5	55,6	69,3
CBCL total	49,9	55,0	50,4	37,5	44,7
TSCC Total	50,6	55,7	47,6	47,5	44,8
BYI – Selvbillede	32,7	30,8	32,9	34,6	36,6
BYI – Angst	20,9	24,2*	19,1	19,3	17,2
BYI – Depression	19,0	22,5*	16,8	18,3	14,9

Note: \*  $p > 0,05$ , \*\*  $p > 0,01$ , \*\*\*  $p > 0,001$ . Hvis ikke resultatet er markeret med \* er det ikke signifikant.

Deltagerne i gruppebehandlingen er i det følgende sammenlignet med en dansk normalpopulation på samme alder. Sammenligningen er først foretaget i forhold til CBCL (inkl. YSR) og derefter BYI.

Tabel 12 viser den gennemsnitlige normscore sammen med den gennemsnitlige score ved opstart af gruppebehandlingen for de deltagende piger i aldersgruppen mellem 11 og 17 år på CBCL og YSR.

**Tabel 12: Gennemsnit for normgruppen og deltagerne i gruppebehandlingen, CBCL og YSR, indskrivning. Standardafvigelsen er angivet i parentes<sup>22</sup>**

	Total score		Eksternalisering		Internalisering	
	CBCL	YSR	CBCL	YSR	CBCL	YSR
Gennemsnit Normdata	17,2 (17,0)	35,1 (21,6)	4,9 (6,1)	9,8 (7,4)	6,0 (5,9)	9,8 (7,1)
Gennemsnit Deltagere	50,2 (25,9)	66,6 (29,1)	13,9 (10,6)	16,4 (8,7)	17,7 (9,5)	22,8 (11,7)

Note: Gennemsnit for deltagerne angiver gennemsnitlig score for de deltagende piger i aldersgruppen 11-17 år.

Det fremgår af tabellen, at der er stor forskel på den gennemsnitlige score for de tre skalaer mellem deltagerne i gruppebehandlingen og en dansk normalpopulation på samme alder. Forskellen er stor for både deltagere og forældres udfyldelse af skemaerne (henholdsvis YSR og CBCL), hvilket indikerer, at deltagerne i gruppebehandlingen og forældrene ikke overraskende rapporterer 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 forældreudfyldte skemaer.<sup>23</sup>

I tabel 13 er de deltagende piger sammenlignet med en dansk normalpopulation i forhold til BYI. I 2012 er der publiceret danske normtal for BYI, hvor 1444 børn og unge mellem 7 og 17 år har besvaret spørgsmålene i BYI.<sup>24</sup>

**Tabel 13: Gennemsnit for normgruppen og deltagerne i gruppebehandlingen, BYI. Standardafvigelsen er angivet i parentes**

		Selvbillede	Angst	Depression
11-14 år	Gennemsnit Normdata	38,7 (7,60)	13,8 (6,39)	12,0 (7,27)
	Gennemsnit Deltagere	31,0 (8,88)	20,8 (10,18)	18,6 (10,93)
15-18 år	Gennemsnit Normdata	37,8 (7,06)	13,7 (7,29)	11,4 (7,67)
	Gennemsnit Deltagere	33,5 (8,30)	21,9 (11,61)	20,1 (12,41)

Det fremgår af tabellen, at der også i forhold til BYI er stor forskel på den gennemsnitlige score blandt deltagerne i gruppebehandlingen og en dansk normalpopulation på samme alder. Deltagerne i gruppebehandlingen har ikke overraskende i højere grad problemer med deres selvbillede samt flere angst- og depressionssymptomer, end det generelt er tilfældet i en dansk normalpopulation.

<sup>22</sup> Standardafvigelsen viser, hvor meget hvert enkelt barn eller ung i gennemsnit afviger fra gennemsnittet

<sup>23</sup> Henriksen, Nielsen & Bilenberg (2012), s. 3.

<sup>24</sup> Beck et al. (2012). Beck Youth inventories. Second Edition. For Children and adolescents.

### *Familiefaktorer*

En væsentlig del af deltagernes familier er kendetegnet ved, at der er forskellige former for udfordringer i familien. Knap 76 procent af deltagerne kommer fra familier, hvor forældrene er skilt/ikke samboende. 27 procent af deltagerne kommer fra familier, hvor et nært familiemedlem har en alvorlig fysisk sygdom, og 28 procent har alvorlig psykisk sygdom i familien. Mere end hver tredje deltager lever i en familie med misbrug af alkohol eller stoffer, mens godt hver femte oplever vold i familien. Knap 40 procent af deltagerne lever i familier, hvor en eller begge forældre er arbejdsløse.

**Tabel 14: Problemer i familien ved behandlingen opstart**

	Antal	Procent
Dødsfald	13	15 %
Alvorlig fysisk sygdom	24	27 %
Alvorlig psykisk sygdom	25	28 %
Misbrug af alkohol, stoffer ol.	31	35 %
Vold i familien	16	18 %
Arbejdsløshed hos forældre/nære omsorgspersoner	35	39 %
Problemstillinger i forbindelse med flygtningebaggrund	4	5 %

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

### *Støttende ressourcepersoner*

Behandlerne har ved gruppeforløbets opstart vurderet i hvor høj grad, deltagerne har støttende ressourcepersoner i eller uden for familien. Tabel 15 viser svarfordelingen.

**Tabel 15: Støttende ressourceperson(er)**

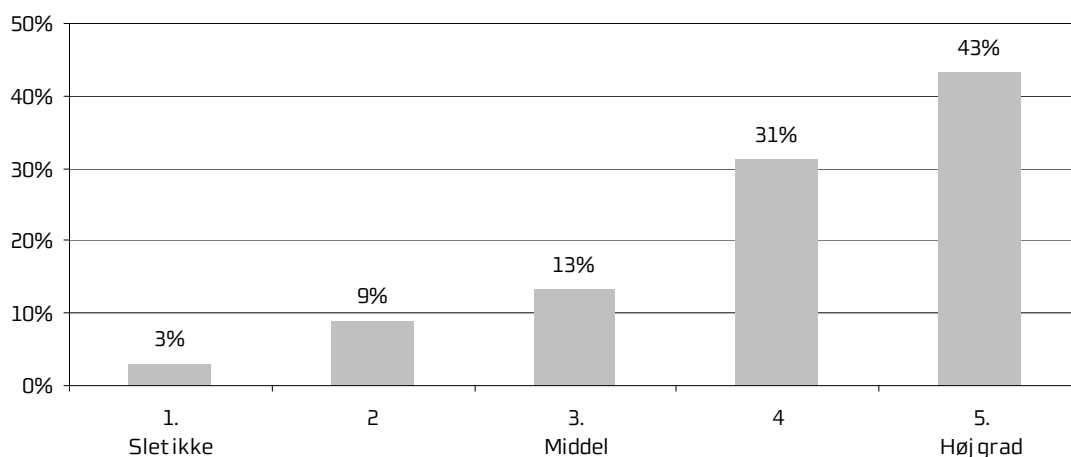
		Antal	Procent
Støttende ressourceperson(er) i familien	Høj grad	49	58 %
	Middel grad	18	21 %
	Lav grad	17	20 %
Andre støttende ressourcepersoner	Høj grad	52	70 %
	Middel grad	15	20 %
	Lav grad	7	10 %

Overordnet har flertallet af deltagerne i høj eller middel grad støttende ressourcepersoner i familien. Hver femte deltager har kun i lav grad støttende ressourcepersoner i familien. Flertallet af deltagerne har også andre støttende ressourcepersoner, mens det for 10 procent af deltagerne kun i lav grad er tilfældet. Hver fjerde deltager har hverken i høj grad støttende ressourcepersoner i eller uden for familien.

### Motivation

Deltagerne har generelt været motiveret for at deltage i gruppeforløbet. Knap tre ud af fire deltagere, der har gennemført forløbet, har i høj grad eller nogen grad været motiveret for at deltage i gruppeforløbet.

**Figur 2: Behandlernes vurdering af deltagernes motivation for aktiv deltagelse i gruppeforløbet (n=67)**



### 6.2.2 Den seksuelle krænkelse

Deltagerne i gruppebehandlingen har været udsat for forskellige seksuelle krænkelse. Seks ud af ti deltagere er blevet krænkede af et familiemedlem, mens mere end hver tredje deltager er blevet krænkede af en eller flere personer uden for familien. 82 procent er blevet krænkede af én person, mens 18 procent er krænkede af flere personer.

Flertallet af de unge, der er startet i gruppebehandlingen, har været udsat for fuldbyrdet voldtægt/samleje eller voldtægtsforsøg/forsøg på samleje. For hver tredje deltager bestod krænkelsen i berøring af kønsdele.

Størstedelen af deltagerne har været udsat for kontinuerlige overgreb. For knap hver fjerde deltager var overgrebet enkeltstående.

Der er i undersøgelsen skelnet mellem en kærlig, truende eller voldelig krænker. 36 procent af deltagerne har været udsat for en kærlig krænker, 30 procent for en truende krænker og 14 procent for en voldelig krænker. De resterende deltagere har haft en krænker, der har udvist flere typer adfærd under krænkelsen eller anden type adfærd end de beskrevne.

**Tabel 16: Krænkelsen og overgrebsforløbet**

		Antal	Procent
En eller flere krænker	En krænker	74	82 %
	Flere krænker	16	18 %
Relation til krænker	Far	15	17 %
	Stedfar	17	19 %
	Søskende	11	12 %
	Andet familiemedlem	13	14 %
	Person(er) uden for familien	33	37 %
	Flere	1	1 %

**Tabel 17: Krænkelsen og overgrebsforløbet – fortsat**

		Antal	Procent
Overgrebs karakter	Blufærdighedskrænkelse	3	3 %
	Berøring af kønsdele	30	33 %
	Voldtægtsforsøg/forsøg på samleje	16	18 %
	Fuldbyrdet voldtægt	35	39 %
	Andet (herunder uafklaret)	6	7 %
Overgrebsforløbet	Enkeltstående overgreb	21	24 %
	2-3 overgreb	10	11 %
	Kontinuerlige overgreb	58	65 %
Krænkens adfærd	Kærlig krænker	32	36 %
	Truende krænker	26	30 %
	Voldelig krænker	12	14 %
	Andet (herunder flere typer adfærd)	18	20 %

### *Reaktioner på krænkelsen*

Overgrebet kan resultere i forskellige reaktioner hos barnet eller den unge og i barnets eller den unges omgivelser. I tabel 18 er deltagernes reaktioner på krænkelsen opgjort.

Det fremgår, at 65 procent af deltagerne har følt sig lammet under overgrebssituationen. Samtidig giver 42 procent af deltagerne udtryk for, at de føler sig skyldige i krænkelsen. 16 procent af deltagerne er blevet pålagt skyld af en eller flere nærtstående personer, mens 29 procent oplever at blive mødt med mistro blandt nærtstående. For mere end hver anden deltager har krænkelsen medført splittelse i familien. Samtidig er knap hver fjerde deltager blevet stigmatiseret eller mobbet.

**Tabel 18: Reaktionen på krænkelsen**

	Antal	Procent
Barnet følte sig lammet under overgrebssituationen (n=89)	58	65 %
Barnet føler, det selv følte sig skyldig i krænkelsen (n=90)	38	42 %
Barnet er blevet pålagt skyld for krænkelsen af en eller flere nærtstående personer (n=90)	14	16 %
Krænkelsen har medført splittelse i familien (n=90)	49	54 %
Barnet har mødt mistro blandt nærtstående (n=90)	26	29 %
Barnet er blevet stigmatiseret eller mobbet (n=90)	22	24 %

Flere af deltagerne lever i familier, hvor der i begrænset omfang er åbenhed om overgrebet. For seks ud af ti deltagere er der kun middel eller lav grad af åbenhed om krænkelsen.

**Tabel 19: Åbenhed om krænkelsen i familien**

	Antal	Procent
Høj grad	33	39 %
Middel grad	24	28 %
Lav grad	28	33 %

Note: n=

### 6.2.3 Behandlingen

Gruppeforløbet har haft forskellig længde og intensitet på tværs af behandlingssted, jf. afsnit 5.2. Hjørring Kommune har generelt haft de længste forløb, mens forløbene i Aarhus Kommune og Sct. Stefans har været kortere. Der er dog samtidig forskel på antallet og varigheden af behandlingsgange i løbet af forløbet, og forløbets intensitet varierer således, jf. afsnit 5.2.4.

**Tabel 20: Gennemsnitlig behandlingstid fordelt på behandlingssted, opgjort i antal dage**

	Hjørring Kommune (n=27)	Aarhus Kommune (n=28)	Ungdomsklinikken (n=5)	Sct. Stefans (n=9)
Antal dage	371	190	253	182

Deltagerne, der har gennemført gruppebehandlingen, er overvejende mødt frem hver gang eller har kun haft få afbud. 15 procent af deltagerne har haft mange afbud og kun sporadisk fremmøde.

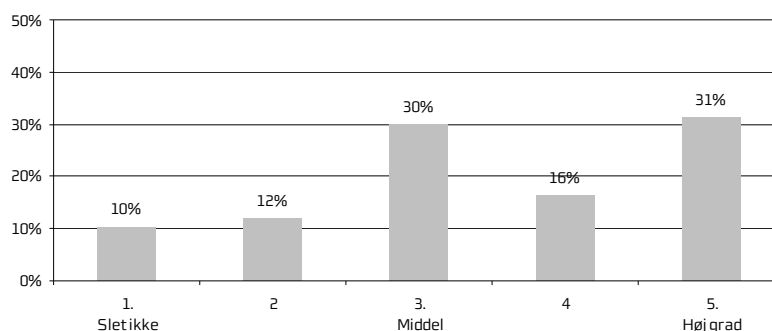
**Tabel 21: Fremmøde til behandlingen. Er barnet/den unge mødt op til alle gruppemøder?**

	Antal	Procent
Mødt frem hver gang	19	28 %
Kun få afbud	38	57 %
Mange afbud, sporadisk fremmøde	10	15 %



Ifølge behandlerne er det vigtigt, at barnet eller den unge får opbakning fra de nære omsorgspersoner. Figur 3 viser, at det i varierende grad har været tilfældet. Knap hver anden deltager har i høj eller nogen grad fået opbakning, mens de resterende deltagere kun i mindre grad eller slet ikke har fået opbakning hjemmefra.

**Figur 3: Behandlernes vurdering af den opbakning, som barnet/den unge har fået fra nære omsorgspersoner i gruppeforløbet**



(n=67)

## 6.3 Kvantitative effektmålinger

Afsnittet præsenterer resultatet af den kvantitative effektevaluering. Det er først undersøgt, om gruppebehandlingen har en målbar effekt på kort, mellemlang og lang sigt. Effekten af behandlingen er målt i forhold til deltagerens selvbillede, PTSD-symptomer, depressionssymptomer, angstsymptomer, somatiske symptomer, vrede, adfærdsforstyrrelse samt kropslige/seksuelle vanskeligheder. Det er dernæst undersøgt, hvilken betydning kontekstfaktorer har for, om gruppebehandlingsforløbene opnår de forventede effekter i forhold til en reduktion af de umiddelbare følger af seksuelle overgreb.

### 6.3.1 Analysemetode

Den kvantitative effektevaluering består af fire målinger:

T(1): Indskrivning – ved opstart af gruppebehandlingen

T(2): Udskrivning – ved afslutning af gruppebehandlingen

T(3): 1. opfølgende måling – 6 måneder efter gruppebehandlings afslutning

T(4): 2. opfølgende måling – 24 måneder efter gruppebehandlings afslutning

Den umiddelbare effekt af gruppebehandlingen på kort sigt bliver vurderet på baggrund af deltagernes udvikling fra gruppebehandlings opstart til gruppebehandlings afslutning. Den første opfølgingsmåling seks måneder efter afslutningen af gruppebehandlingen giver en indikation af effekten af gruppebehandlingen på mellemlang sigt, mens opfølgingsmålingen 24 måneder efter gruppebehandlings afslutning giver en indikation af, om gruppebehandlingen har langsigtede effekter i forhold til deltagernes udgangspunkt ved gruppebehandlings start.

Deltagernes udvikling for hvert af de fire psykometriske mål er beregnet som forskellen mellem den gennemsnitlige score ved opstart og afslutning eller mellem opstart og opfølgning. Forskellen mellem gennemsnitsscoren ved opstartsmålingen og de efterfølgende målinger er undersøgt ved hjælp af en dobbeltsidet parvis t-test. For at der kan påvises en signifikant forskel mellem to målinger, kræver det, at data fordeler sig efter en normalfor-

delingsmodel. Ved små datamængder, som der er tale om i denne analyse, er det ud over signifikans relevant at se på effektstørrelse. Effektstørrelse er til en vis grad uafhængig af datatype og -størrelse, hvilket gør målet relevant i denne analyse. Gruppebehandlingen kan have effekt uden, at forskellen mellem to målinger er signifikant, fordi signifikansbegrebet bedst anvendes ved større datagrundlag. Udregningen af effektstørrelse er baseret på Cohens D. Effektstørrelsen er beregnet som forskellen mellem den gennemsnitlige score ved to målingstidspunkter divideret med pooled standardafvigelse.

Effektstørrelse	Tolkning
0,2-0,5	Lille effekt
0,5-0,8	Medium effekt
0,8-	Stor effekt

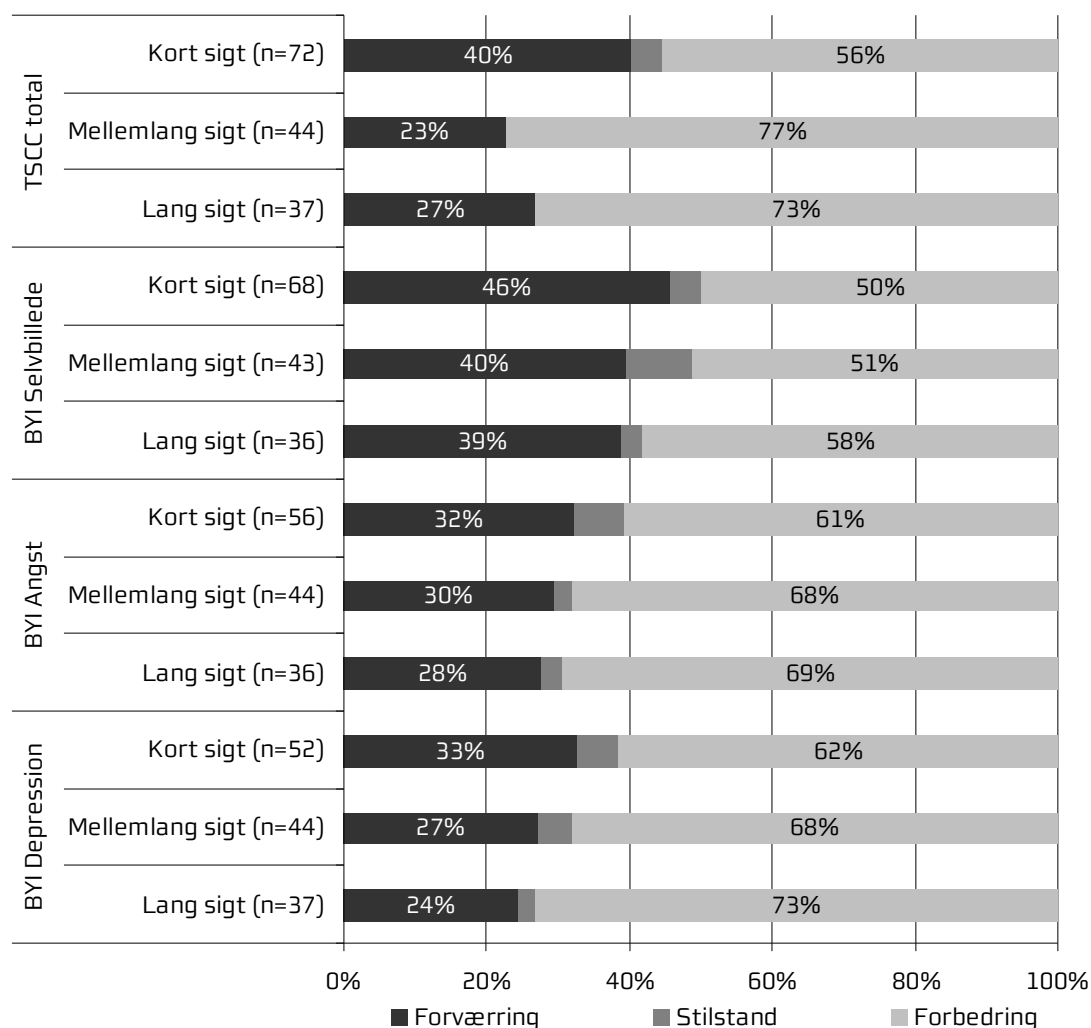
I analysen af effekten af gruppebehandlingen indgår kun deltagere, hvor der er resultater fra mere end ét måletidspunkt.

Det er kontrolleret, om resultatet afviger, hvis analysen er gennemført efter intention-to-treat-princippet (ITT). Intention-to-treat princippet er ofte anvendt i randomiserede kontrollerede forsøg og indebærer, at alle deltagere, der er inkluderet i undersøgelsen og randomiseret til at indgå i enten kontrol- eller interventionsgruppen, indgår i den efterfølgende analyse af interventionens effekt. I nærværende analyse er det undersøgt, om effekten af gruppebehandlingen ser anderledes ud, hvis også de deltagere, der ikke gennemfører gruppebehandlingen, tages i betragtning.

### 6.3.2 Deltagernes udvikling på kort, mellemlang og lang sigt

Flertallet af deltagere oplever en positiv udvikling på både kort sigt (ved afslutningen af gruppebehandlingen), mellemlang sigt (seks måneder efter gruppebehandlings afslutning) og lang sigt (24 måneder efter gruppebehandlings afslutning). Figur 4 viser en oversigt over andelen af deltagere, der oplever en forbedring, en forværring eller stilstand i deres trivsel målt i forhold til TSCC og BYI på henholdsvis kort, mellemlang og lang sigt.

**Figur 4: Andel deltagere, der udvikler sig på kort, mellemlang og lang sigt**



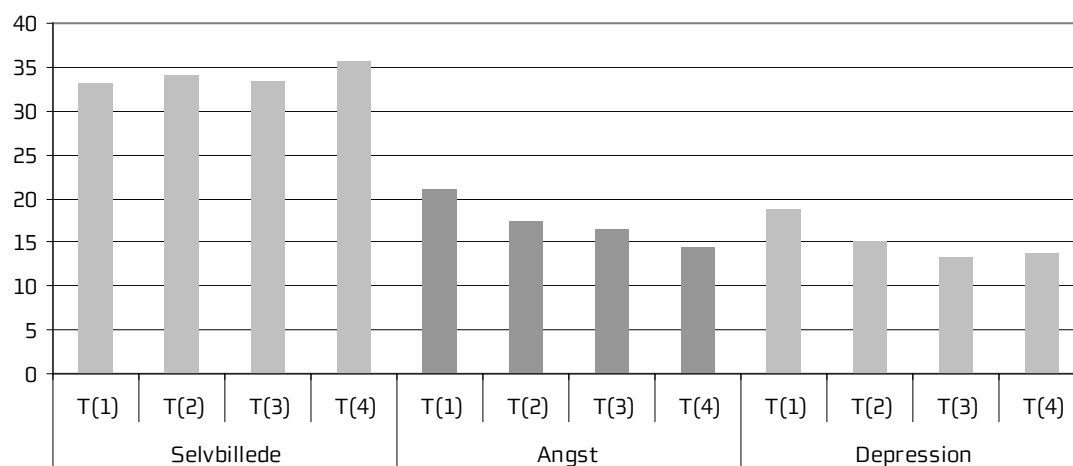
Overordnet viser analysen, at mere end hver anden deltager umiddelbart efter behandlingen forbedrer deres psykiske trivsel. Ved opfølgningsmålingerne seks og 24 måneder efter behandlingens afslutning er andelen af deltagere, der oplever en forbedring, større. Over 70 procent af deltagerne forbedrer deres psykiske velbefindende på mellemlang og lang sigt med fokus på TSCC. Andelen er smule mindre med fokus på BYI. Analysen viser samtidig, at der også er en gruppe af deltagere, der ikke profiterer af behandlingen.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der i oversigten ikke er taget højde for, hvor stor positiv eller negativ udvikling deltagerne oplever. Oversigten fremstiller alene, om deltageres psykiske velbefindende målt på BYI og TSCC har flyttet sig ved behandlingens afslutning, 1. og 2. opfølgning i forhold til deres trivsel ved behandlingens start. I det følgende er den gennemsnitlige udvikling på kort, mellemlang og lang sigt derfor undersøgt.

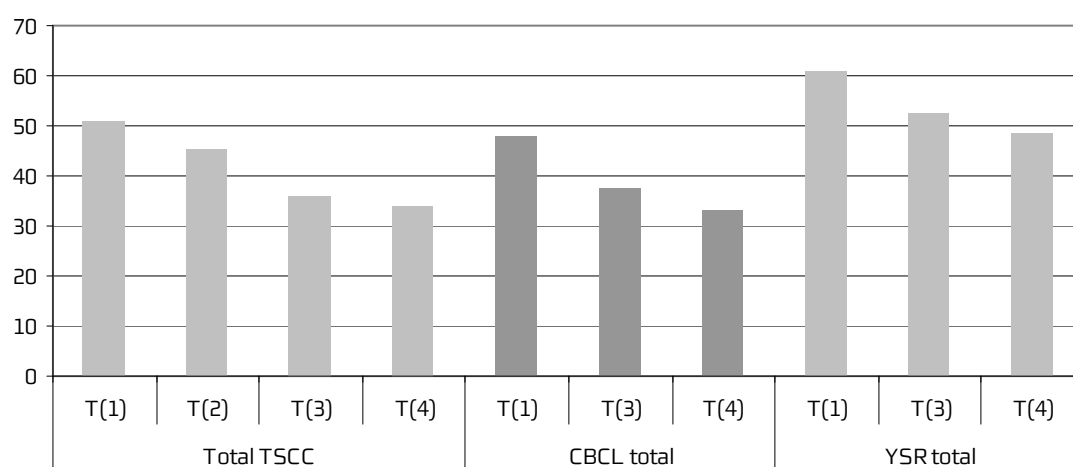
Der er en målbar positiv udvikling på samtlige måleinstrumenter. Der er tydelig reduktion i deltageres angst-, depressions- og PTSD-symptomer samt positiv udvikling i forhold til selvbillede, adfærdsforstyrrelse, vrede og kropslige/seksexuelle bekymringer på både kort, mellemlang og lang sigt. Se figur 5 til 8.

Figur 5 og 6 viser udviklingen i den gennemsnitlige score på de overordnede indikatorer i BYI, TSCC, CBCL og YSR. Udviklingen er statistisk signifikant på både kort, mellemlang og lang sigt med undtagelse af udviklingen i deltagernes selvbillede. Deltagernes selvbillede er ikke signifikant forbedret på hverken kort, mellemlang eller lang sigt. Det konkrete analyseresultat fremgår af bilag 3.

**Figur 5: Udvikling i gennemsnitlig score i BYI**

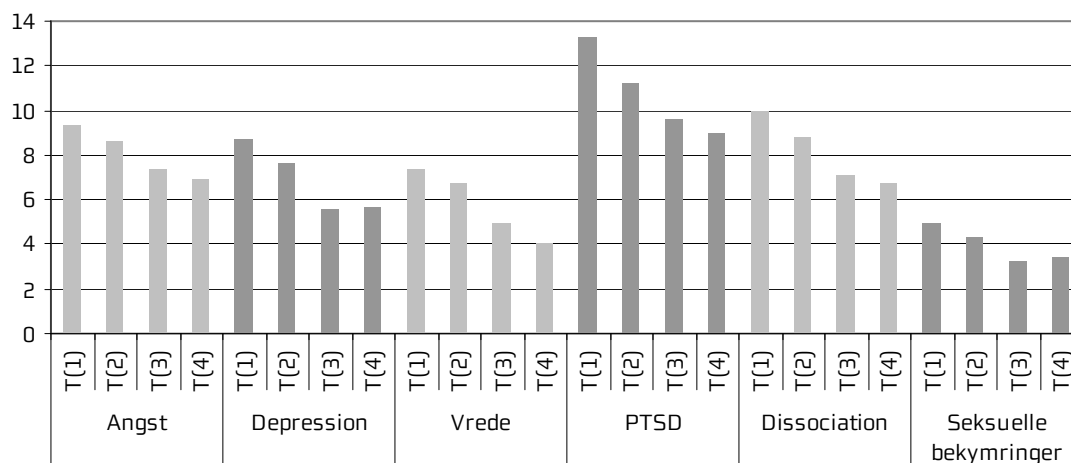


**Figur 6: Udvikling i gennemsnitlig score i TCSS total, CBCL total og YSR total**



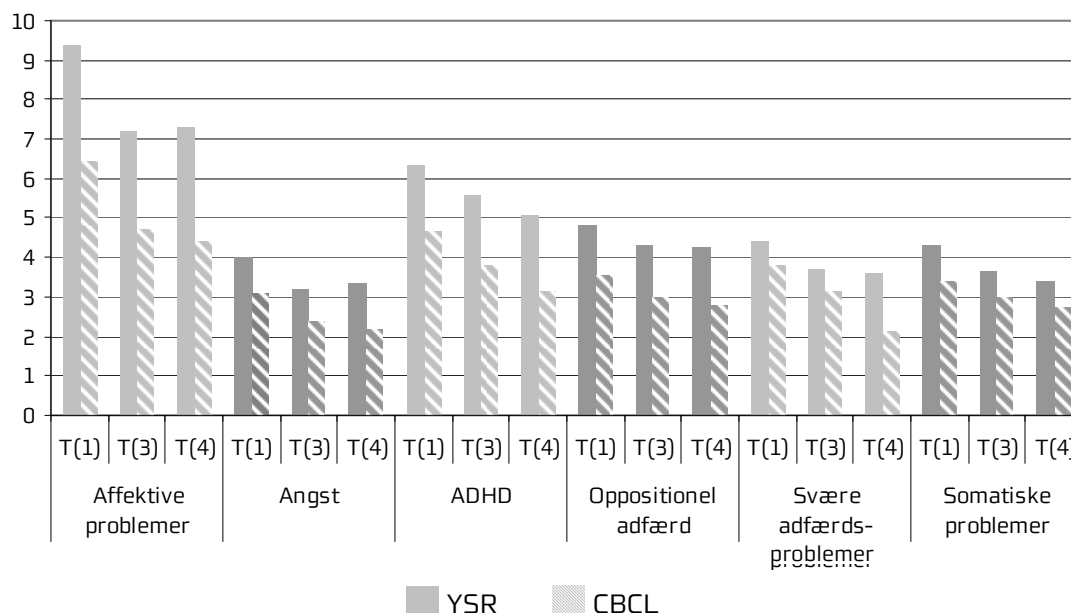
Det er ligeledes muligt at påvise en statistisk signifikant udvikling indenfor de seks kliniske skalaer, der er indeholdt i TSCC. På kort sigt er udviklingen alene signifikant i forhold til PTSD-symptomer. På mellemlang sigt ses en signifikant forbedring på samtlige indikatorer og på lang sigt på alle indikatorer med undtagelse af seksuelle bekymringer.

**Figur 7: Udvikling i gennemsnitlig score i underskala TSCC**



Også i forhold til CBCL og YSR er det muligt at påvise en statistisk signifikant udvikling inden for de seks underskalaer. På mellemlang og lang sigt er der en signifikant reduktion i deltagernes affektive problemer, som er baseret på både deltagernes egne besvarelser og forældrenes besvarelser. På mellemlang sigt er der med udgangspunkt i deltagernes egne besvarelser endvidere en signifikant reduktion i angstsymptomer, mens der baseret på forældrenes besvarelser er en reduktion i forhold til oppositionel adfærd på både mellemlang og lang sigt. Både deltagere og forældre oplever, at deltagernes ADHD-symptomer er reduceret på mellemlang og lang sigt. Endelig er der på lang sigt en positiv udvikling i forhold til svære adfærdsproblemer for deltagere såvel som forældre.

**Figur 8: Udvikling i gennemsnitlig score i underskala YSR og CBCL**



Effekten af behandlingen er også undersøgt efter intention-to-treat princippet. Resultatet adskiller sig kun marginalt fra ovenstående analyse, hvor det kun er de deltagere, der har gennemført gruppebehandlingen, der indgår i analysen.

Analysen af **effektstørrelsen** understøtter ovenstående resultater og peger overordnet på, at gruppebehandlingen har en effekt på deltagernes psykiske trivsel.

**Tabel 22: Effektstørrelse opdelt på svag eller moderat effekt på kort, mellemlang og lang sigt**

	Svag effekt	Moderat effekt
Kort sigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst (BYI)</li> <li>• Depression (BYI)</li> <li>• Total (TSCC)</li> <li>• PTSD (TSCC)</li> </ul>	
Mellemlang sigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst (BYI)</li> <li>• Depression (BYI)</li> <li>• Angst (TSCC)</li> <li>• Vrede (TSCC)</li> <li>• Dissociation (TSCC)</li> <li>• Seksuelle bekymringer (TSCC)</li> <li>• Total (CBCL/YSR)</li> <li>• Internalisering (CBCL/YSR)</li> <li>• Affektive problemer (CBCL/YSR)</li> <li>• Angst (YSR)</li> <li>• ADHD (CBCL/YSR)</li> <li>• Oppositionel adfærd (CBCL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total (TSCC)</li> <li>• Depression (TSCC)</li> <li>• PTSD (TSCC)</li> </ul>
Lang sigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression (BYI)</li> <li>• Angst (TSCC)</li> <li>• Depression (TSCC)</li> <li>• Dissociation (TSCC)</li> <li>• Total (YSR)</li> <li>• Eksternalisering (CBCL)</li> <li>• Internalisering (CBCL)</li> <li>• Affektive problemer (CBCL/YSR)</li> <li>• Oppositionel adfærd (CBCL)</li> <li>• Svære adfærdsproblemer (CBCL/YSR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst (BYI)</li> <li>• Total (TSCC)</li> <li>• Vrede (TSCC)</li> <li>• PTSD (TSCC)</li> <li>• Total (CBCL)</li> <li>• ADHD (CBCL/YSR)</li> </ul>

Note. Kun signifikante effekter ( $p < 0,05$ ) er vist i tabellen.

På kort sigt er det muligt at påvise en svag effektstørrelse indenfor fire områder: angst og depression (BYI) samt deltagernes totale traumescore (TSCC total) og PTSD (TSCC). Den umiddelbare effekt af behandlingen ved forløbets afslutning er således forholdsvis beskedne.

På mellemlang og lang sigt er effekten generelt mere fremtrædende. På mellemlang sigt er der på flertallet af indikatorerne en svag effekt, mens effekten på enkelte indikatorer er moderat. Analysen viser, at gruppebehandlingen på mellemlang sigt især har en positiv effekt i forhold til deltagernes depressions- og PTSD-symptomer og i forhold til deltagernes totale traumescore. På lang sigt er der ligeledes en enten svag eller moderat effekt på langt de fleste indikatorer. Omkring to år efter gruppebehandlings afslutning er det muligt at påvise en moderat effektstørrelse på en lang række områder. Det drejer sig om deltagernes angst-, PTSD- og ADHD-symptomer samt vrede. Derudover er der også en moderat effekt af gruppebehandlingen i forhold til både deltagernes totale traumescore (TSCC total) og deltagernes totale problemscore (CBCL total).

På mellemlang og lang sigt er der med undtagelse af deltagernes selvbillede (BYI) og angst (YSR) på lang sigt en svag effekt af de øvrige indikatorer, der ikke er vist i tabel 20. Forbedringen på disse indikatorer er imidlertid ikke statistisk signifikante. Til trods for at der ikke er en statistisk signifikant udvikling, kan der således spores en svag effekt af behandlingen på mellemlang og lang sigt i forhold til disse indikatorer.

### *Sammenhæng mellem udvikling på kort, mellemlang og lang sigt.*

Det er relevant at undersøge, om de deltagere, der oplever forbedringer umiddelbart efter behandlingens afslutning, evner at fastholde denne forbedring eller eventuelt fortsætter med at udvikle sig positivt på mellemlang og lang sigt. Sammenhængen mellem deltagerens udvikling på kort, mellemlang og lang sigt er derfor analyseret.

Der er foretaget to forskellige sammenhængsanalyser:

- Hvordan er sammenhængen mellem udviklingen under behandlingen (fra behandlingsstart til behandlingsafslutning) sammenlignet med udviklingen fra behandlingsstart til opfølgningen henholdsvis 6 og 24 måneder efter behandlingen (fra behandlingsstart til 6 og 24 måneders opfølgning).
- Hvordan er sammenhængen mellem udviklingen under behandlingen (fra behandlingsstart til behandlingsafslutning) og udviklingen efter behandlingen (fra afslutningen af behandlingen til opfølgningen 6 og 24 måneder efter).

### Sammenhæng mellem udvikling under behandling og udvikling fra start til opfølgning

Analysen viser, at der er en signifikant sammenhæng mellem deltagerens udvikling på kort sigt (fra behandlingsstart til behandlingsafslutning) og deres udvikling fra start til mellemlang sigt og fra start til lang sigt. De deltagere, der har en positiv udvikling på kort sigt, har også i højere grad en positiv udvikling fra start til mellemlang og lang sigt.

### Sammenhæng mellem udvikling under behandling og udvikling efter behandling

Blandt deltagerne, der oplever en positiv udvikling på kort sigt (fra behandlingens start til behandlingens afslutning), er der imidlertid ikke en tilsvarende sammenhæng mellem udviklingen på kort sigt og udviklingen fra behandlingens afslutning til mellemlang sigt (6 måneder) eller fra behandlingens afslutning og til lang sigt (24 måneder). I forhold til BYI er der således ingen signifikante sammenhænge mellem udviklingen på kort sigt og udvikling fra behandlingens afslutning til 1. og 2. opfølgning.

Deltagerne, der udvikler sig mest på kort sigt, evner med andre ord at *fastholde* forbedringen på mellemlang og lang sigt, men efter behandlingens afslutning fortsætter de ikke i højere grad med at udvikle sig positivt sammenlignet med deltagerne, der kun i mindre grad oplever en forbedring umiddelbart efter behandlingens afslutning. Dette gælder ligeledes i forhold til deltagerens totale traumescore (TCSS total) og udviklingen på mellemlang sigt. På lang sigt er der en positiv sammenhæng mellem udviklingen på kort sigt. Deltagere, der oplever den største positive udvikling på kort sigt, oplever således også større positiv udvikling efter behandlingens afslutning på lang sigt.

### *Effekt vurderet af behandlerne*

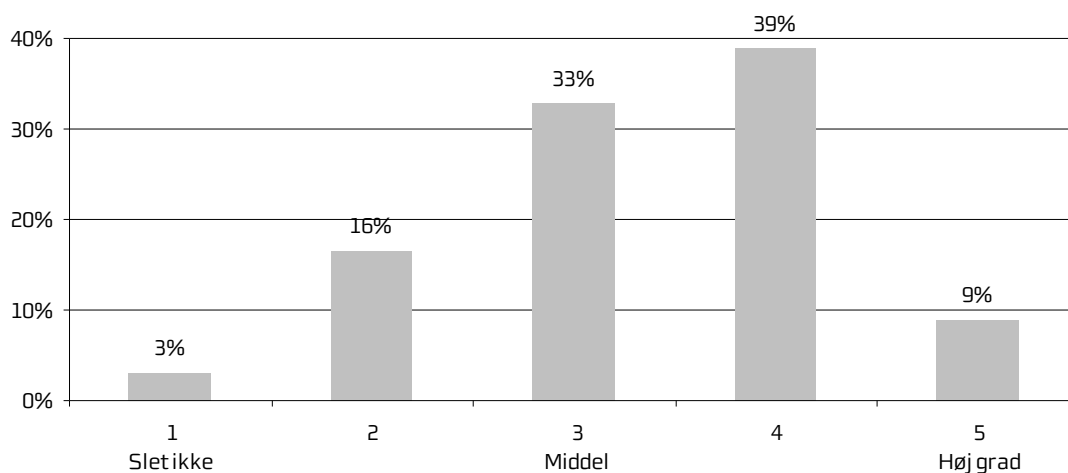
Ved behandlingens afslutning vurderer behandlerne deltagerens udbytte af behandlingen på to områder. De vurderer dels, om barnets/den unges selvbillede er ændret positivt og dels, om deltagerne anvender bedre strategier til mestring af problemer.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Behandlernes vurdering er ikke tænkt som et effektmål på linje med deltagerens egne spørgeskemabesvarelser, da behandlerne i vurderingen af deltagerens udvikling på sin vis evaluerer egen indsats. Vurderingen skal give et billede af overensstemmelsen mellem deltagerens udvikling og behandlernes vurdering.

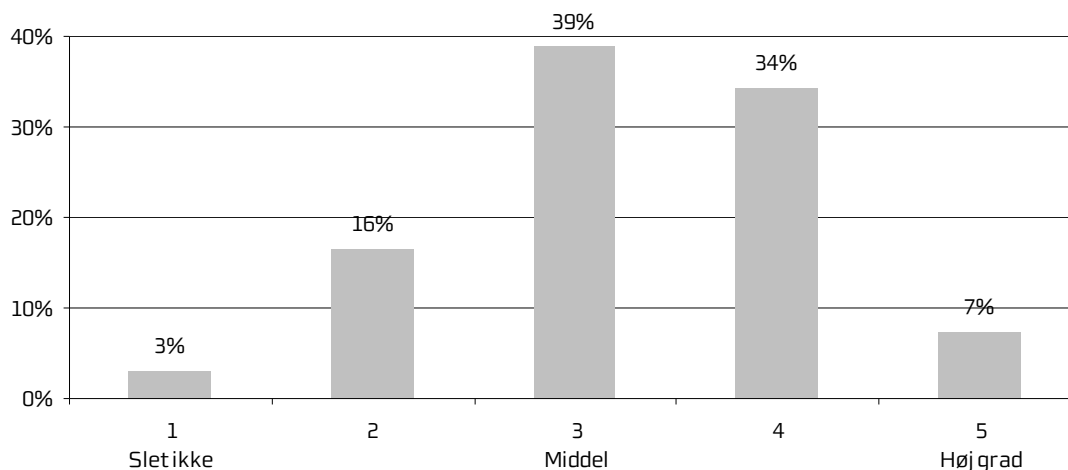
Figur 9 og 10 viser svarfordelingen på de to spørgsmål.

**Figur 9: Behandlernes vurdering af, om deltagernes selvbillede er positivt ændret som følge af gruppeforløbet (n=67)**



Som det fremgår af figur 9, vurderer behandlerne, at størstedelen af deltagerne (72 procent) enten i middel eller i nogen grad har ændret deres selvbillede positivt, som følge af behandlingen.

**Figur 10: Behandlernes vurdering af, om deltagerne som følge af gruppeforløbet anvender bedre strategier til mestring af problemer (n=67)**



Tilsvarende vurderer behandlerne, at størstedelen af deltagerne (73 procent) i middel eller i nogen grad er begyndt at anvende bedre mestringsstrategier som følge af behandlingen, som det ses af figur 10.

Der er kun i begrænset omfang korrelation mellem behandlernes vurdering af deltagernes udbytte af behandlingen umiddelbart efter behandlingens afslutning og effekten af gruppebehandlingen målt via BYI og TSCC. Det er undersøgt, om der er sammenhæng mellem behandlernes vurdering af deltagernes udbytte og deltagernes udvikling på kort, mellem-lang og lang sigt. Der er en signifikant sammenhæng mellem behandlernes vurdering af deltagernes udbytte og deltagernes udvikling på mellemlang sigt med hensyn til angst- og depressionssymptomer (BYI). De deltagere, som behandlerne vurderer, har profiteret mest af behandlingen, har samtidig den største forbedring ved 1. opfølgingsmåling. Der er ikke



en signifikant sammenhæng mellem behandlernes vurdering af deltagernes udbytte og deltagernes udvikling på de øvrige effektindikatorer.

### 6.3.3 Betydningen af kontekst-, baggrunds- og indsatsfaktorer

For at undersøge de indledende hypoteser om baggrunds-, kontekst- og indsatsfaktorerers indflydelse på udbyttet af behandlingen, analyseres sammenhængen mellem en række af disse faktorer og deltagernes udvikling. Datagrundlagets størrelse gør det ikke muligt at inddrage samtlige baggrunds- og kontekstfaktorer i analysen. Følgende indikatorer er inddraget i analysen som uafhængige variable.

**Tabel 23: Inddragede uafhængige variable i regressionsanalysen**

	Variabel	Specifikation
Baggrunds-faktorer	Alder ved indskrivning	
	Problembelastning ved indskrivning	Score ved indskrivning på en given effektindikator
	Familiefaktorer	Problemer i familien ved familiens opstart
	Støttende ressourcepersoner i eller udenfor familien	Høj grad af støttende ressourcepersoner i eller uden for familien eller i mindre eller lav grad
	Motivation	Motivation for at deltage i behandlingen
Den seksuelle krænkelse	Relation til krænker	Familier relation eller ikke-familier relation
	Krænkelsens karakter	Fuldblydet voldtægt/voldtægtsforsøg eller andre typer af overgreb (blufærdighedskrænkelser eller berøring af kønsdele)
	Varighed af overgreb	Kontinuerligt overgreb eller 1-3 overgreb
	Reaktion på krænkelsen	Åbenhed i familien omkring krænkelsen
Behandlingen	Behandlingens længde	Deltagernes forskellige behandlingslængde
	Behandlingssted	Hvilket af de tre behandlingssteder, deltageren har været tilknyttet

Betydningen af baggrunds- og kontekstfaktorer i forhold til deltagernes udvikling er undersøgt for BYI og TSCC. Analysen er foretaget ved hjælp af multiple regressionsanalyser, hvor effekten af de enkelte uafhængige variable er kontrolleret for de øvrige. Analysen er gennemført i forhold til deltagernes udvikling på kort, mellemlang og lang sigt.

Overordnet viser analysen, at en række af kontekst- og baggrunds-faktorerne har betydning for i hvor høj grad, deltagerne profiterer af gruppebehandlingen. Datagrundlaget ved afslutning såvel som 1. og 2. opfølgning er dog ikke stort, og analyserne skal derfor ses som tentative. Det vil sige, resultaterne kan udpege bestemte tendenser, men de skal ses i den konkrete sammenhæng, hvor kun netop ovenstående variable er inddraget i analysen, og hvor antallet af respondenter er for lille til, at vi kan betegne fundene som robuste.

I det følgende er de kontekst-, baggrunds- og indsatsfaktorer, der viser signifikant sammenhæng med udviklingen i én eller flere af effektindikatorerne i BYI og TSCC, beskrevet. Tabel 24 viser en oversigt over de signifikante sammenhænge på henholdsvis kort, mellemlang og lang sigt.

**Tabel 24: Signifikante sammenhænge fordelt på kort, mellemlang og lang sigt**

		Kort sigt	Mellemlang sigt	Lang sigt
Baggrunds- og kontekstfaktorer	Alder ved indskrivning	Selvbillede (BYI) Angst (BYI) Depression (BYI)	Seksuelle bekymringer (TSCC)	
	Problembelastning	Selvbillede (BYI) Angst (BYI) Depression (BYI) Total (TSCC) Angst (TSCC) Depression (TSCC) Vrede (TSCC) PTSD (TSCC) Dissociation (TSCC) Seksuelle bekymringer (TSCC)	Selvbillede (BYI) Depression (BYI) Total (TSCC) Depression (TSCC) Vrede (TSCC) PTSD (TSCC) Dissociation (TSCC) Seksuelle bekymringer (TSCC)	Selvbillede (BYI) Angst (BYI) Depression (BYI) Total (TSCC) Angst (TSCC) Depression (TSCC) Vrede (TSCC) PTSD (TSCC) Dissociation (TSCC) Seksuelle bekymringer (TSCC)
	Problemer i familien	NS	NS	NS
	Støttepersoner	Selvbillede (BYI) Total (TSCC) Depression (TSCC) PTSD (TSCC)	Selvbillede (BYI)	NS
	Motivation	NS	NS	NS
Den seksuelle krænkelse	Relation til krænker	Total (TSCC) Angst (TSCC) Depression (TSCC) PTSD (TSCC)	NS	Depression (BYI) Depression (TSCC)
	Krænkelsens karakter	Depression (BYI)	PTSD (TSCC)	NS
	Varighed af overgreb	NS	NS	NS
	Åbenhed i familien	NS	NS	NS
Behandlingen	Behandlingens længde	NS	NS	Depression (TSCC)
	Behandlingssted	NS	Depression (TSCC)	NS

Note: NS = Ikke signifikant sammenhæng.

### 6.3.4 Baggrundsfaktorer

#### *Alder ved indskrivningen*

Analysen peger på, at deltagernes alder ved behandlingsforløbets start har indflydelse på i hvor høj grad, deltagerne profiterer af behandlingen.

Analysen viser, at jo ældre deltagerne er ved gruppebehandlingens start, jo større er udbyttet af behandlingen på kort sigt i forhold til selvbillede, angst og depression (BYI). Der er således en tendens til, at de ældste deltagere på kort sigt i højere grad reducerer angst- og depressionssymptomer og udvikler sig positivt i forhold til deres selvbillede. På mellemlang sigt er der omvendt en signifikant tendens til, at jo yngre deltagerne er ved behandlingens start, jo større er reduktionen af seksuelle bekymringer. Resultatet tyder på, at det på mellemlang sigt særligt er de yngste deltagere, der reducerer deres seksuelle bekymringer.

Analysen viser således en sammenhæng, men den giver ikke et entydigt billede af sammenhængen mellem deltagernes alder ved behandlingens start og deres udbytte af forløbet.

### *Problembelastning ved indskrivning*

Deltagernes udgangspunkt ved behandlingens start har betydning for i hvilket omfang, de profiterer af behandlingen. Problembelastning betegner deltagernes psykiske belastning, og den er i analysen operationaliseret som deltagernes score ved indskrivning på en given effektindikator

Deltagernes psykiske belastning ved gruppebehandlingens start har betydning for den enkeltes udvikling på både kort, mellemlang og lang sigt. Analysen viser, at jo større psykiske udfordringer en deltager har ved behandlingens start, desto større udbytte har den pågældende af behandlingen på kort, mellemlang og lang sigt. Sammenhængen mellem deltagernes psykiske belastning ved behandlingens start og udviklingen efterfølgende er fremtrædende for flertallet af effektindikatorerne (se tabel 24).

Der er med andre ord en tendens til, at det er de deltagere, der har det dårligst fra start, der viser de største forbedringer umiddelbart efter behandlingen og ved de efterfølgende opfølgingsmålinger.

### *Familiefaktorer*

Analysen viser ingen sammenhæng mellem angivelsen af antal belastende familiefaktorer og deltagerens udvikling.

### *Støttende ressourcepersoner*

Behandlerne har ved gruppebehandlingens start vurderet, hvorvidt deltagerne i høj grad, i mindre eller i lav grad har støttende ressourcepersoner i eller udenfor familien. I regressionsanalysen er der skelnet mellem deltagere, der i høj grad har støttende ressourcepersoner i eller udenfor familien, og deltagere der kun i middel eller lav grad har støttende ressourcepersoner.

Analysen viser, at deltagere, der kun i lav grad eller i middel grad har støttende ressourcepersoner, udvikler sig mere på kort sigt i forhold til selvbillede (BYI), total traumescore samt depressions- og PTSD-symptomer (TSCC) sammenlignet med deltagere, der i høj grad har støttende ressourcepersoner. Forskellen mellem deltagere med og uden støttende ressourcepersoner fremtræder kun i forhold til selvbillede (BYI) på mellemlang sigt.

Analysen peger på, at det særligt er deltagere, der kun i mindre grad eller slet ikke har støttende ressourcepersoner, der oplever en positiv udvikling under gruppeforløbet. Sammenhængen findes dog primært på kort sigt og består ikke på lang sigt.

### *Motivation*

Analysen viser ingen sammenhæng mellem behandlerens vurdering af deltagernes motivation og deltagerens udvikling.

## **6.3.5 Den seksuelle krænkelse**

### *Relation til krænker*

Deltagerne i gruppebehandlingens har været udsat for forskellige seksuelle krænkelse. I regressionsanalyserne er der skelnet mellem deltagere, der har en familiær relation til krænker, og deltagere, der er blevet krænket af en person udenfor familien.

Analysen peger på, at deltagere, der har en familiær relation til krænker, i højere grad profiterer af gruppebehandlingen på kort sigt, sammenlignet med deltagere, der er krænket af en person udenfor familien. På kort sigt er der en signifikant sammenhæng mellem relation til krænker og udvikling på total traumescore, angst-, depressions- og PTSDsymptomer (TSCC). Forskellen fremtræder også på lang sigt i forhold depressionssymptomer målt ved både TSCC og BYI. På mellemlang sigt er der derimod ingen signifikante sammenhænge.

Deltagere, der har en familiær relation til krænker, forbedrer i højere grad deres psykiske trivsel umiddelbart efter behandlingsforløbets afslutning. Sammenhængen fremtræder også i forhold til depressionssymptomer ved 2. opfølgning.

#### *Krænkelsens karakter*

Flertallet af de unge, der er startet i gruppebehandlingen, har været udsat for fuldbyrdet voldtægt/samleje eller voldtægtsforsøg/forsøg på samleje. I regressionsanalysen er der skelnet mellem deltagere, der har været udsat for fuldbyrdet voldtægt/samleje eller voldtægtsforsøg/forsøg på samleje og deltagere, der har været udsat for andre typer af overgreb. Disse overgreb omfatter primært blufærdighedskrænkelser og berøring af kønsdele.

Resultatet af analysen er ikke entydigt. Analysen viser på den ene side, at deltagere, der har været udsat for voldtægt eller voldtægtsforsøg, i højere grad reducerer angstsymptomer (BYI) umiddelbart efter behandlingens afslutning i forhold til deltagere, der har været udsat for andre typer krænkelse. På den anden side peger analysen på, at denne gruppe af deltagere på mellemlang sigt i mindre grad reducerer deres PTSD-symptomer. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at der ikke er tale om en generel tendens, der fremtræder på tværs af resultatindikatorer.

Der kan ikke siges noget entydigt om sammenhængen mellem krænkelsens karakter og udbyttet af behandlingen.

#### *Varighed af overgreb*

Analysen viser ingen sammenhæng mellem varighed af overgreb og deltagerens udvikling.

#### *Åbenhed i familien*

Analysen viser ingen sammenhæng mellem åbenhed i familien og deltagerens udvikling.

### **6.3.6 Behandlingen**

#### *Behandlingens længde*

Analysen viser, at deltagerne, der har været igennem længere behandlingsforløb, i mindre grad har reduceret deres depressionssymptomer (TSCC) på lang sigt. Der er ikke tale om generelle tendenser, der fremtræder på tværs af effektindikatorer.

Der kan påvises sammenhæng mellem behandlingsforløbets længde og ét enkelt effektmål på lang sigt, men der er ikke tale om en generel tendens.

#### *Behandlingssted*

Behandlingsformerne i de fire projektsteder er forskellige på en række punkter, jf. procesevalueringen og den kvalitative effektvurdering. Det er derfor relevant at kontrollere, om effekten af behandlingen varierer på tværs af behandlingssteder. I analysen er der af hen-

syn til datagrundlagets størrelse ikke skelnet mellem de to behandlingssteder i Københavns Kommune.

Analysen viser, at deltagerne, der har været tilknyttet et behandlingsforløb i Aarhus Kommune, på mellemlang sigt i mindre grad har reduceret deres depressionssymptomer (TSCC) sammenlignet med deltagere, der har været tilknyttet behandling i Hjørring Kommune eller Københavns Kommune.

Der er ikke tale om en generel tendens, der fremtræder på tværs af effektindikatorer. Det er med andre ord ikke tilfældet, at deltagerne tilknyttet behandlingen i Aarhus Kommune generelt har haft mindre udbytte af behandlingen. Forskellen mellem behandlingsstederne er kun signifikant i forhold til deltagernes udvikling i depressionssymptomer på mellemlang sigt.

Der kan påvises sammenhæng mellem behandlingssted og ét effektmål på mellemlang sigt, men der er ikke tale om en generel tendens.

### **6.3.7 Sammenfatning af den kvantitative effektevaluering**

Det er afgørende for effektanalysens robusthed, at der ikke er et systematisk frafald af deltagere. Deltagerne, der er startet i gruppebehandling, og som har besvaret skemaer ved gruppebehandlingens opstart, er derfor sammenlignet med deltagerne, der derudover har besvaret skemaerne ved henholdsvis udskrivning og opfølgningerne. Det er ikke et systematisk frafald i deltagere fra indskrivning til udskrivning. Deltagerne, der er startet i gruppebehandling, afviger ikke betydeligt fra deltagerne, der har afsluttet gruppebehandling, og som dermed indgår i udskrivningsmålingen. Ved opfølgningsmålingerne er der enkelte mindre forskydninger i deltagersammensætningen i forhold til sammensætningen af deltagere ved indskrivningsmålingen. Disse forskydninger vedrører karakteren af den krænkelse, deltagerne har været udsat for ligesom deltagere tilknyttet ungdomsklinikken er en anelse underrepræsenteret.

Analysen af de kvantitative data i evalueringen af gruppebehandling af seksuelt krænkede børn og unge viser, at behandlingen har en målbar positiv effekt på deltagernes psykiske velbefindende. Overordnet peger analysen på, at over halvdelen af deltagerne oplever en forbedring efter gruppebehandling på en lang række områder på både kort, mellemlang og lang sigt. Deltagernes gennemsnitlige udvikling er statistisk signifikant på flertallet af indikatorerne på både kort, mellemlang og lang sigt. Samtidig er det muligt at påvise en moderat effektstørrelse på mellemlang og lang sigt. På kort sigt er der kun på enkelte indikatorer en svag effektstørrelse. Effekten af behandlingen er generelt mere fremtrædende på mellemlang og lang sigt. På mellemlang sigt er der på flertallet af indikatorerne en svag effekt, mens effekten på enkelte indikatorer er moderat. På lang sigt er det muligt at påvise en moderat effekt af gruppebehandling på flere områder. Det drejer sig om deltagernes angst-, PTSD- og ADHD-symptomer og vrede. Derudover er der også en moderat effekt af gruppebehandling i forhold til både deltagernes totale traumescore (TSCC total) og deltagernes totale problemscore (CBCL total).

Med udgangspunkt i eksisterende forskning og projektkommunernes indsatsteori er der udvalgt en række baggrunds- og kontekstfaktorer, der vurderes potentielt at have indflydelse på deltagernes udbytte af behandlingen. Datagrundlagets størrelse gør det ikke muligt at inddrage samtlige baggrunds- og kontekstfaktorer i analysen eller at nå til robuste

resultater. Overordnet viser analysen dog en sammenhæng mellem en række af de udvalgte indikatorer og deltagernes udvikling. Deltagernes problembelastning og alder ved indskrivningen, støttende ressourcepersoner i eller udenfor familien, relation til krænker, krænkelserens karakter og behandlingssted er alle faktorer, der i større eller mindre grad har indflydelse på i hvilket omfang, deltagerne oplever en forbedret trivsel efter behandlingsforløbet. Sammenhængen mellem problembelastning ved indskrivning og deltagernes udvikling er den mest entydige, idet analysen viser, at jo større problembelastning, jo større udvikling. Da evalueringen er tilrettelagt uden kontrolgruppe, er det imidlertid ikke muligt at påvise, om deltagernes udvikling alene kan tilskrives behandlingen eller skyldes andre faktorer i deres baggrund eller kontekst.

## 6.4 Registerudtræk – langsigtede effekter

Som supplement til evalueringens kvantitative effektmålinger, vedrørende udviklingen i deltagernes psykiske velbefindende, har Danmarks Statistik trukket oplysninger om deltagernes uddannelsesniveau og kontakt med sundhedsvæsenet fra gruppebehandlingens afslutning og de efterfølgende 18 måneder.

Da evalueringen er gennemført uden en kontrolgruppe, er der fra registerdata fra Danmarks Statistik udtrukket to sammenligningsgrupper, som deltagerne sammenlignes med. Der indgår 66 deltagere i registerudtrækket. Frafaldet i forhold til de i alt 72 børn og unge, der har gennemført gruppebehandling, skyldes manglende samtykke til registertræk (fra tre deltagere) og manglende match mellem det oplyste cpr-nummer og registrene (fra tre deltagere). De to sammenligningsgrupper er udtrukket med match på køn og alder ved afslutningstidspunktet. For hver deltager er der tilfældigt udtrukket ti personer i registre fra Danmarks Statistik.<sup>26</sup>

De to grupper er udtrukket fra henholdsvis befolkningen som helhed og udsatte børn og unge, hvor sidstnævnte dækker over en bred gruppe af børn og unge, som får ydelser efter lov om social service.<sup>27</sup>

Tabel 25 og tabel 26 viser antal deltagere, der optræder som patienter i Landspatientregisteret (LPR) de første 18 måneder efter gruppebehandlingens afslutning. Herudover viser tabellerne det samlede antal kontakter for deltagerne i perioden samt det gennemsnitlige antal kontakter for de deltagere, der havde kontakt med sundhedsvæsenet (kontakthyppighed er defineret som kontakter per patient) i perioden.

Halvdelen af deltagerne var i kontakt med det somatiske sygehusvæsen indenfor de første 18 måneder efter gruppebehandlingens afslutning, og omkring hver ottende (12 procent) var i kontakt med psykiatrien. I forhold til normalbefolkningen er en større andel af deltagerne i kontakt med sygehusvæsenet, og deltagernes kontakthyppighed (kontakt per patient) er ligeledes højere end normalbefolkningens. I forhold til den bredt sammensatte udsattegruppe, er deltagernes kontaktandel og kontakthyppighed derimod mindre. Dette

---

<sup>26</sup> Personerne er udtrukket med tilbagelægning, og den samme person kan derfor være udtrukket mere end én gang, men for forskellige deltagere.

<sup>27</sup> Register for udsatte børn og unge. Ydelserne vedrører enten anbringelser udenfor hjemmet, forebyggende foranstaltninger eller familierettede foranstaltninger. Udtrækspopulationen består både af børn og unge med fysiske og psykiske handicap såvel som sociale problemer, og det er ikke muligt at skelne mellem årsagerne ([www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Statistikdokumentation/udsatte-boern-og-unge/indhold](http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Statistikdokumentation/udsatte-boern-og-unge/indhold)).

gælder på tværs af patienttyper og gælder således for såvel ambulatoriepatienter som skadestuepatienter og indlagte patienter (jf. bilag 5).

**Tabel 25: Deltagernes kontakt med sygehusvæsenet (somatik)**

	Personer	Patienter		Kontakter	Kontakter per patient
	Antal	Antal	Procent	Antal	Antal
Gruppebehandling	66	33	50 %	146	4,42
Udsatte børn og unge	660	379	57 %	1899	5,01
Befolkning	660	236	36 %	824	3,49

**Tabel 26: Deltagernes kontakt med psykiatrien**

	Personer	Patienter		Kontakter	Kontakter per patient
	Antal	Antal	Procent	Antal	Antal
Gruppebehandling	66	8	12 %	73	9,13
Udsatte børn og unge	660	150	23 %	1630	10,87
Befolkning	660	30	5 %	289	9,63

Kun forskellen mellem deltagernes og normalbefolkningens kontakt andel og -hyppighed i forhold til psykiatrien og det somatiske sygehusvæsen er statistisk signifikant.

At deltagene i højere grad gør brug af sundhedsvæsenet og psykiatrien end normalbefolkningen, viser, at deltagerne oplever flere fysiske og psykiske problemer end børn og unge i normalbefolkningen. På den anden side, kan resultatet også ses som udtryk for, at deltagergruppen søger den hjælp, de har behov for: At de har opnået en erkendelse af, at de har et behov for psykiatrisk behandling eksempelvis. Deltagerne søger derimod mindre hjælp end børn og unge i udsattegruppen, men denne forskel ikke er signifikant.

I tabel 27 er deltagernes uddannelsesniveau opgjort i forhold til den højest fuldførte uddannelse per 1. oktober 2014. Opgørelsen viser, hvorvidt deltagernes uddannelsesniveau er aldersvarende efter nedenstående forsimpning. Tabellen viser antallet af deltagere, der er 16 år eller ældre samt andelen af deltagere, som har en aldersvarende uddannelse.

- 15 år eller yngre: Ikke relevant
- 16 – 18 år: Grundskole
- 19 år eller ældre: Gymnasiale uddannelser.

**Tabel 27: Deltagernes uddannelsesniveau**

	16 år eller ældre	Aldersvarende udd.	
	Antal	Antal	Procent
Gruppebehandling	51	38	75 %
Udsatte børn og unge	517	358	69 %
Befolkning	516	455	88 %

Tre ud af fire deltagere (75 procent) havde 1. oktober 2014 afsluttet en aldersvarende uddannelse, mens det for gruppen udtrukket fra henholdsvis normalbefolkningen og udsatte børn og unge var 88 procent og 69 procent.

Forskellen mellem deltagerne og normalbefolkningen er statistisk signifikant i forhold til uddannelsesniveau. Deltagerne og udsattegruppen adskiller sig derimod heller ikke her statistisk signifikant fra hinanden.

Det ser således ud til, at gruppebehandlingen ikke umiddelbart formår at kompensere deltagerne for deres udsatte position i forhold til, at de får et alderssvarende uddannelsesniveau. Dette betyder selvfølgelig ikke, at deltagerne ikke ville kunne indhente uddannelsesniveauet på et senere tidspunkt i deres liv. Sammenlignet med udsattegruppen, opnår deltagerne i højere grad et alderssvarende uddannelsesniveau – men denne forskel er som tidligere nævnt ikke signifikant.

Det skal i denne forbindelse understreges, at der er tale om sammenligningsgrupper. De statistiske signifikante forskelle der er imellem de to grupper (her seksuelt krænkede børn og unge i gruppebehandling og et udsnit af normalbefolkningen), fortæller kun, at der er forskel på grupperne og ikke, at denne forskel skyldes gruppebehandlingen.

#### *Uddannelsesniveau og kontakt med sundhedsvæsenet fordelt på behandlingseffekt*

I dette afsnit ses der på, om der er en sammenhæng mellem den effekt, deltagerne har haft af gruppebehandlingen og deltagernes kontakt med sundhedsvæsenet. Der ses også på, om der er en sammenhæng mellem effekten af gruppebehandlingen og deltagernes uddannelsesniveau. Effekt af gruppebehandling opgøres her som deltagernes score ved gruppebehandlingens afslutning (på kort sigt) på de overordnede indikatorer i BYI (Selvbillede, Depression og Angst) og deltagernes totale traumescore (TSCC).<sup>28</sup>

Figur 11 viser deltagernes gennemsnitlige antal kontakter med sundhedsvæsenet, hvor deltagerne er delt op i to grupper: Deltagere med en bedre score og deltagere med en uændret eller dårligere score på de pågældende effektmål ved gruppebehandlingens afslutning.

Det ses af figur 11, at deltagere med en bedre angst- og depressionsscore ved behandlingens afslutning, sammenlignet med scoren ved behandlingens påbegyndelse, oftere har

---

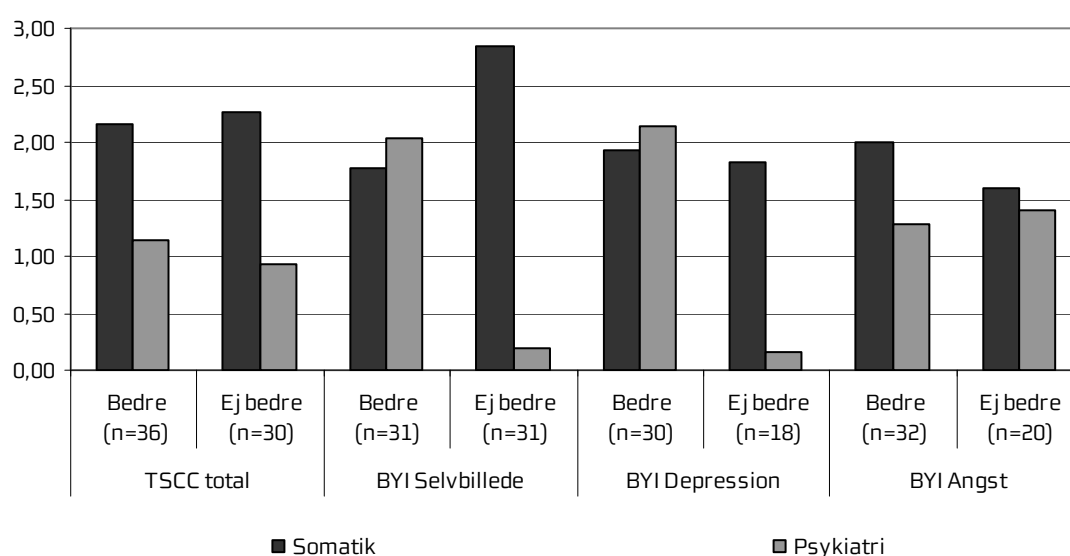
<sup>28</sup> I det følgende er der kun set på registerdata i forhold til gruppebehandlingens effekt på kort sigt (ved gruppebehandlingens afslutning), da der har været et forholdsvis stort frafald blandt deltagerne i evalueringen i de efterfølgende målinger og populationen således bliver meget lille.



kontakt med det somatiske sundhedsvæsen. Omvendt har de deltagere, der ved gruppebehandlingens afslutning scorer bedre i forhold til den totale traumescore (TSCC total) og selvbillede, mindre kontakt med det somatiske sundhedsvæsen, end dem der ikke forbedrer deres score på disse effektmål.

De relativt store forskelle og udsving i forhold til deltagernes psykiatrikontakter skal blandt andet ses i lyset af, at der i alt er tale om kun otte personer med psykiatrikontakter (jf. tabel 26) og tallene kan derfor ikke tillægges stor betydning.<sup>29</sup> Resultatet peger dog i retning af, at deltagere, der har oplevet positive effekter i forhold til selvbillede og depression på kort sigt, anvender psykiatrien mere, hvilket muligvis kan skyldes, at de er blevet mere opmærksomme på deres udfordringer.

**Figur 11: Kontakt med sundhedsvæsenet fordelt på behandlingseffekt på kort sigt**



Resultaterne i figur 11 skal ses i relation til sammenhængen med deltagernes udvikling på kort, mellemlang og lang sigt, som blev præsenteret i den kvantitative analyse. Her fremgik det, at deltagere, der har en positiv udvikling i forhold til BYI-indikatorerne på kort sigt, ikke fortsætter en tilsvarende positiv udvikling på mellem og lang sigt. De formår derimod at fastholde deres forbedring. Det betyder, at BYI-scoren på kort sigt, altså tre af de effektmål, der indgår i figur 11, ikke nødvendigvis indikerer, hvordan deltagerne profiterer af gruppebehandlingen på sigt. Derfor kan figur 11 ikke tolkes helt entydigt i forhold til dette effektmål.

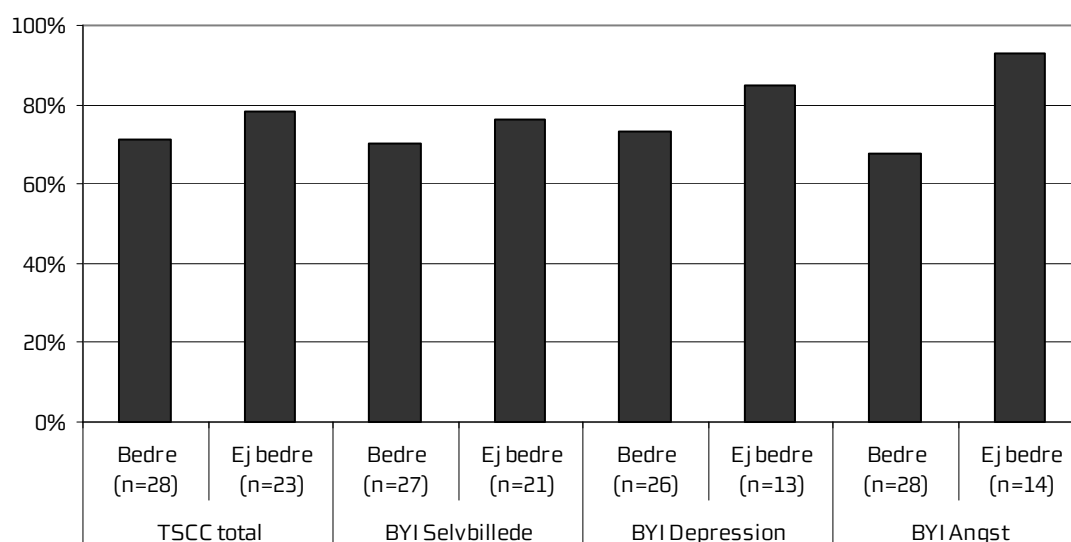
I den kvantitative analyse af sammenhængen i udvikling på kort, mellemlang og lang sigt fremgik det også, at de deltagere, der oplever en positiv udvikling på kort sigt i deres totale traumescore (TSCC total), også er de deltagere, der oplever en større positiv udvikling på lang sigt i forhold til dette effektmål. Deltagernes totale traumescore (TSCC total) på kort sigt, indikerer således, at deltagerne udvikler sig yderligere positivt på lang sigt. Det ses af figur 11, at de deltagere, der forbedrer deres totale traumescore (TSCC total), også er dem, der i mindre grad benytter det somatiske sundhedsvæsen sammenlignet med dem, der ikke forbedrer deres totale traumescore (TSCC total) på kort sigt.

<sup>29</sup> Forskellene er ikke signifikanstestet, da udtrækket af hensyn til deltagernes anonymitet ikke indeholder de nødvendige oplysninger, der muliggør dette.

I figur 12 er andel deltagere med et alderssvarende uddannelsesniveau den 1. oktober 2014 ligeledes opdelt i forhold til behandlingseffekten på kort sigt. Den første søjle længst til venstre i figuren viser, at 71 procent af de deltagere, der forbedrer deres scorer i forhold til den totale traumescore (TSCC total) på kort sigt, har en alderssvarende uddannelse. Den anden søjle fra venstre viser, at 78 procent af de deltagere, der ikke forbedrer deres totale traumescore (TSCC total) har en alderssvarende uddannelse. Deltagere under 16 år (pr. 1. oktober 2014) indgår ikke i figuren.

Figuren viser lidt overraskende, at blandt deltagerne med en bedre score på alle fire effektmål er der en mindre andel, der har afsluttet en alderssvarende uddannelse end blandt de deltagere, der ikke har forbedret deres score. Ingen af forskellene er imidlertid statistisk signifikante og skal derfor ikke tillægges for stor vægt.

**Figur 12: Aldersvarende uddannelsesniveau fordelt på behandlingseffekt på kort sigt**



#### 6.4.1 Sammenfatning af registerudtræk – de langsigtede effekter

Den registerbaserede analyse af de langsigtede effekter af gruppebehandlingen viser, at deltagerne i perioden efter behandlingen og 18 måneder frem, har en signifikant højere kontaktandel og kontakthypighed i forhold til sygehusvæsenet sammenlignet med normalbefolkningen. Sammenlignet med normalbefolkningen har deltagerne ligeledes et signifikant lavere uddannelsesniveau set i forhold til, hvad der er alderssvarende. Sammenlignet med udsattegruppen har deltagerne derimod en mindre kontaktandel og kontakthypighed i forhold til sygehusvæsenet og i højere grad et alderssvarende uddannelsesniveau. Denne forskel er dog ikke signifikant.

Resultaterne ovenfor skal ses i sammenhæng med, at baggrundsdata for gruppen af børn og unge, som har deltaget i gruppebehandlingen, viser, at der er tale om en udsat gruppe, der kommer fra familier med flere forskellige sociale problemstillinger. Det er derfor ikke overraskende, at deltagerne adskiller sig fra normalbefolkningen i forhold til uddannelse og kontakt med sygehusvæsenet.

I forhold til behandlingseffekt på kort sigt og deltagerens uddannelsesniveau og kontakt med sundhedsvæsenet er resultaterne ikke helt entydige. Dog ses det, at de deltagere, der

oplever en forbedring i deres totale traumescore (TSCC total) på kort sigt, har et signifikant mindre antal kontakter med det somatiske sundhedsvæsen, end de deltagere, der ikke har forbedret deres totale traumescore på kort sigt. Der er ingen signifikante sammenhænge mellem behandlingseffekt på kort sigt og forskellen i deltagernes uddannelsesniveau.

## 6.5 Den kvalitative dataindsamling

Den kvalitative effektvurdering skal tematisere og kvalificere den kvantitative effektmåling. Dataindsamlingen er udført, så den kan supplere og perspektivere den kvantitative dataindsamlings resultater i forhold til undersøgelsens hypoteser, og for at den kan afdekke eventuelle alternative temaer og forklaringer. Den kvalitative dataindsamling er således i udpræget grad fokuseret omkring deltagernes og behandlernes oplevelse af handlingen.

Den kvalitative dataindsamling består af 14 behandlerspørgeskemaer eller interviews, 11 gruppeinterviews, otte individuelle interviews med deltagere (syv med gennemførte forløb og en drop-out) og syv interviews med forældre til deltagere med gennemførte forløb. Der foreligger således behandlerbesvarelser (spørgeskema og/eller interview) for hver af de gennemførte grupper og gruppeinterviews med de fleste grupper.<sup>30</sup>

Det var oprindeligt planen at udvælge deltagere til individuelle interviews, så der var så stor variation i baggrundsforhold og behandling som muligt. Det var også et ønske at vælge disse cases på baggrund af effektdata for at kunne beskrive både forløb med en positiv og en negativ udvikling. Det har imidlertid været vanskeligt at inkludere de rigtige deltagere, da en del har afslået, og/eller fordi deres målinger har været inkomplette. Det har også været vanskeligt at sikre, at den udvalgte case også har deltaget i et gruppeinterview, da der har været flere afbud. Endelig har det, især i Hjørring, været svært at afgrænse grupperne, fordi de var løbende, og dermed få både individuelt interview, gruppeinterview og behandlerinterview på samme tidspunkt. Det er dog lykkedes at indsamle data til syv detaljerede casebeskrivelser. Casebeskrivelserne er som udgangspunkt udarbejdet på baggrund af nedenstående data, men jf. ovenstående vil der i nogle tilfælde mangle en af datakilderne, eller der vil ikke være fuldstændig overensstemmelse i tid mellem datakilderne.

- Individuelle interviews med de udvalgte deltagere og om muligt med en af deres forældre
- Gruppeinterview med den gruppe den pågældende deltager har deltaget i
- Interviews med gruppens behandlere
- Spørgeskemabesvarelser indsamlet med følgende spørgeskemaer: basisskema, CBCL/YSR, BYI, TSCC, vurderingsskema (de udvalgte deltagere og deres gruppe)

Casebeskrivelserne udgør et omfattende materiale, der er vedlagt som bilag 4. I næste afsnits fremstilling af resultater uddrages centrale tendenser fra casebeskrivelserne og fra det auditforløb, der er gennemført på baggrund af casebeskrivelserne. Auditforløbet bestod af et auditmøde med deltagelse af to behandlere fra Aarhus Kommune og en ekstern ekspert. Deltagerne havde på forhånd vurderet to af casebeskrivelserne ud fra et vurderingsskema med fokus på en række temaer og desuden vurderet temaer på tværs af case-

---

<sup>30</sup> Ved de lukkede grupper er interviewene gennemført i forbindelse med afslutningen. Ved de åbne grupper (Hjørring Kommune) er der gennemført interviews med passende mellemrum.

beskrivelserne. Vurderingerne og drøftelserne på mødet indgår i præsentationen af resultaterne.

## 6.6 Resultater af den kvalitative dataindsamling

### 6.6.1 Frafald (under gruppebehandlingen)

Procesevalueringen og den kvantitative effektmåling viser, at frafald er et problem i forhold til gruppebehandling. Behandlerne siger samstemmende, at frafald og udeblivelser er en belastning for gruppen, da det efterlader de øvrige medlemmer med en følelse af svigt og manglende tillid. Udeblivelser og frafald i en gruppe kan have stor betydning for gruppedynamikken og for de øvrige medlemmers oplevelse af tillid og tryghed og dermed for mulighederne for at udvikle sig positivt i gruppeforløbet.

Derfor lægger behandlerne stor vægt på at tydeliggøre rammerne fra forløbets start; at deltagerne har mødepligt og afbudspligt. De sørger også for at indlede gruppemødet med at fortælle om grunden til eventuelle afbud, så deltagerne ikke skal sidde og tænke over, hvorfor der mangler en eller flere. Pigerne selv udtaler sig lidt forskelligt om emnet, fx:

*"X blev gravid. Det fik vi at vide sidste gang. Hun synes, hun var kommet videre, og hun fik ikke noget ud af det. Og så blev hun ved med at hænge fast i det ved at være her. Det kan jeg godt forstå. Det ville jeg heller ikke, hvis jeg var kommet videre."*

*"Det er fint nok for vedkommende. Det er hendes valg, hvis hun er kommet videre, behøver hun jo ikke være her. Men jeg synes, det er dumt, hvis man gerne vil, men man ikke har været her. Y har fx ikke rigtig været her. Det går da lidt ud over gruppen."*

Flere fortæller således, at det er vigtigt for deres tillid til gruppen, at alle møder op, eller at de forstår, hvorfor de udebliver. Især når udeblivelser bliver til egentligt frafald er det vigtigt, at de øvrige deltagere kender grunden til det, så de ikke skal tænke over, om det havde noget med dem at gøre.

Grundene til frafaldet er forskellige. En af hovedårsagerne er sandsynligvis, at deltagerne kæmper med andre vanskeligheder. Ofte er det problemer i familien. Disse problemer kan fylde mere end deltagernes vanskeligheder som følge af overgrebet, og de 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 Københavns Kommune 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 deltageres oplevelser.

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

De tiltag, der kan gøres for at forebygge frafald, er dels en så omhyggelig visitation og matchning som muligt 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, fx i forhold til transport.

## 6.6.2 Effekten af gruppebehandlingen

Stort set alle de interviewede børn og unge og deres forældre udtaler sig positivt om gruppebehandlingen og mener, at den har haft effekt på dem/deres børn. Deltagerne nævner en lang række områder, hvor gruppebehandlingen har medført en positiv udvikling.

Langt de fleste deltagere fremhæver, at det at tale med andre, der har været ude for det samme, får dem til at føle mindre skyld og skam. Som en af dem 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."*

En del nævner også, at gruppebehandlingen har fået dem til at føle sig mindre alene i verden, fordi de nu ved, at der er andre, der har oplevet det samme. En deltager udtrykker det således:

*"At man ikke skal være bange for, at man er unormal, fordi man har været ude for noget, fordi der også er andre. Man har fået lettere ved at takle situationen, fordi man har set og oplevet, at der er andre i samme situation, man er ikke alene. Det er bedre end bare at vide, at der findes andre i samme situation – vi har set dem."*

Gruppebehandlingen afhjælper således pigernes ensomhedsfølelse, og den får dem til at føle sig forstået. De fortæller, at mange af de ting, de ikke har kunnet fortælle til andre, og de følelser, de troede, de var alene med, dem kan de dele med de andre deltagere, og den forståelse og genkendelse, de møder, hjælper dem til at komme videre. 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:

*"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."*

Nogle deltagere nævner gruppen som et trygt sted, hvor de har tillid til hinanden og lærer at stole på andre mennesker igen:

*"Når man har gået her i et stykke tid, så bliver gruppen som en familie. Vi snakker sammen på en bestemt måde, der gør, vi bliver som en familie. Vi ved, vi kan stole på hinanden i gruppen!"*

Gruppebehandlingen har for deltagerne været et sted, hvor de har kunnet tale om overgrebet og få bearbejdet det, der er sket. Flere fortæller, hvordan det at fortælle mange gange om overgrebet både gør, at de nu kan være mere åbne omkring det, og at det efterhånden kommer til at fylde mindre i tankerne. En deltager siger om det, der især har hjulpet hende:

*"At jeg har lært at bearbejde mine følelser og takle dem på en god måde i stedet for at lukke mig inde."*

En del deltagere fortæller, at gruppebehandlingen har hjulpet dem til at føle mindre angst og mindre tristhed. To af dem siger således:

*"Min angst er væk. Det har jeg haft rigtig meget. Nu har jeg ikke haft det i hele sommerferien. På det tidspunkt havde jeg mange angstanfald, det har jeg ikke længere."*

*"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."*

Andre deltagere nævner specifikt, når de bliver spurgt, om gruppebehandlingen har ændret noget, at de har fået mere selvtillid eller selvværd. En af deltagerne siger eksempelvis:

*"Mine tanker omkring mig selv. Mit selvværd. Det er jo næsten alt. Hele min personlighed var baseret på det, der var sket."*

En del deltagere mærker også en forskel i de relationer, de indgår i. En deltager siger eksempelvis:

*"Og jeg har fået et tættere forhold til mine forældre. Min mor er en rigtig god støtte, så jeg altid kan komme til hende."*

Andre fremhæver, at de har fået et bedre forhold til drenge og nu kan indgå i en relation til en kæreste:

*"Jeg har været rigtig, jeg vil ikke sige bange, men jeg har ikke kunnet stole på drenge før. Det forløb her, det har hjulpet mig så meget. Jeg stoler 100 procent på min kæreste, som er en dreng nu. Det havde jeg aldrig turdet tro på kunne lade sig gøre. Det betyder virkelig noget, at man kan have et normalt forhold. Og det kan lade sig gøre efter det her."*

Endelig nævner flere deltagere, at de er blevet bedre til at mærke og sætte grænser. En deltager udtrykker følgende:

*"Ved nogle ting er jeg bedre til at sætte mine grænser end jeg var før. Simpelthen at sige stop til nogle ting. Fx kunne det godt være, at de kom over min grænse, men bagefter var jeg fuldstændig færdig, selvom jeg ikke kunne mærke det, når det skete. Nu tænker jeg, at det er bare noget, der er sket. Det er noget, jeg må leve med. Jeg har faktisk fået en hel del redskaber til at kunne leve med det. Jeg skal se fremad, det er en del af mig."*

Enkelte deltagere vurderer ligefrem, at hvis de ikke havde fået tilbuddet, havde de ikke klaret sig:

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

### **6.6.3 Betydning af baggrunds-, kontekst- og indsatsfaktorer**

Behandlerne havde fra projektets start en række antagelser om, hvilke baggrunds- og kontekstfaktorer der kan have en hæmmende eller fremmende indvirkning på gruppebehandlingen og den enkelte deltagers udbytte af denne og en række antagelser om virksomme elementer i indsatsen. I procesevalueringen, auditforløbet og det afsluttende arbejde med

metodebeskrivelserne er disse hypoteser blevet drøftet og udviklet. Desuden indeholder interviews med behandlere, deltagere og deres forældre en lang række udtalelser fra behandlere og deltagere om, hvilke baggrunds-, kontekst- og indsatsfaktorer, de vurderer, har en betydning for effekten af gruppebehandlingen. I dette afsnit redegøres for de væsentligste antagelser om, hvilke baggrunds-, kontekst- og indsatsfaktorer, og i det afsluttende analyseafsnit relateres antagelserne til resultaterne af den kvantitative effektmåling.

**Alder:** Behandlerne har gennemført gruppebehandling med piger mellem 9 og 18 år. Behandlerne fra Aarhus Kommune vurderer, at de har bedst erfaring med gruppebehandling for børn og unge mellem 10 og 17 år og allerbedst til de unge mellem 14 og 17 år. De øvrige behandlingssteder vurderer ikke, at alder i sig selv har indflydelse på effekten. Langt de fleste overvejelser omkring alder drejer sig om sammensætningen af grupper. Her er erfaringen, at grupperne fungerer bedst med et maksimalt aldersspænd på 2-3 år. Desuden vurderes det, at skellet mellem børne- og ungegrupper bør ligge omkring 14-15 år, fordi det for de fleste er der, seksualiteten kommer til at spille en større rolle, og at der vil være forskel på, hvad der bliver talt om og arbejdet med blandt børn mellem 10 og 13 år og blandt unge mellem 15 og 18 år. Det må afhænge af en konkret vurdering af modenhed, om en 14-årig hører hjemme i en børne- eller i en ungegruppe. I det hele taget kan alder ikke stå alene som et vurderingskriterium, idet deltagerens kognitive udviklingsniveau og generelle modenhed har større betydning for muligheden for at indgå i og profitere af gruppebehandlingen.

Deltagernes overvejelser omkring alder handler også mest om betydningen af aldersspændet i en gruppe. De fleste deltagere vurderer, at aldersforskellen ikke må være for stor, da forskellige aldersgrupper vil have fokus på forskellige emner. Fx vil de ældre tale mere om kærester. Der er dog også deltagere, som ikke mener, at alderen har nogen afgørende betydning, fordi det, der forener dem, er, at de har været udsat for seksuelle krænkelse, og at det sikrer, at de kan forstå og bruge hinanden på tværs af alder.

**Psykopatologi:** Børn og unge, som har været udsat for seksuelle krænkelse, vil ofte være traumatiserede og have flere angst- og depressionssymptomer end gennemsnittet. En del af dem vil desuden have udviklingsforstyrrelser eller andre typer psykopatologi, som kan have indflydelse på deltagelsen i og udbyttet af gruppebehandlingen. Behandlerne har igennem projektet fået bekræftet, at de i visitationen til gruppebehandlingen må have følgende opmærksomhedspunkter:

- Ved meget høj grad af traumatisering kan det være relevant at tilbyde barnet eller den unge individuel terapi før eventuel gruppeterapi. Ved lav traumatiseringsgrad må behandlerne ligeledes overveje, om barnet eller den unge vil få for lidt udbytte af behandling i en gruppe med eksplicit fokus på traumearbejdet
- Dissociering er et typisk traumesymptom og vil således være til stede hos en del af deltagerne. Behandlerne må dog vurdere, om barnet eller den unge dissocierer i en grad, der gør det for vanskeligt at inddrage og fastholde barnet eller den unge i aktiviteterne i forbindelse med gruppebehandlingen
- Angstsymptomer vil være til stede hos en del af børnene og de unge. Det er nødvendigt at vurdere, om barnet eller den unge er i stand til at møde op i gruppen og deltage i aktiviteterne
- Deltagere med udpræget tendens til splitting kan være vanskelige at håndtere i en gruppesammenhæng

- Behandlingen kræver, at barnet eller den unge kan sidde stille og koncentrere sig i længere tid af gangen. Der må således være opmærksomhed på eventuelle udviklingsforstyrrelser og på graden af symptomer og mulighed for at regulere dem

En behandler udtrykker én af udfordringerne ved gruppebehandling således:

*"Fordi ligeså snart der bare er en lille smule angst, så vil de begynde at dissociere. Hvordan laver man terapi for nogen, der overhovedet ikke kan udholde angst? For man skal jo snakke om det, der er svært. Så skal man i hvert fald have voldsom opmærksomhed på hele tiden at grounde dem, altså hele tiden få dem tilbage. Det tænker jeg, det er svært i en gruppesammenhæng, for de sidder og lytter til hinanden, og lige pludselig er de væk."*

**Kognitivt udviklingsniveau:** Behandlerne har desuden fået bekræftet, at det kan være vanskeligt at rumme deltagere i gruppebehandlingen, hvis de har for lavt kognitivt funktionsniveau. Dette må således også være et opmærksomhedspunkt i visitationen.

**Mentaliseringsevne:** Behandlerne er i stigende grad blevet opmærksomme på, at gruppebehandling forudsætter tilstedeværelsen af en vis mentaliseringsevne, og behandlerne må derfor observere barnets eller den unges forestillings- og indfølelse under visitations-samtalerne. Barnet eller den unge skal kunne sætte sig i andres sted, men samtidig skal de kunne holde fast i sig selv. En behandler siger:

*"Jeg vil tænke, at det, der er vigtigt, det er:: kan de finde ud af at sætte sig i andres sted? Det skal man på en eller anden måde kunne, ellers kommer de til at lave ravage i de andre. De kan heller ikke bruge det, de andre siger særligt meget inde i sig selv, for de kan ikke lave en overgang. De hører ikke efter, for de er jo bare optagede af sig selv. Og så samtidig skal de ikke være for suggestible, for der er også noget omkring det der ift., at de skal kunne tåle at høre de andre."*

**Belastende familiefaktorer:** En stor del af deltagerne har andre problemstillinger end den seksuelle krænkelse, som belaster dem både ved indskrivning og gennem forløbet. Behandlerne fortæller, at disse problemer kan fylde mere end deltagernes vanskeligheder som følge af overgrebet, og at de kan overskygge og hæmme deltagelsen i gruppen. De er ikke i tvivl om, at deltagernes udbytte af gruppebehandlingen kan blive påvirket af, hvor mange andre belastende faktorer, de skal håndtere. Det er et vilkår i arbejdet med den pågældende målgruppe, og det kan derfor være hensigtsmæssigt at overveje, om familien også skal tilbydes andre former for støtte, eksempelvis familiebehandling eller anden støtte til de nære omsorgspersoner.

**Opbakning fra omgivelserne:** Behandlerne vurderer, at det er afgørende for barnet eller den unges mulighed for at deltage i gruppebehandlingen, at der er opbakning fra nære omsorgspersoner eller andre i netværket, som bl.a. kan understøtte, at deltageren kommer af sted til gruppemøderne. En behandler siger:

*"Det er et vigtigt kriterium, at der er nogen, der bakker op, så pigen både kan mærke, at det er okay, jeg tager af sted, det er godt, men at der også rent praktisk er en, der prikker hende på skulderen. Ja, jeg tænker faktisk, at meget af det er praktisk. Det er også opbakning, men meget praktisk."*

*"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."*

Behandlerne anbefaler derfor, at når barnet eller den unge modtager tilbud om gruppebehandling, skal der samtidig indgås en forpligtende aftale med en omsorgsperson eller med en anden person i netværket om opbakning i forhold til fremmøde og praktisk hjælp til transport, hvis det er nødvendigt (evt. aftale med myndighedspersonen om transport).

Fra projektets start planlagde projektstederne aktiv forældreinddragelse i forhold til gruppebehandlingen, det vil sige møder med forældrene med henblik på information og erfaringsudveksling. Der har ikke været ressourcer til at gennemføre denne plan for alle grupperne, men behandlerne mener stadig, det kan have betydning for gruppeforløbets succes, at der sker denne type forældreinddragelse især ift. de yngre grupper, og enkelte af de interviewede forældre efterlyser det også.

**Motivation:** Behandlerne understreger, at det ikke er et krav, at deltageren er meget motiveret fra start, for det kan netop være svært at tage det første skridt og indvillige i at indgå i en gruppe centreret om et meget sårbart emne. Behandlerne skal imidlertid vurdere, om barnet/den unge er motiverbar, dvs. overveje og drøfte sandsynligheden for, at barnet/den unge vil blive motiveret og profitere af gruppebehandlingen. En behandler siger:

*"Man kan sige, det, der er grunden til, man ikke er motiveret. Kan man som behandler se, at gruppen faktisk kunne hjælpe på det problem... Fordi sådan vil det faktisk tit være, at det er skylden og skammen, der gør, at man ikke vil i en gruppe, men det er netop der, det er godt at være i en gruppe."*

**Krænkelens karakter (og reaktioner på denne):** Betydningen af hvilken krænkelse, børnene eller de unge har været udsat for, har mest været drøftet i relation til gruppesammensætningen. Fra projektets start var især behandlerne i Aarhus Kommune meget optagede af, at de i gruppesammensætningen ville prøve at matche deltagerne, så der var mindst to, der havde været udsat for samme type krænkelse for at fremme muligheden for spejling. Det kunne fx være at være blevet krænket af deres far. Behandlerne har drøftet dette kriterium indgående projektet igennem, og de er i auditforløbet nået frem til at vurdere, at det ikke har afgørende betydning for gruppen, om der er match mellem deltagerne ift. krænkelens karakter. Der foreligger også en del udtalelser fra deltagerne, som bakker denne vurdering op, eksempelvis følgende:

*"Nej, uanset hvem det er, så er det jo en krænkelse. En eller anden form, og man har de samme følelser omkring det. Jeg havde i hvert fald et meget anstrengt forhold til min krop, inden jeg fortalte det. Fordi nu blev den beskidt, og det dur ikke."*

*"Tror, der er forskel på, om det er en tæt relation (familiemedlem som krænker) eller, hvis det er en ukendt. Det er hårdere psykisk, når man er i familie sammen og ser vedkommende hele tiden. Men når de snakkede om det i gruppen, gjorde det ingen forskel, fordi det at være blevet krænket var fælles."*

Deltagerne mener i overvejende grad, at det er selve det, at de er seksuelt krænkede, der giver dem noget fælles at mødes og tale om. Det er ikke så vigtigt, om krænkelsen har været den samme. Det er følelserne omkring den og reaktionerne på at være blevet krænket, der fylder.

**Gruppesammensætning:** Erfaringerne i forhold til og drøftelserne om kriterier for egnethed til gruppebehandling og af hvilke faktorer, der henholdsvis fremmer og hæmmer udbyttet af gruppebehandling, kommer i løbet af projektet til at handle mere og mere om gruppesammensætning. Behandlerne vurderer således, at det er vanskeligt at udlede absolutte kriterier for deltagelse i gruppebehandling, fordi den enkelte deltagers mulighed for at profitere af forløbet i højere grad afhænger af, hvordan den konkrete gruppe fungerer. Drøftelserne drejer sig derfor mere om, hvordan behandlerne sikrer den rette gruppesammensætning og dermed skaber de bedste forudsætninger for en gruppedynamik, der faciliterer den enkeltes deltagelse og mulighed for udvikling i gruppen. I det følgende beskrives de opmærksomhedspunkter om gruppesammensætning, behandlerne vurderer som væsentlige, suppleret med deltagernes erfaringer i forhold til det samme.

Behandlerne har afprøvet forskellige **gruppestørrelser** projektet igennem. Ved projektets afslutning vurderer behandlerne fra Aarhus Kommune, at den ideelle gruppestørrelse fra start i en lukket gruppe er seks deltagere. Der vil typisk være afbud undervejs, og med en gruppe på seks kan der være to afbud og alligevel en gruppe på fire, og det er tilstrækkeligt. Grupper på mere end seks giver ikke tid nok til den enkelte. Behandlerne i Hjørring Kommune vurderer, at når der er tale om åbne grupper, er den bedste strategi at starte gruppen, når der er seks deltagere og fylde op til maksimum otte deltagere (efter slow-open-princippet).

De interviewede deltagere bekræfter stort set behandlernes vurderinger, da de fleste mener, at en samlet gruppestørrelse på 6-7 er i orden, fordi der så typisk vil sidde 4-5 deltagere til det enkelte gruppemøde, og det er tilpas. Er der flere end det, synes deltagerne ikke, der er tid nok til den enkelte.

Behandlerne anbefaler ikke at sætte børn og unge med **forudgående kendskab** til hinanden i samme gruppe, da det kan skabe enten uheldige alliancer eller konflikter. Deltagerne mener heller ikke, det er en god ide at kende hinanden i forvejen.

**Spejling** i de andre gruppedeltagere udgør en afgørende del af gruppebehandlingen. Det er derfor vigtigt at overveje, hvilke muligheder den enkelte deltager har for spejling. Som nævnt tidligere indgik det fra projektets start i flere af projektstedernes indsatsteori, at et kriterium for gruppesammensætning var, at flere deltagere skulle have været udsat for samme krænkelse. Det anser behandlerne ikke længere som et fast kriterium, og som nævnt tidligere bakker deltagerne op om, at det ikke er nødvendigt, at de har været udsat for samme krænkelse. Mulighederne for spejling er dog stadig et opmærksomhedspunkt i sammensætningen af en gruppe, men som en behandler udtrykker det, har de ikke altid mulighed for at luksussammensætte en gruppe, men må arbejde med dem, der er. Der kan imidlertid også være andre parametre, det er en fordel at kigge på. Fx kan en deltager, der fungerer væsentligt bedre end de andre (kognitivt, socialt), komme til at savne en at spejle sig i. I auditforløbet drøfter panelet, om netop denne omstændighed kunne være medvirkende til, at der i case 2 ikke kan påvises positiv udvikling (se evt. bilag 4). Denne pige var fra forløbets start bedre fungerende og havde mere overskud end de andre i gruppen, og hun kom i høj grad til at fungere som støtte for nogle af de andre, men havde ikke selv nogen, hun kunne udvikle sig op ad. En behandler fortæller:

*"Hun har jo taget et kæmpe ansvar ind i den gruppe, fordi hun er velfungerende. Hun er kommet hver eneste gang med relativ høj motivation. Hun var meget motiveret allerede inden, hun kom ind i gruppen. Hun vil bare rigtig gerne være i gruppe og møde nogle andre. Jeg tænker egentlig, hun har i hvert fald båret et stort læs i den gruppe ift. at være den,*

*der er kommet, den der bringer emner ind, den der siger noget. Hun har også været fantastisk at have med, fordi hun jo bliver noget, de andre kan kigge på; "Gud, sådan kan man få det hen ad vejen", fordi hun jo også har været meget ærlig omkring, hvordan hun har haft det. Hun er måske også et andet sted i processen, fordi hun jo også, det er en detalje, men har haft et individuelt forløb inden."*

Tilsvarende har behandlerne fra Københavns Kommune tidligere vurderet, at en del af deres frafald fra grupperne skyldtes, at enkelte gruppedeltagere ikke syntes, de passede ind. De følte, at de var for forskellige fra de øvrige på for mange områder.

Tilbud om deltagelse i gruppebehandling må derfor ske på baggrund af en **samlet vurdering** af barnet eller den unge og matchet med en planlagt eller eksisterende gruppe, og det er ifølge behandlerne vanskeligt at opstille klare kriterier. I auditforløbet sammenfatter den eksterne ekspert problemstillingen således:

*"Umiddelbart tænker jeg, at der er noget omkring sammensætningen, hvor man kan tænke [...]: "der er så mange, der kommer sporadisk, det gør mig lidt nervøs ved gruppen". Fordi [...]: gad vide, hvad det er for nogle faktorer i sammensætningen af gruppen, der gør, at det alligevel bliver så sporadisk, fordi [...] på overfladen passer de sammen. Så der er nogle andre faktorer, der er i spil, som muligvis er meget mere vigtige end hvilken krænkelse, man har været udsat for, eller lige præcis hvor gammel er man. Som måske har noget at gøre med deres personligheder, eller hvor meget de passer sammen på andre områder, eller hvor meget de har talt om overgrebene før. Alle sådan nogle andre ting. Eller hvor meget har de har lyst til at forholde sig til overgrebene. Alle sådan nogle ting. Hvad de jo selvfølgelig ikke har lyst til, men hvor meget kan de det? Hvor meget kan de affektregulere fx sådan, at de faktisk kan snakke om overgrebene for at komme ud af det godt, eller hvad man skal sige. Altså, så jeg tænker, der er nogle kriterier, som er mere dybdeliggende og i virkeligheden mere betydningsfulde end lige det her med "har vi været udsat for det samme?" eller "er vi lige gamle?", men som handler mere om noget inden i dem, hvis man kan sige det sådan."*

Behandlerne vurderer, at det er en fordel at kende deltagerne i forvejen, fordi de så nemmere kan vurdere chancen for, om gruppen kan fungere sammen og dermed maksimere chancerne for positiv udvikling. Tilbud om gruppebehandling må ideelt set ske ud fra en samlet vurdering af gruppens muligheder og samlede belastningsgrad. Man skal fx ikke per definition udelukke et barn eller en ung med nedsat kognitivt funktionsniveau eller en opmærksomhedsforstyrrelse, men vurdere overordnet, hvad gruppen kan rumme og behandlerne håndtere. En behandler fortæller:

*"Jeg synes, vi har haft nogen, i hvert fald en pige, som var rigtig rigtig dårlig, som fik lov at lytte og være med. Hun havde aldrig fået hjælp af nogen art. For hende var det virkelig en verden, der åbnede sig, når de andre fortalte: "gud, er det det, jeg går og bøvler med." Der var seks piger i gruppen på et tidspunkt. Det kunne gruppen godt bære, men man ved aldrig."*

**Behandlingens indhold:** De tre projektsteder har gennemført gruppebehandling med forskelligt indhold og har også ændret i indholdet undervejs i projektet. I det følgende beskrives de elementer, behandlerne vurderer som virksomme suppleret med deltageres erfaringer og præferencer i forhold til behandlingens indhold.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> DEFACTUM har i samarbejde med behandlere fra Aarhus og Hjørring udarbejdet egentlige metodebeskrivelser, hvor behandlingens rammer og indhold er mere detaljeret beskrevet. Metodebeskrivelserne indgår i "Metode- og implementeringsguide", vedlagt som bilag 1.

Aarhus Kommune: Gruppeforløbet indebærer 10 gruppemøder. Kerneelementerne i gruppeforløbet består af følgende rammer og metodiske indhold:

- a. Fælles regler omkring tavshedspligt, mødepligt og afbudspligt
- b. Fast struktur, som blandt andet understøttes af dagsordner
- c. Opsamling og planlægning fra gang til gang
- d. Inddragelse af en række temaer med en vis naturlig rækkefølge
- e. Psykoedukation
- f. Brug af en række øvelser til forskellige formål

Hjørring Kommune: Gruppeforløbets længde tilpasses individuelt. Kerneelementerne i gruppeforløbet består af følgende rammer og metodiske indhold:

- g. Fælles regler omkring tavshedspligt, mødepligt og afbudspligt
- h. Slow-open grupper
- i. Fast struktur, som blandt andet understøttes af dagsordner
- j. Individuel terapi i gruppe
- k. EksPLICIT fokus på overgrebet
- l. Arbejde med temaer og psykoedukation
- m. Brug af en række øvelser til forskellige formål

Københavns Kommune: Projektstederne i Københavns Kommune deltog ikke længere ved projektets afslutning, så der er ikke udarbejdet en egentlig metodebeskrivelse. Behandlerne har dog også der arbejdet med fælles regler, en fast struktur understøttet af dagsordner, individuel terapi i gruppe, temaer, psykoedukation og øvelser.

Behandlerne er således enige om, at det er vigtigt for etableringen af tryghed og tillid i gruppen, at der fra starten er fokus på regler og rammer for gruppebehandlingen. De **centrale regler** består i mødepligt, afbudspligt og tavshedspligt. Det er vigtigt for de andre gruppemedlemmer og for gruppens stabilitet, at der er mindst muligt afbud, og behandlerne må derfor forklare deltagerne fra start, hvor vigtigt det er for de øvrige deltagere, at de kommer, og der må være tydelige regler for afbud og håndteringen af afbud. Tavshedspligten er ligeledes central for deltagerens mulighed for og villighed til at åbne op og dele tanker og følelser med de øvrige deltagere.

Flere deltagere bekræfter dette. De taler om, at det er vigtigt, at alle møder op hver gang. De øvrige føler sig svigtet, hvis en deltager bliver væk i længere tid. De 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."*

**Rammerne** handler dels om den konkrete rammesætning i forhold til antal mødegange og varighed, dels om etableringen af en eller anden grad af en fast struktur for gruppemøderne for at skabe forudsigelighed og tryghed for deltagerne. Ved alle projektstederne har behandlerne arbejdet med faste dagsordener. Typisk er der i det første gruppemøde fokus på præsentation af deltagere og rammer og i det/de sidste møder på afsked og på, hvad deltagerne tager med. I de mellemliggende møder indgår forskellige temaer og øvelser.

Behandlerne i Hjørring Kommune har konsekvent arbejdet efter **slow-open-princippet** (grupper med løbende optag). Baggrunden for dette er to antagelser (begrundet i teori og erfaring): 1) At børnene/de unge har individuelle behov i forhold til forløbslængde, og at de i slow-open-grupper kan få lov at deltage så længe, de har brug for det. 2) At spejlingseffekten i grupper med løbende optag i sig selv udgør et behandlingselement, da de nye deltagere, der kommer ind i en igangværende gruppe, kan se, at andre, som før var i deres situation, nu har fået det bedre. Derudover kan de deltagere, der modtager de nye deltagere, lige pludselig se, hvor langt de selv er kommet i deres udvikling.

Deltagerne i Hjørring Kommune understøtter stort set disse antagelser. De fleste udtaler, at de har været glade for muligheden for et individuelt tilpasset forløb, og at det løbende optag har virket efter hensigten, da de har kunnet spejle sig i nye/gamle deltagere. En deltager siger:

*"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."*

Ved de andre projektsteder har behandlerne gennemført både åbne og lukkede grupper. I Aarhus Kommune fungerede det ifølge behandlerne ikke godt, da gruppen blev for ustabil. Behandlerne i Aarhus Kommune foretrækker, at det fra starten er tydeligt, hvad rammerne for behandlingen er. De anerkender, at nogle deltagere kan have yderligere behov, men anbefaler så at overveje andre tilbud efter gruppebehandlingens afslutning.

Behandlingen i Hjørring Kommune adskiller sig desuden ved at fokusere eksplicit på **individueel terapi i gruppe**, mens behandlingen i Aarhus Kommune er mere centreret omkring **temaer og øvelser** og på at få dynamikken mellem deltagerne i spil. En behandler fra Aarhus Kommune udtrykker det således:

*"Jeg kommer lige til at tænke på en forskel: [Navnet på behandlerens] gruppe, altså hun taler om individuel terapi i gruppe, så jeg har en fornemmelse af, at de bruger deres tid meget sådan, at det er ligesom en eller to, der er på i dag, og så hører de egentlig ret meget om det, og så får man en eller anden respons fra gruppen, forestiller jeg mig. Hvor jeg lige tænker, vores måde at have gruppe på er meget mere. Det blev vi i hvert fald mere og mere opmærksomme på hen ad vejen, det med at bruge de forskelliges, altså at der er mere gruppedynamik. At prøve mere bevidst at bruge det. Det vil også sige, at den enkelte får ikke så meget taletid, fordi ret hurtigt kunne vi være interesserede i, hvad de andre tænker, eller om det starter noget ovre hos en anden. Det giver en anden samtale, det giver måske også, at jeg kommer ikke så dybt ned i min historie, og jeg får ikke fortalt alle detaljer, fordi ret hurtigt prøver vi at få de andre koblet på. Det er bare ret forskellige måder at arbejde på. Ikke plus eller minus."*

I Københavns Kommune har de arbejdet med individuel terapi i gruppe i de ældre grupper, mens de i de yngre grupper har fokuseret mere på øvelser. Behandlerne (i Ungdomsklinikken) vurderer, at det er svært at tale om standardforløb i forhold til gruppebehandlingen, da den konkrete sammensætning og deltagernes tilstand, hvad der skal til og på hvilket tidspunkt afhænger af gruppen.

*"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, mens individuel terapi er bedre, når de er mere trygge."*

Endelig har behandlerne i Hjørring Kommune haft **eksplicit fokus på at tale om og arbejde med det seksuelle overgreb**, mens de i Aarhus Kommune og Københavns Kommune har prioriteret en **jeg-støttende og ressourcefokuseret tilgang**. I arbejdet med metodebeskrivelserne vurderer behandlerne fra Aarhus Kommune dog også, at gruppebehandlingen må fokusere eksplicit på det seksuelle overgreb, følgevirkningerne af det og forebyggelse af, at der sker noget tilsvarende igen.

Deltagerne har forskellig holdning til, hvor eksplicit fokus der skal være på overgrebet. En deltager siger:

*"Jeg synes bare godt, vi kunne have brugt lidt mere tid på overgrebene. Vi har brugt meget tid på andre småproblemer som, at ens mor er træls osv. Altså ikke lige som en afhøring fra politiet. Men jeg synes, det har været spændende at høre lidt om de andres historier. Det har vi kun gjort en gang."*

Andre deltagere fortæller, at det har været svært at skulle høre de andres historier:

*"Jeg synes i hvert fald, det var hårdt at lytte til de andres historier. Det er jo forfærdeligt, hvad der kan ske ude i verden."*

*"Jeg synes, det var rigtig hårdt at sidde og høre på, hvad de andre havde været udsat for. Det var anderledes. Ville foretrække, at der ikke blev talt så meget i detaljer om, hvad der var sket. Det var meget overskridende at skulle høre på."*

Alle projektstederne har arbejdet med **psykoedukation**, inddragelse af **temaer** og en lang række **øvelser**.

Behandlerne vurderer samstemmende, at det vigtigste element i gruppebehandlingen, og det, der adskiller den fra individuel behandling, er, at deltagerne ser og mærker andre, som har været udsat for noget lignende. De fremhæver gang på gang, at det er deltagerne, der hjælper hinanden til at komme videre. En behandler 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."*

Deltagerne selv peger også på netop dette virkemiddel ved gruppebehandlingen: 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 i orden at have de tanker, de har, og at overgrebet ikke var deres skyld.

Deltagerne fremhæver dog også behandlerne og den forståelse, behandlerne møder deltagerne med. Behandlerne 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. Deltagerne fortæller, at behandlerne er professionelle og kan give gode råd om, hvad man kan gøre. Deltagerne 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."*

Mange af deltagerne er desuden glade for de helt konkrete øvelser. Deltagerne nævner, at øvelserne er med til at skabe tryghed. De kan også hjælpe deltagerne til bedre at mærke sig selv og til at blive bevidste om fx egne grænser. En deltager siger om øvelserne:

*"Så mærker man det i stedet for bare at snakke om det."*

## 6.7 Utilsigtede konsekvenser

Den kvantitative dataindsamling viser, at ikke alle deltagerne har den forventede effekt af behandlingen, og at behandlingen muligvis også kan have utilsigtede og negative konsekvenser. Nogle af deltagerne oplever således ingen eller ligefrem negativ udvikling. De kvalitative data peger på mulige forklaringer.

Behandlerne fortæller allerede ved projektets start, at gruppebehandlingen i nogle tilfælde kan forværre deltagernes symptomer og generelle tilstand, fordi de bliver konfronteret med og skal arbejde med oplevelser og følelser, som de ellers har kunnet undertrykke eller fortrænge. Dissociation er en typisk traumereaktion, som tjener til at holde fx angst på afstand. I traumebehandlingen arbejdes der på at mindske dissociation, og det kan føre til et højere angstniveau. På auditmødet udtrykker en behandler det således:

*"I og med der i en gruppe bliver talt om de her ting, så bliver dissociationen også mindre. Så kommer angsten, så får man det jo dårligere. Dissociationer; er der noget, det er godt for, så er det jo at holde angst væk. Jeg tror da også, det er det, det er det samme, som man ser ved individuel terapi rigtig mange gange. På et tidspunkt får de det rigtig dårligt, fordi man har fat i de der ting. Der vil gå en periode, indtil det ligesom er faldet på plads. Det når man ikke i et gruppeforløb."*

Flere deltagere understøtter denne forklaring ved at påpege, at det kan være meget hårdt at arbejde med tanker og følelser, der ellers er lagt låg på, fx:

*"Ved at gå i gruppe hver anden uge kommer oplevelserne til at fylde meget. Det er træls, når man lige har lagt en dæmper på tankerne. Det fylder meget, når man skal tænke på det dårlige. Der er mange blandende følelser omkring det. De kan godt blive lidt for meget nogle gange, fordi det er et ømt emne, der er svært at tale om."*

Deltagerne har generelt været meget glade for gruppebehandlingen og har haft vanskeligt ved at nævne negative aspekter. Flere nævner dog, at der også kan være ulemper ved at høre de andres historier, fx:

*"Der er nogle ting. Jeg ved ikke, hvordan jeg skal forklare det... Jeg er meget bange, og for 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."*

*"Nogle gange var der nogle, der ikke var så godt et eksempel. Der var en pige, som var helt sort. Når man snakkede med hende, kunne det godt smitte af på en selv."*

Behandlerne har især drøftet denne effekt af gruppebehandlingen i forhold til visitationen, hvor et opmærksomhedspunkt må være, at deltagerne nok skal kunne mentalisere og leve sig ind i andre, men også skal være i stand til at lave en afgrænsning og holde fast i sig selv, så de ikke bliver oversvømmet.

En plejemor fortæller desuden om en pige, som fra starten så ud til at profitere af gruppebehandlingen, men som efter noget tid begyndte at falde tilbage i gamle mønstre. Således oplevede plejeforældrene, at pigen begyndte at ændre adfærd undervejs i forløbet. Fx blev hendes adfærd mere seksualiserende, hun blev tiltrukket af ekstremer, og i en periode begyndte hun at stjæle. Plejemoren mente, at der særligt var én anden deltager i gruppen, der, ligesom pigen, kan have en ekstrem adfærd, og at pigen spejlede sig i den anden deltager på en negativ måde, hvilket var med til at ændre hendes adfærd og hæmme udbyttet af gruppebehandlingen.

Auditpanelet drøfter denne negative spejling som en forklaringsmodel i forhold til en deltager, der udvikler sig negativt. Deltageren har væsentligt færre symptomer ved indskrivning end de øvrige deltagere, og er ifølge behandlerne forholdsvis velfungerende og kommer til at fungere som støtte for de andre. Der er ikke andre gruppedeltagere, der er ligeså velfungerende, så hun kan have savnet positiv spejling, og hun kan ligefrem være blevet udsat for negativ spejling. En paneldeltager siger:

*"Ja, jeg tænker, at umiddelbart så kunne det godt se ud som om, der er et rimeligt højt match på alt andet end symptomniveauet. Og så kan man sige, at der er noget omkring det her med, at måske havde hun færre vanskeligheder end gennemsnittet, da de startede ud, måske var hun længere fremme i forhold til kærester, men det ved jeg ikke. Det kan måske godt have haft en betydning også. Det fik i hvert fald mig til at tænke over det her med, at hvordan er det nu, hvis man ikke har nok traumesymptomer? Skal der være et cut-off point i forhold til, hvor traumatiseret man skal være for, at det er en god ide, man kommer ind i en gruppe? Det kan godt være, at hun faktisk ikke havde nok specifikke traumesymptomer til, at jeg ville tænke, at det var godt for hende at sidde i en gruppe, hvor det handlede om overgreb. ... Så man kan sige, [at] der er noget med, at hun måske kommer til at sidde og spejle sig i nogen, der egentlig er dårligere, end hun er, og hvis hun har en vis suggestibilitet, [...], så kan det måske faktisk have haft en betydning i forhold til, at hun fik det dårligere. Fordi, lige pludselig, så er hun blevet en del. Det kom jeg faktisk til at tænke på i det hele taget med nogle af de her. Der er noget med, [at] man kommer jo til at identificere sig med de andre piger, og det er rigtig godt, fordi det betyder, de ikke føler sig så alene, men er det godt for de, der er bedst fungerende? Fordi, de kommer også til at tænke: "Jeg er en af dem", som så er de andre, der har det værre på en eller anden måde. Jeg tror, grunden til, jeg kom til at tænke på det, det var, fordi, jeg kunne se en af de skalaer, hvor der især var negativ udvikling i en del af casene, det var det her med selvbilledet. Så tænkte jeg: altså, det kan selvfølgelig være fordi, det er en åndssvag skala, men det kan jo også godt være, at det netop er det her med, at de på en måde føler sig mindre alene, men at de også kommer til at sidde og spejle sig i nogen, som har været udsat for noget træls, og som har det svært. Hvad gør det ved deres eget selvbillede, at "nu er jeg en af dem"?"*

Endelig kan en forklaring på manglende eller negativ udvikling målt ved behandlingens afslutning være, at deltageren er ked af, vred over eller utryg ved at skulle afslutte forløbet. En deltager fortæller:

*"Jeg føler mig nærmest smidt ud af gruppen, fordi jeg har været her for lang tid, og der skal nye ind... Det er derfor, jeg siger det med, at jeg godt kunne se, at der kunne være flere grupper, for jeg føler ikke, at jeg er færdig her overhovedet."*

Gruppen og gruppebehandlingen bliver for mange af deltagerne et sikkert og trygt sted, hvor de kan dele deres oplevelser og følelser med andre, som forstår dem. De bliver i stand til at føle tillid og indgå i relationer, og de har opmærksomhed fra voksne mennesker (behandlerne), som vil dem det godt. Behandlerne forbereder selvfølgelig deltagerne på, at



forløbet har en afslutning, men derfor kan der alligevel godt opstå negative følelser og tanker omkring det og en forværring af symptomer. Målingerne udgør et øjebliksbillede, og én mulig forklaring på manglende eller negativ udvikling kan være, at deltageren er påvirket af afslutningen. Ved flere forløb ses da også en forværring af symptomer ved afslutning af forløbet, men en positiv udvikling målt ved 1. og/eller 2. opfølgning.

## 6.8 Samlet vurdering af effekt og influerende faktorer

Den kvantitative effektmåling viser, at en stor del af deltagerne i gruppebehandlingen har udviklet sig positivt på en række relevante parametre både ved afslutning af gruppebehandlingen og ved opfølgningsmålingerne. Udviklingen er statistisk signifikant på de fleste af de udvalgte indikatorer undtagen selvbillede.

Overordnet set tyder resultaterne således på, at gruppebehandlingen har den forventede effekt på tværs af behandlingssteder og metoder. Da evalueringen er tilrettelagt uden kontrolgruppe, er det ikke muligt at vise, om deltagernes udvikling skyldes behandlingen eller andre faktorer i deres baggrund eller kontekst. Der mangler data for, hvad der ellers er sket i deltagernes liv, som kunne have indflydelse på deres udvikling. Kvalitative udsagn fra behandlerne tyder på, at ingen deltagere har fået anden samtidig behandling under gruppeforløbet, men det vides ikke, hvor mange der har fået anden behandling før og efter forløbet, og det kan således ikke afgøres, om eventuel forskel i udbytte afhænger af, om deltagere har fået andre indsatser før eller efter gruppebehandlingen.

Udsagn fra behandlere, deltagere og pårørende tilskriver dog gruppebehandlingen en stor del af effekten. Langt de fleste af de interviewede deltagere udtaler sig således positivt om gruppebehandlingen og peger på en lang række områder, hvor de føler sig konkret hjulpet af behandlingen. De pårørende er heller ikke i tvivl om, at gruppebehandlingen har positiv effekt.

Der er dog også en andel af deltagerne, der ikke gennemgår en positiv udvikling eller ligefrem udvikler sig negativt. I afsnittet om utilsigtede konsekvenser er der en række bud på, hvorfor dette kan ske. Der kan bl.a. opstå forværring af symptomer, når følelser og oplevelser, der ellers har været fortrængt, kaldes frem som en del af gruppebehandlingen. Der kan også opstå negativ spejling gruppemedlemmerne imellem, så fx angstniveau eller vrede forstærkes. Disse mekanismer understreger behovet for yderligere at undersøge, hvilke faktorer hos den enkelte deltager og i sammensætningen af grupperne, der har betydning for deltagernes mulighed for at profitere af gruppebehandlingen. Samtidig har dette projekt vist, at det er noget af det vanskeligste at sige noget entydigt om.

Resultaterne fra den kvantitative og kvalitative undersøgelse giver dog tilsammen en række pejlemærker i forhold til, hvilke faktorer der har betydning for udbyttet af gruppebehandlingen.

**Alder ved gruppebehandlings start** har tilsyneladende ikke stor betydning. Analyserne af den kvantitative effektmåling viser ikke et entydigt billede af, om gruppebehandling egner sig bedst til de yngre eller de ældre deltagere. Resultater fra den kvalitative dataindsamling peger på, at alder har betydning i forhold til gruppesammensætning, idet der ikke må være for stort aldersspænd i en gruppe. Alder har ligeledes betydning i forhold til behandlingens indhold, der på nogle områder må rette sig efter de forskellige alderstrin.

**Problembelastning ved indskrivning:** I de kvalitative interviews er der mange udsagn fra behandlerne om, at for stor problembelastning kan være hæmmende for udbyttet. Deltagerne kan have så mange andre problemstillinger i deres liv, at der er stor risiko for, at de dropper ud af behandlingen eller ikke profiterer af behandlingen.

De deltagere, der indgår i projektet, tegner imidlertid det modsatte billede. Der er ingen sammenhæng mellem problembelastning ved indskrivning og frafald i forhold til behandlingen, og der er en tydelig sammenhæng mellem større problembelastning ved start og positiv udvikling.

En forklaring kan være, at behandlerne allerede har sorteret de mest belastede fra i visitationen. Resultatet kan således ikke bruges til at sige, at deltagere kan indgå uanset belastningsgrad, men der er noget, der tyder på, at blandt de inkluderede deltagere er det dem med det største udviklingspotentiale, der profiterer mest.

Andre udtalelser fra behandlerne understøtter da også hypotesen om, at der skal være en vis grad af traumatisering til stede for at profitere af gruppebehandlingen, der jo netop består af traumebehandling, og fordi den positive effekt af spejlingen i de andre gruppe-medlemmer også forudsætter, at den enkelte deltager kan genkende sig selv i de andre. Deltagere, der fungerer væsentligt bedre end de øvrige gruppemedlemmer, vil muligvis gå glip af denne spejling eller ligefrem indgå i negativ spejling.

**Familiefaktorer:** I de kvalitative interviews handler udsagnene og problembelastning også om de familiefaktorer, der kan udgøre problemstillinger i den enkelte deltagers liv og muligvis forstyrre behandlingen. Samtidig er de belastende familiefaktorer ofte også noget, gruppemedlemmerne er fælles om, og bearbejdningen og håndteringen af dem bliver fælles temaer i gruppebehandlingen.

Der tegner sig da heller ikke nogen sammenhæng mellem antallet af belastende familiefaktorer opgjort ved gruppeforløbenes start og deltagerens udvikling.

**Støttende ressourcepersoner:** Behandlerne vurderer, at det har afgørende betydning for gruppemedlemmernes gennemførelse af behandlingen, at de har opbakning fra nære ressourcepersoner til deltagelsen helt ned på det praktiske plan i forhold til at minde deltagerne om at komme af sted og sørge for transport.

Analysen af de kvantitative data viser ingen sammenhæng mellem, hvorvidt deltagerne har en støttende ressourceperson i/uden for familien, og frafaldet fra behandling. Der er dog heller ikke spurgt specifikt til, om ressourcepersonen bakkede op om behandlingen, men mere generelt om deltageren har støttende ressourcepersoner.

Analysen peger imidlertid på, at det særligt er deltagere, der kun i mindre grad eller slet ikke har støttende ressourcepersoner, der oplever en positiv udvikling under gruppeforløbet. Sammenhængen består ikke på længere sigt. En mulig forklaring kunne være, at deltagere uden støttende ressourcepersoner finder støtte og tryk i gruppen, men at dette ikke holder på længere sigt, når behandlingen er afsluttet.

**Motivation:** Fra projektets start havde projektstederne et inklusionskriterie om, at deltagerne skulle være motiverede for gruppebehandling for at få tilbudt en plads. Undervejs i projektet har dette kriterium skiftet karakter, fordi behandlerne har erfaret, at en del af deltagerne kan have meget svært ved at forestille sig at skulle sidde i en gruppe og tale om det mest sårbare, men at de netop gennem gruppebehandlingen kan blive bekræftede i, at det kan lade sig gøre, og at der er nogen, der forstår dem. Deltagerne behøver således ikke være motiverede fra start, men selvfølgelig skal de være motiverbare og indvillige i at prøve gruppebehandlingen af.

Den kvantitative analyse viser da heller ingen sammenhæng mellem vurderingen af deltageres motivation og deltageres udvikling.

**Den seksuelle krænkelse:** Fra projektets start har der været mange hypoteser om, at behandlingens karakter, relation til krænker, reaktion på krænkelsen osv. har betydning for deltageres grad af traumatisering og for mulighederne for behandling. Der har også været målsætninger om at matche deltagerne på flere af disse parametre i gruppesammensætningen. De kvalitative interviews og auditprocessen afspejler løbende drøftelser af, at det kan være vanskeligt at vurdere, om nogle krænkelse opleves som værre end andre. Det, der er det afgørende, er, hvordan barnet/den unge har oplevet det og reageret på det. Interviewene med deltagerne viser også, at de tillægger arten af den konkrete krænkelse mindre betydning. Det væsentlige for dem er, at de har været udsat for overgreb. Det og de typiske reaktioner på overgreb er de fælles om uanset krænkelsens karakter.

De kvantitative data siger heller ikke noget entydigt om sammenhængen mellem forskellige typer af krænkelse og udviklingen bortset fra, når det gælder relation til krænkeren. Deltagere, der har en familiær relation til krænker, udvikler sig i højere grad positivt under forløbet. Sammenhængen fremtræder også på lang sigt, men dog kun i forhold til depression (BYI) og (TSCC).

**Behandlingen:** Den kvantitative analyse viser ingen sammenhæng mellem behandlingens længde og deltageres udvikling. Der er således ikke noget, der tyder på, at et længere behandlingsforløb er bedre end et kortere. Der er stort set heller ingen signifikante forskelle mellem deltageres udvikling ved de tre behandlingssteder. Der kan således ikke på baggrund af de kvantitative data peges på fordele og ulemper ved de forskellige behandlingsmetoder.

De kvalitative interviews med behandlere og deltagere tegner et billede af, at de virksomme elementer i indsatsen, som behandlerne beskriver på tværs af metoderne, også opleves som virksomme af deltagerne. Det drejer sig især om spejlingen som et helt centralt element i gruppebehandlingen, om etableringen af faste rammer og regler, der gør, at deltagerne føler sig trygge, og om mange af de øvelser, der fx får deltagerne til at komme til stede, mærke dem selv og egne grænser, og at udtrykke følelser og tanker, de før har holdt for dem selv. Metodernes egnethed kan ikke sammenlignes på baggrund af de kvalitative udsagn, da langt de fleste deltagere er tilfredse med den behandling, de har fået, men der er både udsagn om, at den seksuelle krænkelse fylder for meget og for lidt i gruppebehandlingen, så noget kunne tyde på, at de forskellige metoder hver især passer bedst til nogle af deltagerne.

**Gruppesammensætning:** Behandlerne vurderer både i de kvalitative interviews og i den efterfølgende beskrivelse af deres metoder, at den konkrete gruppesammensætning har stor betydning for mulighederne for, at gruppen som helhed fungerer, og at den enkelte får rum og mulighed for at udvikle sig. Det er meget vanskeligt at efterprøve gruppesammensætningers betydning for udviklingen kvantitativt, og det har da heller ikke været muligt i denne undersøgelse. Behandlerne har imidlertid udviklet en række opmærksomhedspunkter i forhold til visitation af den enkelte deltager og til sammensætningen af den enkelte gruppe. De vurderer således, at en eller anden grad af matchning mellem deltagerne fremmer muligheden for positiv udvikling, men de siger samtidig, at det er vanskeligt at have klare kriterier, og at virkeligheden sjældent tillader en sådan udvælgelse.

## 7 Opsummering og anbefalinger

Dette afsnit præsenterer en kort opsummering af resultater indenfor hvert af de temaer, evalueringen har rettet sig imod, samt de opmærksomhedspunkter, der kan udledes af resultaterne, og som kan være til gavn for kommuner eller andre aktører, der ønsker at implementere gruppebehandling for børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb.

### 7.1 Organisering og ledelse

Organiseringen af nye tiltag har erfaringsmæssigt en betydning for, hvor godt implementeringen og forankringen lykkes. I dette projekt er det kun lykkedes at forankre indsatsen i én af de tre projektkommuner – Aarhus. Resultaterne af evalueringen giver ikke umiddelbart klare svar på, hvilke forskelle hos projektstederne der har betydet noget for dette udfald. To faktorer kan dog tænkes at have været hæmmende for forankringen i henholdsvis Københavns Kommune og Hjørring Kommune:

- 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 Københavns Kommune.
- De to behandlere i Hjørring Kommune blev ansat specifikt til projektet og der har været udskiftning i ledelsen af projektet. Det er ikke lykkedes at uddanne andre behandlere i tilgangen, og med projektets afslutning forsvandt således også kompetencen til at udføre gruppebehandlingen.

Den væsentligste og tværgående implementeringserfaring fra projektet handler imidlertid om organiseringen og understøttelsen af rekrutteringen til grupperne. Projektet har vist, at denne del af indsatsen har været langt den vanskeligste. Aktører, der ønsker at implementere gruppebehandling, skal derfor være opmærksomme på, at det kræver et stort rekrutteringsgrundlag og en organisering og aftaler på tilstrækkeligt højt ledelsesniveau, der understøtter samarbejdet med henvisende parter.

### 7.2 Opsporing

Et delformål for projektet var opsporingen af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb. Med opsporing menes ikke blot henvisning af børn og unge med en sag, men aktivt og opsøgende arbejde for at opspore børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, men hvor overgrebet ikke er kendt. Dette formål har vist sig langt sværere end forventet at opfylde. Resultaterne af procesevalueringen peger på, at:

- 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 opsporing og rekruttering 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 krænkelse, og muligvis udvikling og afprøvning af andre metoder end dem, projektet har anvendt.

Projektkommunerne lykkedes stort set ikke med opsporingen af nye sager, og de endte med i langt de fleste tilfælde at rekruttere deltagere, som i forvejen var henvist til dem eller i hvert fald havde en kendt sag. Aktører, der ønsker at implementere gruppebehandling, skal således være opmærksomme på, at decideret opsporing er en meget ressourcekrævende og vanskelig proces, der skal afsættes tid og midler til og lægges en strategi for, som inkluderer andre metoder end de tidligere anvendte.

### 7.3 Målgruppe og effekt

I projektet er gruppebehandling afprøvet overfor børn og unge i aldersgruppen 9-18 år, hvoraf halvdelen af deltagerne er over 15 år ved indskrivningen til gruppebehandling. Kun to af deltagerne er drenge. Resultaterne af den samlede effektvurdering viser at:

- 50-77 procent af deltagerne udvikler sig positivt i måleperioden (afhængigt af effektmål og tidspunkt). Den gennemsnitlige udvikling er statistisk signifikant for stort set alle effektmål ved afslutningen af gruppebehandlingen og ved opfølgning efter henholdsvis seks og 24 måneder. To år efter behandlingens afslutning er det muligt at påvise en moderat effekt af gruppebehandlingen på flere områder: deltagernes angst-, PTSD- og ADHD-symptomer samt vrede, totale traumescore (TSCC total) og totale problemscore (CBCL total). Baseret på en samlet effektvurdering er der grund til at tro, at gruppebehandling i den afprøvede form har en mærkbar positiv effekt på en del af målgruppen. Registerudtræk viser dog, at der op til 18 måneder efter endt behandling er en signifikant forskel på deltagernes kontaktandel og -hyppighed med sundhedsvæsen og en signifikant forskel på deltagernes alderssvarende uddannelsesniveau i forhold til normalbefolkningen.
- Den kvantitative analyse giver kun få holdepunkter i forhold til, om der er dele af målgruppen, behandlingen har større effekt på. Den tydeligste sammenhæng ses mellem problembelastning og deltagernes udvikling. De børn og unge, der har størst problembelastning ved behandlingens start, udvikler sig mest positivt. Derudover er der mindre tydelig indikation af, at deltagere, der har været udsat for en krænker indenfor familien, har størst udbytte af behandlingen, og at behandlingen virker bedst på den ældre del af målgruppen ved behandlingens afslutning, men bedre på den yngre målgruppe efter seks måneder. Disse resultater vedrører dog kun få effektmål, og de er derfor ikke entydige.
- Behandlerne har en lang række opmærksomhedspunkter i forhold til, hvilke børn og unge der er mest egnede til gruppebehandling, men få af dem er egentlige udelukkelseskriterier, der indskrænker målgruppen. Der er dog bred enighed om, at for at få udbytte af gruppebehandlingen, må deltageren nødvendigvis kunne indgå i aktiviteterne. Det vil sige, at barnet eller den unge skal være i stand til at møde op, sidde nogenlunde stille og ikke have så højt angstniveau eller dissociere så meget, at det er umuligt at inddrage vedkommende i interaktionen i gruppen. Behandlerne har beskrevet en række opmærksomhedspunkter, som kan understøtte vurderingen af den enkelte deltagers egnethed til gruppebehandling. Opmærksomhedspunkterne præsenteres i næste afsnit om visitation.

Projektet leverer således ikke grundlag for at indskrænke eller differentiere målgruppen betydeligt. Der er dog resultater, der tyder på, at deltagere skal have en vis grad af problembelastning for at profitere af behandlingen og evne at deltage i en gruppe. Aktører, der ønsker at implementere gruppebehandling, må være opmærksomme på disse resultater i vurderingen af, hvem egner sig til og har størst mulighed for at profitere af gruppebehandling.

## 7.4 Visitation

Vurderingen af den enkelte deltager sker typisk i en visitationsproces. I projektet er der gjort forskellige erfaringer med rammerne for visitationen og indholdet i den/de konkrete samtale(r). I projektet er langt de fleste af de deltagere, der har været til visitationssamtale, blevet tilbudt gruppebehandling, men behandlerne siger, det også har været af pragmatiske grunde, fordi det enten var det eneste tilbud, der var til barnet/den unge og/eller fordi, der ikke var en stor gruppe af mulige deltagere at udvælge fra, og at det derfor var nødvendigt at slække på kriterierne for at få grupper i gang. Behandlerne har derfor gjort sig mange erfaringer med, hvilke faktorer der kan have betydning for gruppedynamikken, og de har omsat disse til anbefalinger i forhold til den gode visitationsprocedure:

- Der er enighed om, at visitationen er en vigtig del af indsatsen, og at den bør foretages af de behandlere, der udfører gruppebehandling, da de har de bedste forudsætninger for at vurdere deltagerens egnethed og match med en given gruppe.
- I vurderingen af den enkelte deltagers egnethed i forhold til gruppebehandling indgår: vurdering af barnet/den unges grad af traumatisering, af angstsymptomer og dissociering. Desuden indgår vurdering af barnets kognitive niveau, evne til at sidde stille og til at mentalisere. Endelig indgår en vurdering af deltagerens motiverbarhed og opbakning fra nære omsorgspersoner i forhold til behandlingen.
- I vurderingen af den enkelte deltagers match med en gruppe (opmærksomhedspunkter i forhold til gruppesammensætning) indgår overvejelser i forhold til deltagerens alder, karakteren af den seksuelle krænkelse og deltagerens belastningsgrad og øvrige problemstillinger. Det overordnede hensyn er, at der i gruppen skal være mulighed for positiv spejling og en gruppedynamik, der fremmer behandlingsarbejdet.
- Det er en fordel at kende barnet/den unge i forvejen, da vurderingen af vedkommendes egnethed så bliver nemmere. Når dette ikke er tilfældet, anbefales to visitationssamtaler, så der er tid til at nå omkring alle opmærksomhedspunkter.
- Visitationsprocessen handler ikke kun om vurdering, men også om rammesætning af forløbet. Behandlerne fortæller allerede her om reglerne (mødepligt, afbudspligt og tavshedspligt) og om vigtigheden af opbakning fra nære omsorgspersoner.

Projektet har bestyrket opfattelsen af, at en grundig visitation er afgørende for at kunne sammensætte velfungerende grupper. Samtidig er der også en erkendelse af, at det er en vanskelig øvelse at vurdere egnethed og match, og at der sjældent ikke har været tilstrækkeligt rekrutteringsgrundlag til at sammensætte grupper, der lever op til alle kriterierne. Kommuner, der ønsker at implementere gruppebehandling, kan få inspiration til tilrettelæggelse og udførelse af visitationsprocessen i metode- og implementeringsguiden, hvor

ovenstående opmærksomhedspunkter i forhold til visitation og gruppesammensætning er mere udførligt beskrevet.

## **7.5 Behandlingens rammer og indhold**

Projektstederne har ikke fulgt en fælles metodebeskrivelse, og der var allerede fra projektets start tydelige forskelle i projektstedernes beskrivelse af gruppebehandlingens rammer og indhold. Inden for det enkelte projektsted har rammer og indhold heller ikke været ens for alle grupper. Forskellige behandlere og forskellige gruppers behov har medført, at rammer og indhold også har varieret internt ved projektstederne. Evalueringen viser følgende på tværs af projektsteder:

- Den kvantitative analyse viser ingen sammenhæng mellem behandlingens længde og deltagernes udvikling. Der er således ikke noget, der tyder på, at et længere behandlingsforløb er bedre end et kortere.
- Der er stort set ingen signifikante forskelle mellem deltagernes udvikling ved de tre behandlingssteder. Der kan således ikke på baggrund af de kvantitative data peges på fordele og ulemper ved de forskellige behandlingsmetoder.
- Gruppebehandling af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, kan fungere både i åbne og lukkede forløb. Behandlere og deltagere peger på fordele og ulemper ved de to typer forløb, men projektet giver ikke basis for at anbefale det ene frem for det andet.
- De kvalitative interviews med behandlere og deltagere tegner et billede af, at de virksomme elementer i indsatsen, som behandlerne beskriver på tværs af metoderne, også opleves som virksomme af deltagerne. Det drejer sig især om spejlingen som et helt centralt element i gruppebehandlingen, om etableringen af faste rammer og regler, der gør, at deltagerne føler sig trygge, og om mange af de øvelser, der fx får deltagerne til at komme til stede, mærke dem selv og egne grænser, og at udtrykke følelser og tanker, de før har holdt for dem selv.
- De kvalitative interviews peger også på, at behandlingen med fordel kan tilpasses den konkrete aldersgruppe, da der typisk vil være fokus på forskellige problemstillinger relateret til de forskellige alderstrin.

Evalueringen kan ikke afgøre, hvilke metoder eller elementer der er de mest virksomme overfor målgruppen, men den kan pege på de virkemidler, som deltagerne selv oplever som virksomme. Kommuner, der ønsker at implementere gruppebehandling, kan få inspiration til tilrettelæggelse og udførelse af gruppebehandlingen i Metode- og implementeringsguiden, hvor henholdsvis Aarhus Kommunes og Hjørring Kommunes metoder er udførligt beskrevet.



## 8 Bilag

- Bilag 1: Metode- og implementeringsguide
- Bilag 2: Deltagernes baggrund fordelt på behandlingssted
- Bilag 3: Kvantitative analyseresultater – Udvikling på kort, mellemlang og lang sigt
- Bilag 4: Casebeskrivelser
- Bilag 5: Deltagernes kontakt med sygehusvæsnet fordelt på patienttype
- Bilag 6: Evalueringsdesign og procesplan
- Bilag 7: Indsatsteorier for projekterne
- Bilag 8: Midtvejsrapport

