

Rapport

## **KORTLÆGNING AF LOVENDE PRAKSISSE PÅ OMRÅDET FOR OVERGREB MOD BØRN OG UNGE**



Martin Williams Strandby, Amalie Martinus Hauge, Emily Tangsgaard Christensen, Katrine Nøhr og Tine Rostgaard

*KORTLÆGNING AF LOVENDE PRAKSISSE PÅ OMRÅDET FOR  
OVERGREB MOD BØRN OG UNGE*

© VIVE og forfatterne, 2017

ISBN: 978-87-93626-03-4

e-ISBN: 978-87-93626-04-1

Layout: 1508

Forsidefoto: Signe Fiig

Tryk: Bording A/S

Projekt: 11327

Udgivelsen er fagligt kvalitetssikret af ekstern referee og VIVEs  
direktion.

VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd  
Købmagergade 22, 1150 København K  
vive@vive.dk  
www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og  
SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere  
viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige  
sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer  
af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

Kommuner og organisationer har en række forskellige tilbud til børn og unge fra 0 til 17 år, som har været udsat for voldelige og/eller seksuelle overgreb. Den generelle viden om, hvilke faglige praksisser der anvendes i disse tilbud, er imidlertid sparsom.

VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd har forestået en kortlægning for SISO, Socialstyrelsens nationale videnscenter for sociale initiativer ved vold og seksuelle overgreb mod børn og unge, for at afdække, hvilke praksisser der anvendes, og nærmere præsentere enkelte praksisser, der fremstår som lovende.

Vi vil gerne takke medarbejderne i de danske kommuner og organisationer samt nordiske eksperter, som har deltaget i undersøgelsen og beredvilligt har stillet op til (gentagne) interview. Også tak til stud.scient.san.publ. Maria Hoelgaard, VIVE, for assistance til litteraturgennemgangen. Endelig vil vi gerne takke Socialstyrelsen for et tæt og konstruktivt samarbejde. Ansvar for rapportens resultater påhviler udelukkende forfatterne.

*Forfatterne*  
*August 2017*

# Indhold

Sammenfatning .....	5
Formål og fremgangsmåde .....	5
Resultater .....	5
1    Introduktion.....	8
2    Identificering af anvendt praksis .....	11
2.1    Anvendte praksisser: Et overblik .....	11
2.2    Praksissernes fokus, formål og målgruppe.....	12
3    Indkredsning af lovende praksis .....	16
3.1    Indkredsning af 14 praksisser: Et overblik .....	16
3.2    Lovende praksis: En introduktion.....	18
3.3    Tværgående analyse af 14 udvalgte praksisser.....	21
3.4    Case-eksempler på lovende praksis i arbejdet med børn og unge udsat for overgreb .....	23
4    Nordiske nedslag: Anvendte praksisser i de nordiske lande .....	44
4.1    Om de nordiske nedslag .....	44
5    Litteraturstudie af praksisser på overgrebsområdet .....	46
5.1    Litteraturstudiet: Et overblik .....	46
5.2    Præsentation af resultater.....	47
Litteratur .....	72
Bilag 1    Metode .....	77
Bilag 2    Kortlægning af anvendt praksis i kommuner og organisationer.....	80
Bilag 3    Spørgeskema .....	87
Bilag 4    Nordiske nedslag.....	92

# Sammenfatning

Denne rapport afrapporterer en kortlægning og indkredsning af lovende praksisser anvendt på området vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i alderen 0-17 år. VIVE (tidligere KORA) har udført opgaven for SISO, Socialstyrelsens nationale videnscenter for sociale initiativer ved vold og seksuelle overgreb mod børn og unge.

## Formål og fremgangsmåde

Det overordnede formål med undersøgelsen er 1) at kortlægge, hvilken praksis der anvendes i forebyggende, opsporende, rådgivende og behandlende indsatser til børn og unge udsat for vold og/eller seksuelle overgreb i nære relationer, samt 2) at indkredse og beskrive lovende praksis nærmere i forhold til denne målgruppe. Rapporten tilbyder dermed inspiration til praktikere i forhold til metodevalg og fokusområder ved udvikling af nye metoder.

Aktører i fokus for kortlægningen er en række danske kommuner og organisationer samt centrale offentlige myndigheder og videns- og forskningsinstitutioner i Finland, Island, Norge og Sverige repræsenteret ved faglige eksperter. Fra Danmark deltager syv kommuner: København, Aarhus, Odense, Aalborg, Viborg, Randers og Roskilde og ni organisationer: JanusCentret, Bryd Tavsheden, Dialog mod Vold under AskovFonden, Danner, Center for Seksuelle Overgreb på Rigshospitalet, Mødrehjælpen, Sex og Samfund, Center for Socialpædiatri (CFS) ved Herlev Hospital og Børns Vilkår<sup>1</sup>. De nordiske eksperter er typisk ansat ved et universitet eller en offentlig myndighed og præsenteres nærmere i kapitel 5.

VIVE har gennemført kortlægningen i tre integrerede dele: 1) en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse, der identificerer og kategoriserer 84 anvendte praksisser blandt syv udvalgte kommuner og ni organisationer i Danmark, 2) en kvalitativ undersøgelse, der yderligere indkredser og beskriver 14 lovende praksisser ved hjælp af SFIs måleredskab til indkredsning af lovende praksis (Jensen m.fl., 2016), og 3) opfølgende kvalitative nedslag i de nordiske lande og et litteraturstudie, der har undersøgt, hvilken praksis der anvendes i Norden samt i engelsksprogede vestlige lande på området for overgreb mod børn og unge. Yderligere information om de anvendte metoder findes i Bilag 1: Metode.

## Resultater

### Anvendt praksis i Danmark

Til kortlægningen af anvendt praksis i Danmark blev der i samarbejde med de syv kommuner og ni organisationer identificeret i alt 84 praksisser, som var relevante at inkludere i spørgeskemaundersøgelsen. Jævnfør projektets afgrænsning inkluderes kun praksisser, som er rettet mod børn/unge, som har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb, eller familien som helhed. Praksisser, som udelukkende er målrettet forældre eller omsorgssvagede børn, er sorteret fra.

Undersøgelsen viser, at der både anvendes alment kendte praksisser som fx narrativ terapi og specifikke metoder som eksempelvis Marshack Interaction Method (MIM). Halvdelen af praksisserne fokuserer på både vold og seksuelle overgreb, mens en fjerdedel fokuserer på fysisk og psykisk vold og yderligere en fjerdedel på seksuelle overgreb. Der er forskel på kommunernes og organisationernes fokusområder. De fleste praksisser har flere formål, dvs. at de bruges både forebyggende,

---

<sup>1</sup> Oplysninger om kontaktoplysninger til de syv kommuner og ni organisationer kan fås via Socialstyrelsen.

opsporende, rådgivende og/eller behandlende, mens en fjerdedel af praksisserne udelukkende bruges behandlende.

### Indkredsning af lovende praksis

På baggrund af kommuners og organisationers besvarelser af spørgeskemaerne blev der udvalgt 14 praksisser, som vurderes til at kunne være relevante for undersøgelsen på baggrund af bl.a. en række spredningskriterier. Vurderingen af, om en praksis er lovende, tager udgangspunkt i SFIs arbejde med begrebet lovende praksis (Jensen et al. 2016). Kategorien 'lovende praksis' bruges om praksisser, som med stor sandsynlighed vil skabe progression og velfærd for borgerne i samfundet, men endnu ikke har opnået evidens for sin effekt.

Til indkredsning og rangordning af de 14 lovende praksisser anvendes den fulde version af SFIs måleredskab til indkredsning af lovende praksis (Jensen et al. 2016). En praksis scores på baggrund af 11 elementer, som hver udløser en værdi mellem 0,0 og 1,0 (se kapitel 3 for nærmere beskrivelse af redskabet og de 11 elementer). Med en gennemsnitsscore på 7,6 kan de 14 udvalgte praksisser samlet set karakteriseres som mere lovende end mindre lovende. De 14 praksisser er særligt lovende, når det gælder faglig refleksion, forankring af teori og viden samt relationelt samarbejde. Praksisserne er mindre lovende, når det gælder økonomi og dokumentation af virkning.

### Nordiske nedslag

Som opfølgning og nuancering af undersøgelsens første dele er der foretaget en række nordiske nedslag i form af ekspertinterview og desk research. Der er foretaget interview med 1-4 eksperter fra henholdsvis Finland, Island, Norge og Sverige. Fokus i interviewene med de nordiske eksperter er de nationalt anvendte praksisser. Analysen på tværs af landene tegner ikke et entydigt billede af, hvilke praksisser der anvendes i indsatser rettet mod børn og unge udsat for vold og/eller seksuelle overgreb. Nogle fællestræk kan dog findes: I alle nordiske lande fremhæves traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) som en anvendt behandlingspraksis. TF-CBT er en af de praksisser, der er sikker viden om, har en virkning, og som også er anvendt i Danmark, og ligeledes er beskrevet i litteraturstudiet. Især Sverige har i de senere år udviklet og indhentet nye metoder og synes at anvende adskillige og interessante praksisser, herunder en lokal videreudvikling af Combined Parent-Child Behavioural Therapy (CPC-CBT). På tværs af landene peges der generelt på manglende viden om lokalt anvendte praksisser, hvilket afspejler det store lokale frirum i valget af praksis hos den enkelte behandler og organisation. Det gør det samtidig vanskeligt at opsamle systematisk viden på feltet.

### Overblik over praksis fra litteraturstudiet

I forlængelse af kortlægningen blev der udført et litteraturstudie med fokus på engelsksproget og nordisk litteratur. På baggrund af en omfattende screenings- og sorteringsproces finder litteraturstudiet i alt 27 studier, som er relevante for kortlægningens formål. Af disse er 67 % amerikanske og 11 % svenske. De resterende studier kommer fra henholdsvis Australien, New Zealand, Danmark, Holland og Tyskland. At der findes en overvægt af især svenske studier, er i overensstemmelse med rapportens nordiske nedslag, hvor Sverige udmærker sig ved stor variation i anvendte praksisser.

41 % af studierne fokuserer på praksisser anvendt både i arbejdet mod vold og seksuelle overgreb, 33 % fokuserer alene på vold, og 26 % fokuserer alene på seksuelle overgreb. Studierne fordeler sig fortrinsvis på praksisser med et behandlende formål (70 %) og i mindre grad på forebyggende (19 %), rådgivende (7 %) og opsporende formål (4 %).

Størstedelen (63 %) har familien som helhed som sin målgruppe, mens en tredjedel (37 %) har barnet/den unge som målgruppe. Endelig bygger flertallet af studierne (59 %) på evidensbaserede metoder.

For at øge læringspotentialet i en dansk kontekst er der i rapporten udarbejdet beskrivelser af hvert studies fokus, formål, målgruppe, praksis og resultat.

# 1 Introduktion

For nogle børn og unge er hjemmet ikke et frirum, men et sted, hvor de oplever overgreb begået af deres primære omsorgsgiver. Viden om, hvordan vi bedst muligt kan hjælpe disse børn og unge, er vigtig. Denne rapport kortlægger, hvilke praksisser der anvendes i forebyggende, opsporende, rådgivende og behandlende indsatser, når børn og unge oplever vold og seksuelle overgreb begået af en primær omsorgsgiver, samt hvilke praksisser der forekommer mest lovende.

Voldelige overgreb er et komplekst fænomen, der forekommer i fysisk og psykisk form, og nogle gange opdeles i grov og mindre grov vold. Fysisk vold kan fx ses i et kontinuum, gående fra mindre grove til meget grove voldshandlinger (fx fra lussinger til knytnæveslag og spark) (Oldrup et al. 2016). Ifølge Socialstyrelsens definition er vold en handling eller trussel, der uanset formålet kan krænke en anden persons integritet, eller som skræmmer, smerter eller skader personen – og det uanset, om personen er et barn eller en voksen. Volden kan både være en bevidst handling eller en handling, der sker i affekt. Uanset typen af vold, der begås mod et barn, så er der tale om en adfærd fra forældrene eller andre omsorgsgivere, som er ødelæggende for eller forhindrer udviklingen af et positivt selvbillede hos barnet, og som bringer barnets udvikling og sundhed i fare (Socialstyrelsen 2017).

Voldelige overgreb inden for familien og begået af en primær omsorgsgiver er desværre almindeligt forekommende. I SFIs nationale spørgeskemaundersøgelse blandt 8. klasse-elever har hvert sjette barn (17 %) oplevet en eller anden form for fysisk vold i hjemmet inden for det seneste år (Oldrup et al. 2016), og det uanset at det siden revselsesretten blev ophævet i 1997 har været forbudt at slå børn som led i opdragelsen. For nogle af disse børn er volden et vedvarende element i deres opvækst, idet hver sjette (34 %) angiver at have været udsat for vold før 6. klasse (ibid). Også psykisk vold er hyppigt forekommende. Det kan dreje sig om negative verbale reaktioner, trusler om vold eller at blive smidt ud hjemmefra. Hver tolvte barn (8 %) angiver at have været udsat for denne form for psykisk vold inden for det seneste år (ibid). Også mindre børn kan opleve en straf fra deres omsorgsgiver, som kan kategoriseres som vold. Hver sjette mor (13 %) til 3-årige børn angiver således i SFIs Børneforløbsundersøgelse at have givet barnet en endefuld og/eller en lussing. Ofte anvendes volden som en del af opdragelsen og kan betegnes opdragelsesvold (Rayce et al. 2016).

På samme måde kan seksuelle overgreb have alvorlige konsekvenser for barnet. Også her kan selve handlingen ses som et kontinuum af uønskede seksuelle hændelser, gående fra blottelser og berøringer til samleje med kendte og ukendte personer (Oldrup et al. 2016). Socialstyrelsens definition af seksuelle overgreb tager udgangspunkt i Henry C. Kempes definition fra 1978 og definerer et seksuelt overgreb som en handling, hvor den voksne udnytter et barns tillid, og med sin handling krænker barnets integritet. Det er ydermere en handling, som barnet ikke kan forstå eller misforstår, og barnet ikke er modent til at give samtykke til. Når voksne begår seksuelle overgreb mod børn, er det udtryk for den voksnes behov og en handling, der sker på den voksnes betingelser. Og endelig er det en handling, som overskrider samfundets lovgivning og dermed er strafbar, og som ydermere overskrider den almindelige moral (Socialstyrelsen 2017).

Nogle gange sker de seksuelle overgreb inden for familien og begås af en voksen. I SFIs nationale spørgeskemaundersøgelse (Oldrup et al. 2016) angiver 1,4 % af eleverne i 8. klasse, at de har oplevet uønskede seksuelle hændelser med blottelser, hvor krænkeren var et voksent familiemedlem. 0,6 % har oplevet, at et voksent familiemedlem har været involveret i hændelser, hvor de selv blev uønsket seksuelt berørt eller var den, der udøvede seksuelle berøringer. Endelig har 0,4 % af eleverne oplevet, at et voksent familiemedlem har forsøgt eller gennemført samleje med dem.



Efter Overgrebspakken i 2013 er der kommet øget fokus på socialfaglige initiativer, der kan virke forebyggende, opsporende, rådgivende og/eller behandlende i forhold til vold og seksuelle overgreb mod børn og unge. Jævnfør serviceloven skal kommunerne fx udarbejde et skriftligt beredskab som støtte for medarbejderne, når der opstår sager om overgreb mod børn og unge.

Der er dog ikke meget systematisk viden om, hvad der virker bedst i forhold til at forebygge vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i alderen 0-17 år og i forhold til at behandle de børn og unge, der har været udsat for et overgreb. Denne rapport har derfor til formål at kortlægge praksis på området, primært i Danmark, men også at afdække anvendt praksis i Norden og engelsksprogede vestlige lande. VIVE (KORA) har forestået kortlægningen for SISO.

Kortlægningens formål er for det første at identificere, hvilke praksisser kommuner og organisationer anvender i indsatser til børn og unge udsat for vold og/eller seksuelle overgreb, og for der andet at identificere og beskrive lovende praksis nærmere i forhold til denne målgruppe. Det gælder både praksis rettet mod forebyggende og opsporende samt rådgivende og behandlende indsatser. Se nedenstående boks for nærmere definition af praksis.

Aktørerne i fokus for kortlægningen er i Danmark en række udvalgte kommuner og organisationer og i Finland, Island, Norge og Sverige centrale offentlige myndigheder og institutioner repræsenteret ved faglige eksperter.

Kortlægningen er gennemført i tre integrerede dele: 1) en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse blandt syv kommuner og ni organisationer i Danmark, der identificerer og kategoriserer 84 anvendte praksisser, og 2) en kvalitativt baseret undersøgelse, der yderligere indkredser og beskriver 14 lovende praksisser på baggrund af SFIs måleredskab til indkredsning af lovende praksis (Jensen et al. 2016), og 3) et opfølgende litteraturstudie, der har undersøgt, hvilke praksisser der anvendes i indsatser i Norden samt i engelsksprogede lande. Den opfølgende undersøgelse består desuden af kvalitative, nordiske nedslag, som giver indblik i udbredelsen og anvendeligheden af enkelte praksisser i Finland, Island, Norge og Sverige.

Kortlægning og indkredsning af lovende praksis på området for overgreb mod børn og unge ser udelukkende på praksisser, der er målrettet barnet/den unge eller familien og dermed ikke forældre/omsorgsgivere alene, og hvor overgrebet er begået af nærmeste omsorgsgiver. Især praksisens fokus (om den er rettet mod seksuelle eller voldelige overgreb eller begge), formål (om den fortrinsvis er forebyggende, opsporende, rådgivende, eller behandlende), og hvilken målgruppe den er rettet mod (barn/ung alene eller barn/ung og familie), er genstandsfelt for undersøgelsen.

Rapporten er struktureret på følgende måde: I kapitel 2 gennemgås og kategoriseres de 84 praksisser som identificeres i spørgeskemaundersøgelsen. I kapitel 3 anvendes SFIs redskab til indkredsning af lovende praksis til nærmere at beskrive forskellige elementer for 14 udvalgte praksisser. I kapitel 4 behandles de nordiske nedslag, og i kapitel 5 præsenteres resultaterne af litteraturstudiet. Hvert kapitel indledes med en tekstboks, som opsummerer kapitlets væsentligste resultater. I hvert kapitel findes også en boks, som beskriver de vigtigste metodiske overvejelser. Yderligere oplysninger om metoden findes i Bilag 1: Metode. Derudover findes i Bilag 2 en samlet oversigt over de 84 praksisser, i Bilag 3 spørgeskemaet, som er blevet anvendt i undersøgelsen, og i Bilag 4 beskrivelser af praksisser anvendt i de nordiske lande.

Rapporten anvender en række centrale afgrænsninger og begreber, som forklares nærmere nedenfor.

## Centrale afgrænsninger og begreber

- **Praksis:** Kortlægningen har primært haft fokus på praksisser. Hermed forstås de anvendte faglige tilgange og metoder, som anvendes i forbindelse med en given indsats (Jensen et al. 2016).
- **Metode:** Metode forstås, jf. Socialebegreber.dk, som en 'struktureret måde at udføre en handling på'.
- **Faglig tilgang:** En faglig tilgang defineres, jf. Socialebegreber.dk, som et 'fagligt eller teoretisk system, der udgør en ramme for, hvordan et arbejde skal udføres i kraft af et bestemt fokus og formål'.
- **Lovende praksis:** Ud over at identificere praksisser i de anvendte indsatser vurderes det i kortlægningen også, om disse praksisser kan defineres som lovende, jf. SFI's operationalisering af begrebet lovende praksis. En lovende praksis kan defineres som en praksis, der med stor sandsynlighed vil skabe progression og velfærd for borgerne i samfundet, men som endnu ikke er baseret på evidens (Jensen et al. 2016).
- **Målrettet børn og unge:** Fokus for kortlægningen er praksis i indsatser målrettet børn og unge i alderen 0-17 år, som har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb inden for familien og/eller udført af nærmeste omsorgsperson. Snitfladen er således de nære relationer og dermed de personer, der drager den daglige omsorg for eller har ansvar for barnet/den unge. Vi ser ikke på praksis, som kun er rettet mod omsorgsgiver.
- **Børnehuse:** Rapporten afgrænser sig fra at se på, hvordan mistanke om overgreb udredes. Vi ser derfor ikke nærmere på de børnehuse, der anvendes af kommunerne som led i den børnefaglige undersøgelse ved mistanke eller viden om overgreb.

## 2 Identificering af anvendt praksis

I denne del af rapporten præsenteres et overblik over anvendte praksisser på området for vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i de udvalgte kommuner og organisationer i Danmark. Udvalgelsen af relevante praksisser for undersøgelsen er sket systematisk og i tæt dialog med de syv kommuner og ni organisationer, som indgår i kortlægningen. Følgende kriterier er anvendt: 1) Praksissen skal være rettet mod barnet/den unge eller familien som helhed. Praksisser, som alene er forældrerettede, er derfor sorteret fra. 2) Da kortlægningens fokus er praksisser, dvs. de anvendte faglige tilgange og metoder, er indsatser og ydelser, som ikke udgør egentlig praksis, sorteret fra. 3) Endelig skal praksis være rettet mod børn, som har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb. Praksisser udelukkende målrettet omsorgssvigtede børn er derfor frasortet. 84 praksisser er på den baggrund identificeret som relevante for undersøgelsen.

### 2.1 Anvendte praksisser: Et overblik

I forhold til læsningen af undersøgelsens resultater er det værd at bemærke, at de adspurgte aktører typisk anvender flere praksisser og indsatser end dem, som ud fra udvælgelseskriterierne er medtaget i kortlægningen. Derudover må også bemærkes, at en praksis sjældent står alene, men ofte indgår i en samlet indsats tilrettelagt under helhedshensynet til barnet/den unge.

#### Resultater: Identificering af anvendt praksis i danske kommuner og organisationer

- Analysen af de 84 identificerede praksisser viser, at den anvendte praksis som oftest består af både alment kendte praksisser som fx narrativ terapi og specifikke metoder som fx Marshack Interaction Method (MIM).
- Halvdelen af praksisserne anvendes både i indsatser mod fysisk og psykisk vold samt seksuelle overgreb. Omtrent en fjerdedel fokuserer udelukkende på seksuelle overgreb, mens den sidste fjerdedel fokuserer på fysisk og psykisk vold.
- De fleste praksisser benyttes til flere formål, det vil sige både til forebyggelse, opsporing, rådgivning og behandling. Dog har omkring en fjerdedel af praksisserne udelukkende et behandlende formål.
- Aggregeret set er det bemærkelsesværdigt, at der er langt flest praksisser, som bruges behandlende, og relativt få, der bruges opsporende.

Følgende aktører har deltaget i kortlægningen af anvendt praksis. I parentes er angivet antal inkluderede praksisser, se Tabel 2.1.

**Tabel 2.1** Aktører og antal inkluderede praksisser

Kommuner	Organisationer
København (8)	JanusCentret (5)
Aarhus (9)	Bryd Tavsheden (5)
Odense (10)	Dialog mod Vold, under AskovFonden (4)
Aalborg (7)	Danner (4)
Viborg (9)	Center for Seksuelle Overgreb, Rigshospitalet (4)
Randers (6)	Mødrehjælpen (3)
Roskilde (4)	Sex og Samfund (3) Center for Socialpædiatri (CFS), Herlev Hospital (2) Børns Vilkår (1)

I Bilag 2 findes en oversigt over samtlige 84 identificerede praksisser og deres centrale karakteristika i forhold til fokus, formål, og målgruppe. Flere af disse praksisser beskrives også i danske og internationale studier, som er afdækket i litteraturstudiet (kapitel 5), og rapporten drager løbende relevante sammenligninger mellem den anvendte praksis i Danmark og disse studier.

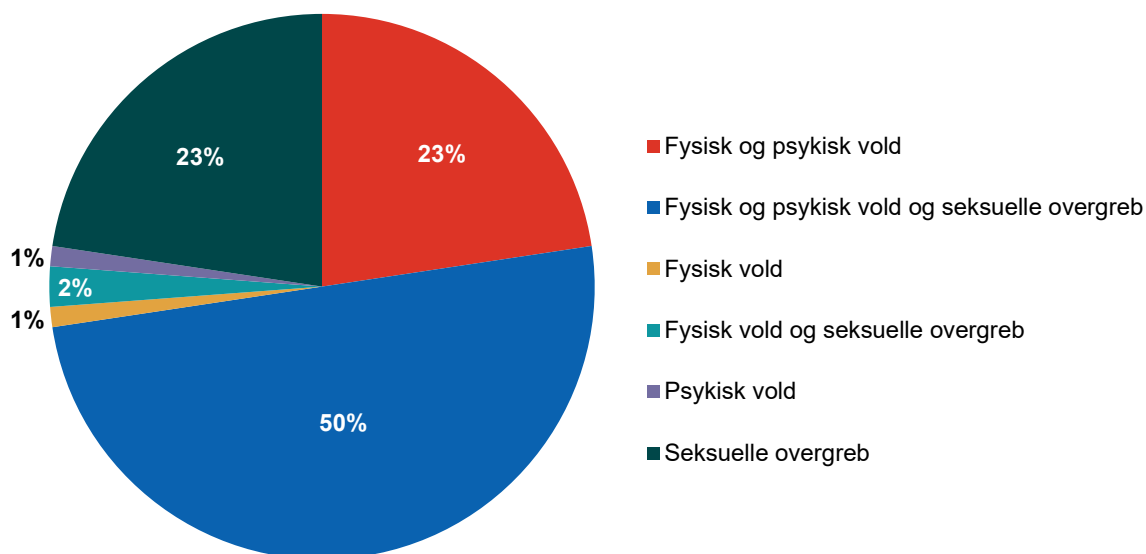
#### Metode: Spørgeskemaundersøgelse til identificering af anvendt praksis

- En indledende telefonisk afdækning med relevante ledere i kommuner og organisationer identificerede 90 relevante praksisser. Konkrete tvivlstilfælde omkring afgrænsningen af praksisser blev afgjort i dialog med aktørerne.
- Dernæst blev der udsendt spørgeskemaer til navngivne personer i de syv kommuner og ni organisationer, som havde kendskab til disse praksisser. Spørgeskemaet afdækkede indhold, fokus, formål og målgruppe.
- Der blev opnået besvarelse fra i alt 84 praksisser, hvilket giver en svarprocent på 93 %.
- Spørgeskemaet indhentede oplysninger om de forskellige praksissers navn, indhold, fokus i forhold til vold og/eller seksuelle overgreb, formål (behandlende, forebyggende, opsporende, rådgivende) og målgruppe (rettet mod barn/ung eller familien).

## 2.2 Praksisernes fokus, formål og målgruppe

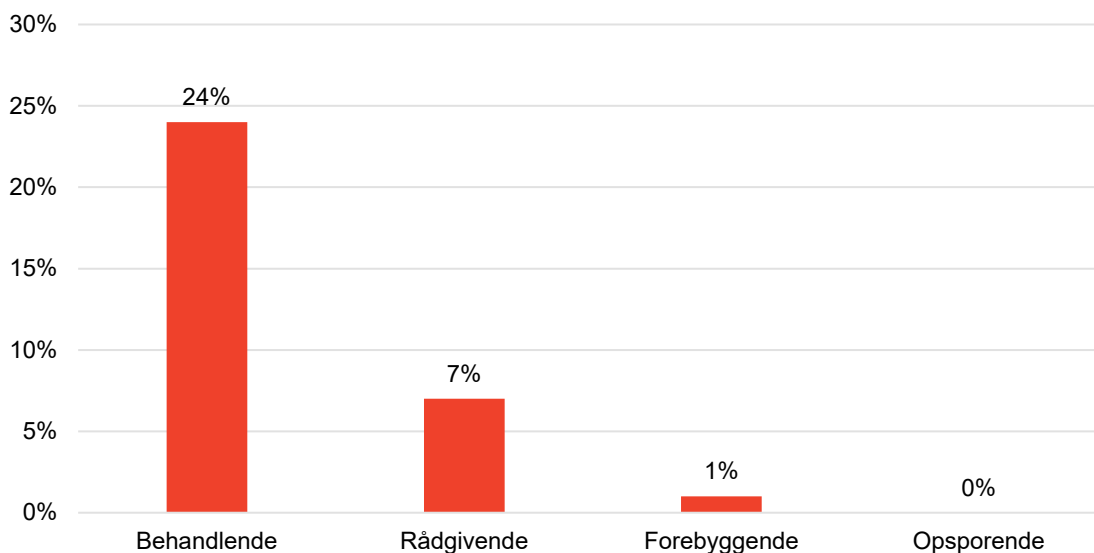
Figur 2.1 viser, hvad fokus er for de 84 undersøgte praksisser, dvs. hvilken type af overgreb de børn/unge har været udsat for, som praksissen anvendes til (fysisk vold, psykisk vold og/eller seksuelle overgreb). Overordnet set illustrerer figuren, at de fleste praksisser ikke er anvendes udelukkende på et specifikt område, men anvendes i indsatser med forskellige fokusområder. Da en praksis godt kan have mere end ét fokus, er svarmulighederne ikke gensidigt udelukkende. Halvdelen af praksisserne fokuserer på alle tre undersøgte overgrebstyper, dvs. fysisk og psykisk vold samt seksuelle overgreb. Af den resterende halvdel er der en klar opdeling: Omkring en fjerdedel af praksisserne fokuserer både på fysisk og psykisk vold, mens samme andel udelukkende fokuserer på seksuelle overgreb. Af de resterende praksisser fokuserer en lille andel på kombinationen af fysisk vold og seksuelle overgreb og alene på psykisk og fysisk vold. Ingen praksisser fokuserer på kombinationen af psykisk vold og seksuelle overgreb.

**Figur 2.1** Praksissernes fokus



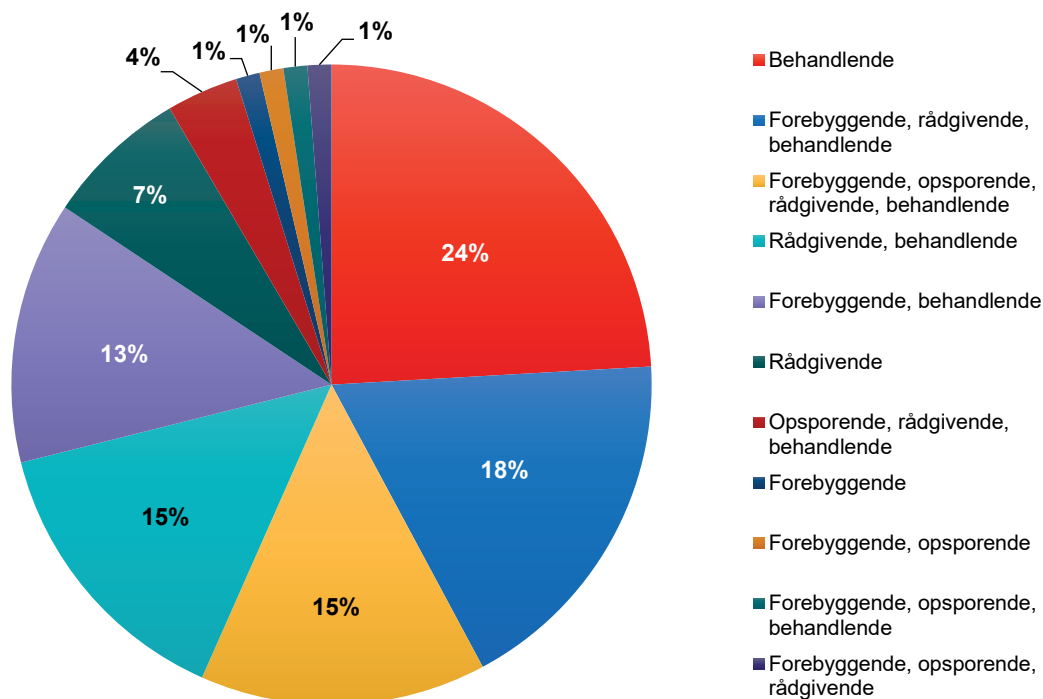
Figur 2.2 viser, hvilke formål praksisserne har. Svarmulighederne er igen ikke gensidigt udelukkende, fordi en praksis godt kan have flere formål (forebyggende, opsporende, rådgivende og behandlende). Overordnet set anvendes langt de fleste praksisser behandlende, hvor et fåtal bruges rådgivende og forebyggende, mens ingen anvendes rent opsporende.

**Figur 2.2** Praksissernes formål



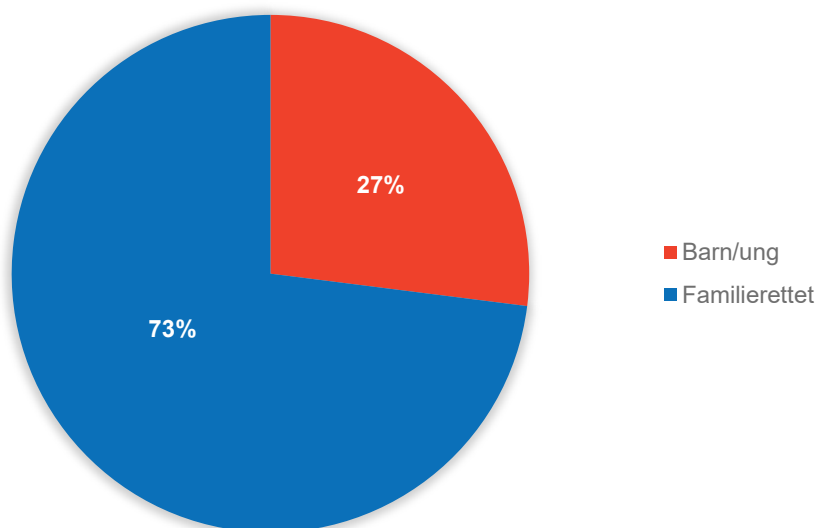
Kortlægningen viser desuden, at størstedelen af praksisserne anvendes med flere formål. Figur 2.3 supplerer Figur 2.2 og viser kombinationen af de formål, hvormed praksis anvendes. Aggregeret set fremgår det, at der er langt flest praksisser, som anvendes behandlende, dernæst rådgivende og forebyggende, mens færrest bruges opsporende.

**Figur 2.3** Praksissernes kombinerede formål



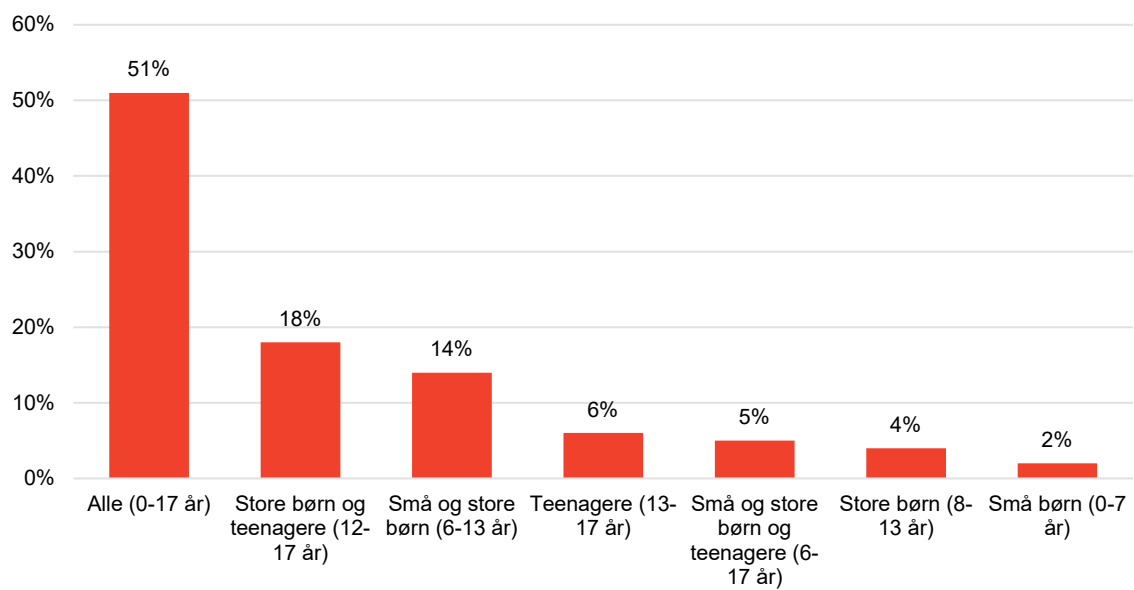
Figur 2.4 viser praksissernes målgrupper, som er gensidigt udelukkende. De fleste praksisser er målrettet barnet/den unge og familien omkring det overgrebsudsatte barn, mens en mindre andel af praksisserne alene er rettet mod barnet/den unge, som udsættes for et overgreb.

**Figur 2.4** Praksissernes målgruppe



Figur 2.5 viser til, hvilke aldersgrupper praksisserne anvendes til. Omkring halvdelen bruges til alle børn i aldersgruppen 0-17 år. De resterende anvendes i indsatser rettet mod mere indsnævrede aldersgrupper. Det er værd at bemærke, at kun meget få praksisser anvendes specifikt til de helt små børn.

**Figur 2.5** Aldersgrupper rangeret efter hyppighed



## 3 Indkredsning af lovende praksis

I denne del af rapporten præsenteres 14 praksisser (se Tabel 3.1), som er udvalgt blandt de 84 identificerede praksisser (se kapitel 2). De 14 praksisser er nærmere undersøgt ved hjælp af telefoninterview, hvor informanterne har vurderet de praksisser, de selv anvender, på de 11 forskellige elementer, der bruges til at vurdere om en praksis er lovende. De 14 praksisser beskrives og rangordnes her ved hjælp af SFIs måleredskab (Jensen et al. 2016).

### 3.1 Indkredsning af 14 praksisser: Et overblik

I dette afsnit oplyses de udvalgte praksisser (Tabel 3.1) og det vises, hvilken aktør der anvender dem, samt hvad deres fokus, formål, målgruppe og den samlede værdi er. Efterfølgende præsenteres redskabet for lovende praksis og anvendelsen af det i denne rapport, herunder relevante metodiske overvejelser og forklaringer af, hvordan resultaterne kan læses. I det efterfølgende afsnit gives et overblik over de 14 praksissers samlede værdi samt over deres score på hver af de 11 underelementer. Til sidst i kapitlet præsenteres dybdegående casebeskrivelser af de 14 praksisser med fokus på de styrker, som praksissen har målt med lovende praksis redskabet.

#### Resultater: Lovende praksis i danske kommuner og organisationer

- Ifølge informanternes vurdering har de 14 praksisser en samlet gennemsnitlig score på 7,6, hvilket er forholdsvis højt på skalaen, der går fra 0-11. De 14 udvalgte praksisser kan dermed set siges at virke lovende målt med SFIs måleredskab.
- Praksisserne er særligt lovende, når det gælder faglig refleksion (element 7), forankring af praksis i teori og viden (element 1) og til at sikre relationelt samarbejde (element 8).
- Praksisserne er klart mindst lovende angående det økonomiske element (element 6), hvor informanterne samlet set scorer praksisserne lavest. Dernæst følger evnen til at dokumentere virkningen i form af undersøgelser (element 2), evnen til systematisk at monitorere udvikling (element 10), samt i hvor høj grad de er overførbare til andre tilbud (element 5).



**Tabel 3.1** 14 udvalgte praksisser til nærmere indkredsning, (tilfældig rækkefølge)

Praksis	Aktør	Fokus	Formål	Målgruppe, alder	Samlet score (0-11)
Rideterapi	Viborg Kommune	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, behandlende	6-15 år	7,9
Individuelle forløb for 0-15-årige	Center for seksuelle overgreb, Rigshospitalet	Seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	0-15 år	9,5
Neuro-feedback	Odense Kommune	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, behandlende	4-17 år	6,7
Funktionel Familierapi (FFT)	Odense Kommune	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, rådgivende, behandlende	11 år	8,8
Mor-barn-forløb	Mødrehjælpen	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, rådgivende, behandlende	0-17 år	8,3
Marschack Interaction Method (MIM)	Aarhus Kommune	Psykisk vold	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	2-17 år	3,8
Individuelle forløb, narrativ metode	Dialog mod Vold (AskovFonden)	Fysisk og psykisk vold	Rådgivende, behandlende	4-17 år	9,7
Udviklingstraumefokus	Randers Kommune	Seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	0-17 år	6,8
Legeterapi	JanusCentret	Seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	1-17 år	7,2
Spædbarnsterapi	Odense Kommune	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	1-17 år	7,8
Memox	Københavns Kommune (privat aktør der leverer til København og andre kommuner)	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Opsporende, rådgivende, behandlende og efter service-lovens §§ 11, 52, 54 og 76	0-17 år	5,9
Samtaleterapi for børn med traumatiserende omsorgssvigt	Aalborg Kommune	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	6-13 år	7,5
Familiebehandling i Familiehuse	Københavns Kommune	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	1-17 år	6,8
Signs of Safety (SOS)	Roskilde Kommune	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, behandlende	0-17 år	9,5

Kilde: Udvælgelse blandt de kortlagte praksisser (se kapitel 2 for beskrivelse af denne identificering).

Denne rapport tilbyder ikke effektmålinger eller statistik, men et overblik over potentielt lovende praksisser baseret på et systematisk indsamlet kvalitativt datasæt og analyseret med udgangspunkt i SFIs redskab for lovende praksis<sup>2</sup>.

#### Metode: Udvalgelse af 14 praksisser til nærmere indkredsning

Der er udvalgt i alt 14 praksisser til nærmere kvalitativ indkredsning blandt de 84 identificerede praksisser i kortlægningen. Følgende to kriterier er lagt til grund for udvælgelsen af praksisser i to separate trin:

1. Det første og primære kriterie angår spredning på følgende parametre:
  - Forskellige typer af praksisser (med særlig vægt på nye praksisser og praksisser, der er udbredte blandt de aktører, som er med i kortlægningen)
  - Spredning i praksissernes fokusområder (fysisk vold, psykisk vold og/eller seksuelle overgreb)
  - Spredning i formål (forebyggende, opsporende, rådgivende og/eller behandlende)
  - Forskellige målgrupper for praksis (0-5-årige, 6-15-årige, 16-17-årige samt hvorvidt praksis er rettet mod bestemte etniske grupper)
  - Hvilke aktører der anvender de forskellige praksisser (med særlig vægt på at få beskrevet kommuners praksis, så organisationerne maksimalt indgår med én praksis hver)
  - Tilstrækkeligt erfaringsgrundlag (et vist antal børn eller unge har været i et forløb med den givne praksis og årstal for, hvornår den konkrete praksis blev iværksat)
  - Vurderet nytte (anslået procentandel, der har haft nytte af praksis).
2. Sekundært, dvs. efter opfyldelsen af kriterie 1, er følgende kriterie anvendt:
  - I spørgeskemaet til kortlægningen af praksisser (se Bilag 3: Spørgeskema) indgik et begrænset udvalg af spørgsmål fra måleredskabet bag lovende praksis<sup>3</sup>. Disse spørgsmål er anvendt til at udregne en værdi, der kan anvendes som screening for potentielt lovende praksis. I de tilfælde, hvor to eller flere praksisser hver især kunne opfylde kriterie 1, er praksissen med den højeste screeningsværdi medtaget.

## 3.2 Lovende praksis: En introduktion

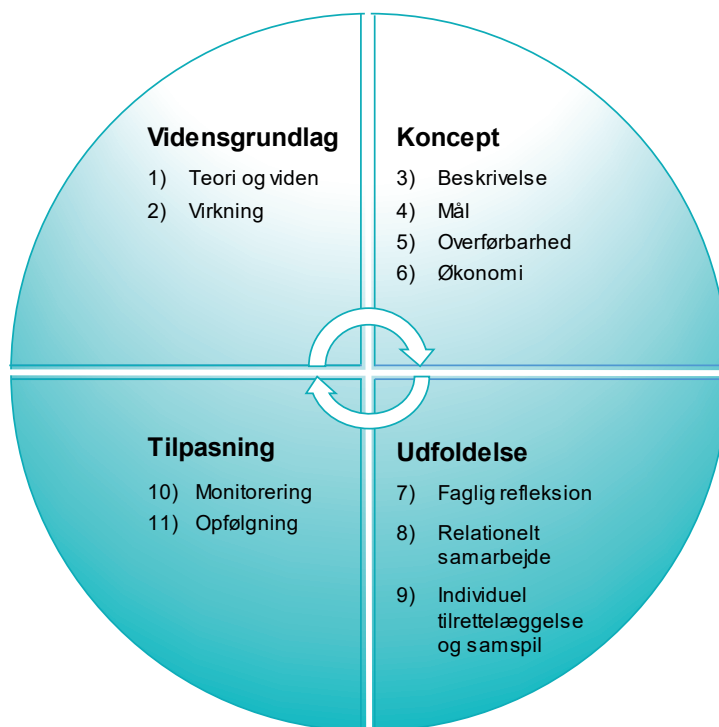
Kategoriseringen 'lovende praksis' bruges til at indkredse praksis, som med stor sandsynlighed vil skabe progression og velfærd for borgerne i samfundet, men som endnu ikke er baseret på 'evidens' (Jensen et al. 2016).

SFIs redskab for lovende praksis er udarbejdet for at kunne indkredse en sådan lovende faglig praksis. Redskabet er udviklet på baggrund af teori og interview med kerneaktører på området (Jensen et al. 2016). Figur 3.1 illustrerer sammenhængen mellem de 11 elementer, som lovende praksis vurderes ud fra, mens Tabel 3.2 uddyber betydningen af hvert enkelt element mere udførligt.

<sup>2</sup> Se yderligere beskrivelse af metode og fremgangsmåde nedenfor i metodeboksen og i Bilag 1: Metode, hvor undersøgelsens samlede metode fremlægges.

<sup>3</sup> Til det formål indgår udvalgte elementer fra SFI's redskab til indkredsning af lovende praksis i spørgeskemaundersøgelsen: elementerne beskrivelse, teori og viden, virkning, overførbarhed, økonomi, individuel tilrettelæggelse og samspil.

**Figur 3.1** Model for 'lovede praksis'



Kilde: Jensen et al. 2016, s. 36.

**Tabel 3.2** De 11 elementer i lovede praksis

1.	<b>Teori og viden.</b> Praksis er forankret i veldefineret teori og aktuelt bedste viden.
2.	<b>Virkning.</b> Der er undersøgelser, som tyder på, at praksis har en positiv virkning for borgerne på et eller flere af de områder, der er sat som mål.
3.	<b>Beskrivelse.</b> Praksis er systematisk beskrevet, fx når det gælder, hvilken gruppe borgere, den er rettet mod, hvilke aktiviteter, den består i, og hvilke mål, den har.
4.	<b>Mål.</b> Praksis indeholder klare og relevante mål for de deltagende borgeres udvikling eller velfærd.
5.	<b>Overførbarhed.</b> Praksis kan overføres til andre tilbud, der er rettet mod tilsvarende grupper af borgere.
6.	<b>Økonomi.</b> Praksis er forbundet med en vis grad af økonomisk rentabilitet.
7.	<b>Faglig refleksion.</b> Praksis understøtter en fælles professionel faglig refleksion.
8.	<b>Relationelt samarbejde.</b> Praksis understøtter, at medarbejderne har de rette professionelle relationskompetencer til at samarbejde konstruktivt med borgere, kolleger og andre fagprofessionelle.
9.	<b>Individuel tilrettelæggelse og samspil.</b> Praksis tager udgangspunkt i de konkrete styrker, udfordringer og ønsker hos den gruppe borgere, indsatsen er rettet mod – og involverer borgerne i praksis.
10.	<b>Monitorering.</b> Praksis involverer en systematisk monitorering af borgernes udvikling eller velfærd set i forhold til de mål, der er sat.
11.	<b>Opfølgning.</b> Der sker en løbende opfølgning og tilpasning af praksis.

Kilde: Jensen et al. 2016.

I vurderingen af de 14 udvalgte praksisser anvendes den fulde udgave af SFIs måleredskab for lovende praksis; i alt 67 spørgsmål med faste svarkategorier<sup>4</sup>. På baggrund af svarene på disse spørgsmål er det muligt at udregne en værdi mellem 0-1 for hvert enkelt element såvel som en samlet værdi mellem 0-11. Den samlede værdi består af en sammenlægning af værdierne fra de 11 elementer. En praksis kan derfor være mere eller mindre lovende af vidt forskellige grunde. Én praksis kan være lovende, fordi den opnår særligt høje værdier på monitorering, mens en anden praksis kan være samlet set lige så lovende, fordi den opnår særligt høje værdier på faglig refleksion. Af denne årsag er det nyttigt for forståelsen af en praksis' værdi at tage højde for, hvordan den scores på de 11 underelementer – og ikke kun fokusere på dens samlede værdi.

### 3.2.1 Tolkning af resultaterne

Den samlede score af de 14 udvalgte praksisser er foretaget på et stringent og systematisk grundlag (Jensen m.fl. 2016, s. 75-92). Værditildelingen og vurderingen af lovende praksis er dog ikke 'objektiv', da den fortsat hviler på et subjektivt datagrundlag (Jensen et al. 2016, s. 92-96). Herunder gennemgås fire forbehold, det er nødvendigt at medtage i fortolkningen af de opnåede værdier.

#### *Interviewpersonens subjektivitet*

Svarene afhænger for det første af den interviewperson, der scorer den givne praksis. Forskellige informanter vil have forskellige vurderinger af deres praksis, hvorfor svarene på spørgsmålene i denne rapport delvist afhænger af den af lederen udpegede interviewperson. Spørgeskemaet lagde op til, at medarbejderen kunne konsultere kollegaer om forhold, man ikke umiddelbart havde kendskab til. I flere tilfælde er svarene blevet valideret i direkte kontakt med en leder, mens det i andre tilfælde alene beror på fagpersonens vurdering. Det er ikke muligt at afgøre, i hvilken grad interviewpersonen har forsøgt at verificere sine svar ved hjælp af konsultation hos andre kollegaer eller leder. Dette kommer tydeligst til udtryk for element 6, økonomi, hvor praksisserne samlet set scorer lavt. Det bør nævnes, at den medarbejder, som udfyldte spørgeskemaet, var udvalgt på grund af sin faglige indsigt i anvendelsen af praksis og ikke ud fra viden om økonomiske forhold.

#### *Efterprøvning ikke mulig*

For det andet er det ikke muligt at efterprøve udsagnene ud over i den konkrete dialog med informanten selv. Erfaringen fra anvendelsen af måleredskabet er, at informanten ofte måtte lade besvarelsen bero på et skøn – dette ikke mindst i forhold til oplysninger, som ikke var umiddelbart tilgængelige, fx om praksissen kunne vurderes omkostningseffektiv. Informanterne fik dog efterfølgende mulighed for at verificere de afgivne scores og havde her mulighed for at konsultere en kollega på de elementer af lovende praksis-redskabet, som de eventuelt var usikre på.

#### *Den enkelte praksis versus den samlede indsats*

For det tredje er der række forhold, der knytter sig til analysens fokus på 'praksisser' frem for indsats eller ydelse. Vurderingerne ud fra måleredskabet og spørgsmålene er alene foretaget med udgangspunkt i den enkelte praksis. Vurderingerne er ikke foretaget af den indsats, som praksissen blot er en del af, eller af hele organisationens eller kommunens indsats. For en række praksisser er det tydeligt, at nogle af de funktioner, som elementerne søger at indkredse og afdække, er opfyldt for den samlede indsats, men ikke for den enkeltstående praksis. Der er derfor en række elementer, som ikke er opfyldt for den enkelte praksis, men er opfyldt for den samlede indsats eller for hele organisationen/kommunen. Det kan derfor være vanskeligt at afgøre, i hvor høj grad informantens

---

<sup>4</sup> Der kan læses mere om redskabet til indkredsning af lovende praksis og de 67 spørgsmål her: <https://www.sfi.dk/projekter/lovende-praksis-11620/>

vurdering knytter sig til den udvalgte praksis, og i hvor høj grad den knytter sig til den samlede indsats.

#### *Gradsforskelle i pointtildelingen*

For det fjerde afhænger pointtildelingen af nogle specifikke procedurer, der er specificeret i måleredskabet. Disse procedurer tager i varierende grad højde for gradforskelle. Dette er tydeligst for element 6 angående økonomi, da pointgivningen bag måleinstrumentet bevidst er sat op, så det kun er muligt at opnå enten 0 eller 1 i dette element<sup>5</sup>. Praksisser opnår altså værdien 0, uafhængigt af om de eksempelvis svarer ja til to af spørgsmålene eller nej til alle tre. Samlet set kan meget få praksisser karakteriseres som lovende inden for elementet økonomi, såfremt der anlægges de forholdsvise strenge kriterier, som måleredskabet baseres på. Det vurderes samlet set, at element 6, økonomi, indeholder en større grad af usikkerhed end de øvrige 10 elementer.

#### *Samlet set*

Det vurderes alt i alt, at der er en vis usikkerhed i værdierne, der skal tages højde for i fortolkningen af resultaterne. Det betyder, at der ikke kan tillægges større meningsfulde forskelle til mindre numeriske forskelle, særligt hvad angår de enkelte elementer. Det taler dog for resultaterne, at data er indsamlet via et interview frem for gennem en selvudfyldt survey. Interviewet har givet mulighed for at garantere den korrekte spørgsmålsforståelse blandt informanterne. Derudover har det også gjort det muligt at udfordre og kvalificere svarene, herunder argumenterne og forklaringerne på hvert enkelt svar. Det er erfaringen fra interviewene, at svarene ofte ændrede sig fra informantens indledende bud til det endelige svar som følge af dialogen og de opfølgende spørgsmål. Derudover har samtlige deltagende aktører valideret værdierne, de har opnået på de enkelte elementer og som samlet score såvel som medfølgende casebeskrivelser. Dette forhold øger også sikkerheden bag resultaterne.

### 3.3 Tværgående analyse af 14 udvalgte praksisser

Dette afsnit gennemgår de tendenser, der træder frem på tværs af de 14 udvalgte praksisser. Figur 3.2 illustrerer de 14 udvalgte praksissers fordeling i forhold til den samlede score på SFIs måleredskab for lovende praksis. Samlet set kan de 14 udvalgte praksisser karakteriseres som mere lovende end mindre lovende. Deres gennemsnitlige samlede værdi er på 7,6 på skalaen fra 0-11<sup>6</sup>. Den praksis, der opnår den højeste samlede score, er Individuelle forløb, Narrativ metode hos Dialog mod Vold (AskovFonden), der opnår den samlede værdi af 9,7 ud af 11 mulige point.

---

<sup>5</sup> Spørgsmål til element 6, økonomi fremgår herunder. Svarmuligheden til alle tre spørgsmål er 'ja', 'nej' og 'ved ikke/ønsker ikke at svare':

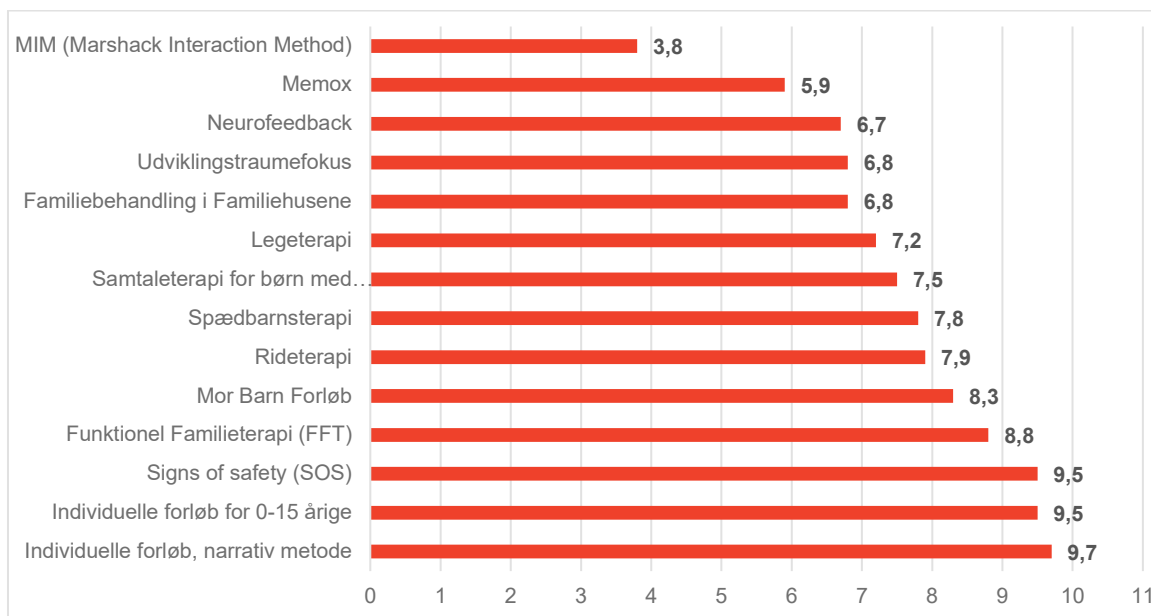
6.1: 'Er I bekendt med omkostninger ved praksis? Her tænker vi på udgifter som medarbejdertid, drift af teknologi og værktøjer, uddannelse samt øvrige omkostninger.'

6.2: 'Står omkostningerne ved praksis mål med resultaterne?'

6.3: 'Sammenholdes omkostningerne ved praksis med omkostningerne ved lignende praksisser, som I også vil kunne benytte?'

<sup>6</sup> Medianen er 7,7. Til sammenligning er gennemsnittet 6,2 og medianen 6,1 i den oprindelige udvikling og afprøvning af SFIs måleredskab, hvor 54 praksisser har deltaget. I denne afprøvning opnår en enkelt praksis en score i intervallet mellem 9 og 10, mens de to lavest scorende praksisser opnår scorer i intervallet fra 2 til 3 (Jensen et al. 2016, s. 93).

**Figur 3.2** 14 praksisser rangordnet fra højeste til laveste samlede score (0-11)



Figur 3.3 illustrerer, hvilken gennemsnitlig værdi der karakteriserer hvert af de 11 elementer, når der ses på tværs af de 14 udvalgte praksisser. Den maksimale forskel mellem to elementer er på 0,7. På en skala, der går fra 0,0 til 1,0, kan dette karakteriseres som en forholdsvis stor spredning.

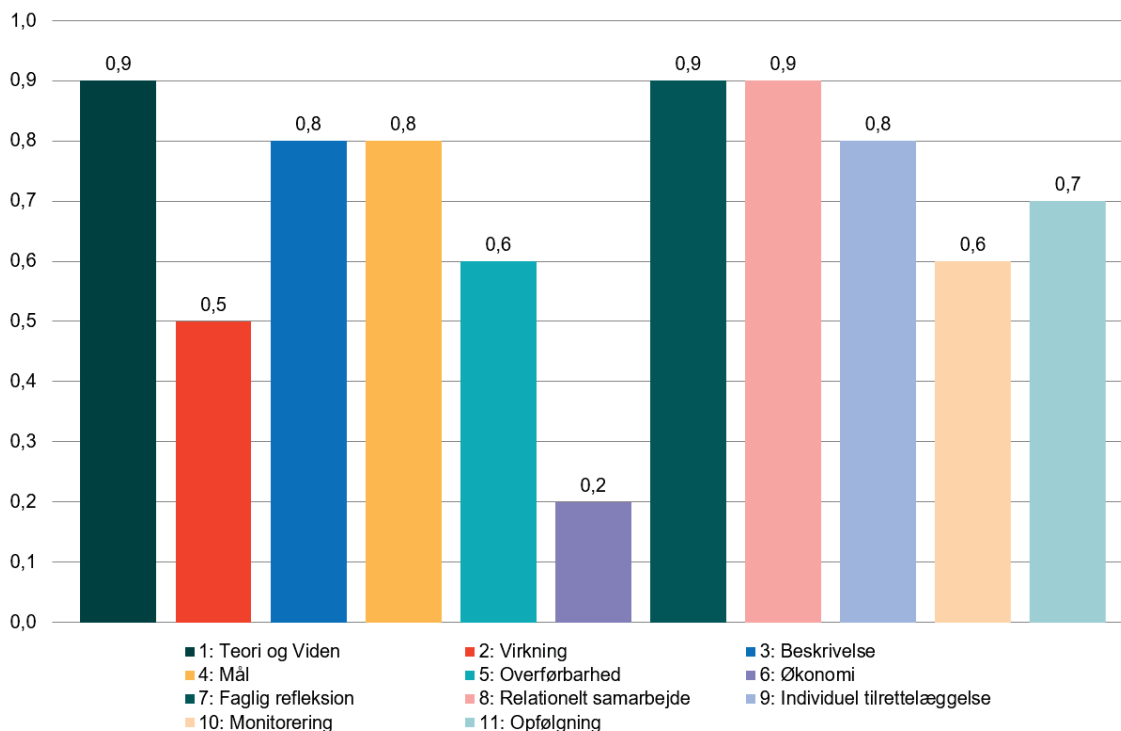
De 14 praksisser kan betegnes som *særligt lovende* i forhold til element 7: at sikre faglig refleksion omkring praksis; element 1: at forankre praksis i teori og viden, og element 8: at understøtte, at medarbejderne har de rette relationskompetencer, idet alle tre elementer opnår en gennemsnitlig værdi på 0,9.

Dernæst følger tre elementer, hvor de 14 praksisser gennemsnitligt har opnået værdien 0,8. Det drejer sig om element 9, der sikrer, at praksis er individuelt tilrettelagt efter den enkelte borger; element 4, der sikrer, at praksis indeholder klare og relevante mål for deltagerne, og element 3, der omhandler, hvorvidt praksis er systematisk beskrevet.

De 14 praksisser er klart *mindst lovende* i forhold til element 6: at kunne dokumentere økonomien og sammenholde det med resultaterne, med en gennemsnitlig værdi på 0,2. Det er 0,5 under gennemsnittet blandt de 11 elementer på 0,7 og tyder altså på, at de 14 praksisser er mindre lovende på dette område. Her er det dog nødvendigt at genkalde sig de forbehold, der blev præsenteret for netop dette element i forrige afsnit, hvilke indikerer en del af forklaringen på, at den lave værdi kan skyldes usikkerheder blandt de udpegede interviewpersoner samt de konkrete procedurer for tildelelse af point.

Praksisserne scores næstlavest på element 2: dokumentation af virkning, med en værdi på 0,5. Element 10: evnen til systematisk at monitorere brugernes udvikling samt element 5: graden af overførbare, opnår en værdi på 0,6. Element 11: at sikre en løbende opfølgning og tilpasning af praksis, opnår værdien 0,7 – det samme som gennemsnittet blandt alle 11 elementer.

**Figur 3.3** Gennemsnitlig værdi for hvert af de 11 elementer (0-1), på tværs af de 14 udvalgte praksisser



Note: Værdierne spænder fra 0,0-1,0. Værdier er afrundet til nærmeste hele decimal.

### 3.4 Case-eksempler på lovende praksis i arbejdet med børn og unge udsat for overgreb

Dette afsnit beskriver indholdet af hver enkelt af de 14 udvalgte praksisser, og hvordan de vurderes på hvert af de 11 elementer. Afsnittet beskriver den enkelte praksis generelt i forhold til formål, fokus og målgruppe. Derudover fokuseres der på et eller to elementer, hvor praksissen har vist sig særligt lovende og dermed har opnået en høj værdi.

#### 3.4.1 Rideterapi, Viborg Kommune

I Viborg Kommune anvendes rideterapi, hvor den positive kontakt til hesten udnyttes i den terapeutiske tilgang i behandlingen af børn og unge udsat for overgreb.

Rideterapi anvendes flere steder i Danmark såvel som internationalt (se også litteraturstudiet i kapitel 4 (Yorke et al. 2013)) for en lignende, men ikke helt identisk praksis. I Viborg Kommune har behandlerne udviklet en unik behandlingsform, der kombinerer rideterapi med narrativ metode som én integreret metode. Den narrative fortælling er rammen for de konkrete aktiviteter med hestene. Erfaringen i Viborg Kommune er, at denne metode virker særligt godt over for børn og unge udsat for både fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb, men metoden anvendes også over for andre målgrupper, herunder børn udsat for omsorgssvigt eller børn med adfærdsvanskeligheder. De konkrete begrundelser for metodens virkninger findes i henholdsvis den narrative teoriretning samt i studier af brugen af heste som terapeutisk virkemiddel. Rideterapi er dermed et eksempel på en

praksis, der er lovende i forhold til element 1: *teori og viden*, da den er forankret i veldefineret teori og aktuelt bedste viden.

For den narrative metode drejer det sig om formålet med at udvide den positive historie for hver session. Behandlerne skriver fx et bevidningsbrev til hver enkelt deltager, som læses højt efter den afsluttende session, hvor forældre deltager. I brevet tydeliggøres de positive egenskaber ved deltageren og den udvikling, der er pågået over de 12 ugentlige sessioner à 2 timer.

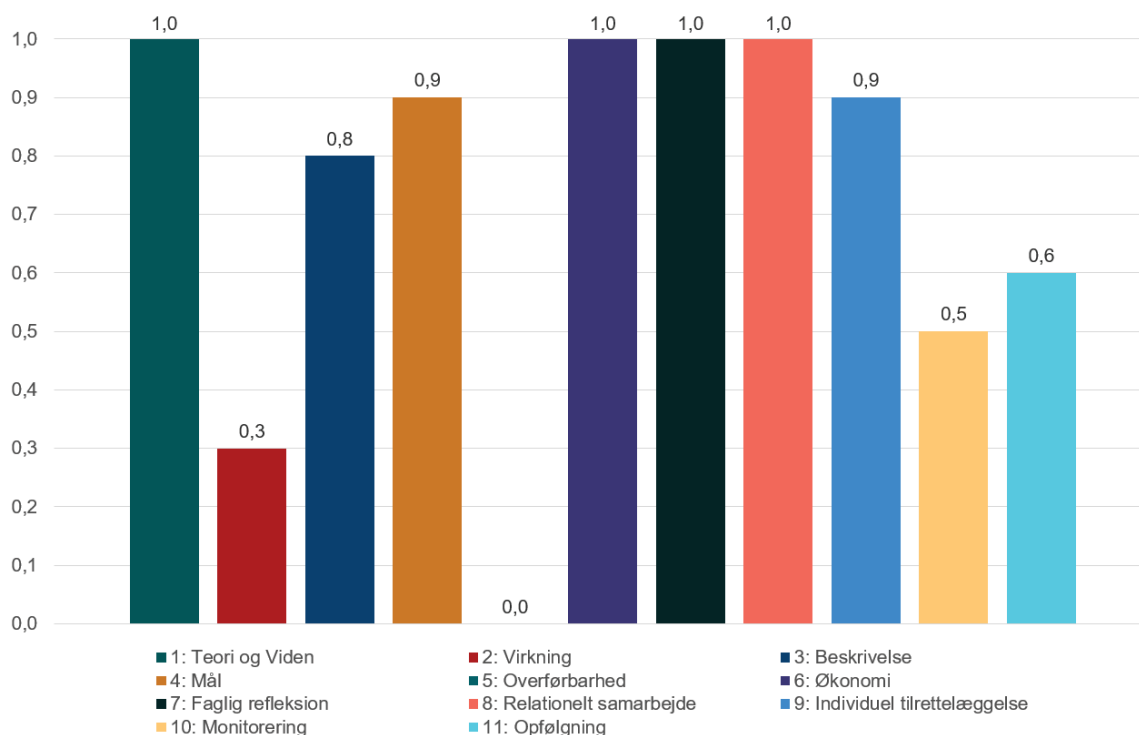
For rideterapi drejer det sig om de konkrete fysiologiske effekter af berøring og kontakt med heste. Det bidrager til at bringe nervesystemet i ro, hvilket kan medvirke til øget trivsel og forbedret potentiale for læring i skolen. Der arbejdes med tillid, hvilket er gavnligt for en målgruppe, der ofte har udfordringer med at udvise tillid som følge af brud på denne. Det kan eksempelvis være ved at ride med lukkede øjne til musik. Der arbejdes også med tydelighed og grænsedragning. For det første lærer børnene, hvilken effekt deres handlinger har på en direkte måde, idet heste reagerer umiddelbart og tydeligt på selv små stimuli. For det andet er det nødvendigt, at børnene selv sætter grænser i arbejdet med hestene, hvilket ofte vil være en positiv egenskab for børn, der har fået deres grænser overskredet. Desuden anvendes Feedback Informed Treatment (FIT) systematisk som en integreret del af forløbet.

Rideterapi vurderes også at være forbundet med en vis grad af rentabilitet og ligger dermed højt på element 6, *økonomi*. I Viborg Kommune er der kendskab til de samlede omkostninger ved rideterapi inddelt på omkostninger til henholdsvis uddannelse, aflønning, materialer m.m. Derfor er det muligt at estimere, hvad de samlede omkostninger til denne praksis er. Der er ydermere kendskab til overheadomkostninger såsom husleje, administration, ledelse m.m., men ikke på det samme detaljerede niveau som for kernekomponenterne i rideterapi. Vurderingen blandt behandlerne og afdelingsledelsen er, at de resultater, der opnås med rideterapi, står mål med omkostningerne. Resultaterne ses bl.a. i form af færre anbringelser.

Rideterapi og de andre praksisser i Viborg Kommune indgår i et samlet ydelseskatalog, der dog ikke indeholder detaljerede omkostningsdata på samtlige praksisser. Der gennemføres dog jævnligt projekter, hvor nye metoder afprøves og vurderes specifikt på deres omkostningseffektivitet, dvs. en sammenligning af deres resultater og omkostninger i forhold til eksisterende metoders resultater og omkostninger. Rideterapi opnår en samlet score på 7,9. I Figur 3.4 ses, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.



**Figur 3.4** Rideterapi, Viborg Kommune



### 3.4.2 Individuelle forløb for børn 0-15 år, Center for Seksuelle Overgreb, Rigshospitalet

Behandlingen på Center for Seksuelle Overgreb på Rigshospitalet er fokuseret på overgreb. Der tilbydes psykologbehandling til barnet og parallelt hermed krisebehandling og rådgivning til ikke-krænkende forældre.

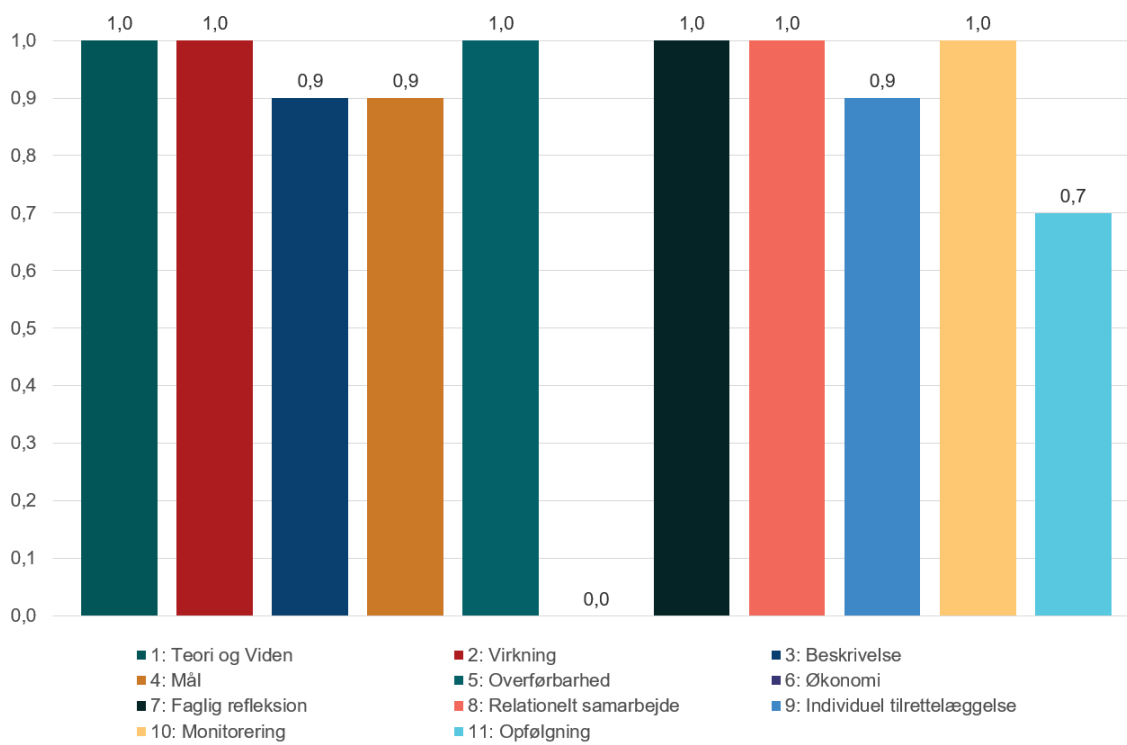
De individuelle forløb for børn i alderen 0-15 år udsat for seksuelle overgreb er et eksempel på en praksis, der er lovende, da den er forankret i veldefineret teori og aktuelt bedste viden (element 1). Hovedformålet er at få børnene i trivsel igen, så traumet ikke bremser dem i deres normale liv og udvikling, men tværtimod integreres som en del af deres liv, der kan håndteres.

Der arbejdes i tværfaglige teams med fokus på psykosociale forhold bredt set. Behandlingsenhederne består af psykologer, der tager sig af behandlingen af børnene, socialrådgivere, der tager sig af rådgivning og eventuelt behandling af forældre, sygeplejersker, der varetager samtaler med større børn om krop og prævention og forbereder retsmedicinske undersøgelser, samt læger. Den faglige tilgang i forståelsen af barnets og familiens reaktioner er hentet fra udviklingspsykologi, tilknytnings-teori, psykodynamisk teori, systemisk teori, kriseteori og traumeteori. Behandlingen tilrettelægges ud fra barnets behov og overgrebets karakter. Behandlingsmæssigt bruges mange forskellige metodiske tilgange. Der anvendes narrative metoder, mentaliseringsbaserede metoder, psykoedukation, systemiske tilgange, redskaber fra kognitiv adfærdsterapi samt kunstterapeutiske retninger.

Eksempelvis anvendes narrative metoder til at give børnene en ny fortælling om deres liv, så overgrebene ikke bliver en bærende del af fortællingen om dem selv. I litteraturstudiet i kapitel 5 er det også muligt at læse om TF-CBT (Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi) (se artiklerne af Mannarino et al. (2012) samt Cohen et al. (2010 og 2011)).

Praksissen er udviklet på Rigshospitalet. Personalet er på løbende (efter)uddannelse og deltager i forskningskonferencer som både deltagere og oplægsholdere, ligesom der samarbejdes med Aarhus Universitetshospital Skejby, JanusCentret og andre relevante aktører. Individuelle forløb for børn 0-15 år opnår en samlet score på 9,5. Figur 3.5 viser, hvordan der scores på hvert af de 11 elementer.

**Figur 3.5** Individuelle forløb for 0-15-årige, Center for Seksuelle overgreb, Rigshospitalet



### 3.4.3 Neurofeedback, Odense Kommune

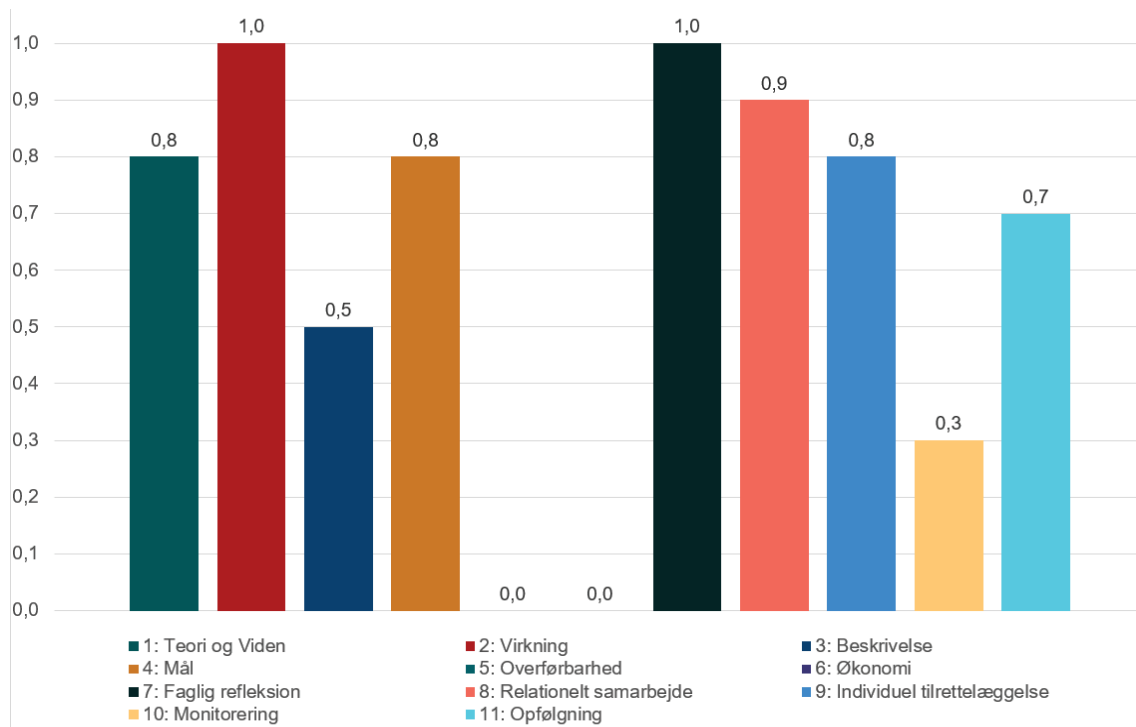
Neurofeedback arbejder direkte med det autonome nervesystem i hjernen. Metoden er relevant for målgruppen i de tilfælde, hvor børn og unge, som har været udsat for traumatiske overgreb, har en tilstand af alarmberedskab, hvor det autonome nervesystem (ANS) ikke er i ro. For mange børn og unge er traumatet så voldsomt, at de fortrænger eller ikke har tilgang til det, de har oplevet på et kognitivt niveau. Det kan også skyldes situationer, hvor traumatet er opstået i den tidlige udviklingsfase af barnets liv. Her kan neurofeedback skabe forudsætningerne for, at de deltagende børn og unge kan begynde at tale om traumatet. Det har både stor betydning for evnen til at indgå i mere regulære former for samtaleterapi samt for evnen til at indgå i relationer til andre helt generelt.

Neurofeedback er en højteknologisk adfærdsterapi, der via EEG-målinger (ElektroEncephaloGraf) aflæser hjernen på nogle bestemte frekvenser, som er knyttet til barnets 'arousal niveau'. Der sættes elektroder på hovedet, og sessionerne øver hjernen i at være i nogle dybere frekvenser, hvilket bidrager til, at den falder til ro. Hjernen lærer på den måde at regulere sig selv.

Metoden kan ikke stå alene. Sessionerne og forandringen, der søges opnået, afhænger af den trygge relation mellem behandler og modtager. Den udførende skal derfor stadig ses som terapeut og ikke som en anonym leverandør af en scanning. Et typisk forløb strækker sig over 20-30 sessioner.

Neurofeedback er et eksempel på en praksis, der er lovende i forhold til element 1: *virkning*, da virkningen bag neurofeedback er veldokumenteret i internationale videnskabelige undersøgelser. Metoden har virkning på en række målgrupper, herunder også børn og unge udsat for overgreb i de nære relationer. Af litteratur praksissen trækker på kan bl.a. nævnes følgende: *”Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain”* af Sebern Fisher (2014), der i høj grad beskæftiger sig med traumer efter overgreb og omsorgssvigt. Neurofeedback opnår en samlet score på 6,7. I Figur 3.6 ses, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

**Figur 3.6** Neurofeedback, Odense Kommune



### 3.4.4 Funktionel Familierapi (FFT), Odense Kommune

FFT, Funktionel Familierapi, er i sin generiske form en evidensbaseret metode, hvor der er foretaget effektstudier af metoden. FFT i Odense Kommune inddrages her for at illustrere, hvordan metoden anvendes specifikt over for målgruppen af børn og unge udsat for voldelige og/eller seksuelle overgreb.

Der er udført effektstudier af praksissens virkning, hvorfor den scorer højt på element 1: *virkning*. Odense Kommune har endvidere foretaget lokale evalueringer af kommunale konsulenter, ligesom FFT Danmark foretager dataudtræk som en del af deres supervision og opfølgning.

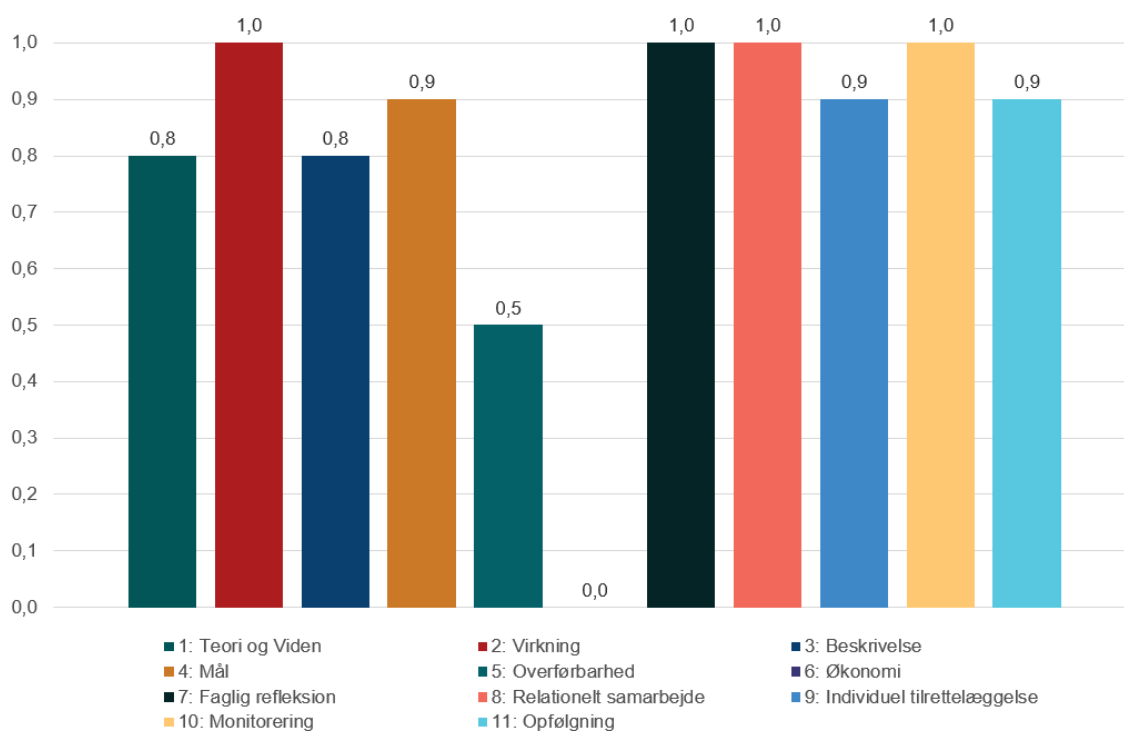
FFT er inddelt i tre faser: en engagement- og motivationsfase, en adfærdsfase og en generaliseringsfase. Terapeuten arbejder multisystemisk med familien og anvender forskellige metoder og teknikker afhængigt af familiens behov og målene i den enkelte fase. Formålet er at opnå et lavere konfliktniveau og finde fælles løsninger i familien. Det sker via konkrete 'skills'/redskaber, som familien indøver. Ambitionen er, at disse redskaber efter forløbet automatisk ligger indlejret i deres handlemønstre<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> For mere information om FFT, se beskrivelse på Socialstyrelsens vidensportal: <https://vidensportal.dk/temaer/udadreagerende-adfaerd/indsatser/fft-functional-family-therapy>

FFT er målrettet familier med et højt konfliktniveau, hvor børnene har udadreagerende og problematisk adfærd. Praksissen er primært relevant for familier med børn, der er 11 år eller ældre. I Odense Kommune anvendes FFT også på samme måde over for familier, hvor børnene er udsat for voldelige overgreb. Denne delgruppe estimeres af behandlerne til at udgøre cirka en tredjedel af den samlede gruppe af familier. Delgruppen udgøres især af familier med psykisk vold, men der er også erfaring med fysisk vold. FFT anvendes ikke over for familier med børn udsat for seksuelle overgreb. FFT anvendes på den samme måde over for familier med voldelige overgreb som over for familier, hvor der er et højt konfliktniveau uden deciderede overgreb. Det er ofte konflikter i familierne, der udarter sig til voldelige overgreb. Volden er dermed sjældent massiv og omfattende, men er et symptom på familiernes dysfunktion. FFT anvendes ikke i de mest bekymrende sager, hvor de fysiske overgreb er så voldsomme, at børnene er tæt på en anbringelse.

I Odense Kommune er FFT-teamet med ude til første møde med familierne, hvor den indledende afdækning af deres behov, herunder for eventuel henvisning til specifikke foranstaltninger og metoder, bliver afklaret. Det opleves at medvirke til en forbedret og mere præcist tilrettelagt indsats. FFT opnår en samlet score på 8,8. I Figur 3.7 ses, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

**Figur 3.7** Funktionel Familierterapi (FFT), Odense Kommune



### 3.4.5 Mor-barn-forløb, Mødrehjælpen

Mødrehjælpens Mor-barn-forløb er én af flere praksisser, som organisationen anvender overfor målgruppen i projektet 'Ud af Voldens Skygge'<sup>8</sup>. Her modtages familier med børn mellem 0 og 15 år, hvor mødrene har forladt deres voldelige partnere. Det er individuelt, hvor længe familierne deltager i indsatsen, men de er oftest i et forløb på et halvt år. Mor-barn-forløb varer gennemsnitligt 10 gange,

<sup>8</sup> De andre praksisser, der indgår i denne kortlægning, er henholdsvis 'Individuelle forløb for børn' og 'Grupperforløb for børn'. Derudover er der flere praksisser, der ikke indgår i denne kortlægning, bl.a. forløb for mødrene alene.

men kan variere en del afhængigt af familiens konkrete behov og udvikling. Se også litteraturstudiet i kapitel 4 for andre behandlinger, der involverer mor og barn (fx artikel af Cohen et al. (2011)).

Mor-barn-forløb opnår en høj værdi på element 3: *beskrivelse*, da det er systematisk beskrevet via en samlet guideline. Den samlede guideline indeholder forandringsteori, behandlermanual, anvisning af antal gruppegange, nødvendige redskaber, anvendte metoder, det teoretiske afsæt for arbejdet mv. og revideres fortsat. Praksissen er dermed beskrevet på en måde, så andre tilbud og fagpersoner vil kunne forstå de konkrete aktiviteter, hvilke mål der skal opnås, hvem der er i målgruppen for mor-barn-forløb og deres støttebehov, kravene til medarbejdernes faglige baggrund (psykolog, terapeut eller andre med særlige socialfaglige kompetencer), og hvordan arbejdet er organiseret, herunder sammenhængen til de øvrige metoder.

I Mor-barn-forløb ved Mødrehjælpen indgår desuden en systematisk *monitorering* af borgernes udvikling eller velfærd i forhold til de mål, der er sat, og der opnås derfor en høj værdi på element 10: *monitorering*. For det første er der i projektets forandringsteori og manual konkrete udviklingsindikatorer, som indsatserne stiler mod at indfri på henholdsvis kort, mellemlang og lang sigt. Disse mål spejles for den enkelte familie i behandlerens egen journal. Et relevant eksempel på et udviklingsmål er barnets følelsesmæssige sikkerhed og tilknytning til moderen. Er denne ufuldstændigt eller ikke til stede, arbejdes der bevidst med tilknytningsfremmende tiltag.

Udviklingsindikatorerne undersøges konkret ved hjælp af måleskemaer over for både mor og barn. Der anvendes flere redskaber, der indirekte kan vurdere tilknytningen mellem mor og barn. Thomas-testen benyttes til at vurdere graden af PTSD-symptomer hos barnet<sup>9</sup>. Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) udfyldes af barnets mor og måler barnets psykiske trivsel og adfærd. 'Mors Stemme' er Mødrehjælpenes eget udviklede redskab, der undersøger moderens egen tilstand. Disse skemaer anvendes systematisk ved opstart og afslutning af forløbet, ligesom det er gennemtænkt, hvordan de forskellige skemaer passer ind i behandlingen, og om de skal administreres, når mor og barn er sammen eller hver for sig<sup>10</sup>. Derudover er der planer om at indføre Marshack Interaction Method<sup>11</sup> (MIM) til at vurdere mor-barn-relationen direkte.

Der anvendes et it-system til at samle alle informationer om brugerne. Fra dette it-system kan behandler, teamleder og ledelse generere resultatdata i form af grafer, søjler m.m. Der er interne metodekonsulenter til at lave dataudtræk og sammenholdninger af forskellige kvinder og børns progression, hvilket giver mulighed for at give et samlet billede af målgruppens udvikling. Det er samtidig muligt at generere interne kvartalsrapporter og eksterne rapporter til finansieringsgivere. Mor-barn-forløb opnår en samlet score på 8,3. Figur 3.8 viser, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

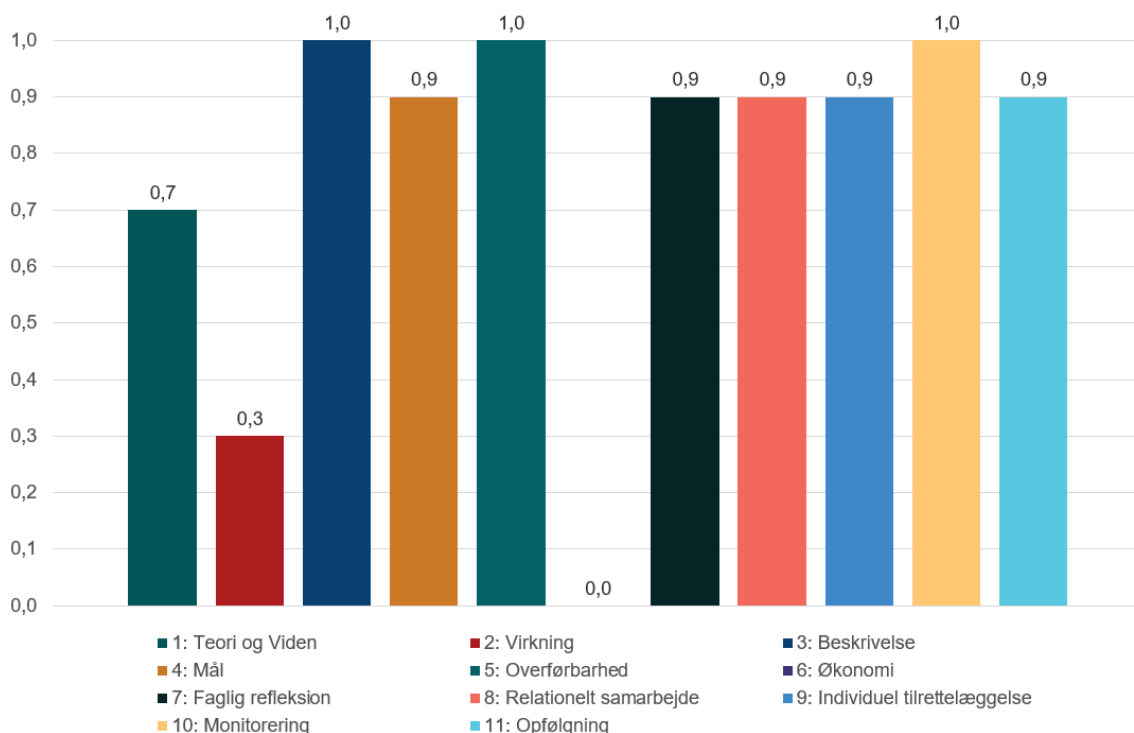
---

<sup>9</sup> Thomas-testen er udviklet i Danmark af Ask Elklit m.fl. fra SDU på baggrund af den oprindelige amerikanske 'Darryl-Test', se mere her: [http://www.sdu.dk/om\\_sdu/institutter\\_centre/institut\\_psykologi/forskning/forskningsgrupper/videnscenter\\_for\\_psyko-traumatologi/temasider/naar\\_boern\\_og\\_unge\\_traumatiseres/tegnaserietesten](http://www.sdu.dk/om_sdu/institutter_centre/institut_psykologi/forskning/forskningsgrupper/videnscenter_for_psyko-traumatologi/temasider/naar_boern_og_unge_traumatiseres/tegnaserietesten).

<sup>10</sup> Skemaerne anvendtes tidligere også midtvejs i forløbene, men er på baggrund af organisationens egne erfaringer begrænset til start og afslutning.

<sup>11</sup> Se også selvstændig casebeskrivelse af MIM. Mor-barn-forløbene er Theraplay-inspirerede og Mødrehjælpen afventer aktuelt certificering i denne metode, hvortil MIM er tæt knyttet.

**Figur 3.8** Mor-barn-forløb, Mødrehjælpen



### 3.4.6 Marshack Interaction Method (MIM), Aarhus Kommune

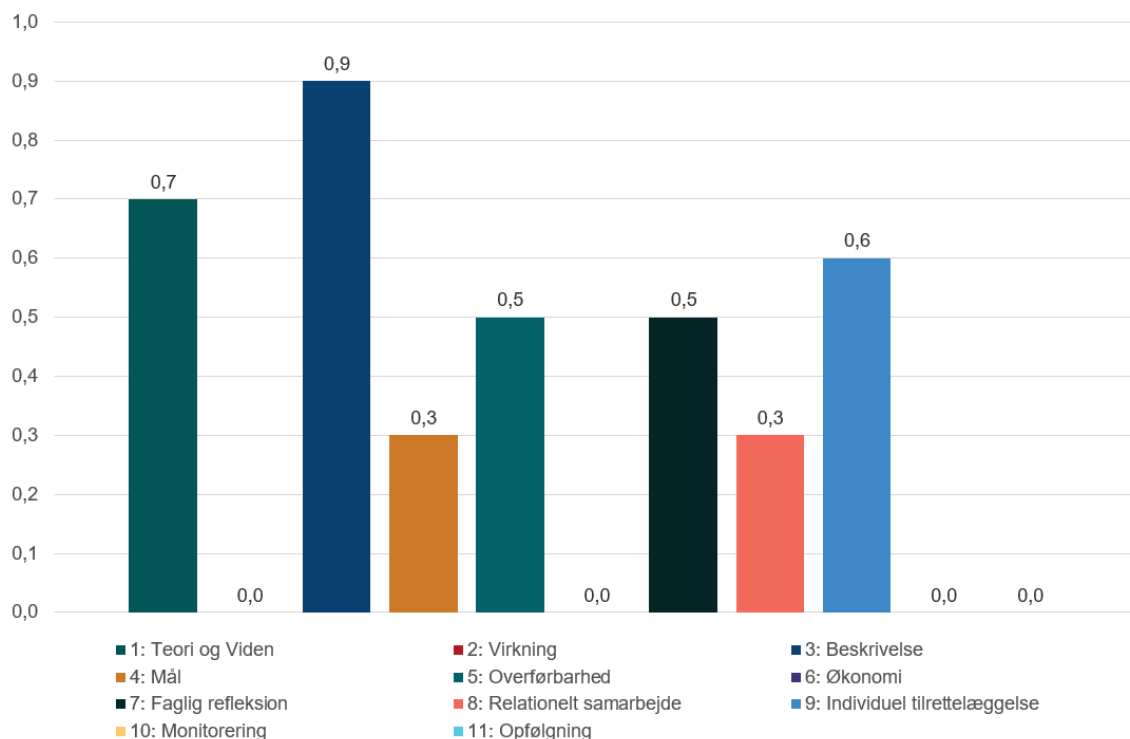
Marshack Interaction Method (MIM) er et andet eksempel på en praksis, der er lovende i forhold til sin systematiske *beskrivelse*. MIM er en undersøgelsesmetode, der tager udgangspunkt i relationers betydning for behandlingsarbejdet. Metoden er velegnet til at fokusere på barnets behov, og i hvor høj grad forældrene er i stand til at indgå i den nødvendige relation.

MIM anvendes i sager om overgreb, men også bredere i sager om omsorgssvigt m.m. Det er altid et supplement til andre metoder og kan ikke stå alene, men bruges i forbindelse med anden behandling i rådgivningscenteret. Metoden er velbeskrevet, hvilket også bidrager til dens overførbarehed.

Der er fokus på fire dimensioner af adfærd og samspil mellem omsorgsgiver og barn: struktur, engagement, omsorg og udfordring. Når metoden benyttes, sker det efter en fast fremgangsmåde. Der afholdes samtaler med børn og deres forældre, og der optages videosekvenser af forældrenes samvær med barnet. Under samværet skal forældre og barn sammen løse ni opgaver uden tilstedeværelse af andre, fx opgaver relateret til at synge sange eller bygge med klodser. Videosekvenserne anvendes til at analysere, hvor forældre og barn har udfordringer i relationen. Disse analyser af samværet følges altid op af efterfølgende samtaler med forældrene. I samtalerne vises der enkelte klip fra samværet for at illustrere og konkretisere, hvad familien kan arbejde videre med, og hvor der er et udviklingsbehov.

MIM opnår en samlet score på 3,8. Figur 3.9 viser, hvordan der scores på hvert af de 11 elementer.

**Figur 3.9** Marshack Interaction Method (MIM), Aarhus Kommune



### 3.4.7 Individuelle Forløb, Narrativ metode, Dialog Mod Vold

Individuelle forløb ved brug af narrativ metode er én af de anvendte praksisser hos Dialog mod Vold (DMV), en afdeling i NGO'en AskovFonden. Målgruppen er børn og unge, der har overværet eller været udsat for fysisk eller psykisk vold i nære relationer<sup>12</sup>. Det er forskelligt, hvor længe børnene deltager i de individuelle forløb, men oftest modtager barnet mellem fem og ti samtaler. Hver samtale kan vare en halv time for små børn og op til en time for større, mere modne børn. En familie vil oftest være ved Dialog Mod Vold i et år, hvoraf barnets individuelle forløb udgør én del af den samlede indsats. Formålet med de individuelle forløb er at skabe fokus på barnets behov og sikre tryghed i familien. De skadelige oplevelser og eventuelle traumer må ikke komme til at dominere barnets identitet, hvorfor en stor del af aktiviteterne rettet sig mod, at børnene oplever at kunne mestre eget liv (agens).

Samtalerne baserer sig på narrativ metode, og konkret anvendes virkemidlet 'livets træ' samt en bamse eller et andet tøjdyr. Bamsen, der er med børnene hjemme, anvendes som et fælles tredje element, der gør det muligt at afdække, hvordan barnet oplever situationerne, idet barnet ikke nødvendigvis kan svare eller har vanskeligt ved at svare, hvis det spørges direkte. Når barnet tegner sit personlige træ, der symboliserer dets eget liv, afdækkes det undervejs, hvad der har værdi for barnet. Mange af de ting, der bliver tegnet og skrevet i træet, skal kunne beskrives, uden at barnet risikerer at komme i klemme mellem forældrenes konflikter (se også White & Morgan 2007).

Individuelle forløb ved brug af narrativ metode er – som det anvendes af Dialog Mod Vold – et eksempel på en praksis, der er lovende i forhold til element 4: *mål*, da den indeholder klare og relevante mål for deltagernes udvikling og velfærd. Der arbejdes med klare og relevante mål for de deltagende børn på flere måder. For det første findes målene i generaliseret form i den samlede

<sup>12</sup> Der er også enkelte børn og unge udsat for seksuelle overgreb i de nære relationer. Forældre, der udøver vold, er sideløbende i behandling.

forandringsteori, der beskriver målene for henholdsvis udøvere af vold, partner samt børn. For det andet er der specifikke skriftlige mål for den enkelte familie og barn i form af en case-formulering. Disse mål afspejler målene i handleplanen i de familier, hvor der samarbejdes med en myndighed<sup>13</sup>. Konkret tilpasses målene for de individuelle forløb, så de afspejler de relevante mål i handleplanen, ligesom der er samarbejdsaftaler og netværksmøder. På samme måde udarbejdes der klare mål for de familier, hvor der ikke er myndighedsarbejde. Det sikres, at målene er konkrete og klare for den enkelte familie og barn, og at de tager udgangspunkt i netop deres støttebehov, ved at der laves individuelle casebeskrivelser og 'lokale' handleplaner for hver enkelt familie og barn. Et eksempel på mål for familien kan være, at børneperspektivet bliver tydeligt i familien, eller at der skabes tilpas meget tryghed i familien til, at det bliver muligt at læse lektier sammen eller børste tænder uden konflikter og trusler.

Trivslen hos det enkelte barn og familier registreres ved hjælp af Feedback Informed Treatment (FIT). Et særskilt mål er, at scoren her forbedres eller følger den statistiske forudsigelse i forhold til startscoren. Der er fokus på de individuelle forbedringer, frem for på den kliniske cut-off-score alene, da der er stor variation i de forskellige personers udgangspunkt. Indfrielse af målene vurderes ved den afsluttende samtale med forældre og børn. Målene skal være indfriet inden for det år, hvor familierne typisk er i kontakt med Dialog Mod Vold. Anvendelsen af redskabet bidrager også til oplevelsen af ejerskab og sikrer, at undersøgelsen af barnets og familiens tilfredshed sker automatisk og på en systematisk måde. Skemaerne i redskabet udfyldes af barnet selv, mens forældrene også udfylder et separat skema om barnet.

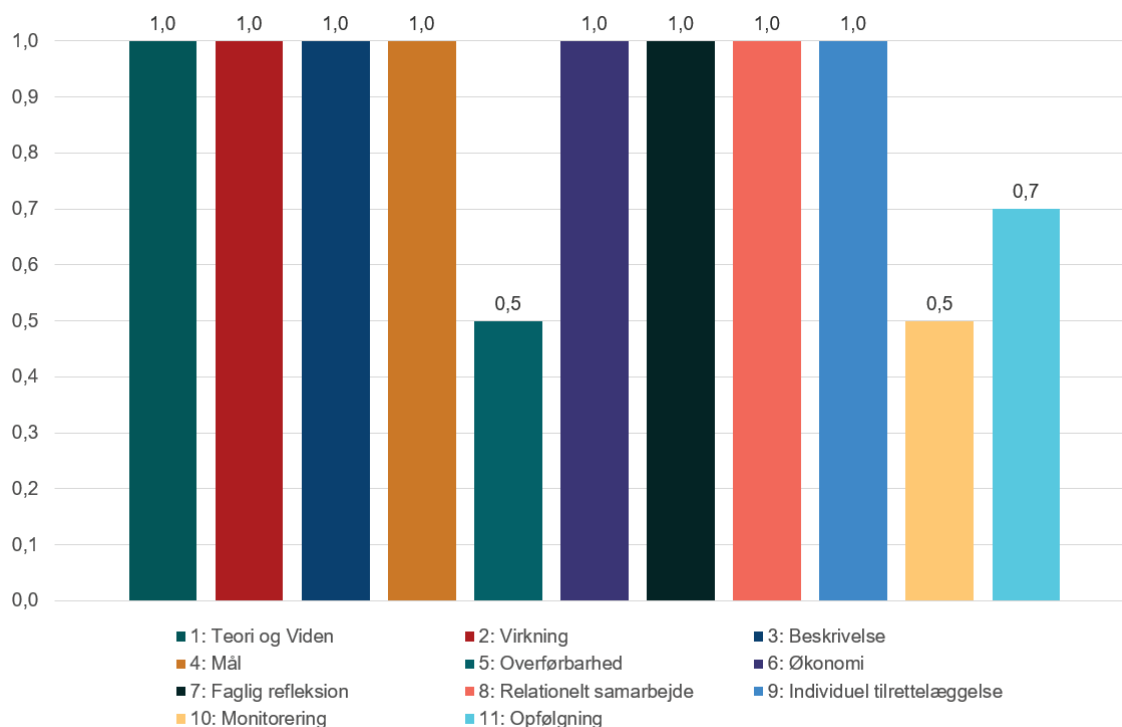
Individuelle forløb ved brug af narrativ metode er ligeledes et eksempel på en praksis, der er lovende for element 9, da den sikrer *individuel tilrettelæggelse* og involverer de børn og unge, som indgår i den. Der er tydelige inklusionskriterier, og de individuelle forløb tilrettelægges med udgangspunkt i den viden, de har om børnene og deres ressourcer. Denne viden stammer fra forældrenes beretninger samt fra fagpersoner såsom kommunale sagsbehandlere. Denne viden beskrives som 'hypoteser', idet den altid efterprøves og kvalificeres i det konkrete møde med barnet. Eksempelvis opdages og tilføjes ofte ny information under den narrativt inspirerede terapeutiske bevidningsproces, når der gøres brug af redskabet 'livets træ'. Individuelle forløb ved brug af narrativ metode opnår en samlet score på 9,7. I Figur 3.10 ses, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

---

<sup>13</sup> Der er to veje ind i indsatsen: frivilligt eller via henvisning fra kommune (Dialog mod vold, DMV, fungerer også som leverandør). DMV vil altid gerne etablere kontakt til de sociale myndigheder i kommunen og får samtykke fra familien til dette formål. Hvis de ikke får samtykke, foretages der en underretning hver eneste gang.



**Figur 3.10** Individuelle forløb, Narrativ metode, Dialog Mod Vold



### 3.4.8 Udviklingstraumefokus, Randers Kommune

Udviklingstraumefokus er betegnelsen for den praksis i Randers Kommune, hvor fagpersoner i teamet arbejder ud fra en fælles grundlæggende forståelse af traumereaktioner på baggrund af traumeforskning, udviklingspsykologisk forståelse og et tilknytningsteoretisk perspektiv. Den er etableret med opmærksomhed på udviklingstraumer. Den direkte målgruppe er børn og unge fra 0 til 17 år udsat for seksuelle overgreb, samt børn og unge, der har udsat andre for krænkelse af seksuel karakter<sup>14</sup>. Nogle har enkeltstående traumer, men det er erfaringen blandt behandlerne, at målgruppen oftest er præget af udviklingstraumer. Udviklingstraumer forstås som det forhold, at børn udviser traumereaktioner, samtidig med at de på forskellige udviklingsområder ikke er alderssvarende udviklet (følelsesmæssigt, fysisk, kognitivt etc.). Det vil sige, at børnene har været udsat for traumatiske og chokerende oplevelser, og derfor kan mange af deres oplevelser og reaktioner forstås som traumereaktioner. Desuden er børnene ofte præget af udviklingsforsinkelser som følge af, at de har været nødt til at fokusere på overlevelse frem for udvikling og har levet i et miljø, hvor de ikke er blevet mødt tilstrækkeligt udviklingsfremmende.

Hovedformålet med praksis er, at børnene kan forstå sig selv og bearbejde det traume, der er opstået, for at udvikle sig, samt at de får den udviklingsstøtte og omsorg de har behov for i familien. Der er altså fokus både på traumet samt på udvikling af evner på de områder, hvor barnet er forsinket i sin udvikling. Af den grund arbejdes der både med børnene og forældrene samt det øvrige netværk omkring barnet/familien. Børnene vil ofte have fastlåste reaktionsmønstre og være forsinkede i deres følelsesmæssige og sociale udvikling. Derfor er arbejdet med familierne ofte langvarigt.

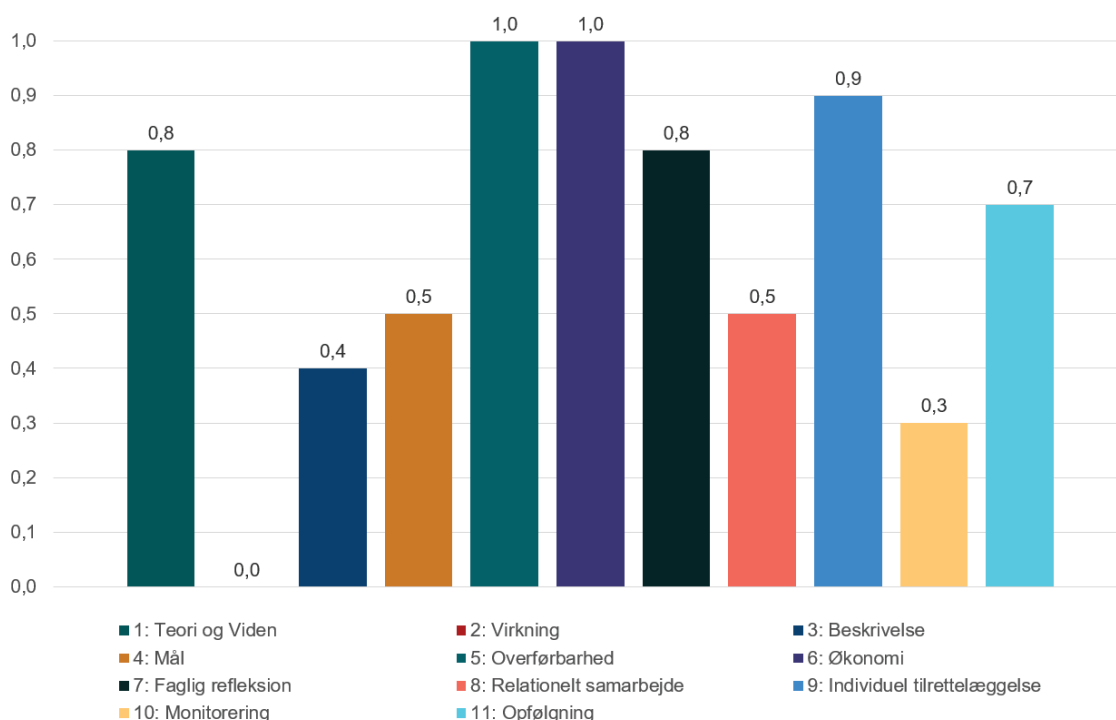
Udviklingstraumefokus er et eksempel på en praksis, der er lovende på element 5: *overførbarehed*, da den vurderes til relativt let at kunne overføres til andre tilbud rettet mod tilsvarende målgrupper.

<sup>14</sup> Der er endnu ikke erfaring med de yngste børn.

Der er endvidere ingen specielle forhold, der besværliggør implementering af den. De konkrete aktiviteter og elementer i behandlingen består af støtte og samtaler med både børn og forældre samt samarbejde med det øvrige netværk omkring barnet/familien. Arbejdet varetages af to medarbejdere fra teamet, der består af psykologer og familiebehandlere. Samtalerne er indledningsvist undersøgende for at afklare, hvilke problematikker der er gældende i familien og over for barnet. I starten drejer det sig ofte om akutte udfordringer i familiens liv og om at løse følelsen af panik, når nære relationer er blevet brudt. Der fokuseres løbende på, hvordan teamet kan støtte børnene og forældrene, og hvordan de kan arbejde med børnenes følelsesmæssige udvikling. Særligt for de mindre børn er det muligt at arbejde bredspektret med inddragelse af hele familien. For de ældre børn på 16-17 år har praksis indtil videre ofte været begrænset til individuelle samtaler med dem alene. Det eneste ressourcekrævende krav, denne praksis stiller, er, at det skal være muligt at lave en massiv indsats for familien i starten af forløbet.

Praksissen udviklingstraumefokus opnår en samlet score på 6,8, og i Figur 3.11 ses, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

**Figur 3.11** Udviklingstraumefokus, Randers Kommune



### 3.4.9 Legeterapi, JanusCentret

Legeterapi er et eksempel på, hvad der virker til at være en *overførbare* praksis. JanusCentret er en selvejende institution, der arbejder med børn og unge med seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd. Centret er VISO-leverandør. Legeterapi er én af de praksisser, der anvendes i arbejdet<sup>15</sup>. Målgruppen er primært børn med seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd, men der arbejdes også med søskende til de krænkende børn, hvis de er blevet udsat for seksuelle overgreb. Børn med seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd har også ofte selv været udsat for overgreb i de nære relationer og skal have bearbejdet disse overgreb. Aldersgruppen for legeterapi afhænger af

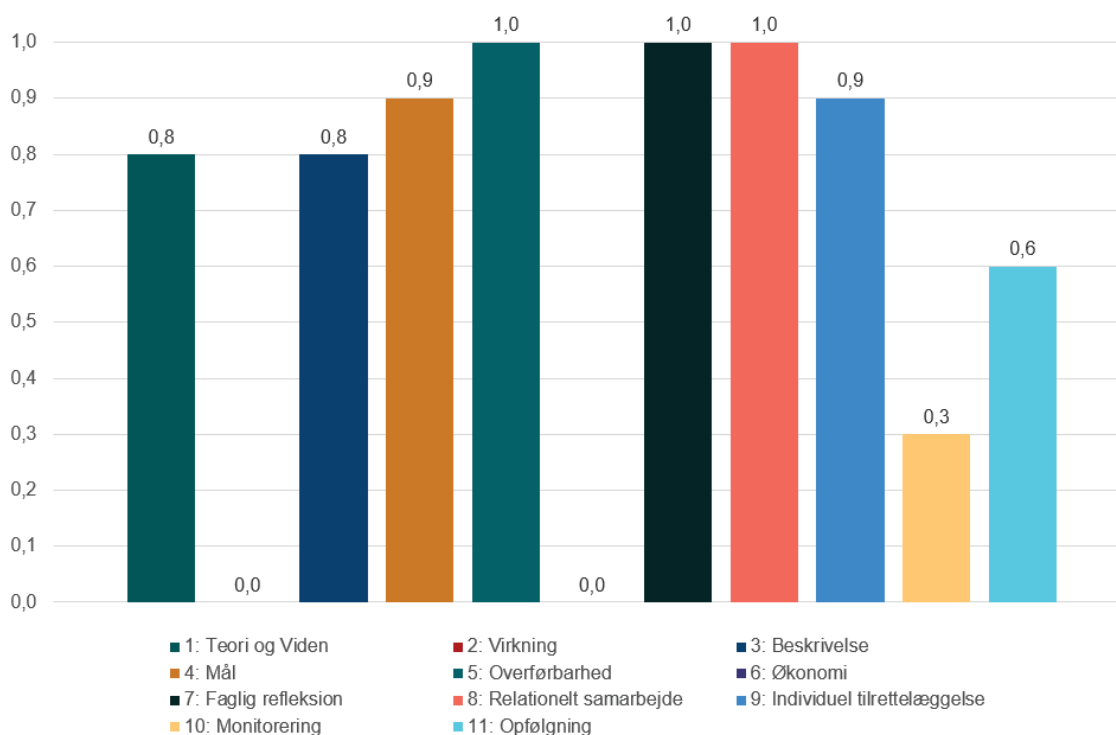
<sup>15</sup> De øvrige praksisser i kortlægningen fra JanusCentret er Mediation, Tidlig Traumeterapi, Familiebehandling samt Individuel Samtale.

barnets modenhed, men vil oftest fungere godt op til 10 år. Hovedformålet er, at barnet får bearbejdet de konflikter og svære følelser, der er opstået som følge af overgrebene.

Legeterapi vurderes af behandlerne selv i høj grad at være overførbart til andre tilbud, og der er kun i mindre grad specielle forhold ved den, der besværliggør implementering af den. Disse specielle forhold er for det første krav til medarbejdernes kompetencer, idet medarbejderne oftest er psykologer og terapeuter. For det andet er det krav til de fysiske lokaler og omgivelser, idet der skal være ro samt særligt indkøbt terapeutisk legetøj<sup>16</sup> og to sandkasser, én med tørt og én med vådt sand.

I de indledende samtaler er barnet sammen med forældre til en familiesamtale, så børnene ved, hvorfor de er der, og at forældrene har givet lov til, at børnene går med ind i legegruppen. Det er godt for barnet at vide, at det gerne må fortælle om alt og afsløre eventuelle hemmeligheder. Forældrene venter som regel ude i venteværelset under sessionen, hvilket giver barnet tryghed. Undtagelsen er, hvis der er problemstillinger, hvor det er virkningsfuldt, at forældrene er med inde og høre om det, og hvor det er vigtigt, at ansvaret ikke placeres hos barnet, men eksplicit hos forældrene. Der er konkrete fremgangsmåder for det terapeutiske arbejde, fx er der ikke nogle bestemte måder, at barnet skal lege med legetøjet på – den eneste regel er, at de ikke må ødelægge noget. Det giver mulighed for at arbejde med børn, der er følelsesmæssigt låst i deres udvikling, og afsøge deres udviklingspsykologiske stadie. Børnene får mulighed for at bearbejde følelser. Legeterapi opnår en samlet score på 7,2. Figur 3.12 viser, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

**Figur 3.12** Legeterapi, JanusCentret



### 3.4.10 Spædbarnsterapi, Odense Kommune

Spædbarnsterapi er en praksis, der anvendes over for børn og unge med førsproglige traumer opstået i de første tre leveår. Alternativt kan terapien også anvendes over for senere opståede traumer, hvis barnet har svært ved at sætte ord på det. De fleste børn, der modtager spædbarnsterapi, er

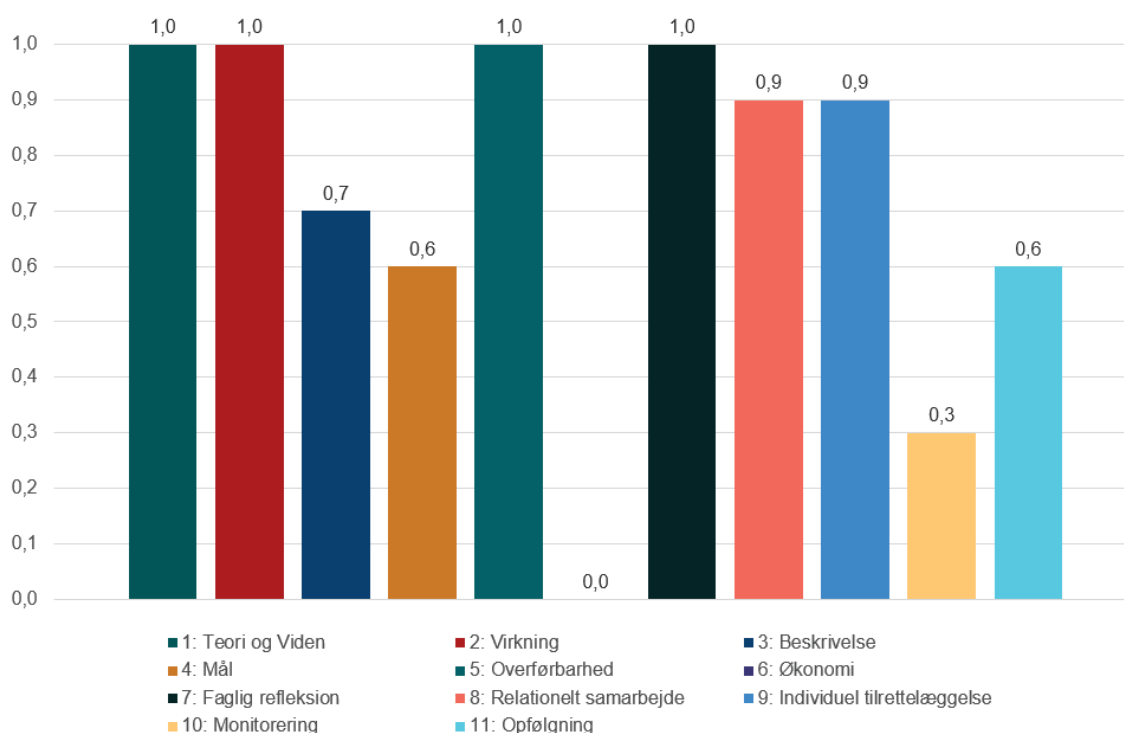
<sup>16</sup> ERICA legetøj.

mellem 10-14 år. Størstedelen er udsat for voldelige overgreb i familien, men har også i begrænset omfang erfaring med seksuelle overgreb. Børn henvises til spædbarnsterapi, fordi de er i forskellige former for mistrivsel, og der enten er vished om eller mistanke om tidlige traumer. Formålet er at få barnet i trivsel igen. Traumerne kan forstyrre børnenes hverdag og udvikling, selvom de er skjulte, da kroppen alligevel husker dem. Der tages udgangspunkt i forskellige tilknytningsteorier, ligesom den narrative tilgang er en betydelig del af indholdet. Behandlerne har adgang til den nyeste fagviden og et netværk af øvrige behandlere og anvender dette aktivt i tilrettelæggelsen af spædbarnsterapi.

Spædbarnsterapi vurderes bl.a. som lovende i forhold til element 7: *faglig refleksion*, da den understøtter en fælles, professionel, faglig refleksion. Forløbet består af sessioner, hvor barnets historie fortælles til barnet, mens forældrene sidder stille ved siden af, og strækker sig typisk over 3 måneder. Forløbet starter med, at forældrene inviteres ind alene og fortæller historien om barnets tilblivelse og tidlige liv. Dernæst analyserer behandlerne i fællesskab forældrenes udsagn. Her er der indlejret en mulighed for i fællesskab systematisk at reflektere over de faglige aktiviteter og handlinger i spædbarnsterapi.

I næste fase involveres barnet, og behandleren genfortæller forældrenes historie til barnet, mens forældrene lader barnet fordøje historien. Denne fase udgør oftest 4-5 seancer med en uges mellemrum. Disse seancer optages på video – alene for behandlerens skyld. Disse videooptagelser anvendes til supervision og faglig sparring. Spædbarnsterapi opnår en samlet score på 7,8. I Figur 3.13 ses, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

**Figur 3.13** Spædbarnsterapi, Odense Kommune



### 3.4.11 Memox

Memox står for Multietnisk Mentorordning og Familiebehandling og er samtidig navnet på den private leverandør af familierettet behandling, der bl.a. leverer til Københavns Kommune. Målgruppen for Memox' Familiebehandling er familier, hvor der er opstået bekymringer af en grad, hvor børnene er i fare for at blive anbragt eller allerede er blevet det. I de fleste tilfælde er overgreb tilstede.

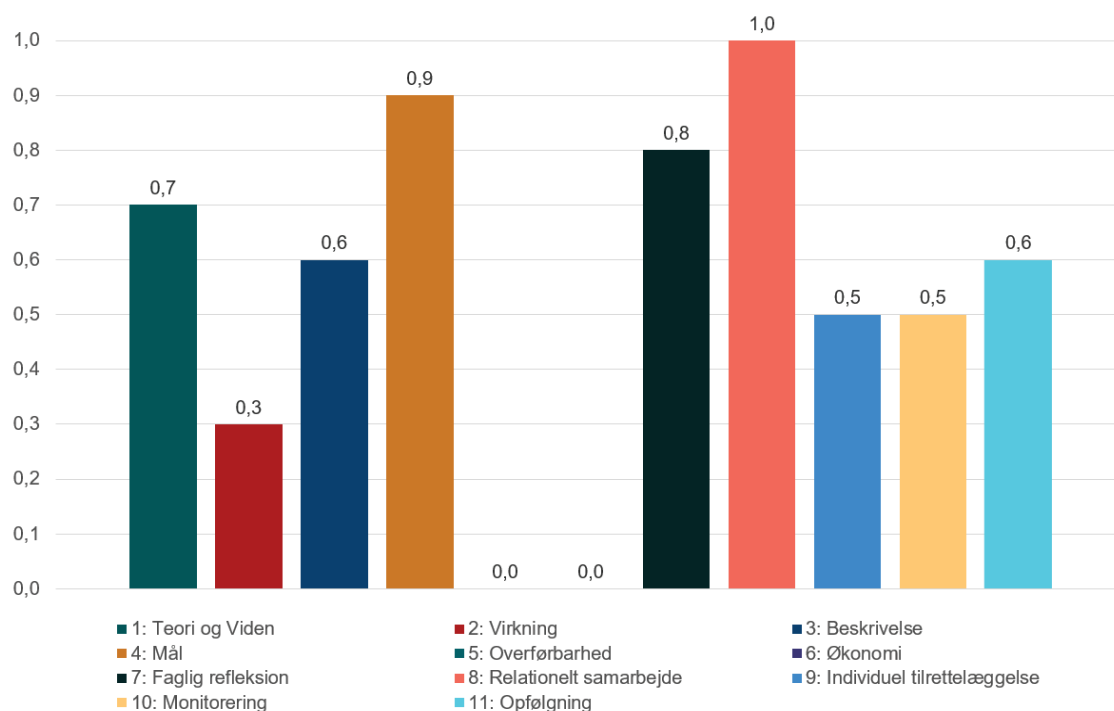
Memox er den eneste praksis, der har et eksplicit fokus på etnicitet blandt samtlige 84 kortlagte praksisser (se kapitel 2). Familiebehandlerne taler i alt 32 forskellige sprog flydende, hvilket giver naturlige muligheder for at arbejde med familier med anden etnisk baggrund. Men da familiebehandlingen i sig selv ikke afhænger af etnicitet, er familier med etnisk dansk baggrund også en del af målgruppen. Memox er decentralt organiseret. Den centrale enhed består af ledelse og koordinatører, mens familiebehandlerne befinder sig hjemme hos familierne. Der er familiebehandlere på Sjælland, Fyn og i Jylland.

Memox er et eksempel på en praksis, der vurderes som lovende i forhold til element 8: *relationelt samarbejde*, da det understøttes, at medarbejderne har de rette relationskompetencer, så de kan samarbejde konstruktivt med alle involverede. Dette sikres bl.a. ved, at familiebehandlerne er på hovedkontoret én gang om måneden (hver 14. dag i højrisikosager). Her modtager de supervision og sparring fra koordinatørerne angående det konkrete arbejde med familierne, ligesom ledelsen kan følge op på familiens udvikling. Disse møder tager udgangspunkt i begreber og fremgangsmåder fra metoden 'Signs of Safety' (se også beskrivelsen af denne praksis ved Roskilde Kommune). Koordinatøren følger desuden løbende op ved at læse dagbogsnotater fra behandleren, hvilke bidrager til, at udfordringer løses så tidligt som muligt. Der arbejdes mod at opnå de mål, der er opstillet for familierne, inden for et år.

Der er desuden retningslinjer, der skal understøtte, at familiebehandlingen hviler på det bedst mulige relationelle samarbejde. Det drejer sig om medarbejdernes kompetencer og om samarbejde af tværfaglig og tværsektoriel karakter samt med relevante forvaltninger.

Der er også krav til de kompetencer, som medarbejderne skal have for at kunne arbejde som familiebehandlere generelt. Dette fremgår af eksempelvis jobopslag og varetages aktivt i rekrutteringsprocessen. Det er fx ikke afgørende, at behandlerne har erfaring med tæt dialog med kommunale sagsbehandlere, idet koordinatørerne primært varetager dette og alternativt assisterer behandlerne. Koordinatørerne er uddannede socialrådgivere med tidligere erfaring med myndighedsarbejde og vurderes derfor at kende til 'systemet'. Der er ydermere specifikke krav, som afhænger af den konkrete familie. En behandler med ledige ressourcer tildeles ikke en given familie, medmindre behandlerens kompetencer og personlighed matcher familien og de identificerede behov. Derudover har mange af familiebehandlerne anden etnisk baggrund, hvorfor de ofte vil dele sprog, kultur og religion med familierne, hvilket behandlerne vurderer at være en betydelig fordel. Koordinatørerne sikrer, at familiebehandlerne lever op til retningslinjerne for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Det drejer sig bl.a. om forventningerne til deltagelse i netværksmøder med eksterne parter, og hvordan der arbejdes diplomatisk på at finde fælles løsninger for familien. Memox opnår en samlet score på 5,9. I Figur 3.14 ses, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

Figur 3.14 Memox



### 3.4.12 Samtaleterapi for børn med traumatiserende omsorgssvigt, Aalborg Kommune

Samtaleterapi for børn med traumatiserende omsorgssvigt anvendes over for målgruppen af børn i alderen 6-13 år, herunder også børn, der er opvæksttraumatiserede på baggrund af tidlig omsorgssvigt, herunder overgreb. Formålet er, at børnene kommer i bedre trivsel ved at tage hånd om den manglende udvikling og få skabt en positiv udvikling fremadrettet.

Samtaleterapi er karakteriseret af en høj grad af *individuel tilrettelæggelse* af indsatsen (element 9), da den involverer de børn og unge, der indgår i den. Terapien tilrettelægges altid individuelt med udgangspunkt i indsamlet viden om det konkrete barns udviklingshistorie og ressourcer, ligesom barnet selv og pårørende inddrages, hvilket bidrager til, at de oplever ejerskab. Indledningsvist er der et opstartsmøde, hvor der udarbejdes en behandlingskontrakt. Det er aldrig barnet alene, der har ansvaret for behandlingen og udviklingen, men hele netværket omkring barnet.

Forløbet består af samtaleterapi med barnet en gang om ugen, hvor en betydningsfuld og nær omsorgsperson deltager. Der arbejdes med intervention på det udviklingsniveau, hvor barnet er traumatiseret. Ved tidligt opvæksttraume arbejdes der eksempelvis først med at genkende og mærke sansninger, herefter med at genkende og mærke følelserne, for herefter at kunne træne reguleringen heraf. I arbejdet med følelserne anvendes visuelt materiale såsom et følelseskompas eller Disney-figurerne fra filmen "Inderst inde" til tydeliggørelse af de forskellige kategoriale følelser, samt et følelsesbarometer til arbejdet med regulering af følelserne. Første trin i arbejdet med følelserne er at kunne genkende følelsen, eksempelvis glæde; hvordan man kan mærke den i kroppen og vide, at "lige dér var man glad". Andet trin består i at kunne udtrykke følelsen, at kunne sætte ord på følelsen, og at kunne fortælle andre om, hvad man føler. Tredje trin er regulering af følelser; hvordan man kan mærke, når følelserne er på vej op fra det grønne felt til det gule felt eller helt op i det røde felt, og hvordan man kan "skruer ned" og forhindre "eksplosioner". Fjerde trin er at kunne forestille

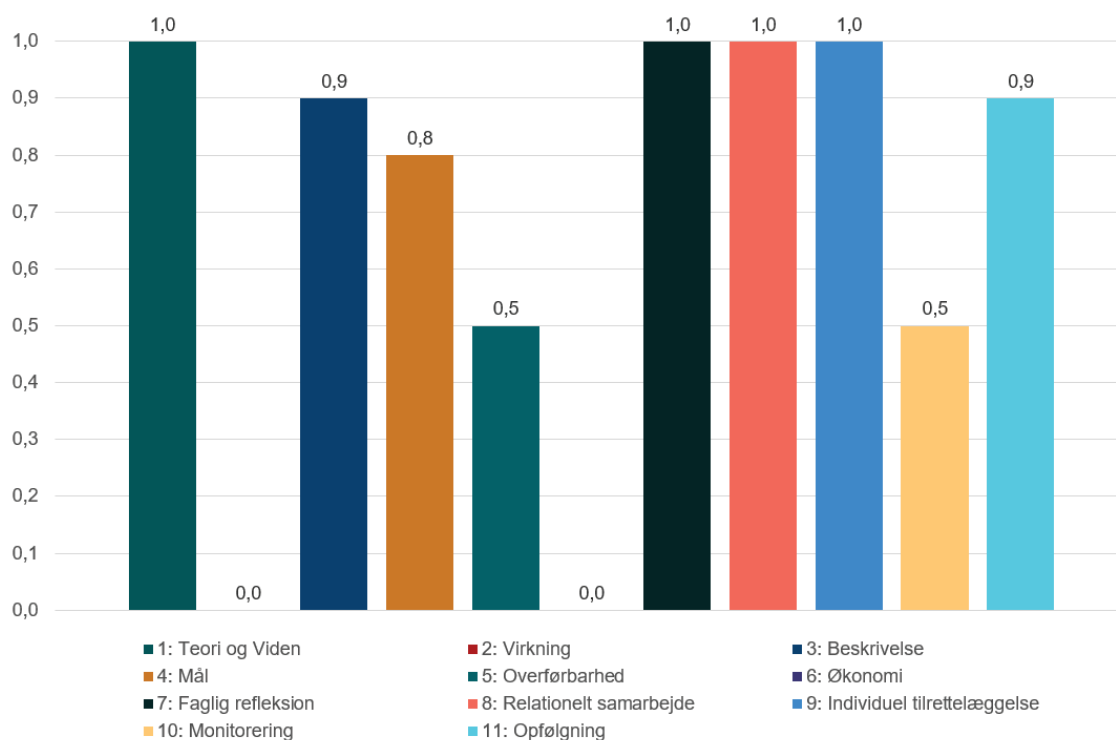
sig andres følelser, hvor der arbejdes med at genkende følelser hos andre og forestille sig, hvordan det ser ud inden i dem – fra deres synspunkt og mentale tilstand.

Sideløbende med dette arbejdes der kontinuerligt med at skabe nye samspilserfaringer for og med barnet. I hver session med barnet tales der med barnets omsorgsperson, mens barnet hører herpå, om spejlinger af her-og-nu-følelser hos barnet, ligesom der gives medoplevelse på de følelser, der har været i forskellige situationer i ugens løb. Ud over de ugentlige sessioner med barnet afholdes der hyppige samtaler med barnets omsorgspersoner samt netværksmøder, hvor der arbejdes med at få dem til at forstå og forestille sig barnets ”indre” og give vejledning i udviklingsstøttende aktiviteter med barnet.

Behandlerne vurderer metoden til at effektiv over for børn, der aktuelt er i omsorg, men som tidligere ikke er blevet tilstrækkeligt følelsesmæssigt spejlet af deres nære omsorgspersoner og har usikre tidlige tilknytningserfaringer.

Barnets og de pårørendes tilfredshed med indsatsen undersøges på opfølgingsmøder hver tredje måned, hvor det afdækkes, hvordan behandlingen skrider frem. Der er tydelige inklusionskriterier, som afgrænser målgruppen, idet børnene ikke fortsat må være udsat for overgreb og skal have en omsorgsperson i deres liv, der er daglig kontakt/samspil med, og hvor der kan arbejdes med at skabe nye positive ’selv-andre’-erfaringer. Samtalerapi for børn med traumatiserende omsorgssvigt opnår en samlet score på 7,5. Figur 3.15 viser, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

**Figur 3.15** Samtalerapi for børn med traumatiserende omsorgssvigt, Aalborg Kommune



### 3.4.13 Familiebehandling i Familiehusene, Københavns Kommune

Familiehusene i Københavns Kommune består af seks geografisk spredte familiehus, der varetager forskellige former for familiebehandling. Familiehusenes primære målgrupper er familier med

samspilsproblemer, psykisk sygdom og skilsmisse, herunder også behandling af familier, hvor børnene er udsat for voldelige og/eller seksuelle overgreb. Arbejdet er systemisk og løsningsfokuseret og tager udgangspunkt i familiens ressourcer og egne ideer. Se eventuelt også litteraturstudiet i kapitel 5 (Fergusson et al. 2013) for den hjemmebaserede indsats Early Start New Zealand<sup>17</sup>.

Familierne starter kun, såfremt der er foretaget en underretning om tegn på mistriksel, og det vurderes, at den bedst egnede forebyggende foranstaltning er familiebehandling. Familiebehandlingen beskrives som det næstlaveste trin på indsatsstappen – de hjemmebaserede indsatser. Trinnet over er eksempelvis sikkerhedsplankonsulenter, der arbejder ud fra Signs of Safety<sup>18</sup>. Hovedformålet med familiebehandlingen er tæt knyttet til målene i handleplanen. For at opnå disse mål i handleplanen kan familiebehandlere anvende en række forskellige metoder, indsatser eller programmer, fx FFT, DUÅ, PMT-O, Marte Meo m.fl. Hvilken type, der iværksættes, afhænger af den enkelte families behov. Det involverer en afdækning af, i hvilke konkrete situationer overgrebene opstår, samt hvilke kompetencer forældrene besidder, eksempelvis en vurdering af deres mestringsevne.

Familiebehandling i Familiehusene er et eksempel på en praksis, der er lovende, da den involverer en systematisk *monitorering* af borgernes udvikling eller velfærd i forhold til de mål, der er sat (element 10).

Monitorering i Familiehusene foregår via et it-system, hvor de skriftlige mål fra handleplanen findes. I systemet anvendes der for det første data over, hvordan familiebehandlingsforløb afsluttes, dvs. 'hvor langt er familien nået ved ophør af behandlingen?' med seks forskellige udskrivningskategorier. Dette gør det muligt at sammenholde målingerne fra de enkelte borgere for at generere aggregerede data for hele målgruppen samt at afrapportere disse data som dokumentation, hvilket gøres for udvalgte fokusområder.

Familiebehandling i familiehusene opnår en samlet score på 6,8. I Figur 3.16 ses, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

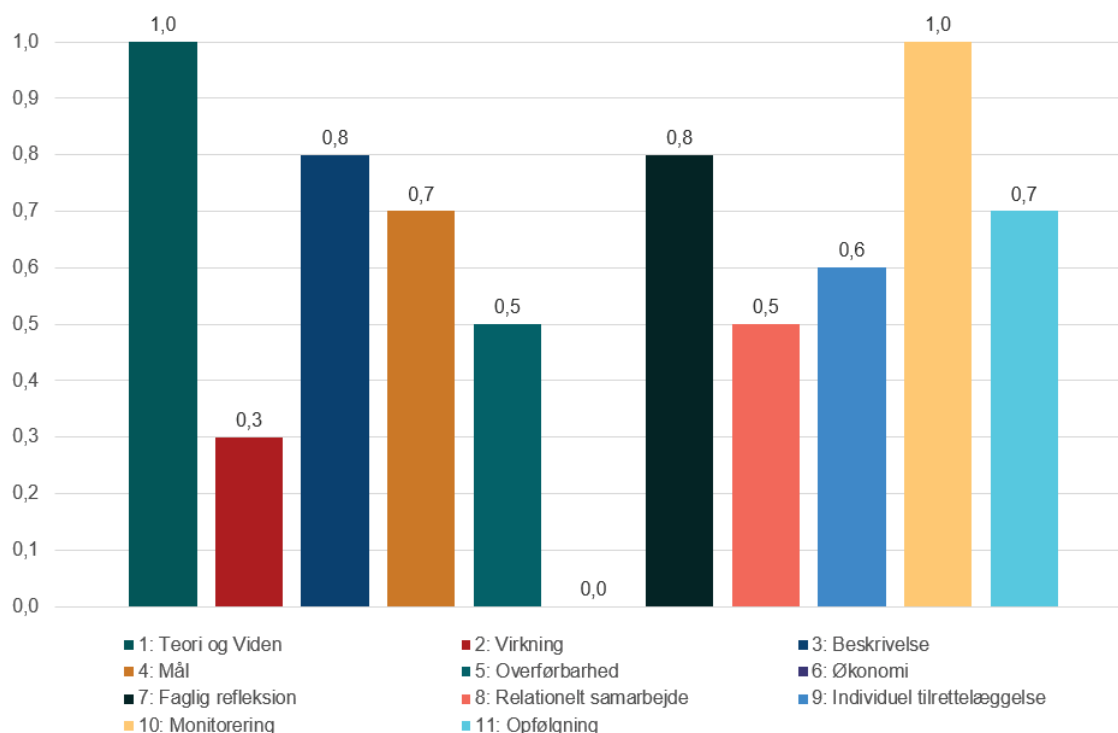
---

<sup>17</sup> Det planlægges desuden at indføre metoden 'Feedback Informed Treatment' (FIT) som en mere systematisk måde at monitorere borgerens tilfredshed med familiebehandlingen.

<sup>18</sup> Se også casebeskrivelsen af Signs of Safety i næste afsnit.



**Figur 3.16** Familiebehandling i Familiehusene, Københavns Kommune



#### 3.4.14 Signs of Safety (SOS), Roskilde Kommune

Signs of Safety (SOS) i Roskilde kommune er en praksis, der anvendes ved familier, hvor der er alvorlige bekymringer for barnets trivsel, fx ved mistanke om overgreb. Det anvendes ved alle former for overgreb, men der er en overvægt af børn med underretning om fysisk vold. SOS anvendes ofte som en mulighed for at fjerne årsagen til anbringelse af familiens børn. Organisatorisk er sikkerhedsplansgruppen en del af Børne- og Ungeafsnittet i Roskilde Kommune og består af 3 fuldtidskonsulenter (2 pædagoger og 1 socialrådgiver). Der ansættes udelukkende uddannet personale med relevant efteruddannelse for at sikre et højt fagligt niveau. Sikkerhedsplansgruppen sikres løbende supervision ved ekstern supervisor, hvilket foregår med udgangspunkt i teori og metode forankret i SOS. Der er arbejdet med SOS i Roskilde kommune siden 2011, og de fleste rådgivere benytter metoden ved handleplans- og underretningsmøder. Sikkerhedsplaner har til formål at give ansvaret tilbage til familien og arbejder med at inddrage denne og finde løsninger i det private netværk. Det kræver ifølge kommunen nytænkning både hos leder, medarbejdere, forældre og netværk. Siden 2012 er der lavet 60 sikkerhedsplaner. 49 børn er med familie og netværkets hjælp sikret, så de kan blive i hjemmet. 11 er anbragt uden for hjemmet.

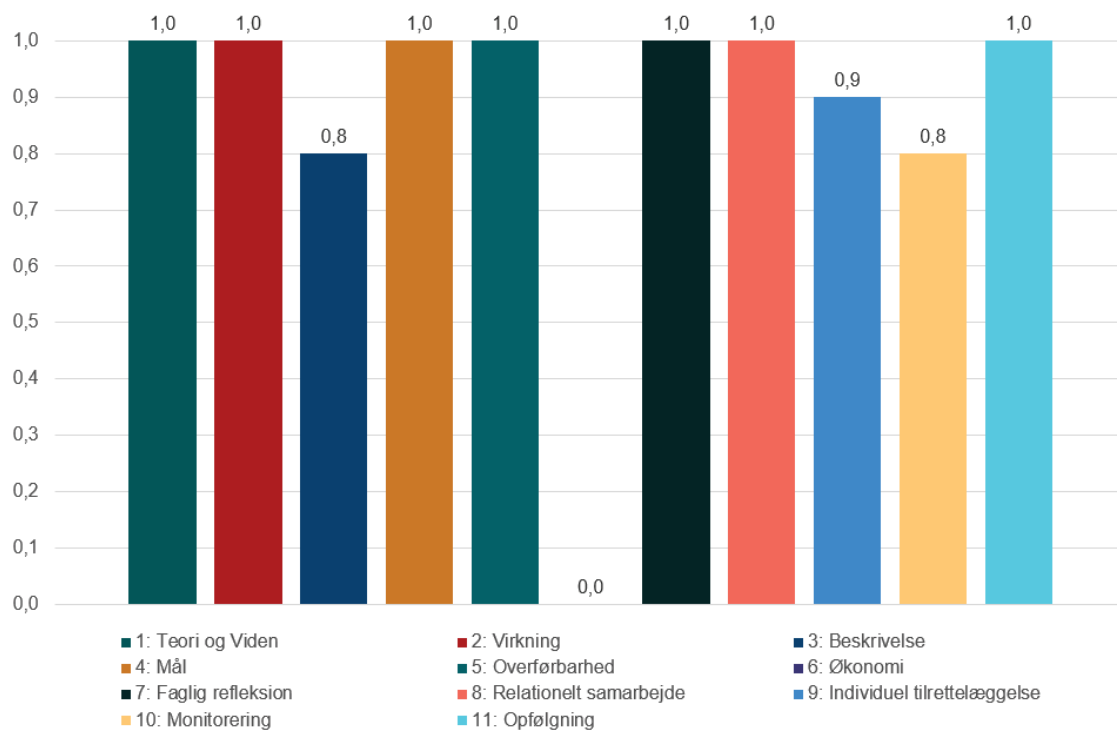
SOS har et forandringsteoretisk udgangspunkt, og med at den er forankret i den løsningsfokuserede metode og anvender systemiske teorier, og der findes desuden andre kommunale, danske erfaringer med SOS-metoden, ligesom Roskilde Kommune deltager i en ERFA-gruppe med Københavns Kommune og Kalundborg Kommune. I interviewet af sikkerhedsplanskonsulenten er vurderingen, at SOS gør en stor forskel for familierne, som føler sig set. Indsatsen er intensiv og dynamisk og med mulighed for at afslutte sagen og "fjerne det mest bekymrende". Roskilde Kommune har erfaring med, at SOS er medvirkende til, at færre børn anbringes uden for familien.

Det ligger i SOS, at man skal være meget konkret i forhold til, hvilke *mål* der opstilles, og SOS scorer derfor højt på element 4. Målene skal foreligge i skriftlig form og testes løbende i forhold til, om de er konkrete. Udførerne, der har kontakt til familierne, skal kunne prikke de implicerede parter i en sikkerhedsplan på skulderne. Børn og forældre og netværket skal herefter kunne svare på: 1. hvorfor de er involveret i en sikkerhedsplan, 2. hvor længe de skal være en del af en aktiv sikkerhedsplan, og 3. hvad der skal ske, hvis sikkerhedsplanen lykkes. Der er løbende evaluering af målene og 3-4 interne evalueringstop, som sikrer, at man får gennemgået målene. Det vurderes også muligt at sætte sig ind i SOS' systematik, hvorfor SOS bedømmes som nem at overføre til andre aktører. Som eksempel benyttes SOS-skemaet på tværs af de behandlende tilbud – og således af både Børne- og Familiecenteret, Ungefamiliecenteret og Roskilde Unge Center.

Der er udviklet en praksis for faglig refleksion, i og med at eksterne supervisere kommer på besøg en gang om måneden til 2½ times supervision. Derudover er der adgang til et fagbibliotek og internet, hvor fagartikler kan downloades. Det relationelle samarbejde baserer sig på et tæt samarbejde mellem socialrådgiveren og skolen, daginstitutionen mv. Derudover er det grundlæggende, at forældre, familie og netværk inviteres til at tage ansvar for at bidrage til løsninger i forhold til de bekymringer, der måtte være. Metoden er standardiseret og indebærer i nogen grad en undersøgelse af brugernes tilfredshed. Dette gøres via et 'Mappingskema', der giver mulighed for individuel vurdering af, hvad der var godt og mindre godt.

Der foregår en løbende *monitorering og opfølgning* på barnets/den unges udvikling. De to sikkerhedsplanskonsulenter, socialrådgiveren og lederen vurderer udviklingen løbende ved brug af en skala fra 0-10, hvor 0 betyder anbringelse, og 10 medfører, at sagen lukkes. Den vurdering, der afgives, deles med familien, så de løbende får ejerskab af, hvordan udviklingen opleves fra myndighedens og behandlernes side. På et forløb på fire måneder vil der typisk være en evaluering hver måned og efter hvert netværksmøde. Evaluering og opfølgning journalføres løbende for at sikre anvendelse i den verserende sikkerhedsplan. Der gennemføres sammenholdte målinger bestående af en aggregeret liste over alle forløb. Der er ugentlig opfølgning herpå, bl.a. via en vurdering af, om der er bestemte grupper eller særlige geografiske områder, der bør fokuseres yderligere på. Opfølgningsarbejdet udgør en central del af selve metoden, da forandringerne søges opnået hurtigt, helst på 4 og maksimalt 6 måneder. Derfor holdes fokus konstant på, hvorvidt de krævede resultater opnås. Familierne mødes som minimum en gang om ugen og ofte hyppigere. Journaliseringssystemet Digitalisering - Udsatte Børn og Unge (DUBU) anvendes med 'Mapping' som referat. Derudover deltager sikkerhedsplanskonsulenterne på udvalgte ugentlige socialfaglige møder med socialrådgiverne. Signs of Safety opnår en samlet score på 9,5. Figur 3.17 viser, hvordan der scores på hver af de 11 elementer.

**Figur 3.17** Signs of Safety, Roskilde Kommune



## 4 Nordiske nedslag: Anvendte praksisser i de nordiske lande

For at perspektivere den danske kortlægning til en nordisk kontekst er der foretaget kvalitative nedslag i Finland, Island, Norge og Sverige. I dette kapitel opsummeres den viden, som er opnået via disse nedslag. Indledningsvis uddybes formålet med at foretage nordiske nedslag, og dernæst præsenteres de overordnede resultater på tværs af landene. De relevante praksisser, som er blevet afdækket for henholdsvis Finland, Island, Norge og Sverige, beskrives nærmere i Bilag 4.

### Resultater: Nordiske nedslag

- Af de 14 lovende praksisser i Danmark går kun få igen under samme navn i de nordiske lande. Dog indeholder mange af praksisserne ensartede elementer, særligt kognitiv terapi og familierettede indsatser.
- Sverige fremstår som det land, der har størst erfaring med at afprøve nye praksisser og synes at anvende adskillige praksisser, som kunne være interessante i en dansk kontekst, såsom førnævnte Combined Parent-Child Cognitive-Behavioural Therapy (CPC-CBT) og Child Parent Psychotherapy (CPP).
- På tværs af landene fremhæves traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) som en relevant behandlingspraksis. TF-CBT er desuden en af de få metoder, hvis virkning er evidensbaseret (om end ikke alle lande har national evidens).
- På tværs af landene er der et stort lokalt frirum i valget af praksis – både hos den enkelte behandler og den enkelte organisation, hvilket gør det vanskeligt at opsamle systematisk viden på feltet.

### 4.1 Om de nordiske nedslag

Formålet med at lave kvalitative nedslag i de nordiske lande er først og fremmest at afsøge erfaringer og udviklingstendenser, som kan udgøre relevant input i den danske udvikling af indsatser til børn og unge, der har været udsat for overgreb. Derudover har de nordiske nedslag også den funktion at kvalificere og nuancere resultaterne af undersøgelsens øvrige dele.

### Metode: Fremgangsmåden bag de nordiske nedslag

- I hvert af de fire nordiske lande er der ved brug af telefon/Skype gennemført 1-4 interview med eksperter omkring de nationalt anvendte praksisser. I alt er der gennemført 9 interview.
- Udvælgelse af informanter er foregået efter sneboldsmetoden (Bernard 1994), dvs. centrale aktører og organisationer på området er brugt til at henvise til relevante informanter, som så har henvist videre til nye informanter.
- For de mest centrale praksisser er interview foretaget med udgangspunkt i den fulde operationalisering af SFIs måleredskab til indkredsning af lovende praksis (Jensen et al. 2016). For andre praksisser er redskabet anvendt som konceptuelt udgangspunkt for en undersøgelse af lovende praksisser, uden dog at anvende den fulde operationalisering.
- Som supplement til interviewdata er der foretaget desk research, hvor fokus har været på at indhente eksisterende nationale kortlægninger og lignende overbliksgivende undersøgelser samt yderligere information om de praksisser, som informanterne fremhævede.

Det er vanskeligt at tegne et entydigt billede af, hvilke praksisser der anvendes i indsatser rettet mod børn og unge, som er udsat for vold og/eller seksuelle overgreb. I alle nordiske lande fremhæves traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) dog som en anvendt behandlingspraksis. TF-CBT er en praksis, der er sikker viden om, har en positiv virkning. Familiebaseret terapi anvendes også i Finland, Island, Norge og Sverige.

Ekspertene giver udtryk for, at de behandlere, der arbejder med børn og unge, som har været udsat for overgreb, generelt har et stort handlerum i forhold til valg af praksis. På tværs af landene efterspørges der mere viden om, hvilke praksisser der er bedst egnede i indsatser rettet mod børn og unge, som har været udsat for overgreb.

Særligt Sverige skiller sig ud ved i de senere år at have udviklet og indhentet en række metoder, og ved at anvende adskillige og interessante praksisser. I Bilag 4 beskrives de praksisser, der er identificeret i de nordiske nedslag. I tilfælde, hvor det er aktuelt, fremhæves overlap mellem identificerede nordiske praksisser og praksisser fra litteraturstudiet, som præsenteres i kortlægningens næste kapitel.

## 5 Litteraturstudie af praksisser på overgrebsområdet

Litteraturstudiet har til formål at kortlægge, hvilke praksisser der anvendes i nationale og internationale indsatser, som anvendes på området for børn og unge, der har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb. Fokus er primært på praksisser, dvs. faglige tilgange og metoder, men for at sikre et bredt overblik er litteratursøgningen mere inkluderende og medtager også ydelser, som tilbydes børn og familier, hvor der ikke nødvendigvis er en specifikation af metoder og faglige tilgange. Søgningen er afgrænset til studier publiceret i perioden 2006-2016 og omfatter beskrivelser af praksisser fra lande med en sammenlignelig socialpolitisk og kulturel kontekst, som gør læringspotentialet i en dansk kontekst stort. Resultaterne anvendes aktivt i rapportens øvrige kapitler, særligt i indkredsningen af 14 lovende praksisser og de nordiske nedslag.

### 5.1 Litteraturstudiet: Et overblik

For at øge læringspotentialet i en dansk kontekst er de 27 studier, deres studerede praksis og opnåede virkning beskrevet nærmere i dette kapitel. De refererede studier repræsenterer praksisser, der enten ikke er afdækket i den øvrige kortlægning eller som supplerer allerede identificerede praksisser med væsentlige indsigter. Det sidste gør sig eksempelvis gældende ved traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi, rideterapi og forælder-barn-terapi.

#### Resultater: Litteraturstudiet

- 27 studier er blevet fuldt identificeret som relevante i forhold til at kortlægge, hvilken praksis der anvendes i indsatser, som tilbydes børn og unge, der har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb. Disse er blevet fuldt kodet.
- 41 % af studierne fokuserer på både vold og seksuelle overgreb, 33 % fokuserer alene på vold og 26 % alene på seksuelle overgreb.
- 70 % af praksisserne har et behandlende formål, 19 % et forebyggende formål og henholdsvis 4 og 7 % har et opsporende og rådgivende formål.
- 63 % af praksisserne har familien som helhed som sin målgruppe, mens 37 % alene har barnet/den unge som sin målgruppe.
- 67 % af studierne er amerikanske, 11 % svenske, 7 % australske og 4 % danske.
- 59 % af praksisserne bygger på evidensbaserede metoder.

De 27 studier er kategoriseret i forhold til praksissens fokus, formål og målgruppe. Tabel 5.1 viser de udvalgte studiers fordeling på disse parametre. 11 studiers praksisser fokuserer på både fysisk og psykisk vold samt seksuelle overgreb, ni fokuserer på fysisk og psykisk vold, mens syv alene fokuserer på seksuelle overgreb. Praksissernes formål er primært behandlende (70 %), mens 19 % af praksisserne har et forebyggende fokus. 63 % af praksisserne har både barnet og familien som sin primære målgruppe, mens de resterende 37 % alene har barnet/den unge som målgruppe. Alt i alt er der tale om en fordeling, som afspejler det generelle billede fra litteraturstudiet: overvejende fokus på vold og seksuelle overgreb, behandlende praksisser og den samlede familie som målgruppe.

**Tabel 5.1** 27 udvalgte studiers fordeling på fokus, formål, og målgruppe

Formål og målgruppe	Praksissens fokus			x	
	Vold og seksuelle overgreb	Seksuelt overgreb	Vold	Total antal (andel)	
Behandlernde	6	6	7	19	(70 %)
Barn/ung	5	2	1	8	
Barn/ung og familie	1	4	6	11	
Forebyggende	3		2	5	(19 %)
Barn/ung og familie	3		2	5	
Opsporende		1		1	(4 %)
Barn/ung		1		1	
Rådgivende	2			2	(7 %)
Barn/ung	1			1	
Barn/ung og familie	1			1	
<b>Hovedtotal</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	<b>(100 %)</b>

Litteraturstudiet er foretaget systematisk og eksplorativt, som det fremgår af boksen nedenfor.

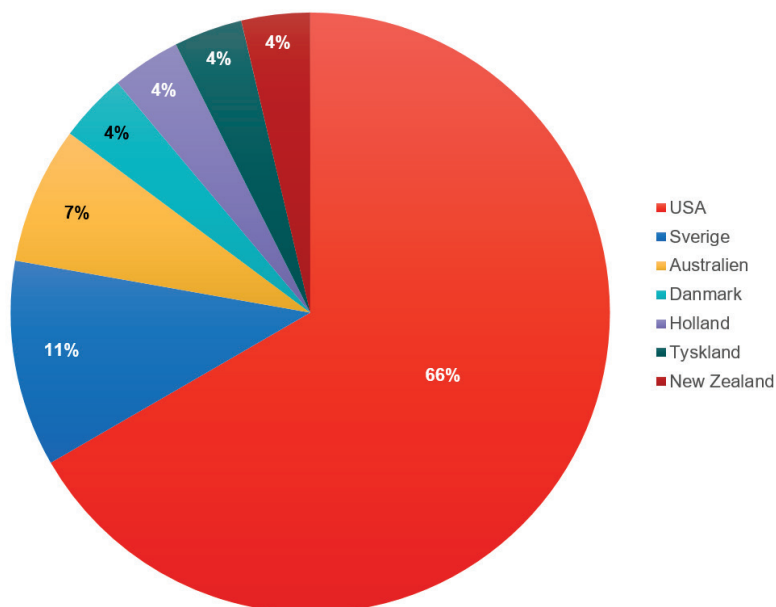
#### Metode: Litteraturstudie

- Gennem en detaljeret søgning blev 2.973 studier genereret.
- Sortering, screening og kodning af disse er forløbet i fire faser: indledende screening, supplerende screening, kodning for inklusion, kodning af inkluderede resultater.
- Screening og sortering tager udgangspunkt i otte inklusions- og eksklusionskriterier: tid, geografi, sprog, publikationstype, problematik, aldersmålgruppe, modtagermålgruppe og litteraturtype.
- De 27 identificerede studier er kodet med bl.a. beskrivelse af praksis, fokus (fysisk vold, psykisk vold og/eller seksuelle overgreb), formål (behandlende, forebyggende, opsporende, rådgivende), målgruppe (rettet mod barn/ung eller familien som helhed), oprindelsesland- og tidspunkt samt evidensniveau og virkning/outcome-indikatorer.

## 5.2 Præsentation af resultater

I dette afsnit præsenteres de 27 udvalgte studier. Præsentationen af studierne er overordnet sorteret efter praksissens fokus: 1) vold og/eller seksuelle overgreb, 2) fysisk og psykisk vold og 3) seksuelle overgreb. Figur 5.1 viser de 27 studiers oprindelsesland. Der er en klar overvægt af amerikanske studier, som udgør i alt 66 %, efterfulgt af svenske studier med 11 % og australske med 7 %.

**Figur 5.1** 27 studiers fordeling på land



Beskrivelsen omhandler også studierne evidensniveau. I behandlingen af studierne er de rangeret efter nedenstående bredt anerkendte evidenshierarki, se Tabel 5.2, hvorfor der ikke redegøres yderligere for logikken bag eksempelvis et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT).

**Tabel 5.2** Det anvendte evidenshierarki

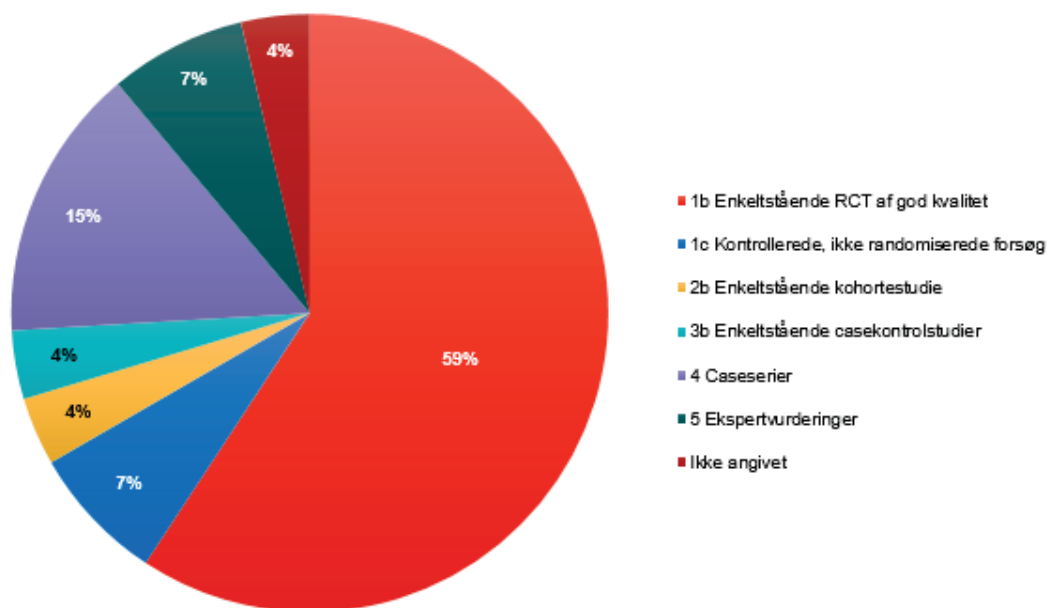
Evidensniveau	
1a	Systematiske reviews af RCT
1b	Enkeltstående RCT af god kvalitet
1c	Kontrollerede, men ikke randomiserede forsøg
2a	Systematiske reviews af kohortestudier
2b	Enkeltstående kohortestudier, dårlige RCT
3a	Systematiske reviews over casekontrolstudier
3b	Enkeltstående casekontrolstudier
4	Caseserier eller kohortestudier eller casekontrol af dårlig kvalitet
5	Ekspertvurderinger, konsensuskonferencer, kvalitative designs mv.

Kilde: Rieper & Hansen 2007, s. 19.

Figur 5.2 viser de 27 studiers fordeling i forhold til evidensniveau, som er en indikator for, hvor sikker den generede viden er. Med en andel på 59 % er der en overvægt af RCT-studier. 15 % er caseseriestudier, mens 7 % er henholdsvis ekspertvurderinger og kontrollerede, ikke-randomiserede forsøg. Den høje andel af RCT-studier kan skyldes overvægten af amerikansk litteratur. Forsknings-traditionen i USA er mere behaviouristisk og positivistisk orienteret end den europæiske, hvilket kommer til udtryk i en vidensproduktion, der er domineret af effektstudier. 69 % af RCT-studierne inkluderet i kortlægningen er amerikanske.



**Figur 5.2** De 27 studiers evidensniveau



Tabel 5.3 viser en oversigt over de 27 studier. Studierne præsenteres med beskrivelser i de følgende afsnit.

**Tabel 5.3** Oversigt: 27 studier af praksis og metode

Forfattere	Titel	Publikationsår	Praksistypens specifikke navn	Land	Evidensniveau	Virkning (outcome-indikatorer)
Mannarino AP, Cohen JA, Deblinger E, Runyon MK, Steer RA	Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later.	2012	Trauma-Focused Cognitive-Behavioural Therapy	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	<p>14 outcomeindikatorer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Genoplevelse af traumet</li> <li>2. Undvigelse</li> <li>3. Hyper årvågenhed</li> <li>4. Internaliseringsadfærd</li> <li>5. Eksternaliseringsadfærd</li> <li>6. Barnets seksuelle adfærd</li> <li>7. Forælders stress (distress)</li> <li>8. Forælderpraksis</li> <li>9. Forælderdepression</li> <li>10. Barnets depression</li> <li>11. Barnets angst</li> <li>12. Barnets skam</li> <li>13. Barnets frygt</li> <li>14. Barnets sikkerhedsevner</li> </ol> <p>De 14 virkningsindikatorer er afdækket via selvrapporing, spørgeskemaer (forælderrapportering) og interview. Der er signifikante forbedringer på alle 14 outcome-indikatorer, og forbedringerne er fastholdt 6 og 12 måneder efter behandlingens afslutning.</p>
Becker KD, Mathis G, Mueller CW, Issari K, Su Shen A	Community-Based Treatment Outcomes for Parents and Children Exposed to Domestic Violence	2008	The Haupoa Family Component: A Community-Based Intervention Program for Adults and Children Exposed to Domestic Violence	USA	3b Enkeltstående case-kontrolstudier	<p>For børn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Færdigheder i relation til vold i hjemmet (rådgivers vurdering)</li> <li>- Internaliserings- og eksternaliseringsadfærd (CBCL: Child Behaviour Checklist)</li> <li>- Udviklingen i alvorlige kliniske vanskeligheder</li> </ul> <p>Forældre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Færdigheder i relation til vold i hjemmet (rådgivers vurdering)</li> <li>- Forælderfærdigheder</li> </ul>
Beebe LH, Wyatt TH	Guided imagery and music: using the Bonny method to evoke emotion and access the unconscious	2009	The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM)	USA	4 Caseserier eller kohortestudier eller casekontrol af dårlig kvalitet	Symptomer på PTSD og depression, og hvorvidt de reduceres.

Forfattere	Titel	Publikationsår	Praksistypens specifikke navn	Land	Evidensniveau	Virkning (outcome-indikatorer)
Carrion VG, Kletter H, Weems CF, Berry RR, Rettger JP	Cue-centered treatment for youth exposed to interpersonal violence: a randomized controlled trial	2013	Stanford Cue-Centered Treatment (CCT)	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Symptomer på PTSD, angst og depression, og hvorvidt de reduceres i behandlingen.
Cater ÅK, Ekblom I	Trappan-metoden för barn som upplevt våld i sin familj. Reflektioner utifrån olika perspektiv (FoU-rapport 2014/2)	2014	Trappan-metoden	Sverige	5 Ekspertvurderinger, konsensuskonferencer, kvalitative designs mv.	Barnets udvikling på udvalgte indikatorer: - Oplevelsen af den traumatiske hændelse, og hvordan den påvirker barnets hverdag - Følelsen af sammenhæng i et større perspektiv - Generelle sundhed, psykosociale sundhed og mentale velfærd
Swenson CC, Schaeffer CM, Henggeler SW, Faldowski R, Mayhew AM	Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: a randomized effectiveness trial.	2010	Multi-Systemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN)	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Reduktion i følgende symptomer: - Unges psykiske helbred - Forældres følelsesmæssige lidelse (distress) - Forældreadfærd forbundet med mishandling - Tvangsfjernelse af unge
Cohen JA, Berliner L, Mannarino AP	Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems	2010	Trauma-Focused Cognitive-Behavioural Therapy	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Traumatiserede børns adfærdsregulerende færdigheder og tilpasningsstrategier.
Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S.	Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial	2011	Trauma-Focused Cognitive-Behavioural Therapy	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Udviklingen i følgende symptomer hos børnene: - PTSD - Angst - Depression - Kognitive funktion - Adfærdsproblemer
Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL, Sturge-Apple ML	Normalizing the development of cortisol regulation in maltreated infants through preventive interventions.	2011	Forælder-barn psykoterapi og psykoekudation	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Børns kortisolniveauer og regulering af dem, som en indikator for stress, der har betydning for udviklingen af alle organer og hjernen.
Deblinger E, Pollio E, Dorsey S.,	Applying Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in Group Format	2016	Trauma-Focused Cognitive-Behavioural Therapy in a Group Setting	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Gruppekontekstens betydning for reduktion af skam, isolation og stigmatisering.

Forfattere	Titel	Publikationsår	Praksistypens specifikke navn	Land	Evidensniveau	Virkning (outcome-indikatorer)
Dietz TJ, Davis D, Penning J	Evaluating Animal-Assisted Therapy in Group Treatment for Child Sexual Abuse	2012	Dyre-assisteret terapi (AAT)	USA	1c Kontrollerede, men ikke randomiserede forsøg	Reduktion i traumesymptomer hos børn udsat for seksuelle overgreb: - Angst - Depression - Vrede - PTSD - Dissociation - Seksuelle bekymringer
Foa EB, McLean CP, Capaldi S, Rosenfield D	Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial.	2013	Prolonged Exposure Therapy	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Den primære outcome-indikatorer er PTSD-symptomer og deres sværhedsgrad. Sekundære indikatorer er andre mål for PTSD, angst og depression.
Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ	Nine-year follow-up of a home-visitation program: a randomized trial	2013	New Zealand Early Start	New Zealand	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Børnenes tilknytnings- og adfærdsmæssige funktioner.
Grip K, Almqvist K, Axberg U, Broberg AG	Children Exposed to Intimate Partner Violence and the Reported Effects of Psychosocial Interventions	2013	Psykosociale interventioner	Sverige	4 Caseserier eller kohortestudier eller casekontrol af dårlig kvalitet	Fem outcomeindikatorer: - Hospitalsbesøg for ikke-intenderede skader - Forældres anvendelse af hård afstraffelse - Forældres anvendelse af fysisk afstraffelse - Forælderfærdigheder - Børns adfærd og tilpasningsfærdigheder
Taussig HN, Culhane SE	Impact of a mentoring and skills group program on mental health outcomes for maltreated children in foster care.	2010	Fostering Healthy Futures (FHF)	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Udviklingen i følgende indikatorer: - Index over psykiske problemer - PTSD-symptomer - Dissociation - Livskvalitet - Anvendelse af tilbud til psykisk syge - Psykotropiske medikamenter
Hubel GS, Campbell C, West T, Friedenber S, Schreier A, Flood MF, Hansen DJ	Child Advocacy Center Based Group Treatment for Child Sexual Abuse	2014	Sexual Abuse Family Education (SAFE)	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Børnenes følelse af stigmatisering og isolation forbundet med overgrebet samt deres evne til at udforske og håndtere deres følelser omkring overgrebet.

Forfattere	Titel	Publikationsår	Praksistypens specifikke navn	Land	Evidensniveau	Virkning (outcome-indikatorer)
Jacobsen SL, McKinney CH, Holck U	Effects of a dyadic music therapy intervention on parent-child interaction, parent stress, and parent-child relationship in families with emotionally neglected children: a randomized controlled trial	2014	Dyadic Music Therapy	Danmark	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Udviklingen i observeret forælder-barn interaktion: - Gensidig tilpasning - Nonverbale kommunikation - Emotionel forælderrespons  Derudover forælderstress og selvrapporeret forælder-barn-relation.
Chaffin, M, Funderburk B, Bard D, Valle LA, Gurwitch R	A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial.	2011	Parent-Child Interaction Therapy	USA	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Udviklingen i voldelige tilbagefald.
Overbeek MM, de Schipper JC, Lamers-Winkelman F, Schuengel C	The effectiveness of a trauma-focused psycho-educational secondary prevention program for children exposed to interparental violence: study protocol for a randomized controlled trial	2012	"It's my turn now"	Holland	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Udviklingen i PTSD-symptomer og emotionelle og adfærdsmæssige problemer.
Poole DA, Dickinson JJ	Evidence supporting restrictions on uses of body diagrams in forensic interview	2011	Body Diagram Focused Interviewing	USA	4 Caseserier eller kohortestudier eller casekontrol af dårlig kvalitet	Hvorvidt børn rapporterer overgreb.
Rosner R, König HH, Neuner F, Schmidt U, Steil R	Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: study protocol for a randomized controlled trial.	2014	Developmental Adapted Cognitive Processing Therapy	Tyskland	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Den primære indikator er udviklingen i PTSD-symptomers sværhedsgrad. Sekundært er generelle psykopatologiske forandringer og følgesygdomme som depression, borderline personlighedstræk og dissociation.

Forfattere	Titel	Publikationsår	Praksistypens specifikke navn	Land	Evidensniveau	Virkning (outcome-indikatorer)
Smith AP, Kelly AB	An Exploratory Study Group Therapy for Sexually Abused Adolescents and Non-offending Guardians	2008	Group Therapy for Sexually Abused Adolescents	Australien	4 Caseserier eller kohortestudier eller casekontrol af dårlig kvalitet	Udviklingen i misbrugsrelaterede psykiske følgesygdomme. Traumesymptomer: - Angst - Depression - Vrede - Posttraumatisk stress - Dissociation - Seksuelle bekymringer  Depressionssymptomer: - Dårligt humør - Interpersonelle problemer - Ineffektivitet - Anhedoni - Dårligt selvværd.
Springer CI, Misurell JR	Game-based cognitive-behavioral therapy for child sexual abuse: an innovative treatment approach	2015	Game-Based Cognitive Behavioural Therapy	USA		Udvikling i kernepsykologiske sundhedsindikatorer, som typisk eroderes som følge af seksuelle overgreb.  Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): - Angst, depression, vrede, posttraumatisk stress, dissociation, seksuelle bekymringer  Children's Depression Inventory (CDI): - Dårligt humør, interpersonelle problemer, ineffektivitet, anhedoni, dårligt selvværd.
Stiftelsen Allmänna Barnhuset	Slutrapport KIBB projektet. Kognitiv Integreret Behandling vid Barnmisshandel 2013 – 2015	2015	KIBB – projektet 2013 – 2015	Sverige	5 Ekspertvurderinger, konsensuskonferencer, kvalitative designs mv.	Udviklingen i følgende outcome-indikatorer: - Forældrenes oplevelse af barnets traumesymptomer - Forældrestrategier - Depression - Barnets traumesymptomer - Barnets oplevelse af forældrenes opdragelsesstrategier.
Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ	Parent-child interaction therapy: an evidence-based treatment for child maltreatment	2012	Standard 12-session Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)	Australien	1b Enkeltstående RCT af god kvalitet	Outcome-indikatorer: - Barnets internaliserings- og eksternaliseringsadfærd - Stressreduktion - Forælderstrategier.

Forfattere	Titel	Publikationsår	Praksistypens specifikke navn	Land	Evidensniveau	Virkning (outcome-indikatorer)
Waxman HC, Houston WR, Proffitt SM, Sanchez B	The long-term effects of the Houston Child Advocates, Inc., program on children and family outcomes	2009	The treatment group consisted of	USA	1c Kontrollerede, men ikke randomiserede forsøg	Beskyttende faktorer og familiefunktionalitet - Protective Factors Scale (PFS): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nabolagets ressourcer</li> <li>- Interesserede voksne</li> <li>- Følelse af accept</li> <li>- Afvigende adfærd</li> <li>- Konventionel adfærd</li> <li>- Positiv indstilling til fremtiden</li> <li>- Værdsættelse af præstation</li> <li>- Samarbejdsfærdigheder</li> <li>- Konfliktløsningsfærdigheder.</li> </ul>
Yorke J, Nugent W, Strand E, Bolen R, New J, Davis C	Equine-assisted therapy and its impact on cortisol levels of children and horses: A pilot study and meta-analysis.	2013	Equine-assisted therapy	USA	2b Enkeltstående kohortestudier. Dårlige RCT	Barnets kortisolniveau, som er en indikator for barnets stressniveau.

## 5.2.1 Vold og seksuelle overgreb

### 5.2.1.1 Forebyggende

**Cohen et al. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems, *Child Abuse and Neglect*, 34 (4), 215-224.**

Dette amerikanske RCT-studie undersøger effekten af traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) på børn i alderen 0-17 år, som har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb. Metoden har visse ligheder med Deblinger et al. (2016), men har et forebyggende formål og er individuelt tilrettelagt. Formålet med denne type TF-CBT er at forebygge adfærds- og tilpasningsproblemer hos børn, som har været udsat for overgreb. Modellen består af en række praksiskomponenter (PRACTICE), som gradvist eksponerer barnet for traumet:

- (P) Psykoekudation (information om traumer og traumereaktioner) / (P) Forældrefærdigheder (adfærdsregulerende færdigheder)
- (R) Afslapningsfærdigheder (styre fysiologiske reaktioner på traumer)
- (A) Affektive modulationsfærdigheder (styre affektive reaktioner på traumer)
- (C) Kognitive copingmekanismer (forbindelse mellem tanker, følelser og adfærd)
- (T) Traumenarrativ og processering (korrigere kognitive forvriddinger relateret til traumet)
- (I) In vivo mestring af traumepåmindelser (overkomme generel angst relateret til traumet)
- (C) Fælles barn-forælder session (forskellige fælles barn-forælder aktiviteter)
- (E) Øge sikkerhed og fremtidig udvikling (safety planning)

Behandlingen foretages af professionelle med et indgående kendskab til traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi. Studiet viser, at praksiskomponenterne effektivt øger barnets adfærdsregulerende færdigheder og tilpasningsstrategier.

**Chaffin et al. (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (1), 84-95.**

Dette amerikanske RCT-studie undersøger effekten af forebyggelsesmetoden Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) på børn i alderen 0-12 år, som har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb begået af forældrene, og deres forældre. Formålet er at forebygge og reducere gentagelsesovergreb.

PCIT interventionen indebærer 12-14 sessioner, hvor en psykolog observerer forældrenes interaktion med barnet og gennem en øresnegl coacher forældrene. Gennem to sekventielle programfaser lærer forældrene passende adfærdsfærdigheder over for deres børn:

1. Child-Directed Interaction (CDI): Forældre lærer at følge deres børn i legesituationer og give positiv opmærksomhed til barnet, når det opfører sig som ønsket og aktivt ignorere dårlig opførsel. Det primære formål med denne fase er at øge forældrefærdighederne: relationen til barnet, tilknytning og engagement, etablering af positivt fokus på barnets adfærd. Forældrene skal anvende P.R.I.D.E. – Praise, Reflection, Imitation, Description and Enthusiasm – for at fastholde barnets positive adfærd. Derudover lærer forældrene at undgå visse typer adfærd som trusler, fysisk aggression, ordrer, kritik og sarkasme.
2. Parent-Directed Interaction (PDI): Forældre lærer at give klare og tydelige beskeder og konsistent at bruge en step-by-step-protokol, når barnets opførsel er uønsket. Time-out-protokollen



er højt specificeret med løsninger på mulige forælderrolleproblemer. Formålet er basale teknikker til selvkontrol og elimineringen af fysisk afstraffelse over for børn.

Studiet viser signifikante forbedringer i forældrefærdigheder, som resulterer i færre voldelige tilbagefald mod barnet.

**Thomas & Zimmer-Gembeck (2012). Parent-child interaction therapy: an evidence-based treatment for child maltreatment, *Child Maltreatment*, 17 (3), 253-266.**

Dette australske RCT-studie undersøger effekten af forebyggelsesmetoden Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) på 151 kvinder og deres børn, som gennemsnitligt er 4½ år gamle. PCIT er rettet mod familier, som enten er i risikogruppen eller har en forhistorie med vold og/eller seksuelle overgreb mod barnet.

Selve PCIT-interventionen er magen til den beskrevet af Chaffin et al. (2011):

1. Child-Directed Interaction (CDI): Forældre lærer at følge deres børn i legesituationer og give positiv opmærksomhed til barnet, når det opfører sig som ønsket, og aktivt ignorere dårlig opførsel. Det primære formål med denne fase er at øge forældrefærdighederne: relationen til barnet, tilknytning og engagement, etablering af positivt fokus på barnets adfærd. Forældrene skal anvende P.R.I.D.E. – Praise, Reflection, Imitation, Description and Enthusiasm – for at fastholde barnets positive adfærd: Derudover lærer forældrene at undgå visser typer adfærd som trusler, fysisk aggression, ordrer, kritik og sarkasme.
2. Parent-Directed Interaction (PDI): Forældre lærer at give klare og tydelige beskeder og konsistent at bruge en step-by-step-protokol, når barnets opførsel er uønsket. Time-out-protokollen er højt specificeret med løsninger på mulige forælderrolleproblemer. Formålet er basale teknikker til selvkontrol og elimineringen af fysisk afstraffelse over for børn.

Intervention adskiller sig fra Chaffin et al. (2011) ved også at fokusere på nogle andre outcome-indikatorer end forældrefærdigheder og tilbagefald, nemlig barnets internaliserings- og eksternaliseringsadfærd samt stresssymptomer.

Studiet viser signifikante forbedringer i både forældrefærdigheder og barnets adfærd og stresssymptomer.

#### 5.2.1.2 Rådgivende

**Fergusson et al. (2013). Nine-year follow-up of a home-visitation program: a randomized trial, *Pediatrics*, 131 (2), 297-303.**

Dette newzealandske RCT-studie evaluerer effekten af den rådgivende indsats New Zealand Early Start (NZES), som er rettet mod familier, hvor børn vurderes at være særligt i risikozonen for vold og/eller seksuelle overgreb.

NZES-programmet består af intensive hjemmebesøg i udsatte familier. Hjemmebesøgene foretages af kvalificerede socialarbejdere med en baggrund som fx sygeplejerske eller lærer. Elementerne bag NZES er følgende:

1. Vurdering af familiens behov, problemer, udfordringer, ressourcer og styrker
2. Udvikling af positive partnerskaber mellem familien og socialarbejderen
3. Samarbejde om at udtænke løsninger på familiens udfordringer
4. Tildeling af støtte, mentorordning og rådgivning, så familien kan mobilisere sine styrker og ressourcer

## 5. Involvering med familien helt frem til skolealderen.

Opfølgningen er foretaget på fire tidspunkter efter NZES-interventionen: 6 måneder, 1 år, 6 år og 9 år. Evalueringen viser signifikante og varige forbedringer på fem outcome-indikatorer:

- Hospitalsbesøg for ikke-intenderede skader
- Forældres anvendelse af hård afstraffelse
- Forældres anvendelse af fysisk afstraffelse
- Forældrefærdigheder
- Børns adfærd og tilpasningsfærdigheder.

Der er ikke nogen varig effekt på øvrige forældreindikatorer: Fødselsdepression, stofmisbrug, partnervold, økonomiske forhold og generel stress.

### **Waxman et al. (2009). The long-term effects of the Houston Child Advocates, Inc., program on children and family outcomes, *Child Welfare Journal*, 88 (6), 23-46.**

Dette amerikanske kontrollerede, men ikke randomiserede forsøg undersøger effekten af det rådgivende tilbud Child Advocates (CA), som er rettet mod alle børn, der har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb.

CA er frivillige voksne udpeget af en dommer, som arbejder med at hjælpe misbrugte og omsorgs-svigtede børn med kontakten til myndighedspersoner gennem hele barndommen. CA fungerer som barnets fortaler og rådgiver barnet i forhold til psykologiske hjælpetilbud, misbrugsvejledning og plejefamilie.

Studiets resultater viser, at børnene i behandlingsgruppen scorer signifikant højere på følgende beskyttende outcome-indikatorer end kontrolgruppen:

- Nabolagets ressourcer
- Interesserede voksne
- Følelse af accept
- Afvigende adfærd
- Konventionel adfærd
- Positiv indstilling til fremtiden
- Værdsættelse af præstation
- Samarbejdsfærdigheder
- Konfliktløsningsfærdigheder
- Gennemførelse af uddannelse.

### 5.2.1.3 Behandlende

### **Beebe & Wyatt (2009). Guided Imagery and Music: Using the Bonny Method to Evoke Emotion and Access the Unconscious, *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47 (1), 29-33.**

Dette amerikanske casestudie er baseret på Freud og Jungs teoriapparat om visualisering og præsenterer en metode til at behandle traumer. Metoden er rettet mod en bred vifte af traumer, herunder vold og seksuelle overgreb, og kan anvendes på alle aldersgrupper. Gennem visualiseringsteknikker og musik tilgås underbevidstheden, og det bliver muligt at arbejde med traumet. Musikken, som udvælges af terapeuten, virker som en dåseåbner, der får klienten til at udforske de billeder og følelser, som musikken vækker. Der er fire faser i Guided Imagery and Music-terapien (GIM):

1. Optakt og indledende diskussion: Terapeutens rolle er sammen med klienten at klarlægge ny-lige konflikter, stressorer eller bekymringer.
2. Induktion: Terapeuten benytter sig af en række interventioner til at skabe en dyb afslappelse (fx vejrtrækningsøvelser).
3. Musikvisualisering (music imagery): Patienten lytter til særligt udvalgt klassisk musik i 30-40 minutter og beskriver løbende sine tanker, følelser og visualisering. Terapeutens rolle er ikke-retningsgivende, verbal intervention, som hjælper patienten til udforske sine oplevelser fuldstændig.
4. Efterspil eller integration: Terapeuten hjælper patienten med at finde mening med musikoplevelsen uden at tilbyde fortolkninger.

Den forskningsmæssige evidens er begrænset, men studiet fremhæver lovende resultater for de, der behandles med GIM. Særligt depressions- og PTSD-symptomer reduceres.

**Cicchetti et al. (2011). Normalizing the development of cortisol regulation in maltreated infants through preventive interventions, *Development and Psychopathology*, 23 (3), 789-800.**

Dette amerikanske RTC-studie sammenligner fire behandlingsmodeller til børn i alderen 1-3 år, som har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb. Studiet bruger børnenes kortisolniveau- og regulering som indikator for metodernes effekt. Kortisol er et stresshormon, som regulerer børns adfærd og udvikling. De fire metoder er:

1. Forælder-barn psykoterapi (CPP): En bærende antagelse er, at problematikker i forælder-barn-relationen ikke alene skyldes manglende forældrefærdigheder. "Patienten" er derfor forælder-barn-relationen. I løbet af et år mødes terapeuten med moderen og barnet en gang ugentligt. Metoden er støttende, anviser ikke retning og indebærer udviklingsmæssig støtte baseret på moderens bekymring. Under sessionerne observerer terapeuten og moderen barnet i fællesskab. Gennem respekt, empati og positive hensyn giver det terapeutiske forhold moderen korrigerede følelsesmæssige oplevelser, som sætter hende i stand til at skelne nutidige fra tidligere forhold og giver hende positive internaliserede repræsentationer af sig selv i relation til andre – særligt sit barn. Resultatet af processen er øget responsivitet, følsomhed og føling med barnet. Det skaber en sikkerhed i mor-barn-relationen og sætter barnet i stand til at udvikle sin autonomi.
2. Psykoedukation forælderintervention (PPI): Sygeplejersker faciliterer et hjemmebaseret uddannelsesprogram om spædbørns fysiske og psykiske udvikling samt forælderskab, som har til formål at opmuntre mødre til at søge mere uddannelse og arbejde – altså øget social støtte. Interventionen suppleres af en række kognitive og adfærdsmæssige teknikker, som adresser mangler i forælderskab og socialøkologiske faktorer. Ugentlige møder over et år.
3. Standard kommunale tilbud: Normal kommunal indsats.
4. Ingen intervention.

Interventionen varer to år, og der tages løbende spytprøver fra børnene om morgenen, hvor kortisolniveauet er på sit højeste. Studiet viser en positiv effekt af CPP og PPI i kraft af, at børnenes kortisolniveauer normaliseres. Børn, som modtog standard kommunal eller ingen behandling, har faldende kortisolniveauer over den toårige periode.

**Deblinger et al. (2016). Applying Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in Group Format, *Child Maltreatment*, 21 (1), 59-73.**

Dette amerikanske RCT-studie undersøger effekten af gruppebaseret traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT Group), som behandling til børn i alderen 13-17 år, der har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb.

Gruppebaseret TF-CBT følger de samme principper som individuel TF-CBT, men stiller høje krav til terapeutens gruppestyringsfærdigheder. Interventionen består af ugentlige møder i gruppestørrelser på 4-8 børn og 4-8 voksne. Forløbet tilbydes parallelt til børn og omsorgsgiver og løber over 10-14 sessioner. Børnegrupperne er sammensat, så børnene er på samme udviklingsmæssige stadie, mens det varierer, og om de også har samme type traume (fx vold, seksuelle overgreb, mistet forælder). Gruppen bevæger sig gennem praksiskomponenterne (PRACTICE):

- (P) Psykoedukation (information om traumer og traumereaktioner) / (P) Forældrefærdigheder (adfærdscontrollerende færdigheder)
- (R) Afslapningsfærdigheder (styre fysiologiske reaktioner på traumer)
- (A) Affektive modulationsfærdigheder (styre affektive reaktioner på traumer)
- (C) Kognitive copingmekanismer (forbindelse mellem tanker, følelser og adfærd)
- (T) Traumenarrativ og processering (korrigere kognitive forvriddinger relateret til traumet)
- (I) In vivo mestring af traumepåmindelser (overkomme generel angst relateret til traumet)
- (C) Fælles barn-forælder-session (forskellige fælles barn-forælder-aktiviteter)
- (E) Øge sikkerhed og fremtidig udvikling (safety planning).

Børnene samarbejder som gruppe omkring de forskellige komponenter på nær den traume-narrative udvikling. Studiet viser lovende effekter af gruppebaseret TF-CBT med reduktion af børnenes skam, isolation og stigmatisering. Desuden er den omkostningseffektiv.

**Taussig & Culhane (2010). Impact of a mentoring and skills group program on mental health outcomes for maltreated children in foster care, Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 164 (8), 739-746.**

Dette amerikanske RCT-studie undersøger effekten af interventionsprogrammet Fostering Healthy Futures (FHF) på børn i aldersgruppen 9-11 år, som er/har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb og efterfølgende er placeret i en plejefamilie. FHF er en mentor- og færdighedsordning, som fokuserer på både gruppebaserede og individuelle indsatser.

Interventionsprogrammet varer ni måneder og består af to komponenter:

1. Manualiserede færdighedsgrupper: Et forløb over 30 uger, hvor en gruppe på 8-10 børn og to gruppefacilitatorer mødes 1½ time hver uge. Gruppen følger et "pensum", som kombinerer typiske kognitive adfærdsfærdigheder med procesorienteret materiale. Emner som adresseres er følelsesmæssig genkendelse, perspektivtagning, problemløsning, vredeshåndtering, kulturel identitet, forandring og tab, sunde relationer, gruppepres, misbrugsforebyggelse og fremtiden.
2. Individuelle mentorsamtaler med socialarbejdere: Et forløb over 30 uger med individuelle samtaler for hvert barn. Mentoren kører bl.a. barnet til gruppesessionerne, men skal også etablere en sund relation til barnet, som tjener til forbillede for fremtidige relationer. Desuden skal mentoren 1) støtte barnet i dets møde med forskellige systemer og sikre, at barnet får den rette behandling, 2) hjælpe barnet med at generalisere opbyggede kompetencer i mødet med den "virkelige verden", 3) opmuntre barnet til at deltage i ekstra aktiviteter i og uden for skolen, og 4) fremme en positiv og optimistisk attitude hos barnet.

Resultaterne af interventionen viser signifikante forbedringer i børnenes psykiske helbred, målt på følgende indikatorer: PTSD-symptomer, dissociation, livskvalitet, anvendelse af tilbud til psykisk syge og psykotropiske medikamenter.

**Rosner et al. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: study protocol, *Trials*, 15 (1), 195-204.**

Dette tyske RCT-studie undersøger effekten af behandlingsmetoden Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy (D-CPT) på unge i aldersgruppen 14-21 år, som har udviklet PTSD efter at have været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb i barndommen.

D-CPT består af fire faser med i alt 30 individuelle sessioner:

1. Forpligtelsesfasen: Fem sessioner på fire uger. Formålet er at opbygge en terapeutisk alliance og øge og teste den unges behandlingsmotivation. Sikkerhedsplaner udvikles, og anti-selvmoordskontrakter underskrives.
2. Træning i følelsesregulering: Seks sessioner på fire uger. Patienter lærer at tolerere og kontrollere intensive, traumerelaterede følelser uden at handle dysfunktionelt.
3. Cognitive processing therapy: 15 sessioner på fire uger. Dette er en afgørende fase i behandlingen, hvor dysfunktionelle ideer med relation til de traumatiske oplevelser identificeres og modificeres gennem en kognitiv omstrukturering.
4. Udviklingsmæssige opgaver: Fire sessioner på fire uger. Formålet med den sidste terapifase er at minimere risikoen for fremtidig offerliggørelse (victimisation) og/eller forebygge valg af voldelige partnere. Derudover fokuseres der på at støtte patienten i at gennemføre en kompetencegivende uddannelse.

I forløbet er der indlagt seks mulige sessioner til kriseintervention eller kommunikation med omsorgsgivere eller andre institutioner.

Den fulde effekt af studiet er ikke kendt på udgivelsestidspunktet. Forventningen er primært, at D-CPT vil reducere PTSD-symptomernes sværhedsgrad og sekundært generelle psykopatologiske forandringer og følgesygdomme som depression, borderline personlighedstræk og dissociation.

**Yorke et al. (2013). Equine-assisted therapy and its impact on cortisol levels of children and horses: A pilot study and meta-analysis, *Early Child Development and Care*, 183 (7), 874-894.**

Dette amerikanske enkeltstående pilotstudie undersøger effekten af behandling med hestetterapi på fire børn i aldersgruppen 8-10 år, som har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb. Børnene har PTSD, men er ikke i medicinsk behandling. Effekten måles på barnets kortisolniveau, som er en indikator for barnets stressniveau.

Interventionen varer i alt 12 dage:

- Den første dag fokuseres der på historiefortælling og tegneaktiviteter.
- De næste seks dage består i, at børnene dagligt bruger en time sammen med hesten. De første 15 minutter bruges på klargøring, hvorefter barnet rider hesten i 30 minutter og afslutningsvis strigler cen i 15 minutter.
- De sidste fem dage fokuseres der på historiefortælling og illustration af barnets oplevelser med hesten.

Hestens terapeutiske virkning er undersøgt ved at måle den følelsesmæssige respons, der er mellem barn og hest. Responsen måles ved kortisolmåling hvert 20.-30. minut, ligesom børnenes puls løbende blev monitoreret.

Studiet har en lille population på fire børn, men resultatet indikerer positive forandringer i børnenes kortisolniveau som funktion af hestetapien.

## 5.2.2 Fysisk og psykisk vold

### 5.2.2.1 Forebyggende

**Jacobsen et al. (2014). Effects of a dyadic music therapy intervention on parent-child interaction, parent stress, and parent-child relationship in families with emotionally neglected children: a randomized controlled trial, *Journal of Music Therapy*, 51 (4), 310-332.**

Dette danske RCT-studie undersøger den forebyggende effekt af Dyadisk Musikterapi (DMT) på forældre og deres børn i alderen 5-12 år, hvor der er en risikovurdering af, at barnet er i fare for at blive udsat for psykisk vold.

Dyaden udgøres af barnet og den ene forælder. DMT-interventionen består af 6-10 terapisesioner af 45-60 minutters varighed én gang ugentligt. Under DMT genskaber forælder og barn den positive interaktion og lærer at aflæse hinandens signaler.

DMT arbejder aktivitetsorienteret med en blanding af klient- og terapeutorienterede aktiviteter:

- Klientcentrerede aktiviteter er baseret på familiedyadens ønsker, udtryk og præferencer
- Terapeutorienterede aktiviteter er baseret på terapeutens initiativer og interaktionsbaserede foki.

Fokus er på en stærk samarbejdsrelation mellem terapeuten og forælder, som understøttes af samtaler uden for musikterapien, hvor der opnås enighed omkring mål med interventionen. Ved at anerkende forældrens arbejde lærer terapeuten forælderen værdien af anerkendelse, hvilket han/hun viderefører til barnet. Under sessionerne lærer forælderen, hvordan en hensigtsmæssig adfærd over for barnet skal være i forhold til struktur, anerkendelse og kommunikation. Efterhånden som forælder-barn-relationen styrkes, overlades de mere og mere til at interagere på egen hånd.

Studiet viser at DMT-interventionen signifikant forbedrer den nonverbale kommunikation og gensidige tilpasning mellem forælder og barnet. Derudover reducerer interventionen forældrens oplevelse af følelsesmæssig stress.

**Overbeek et al. (2012). The effectiveness of a trauma-focused psycho-educational secondary prevention program for children exposed to interparental violence, *Trials*, 13 (1), 12-25**

Dette hollandske RCT-studie undersøger den forebyggende effekt af det traumefokuserede program It's My Turn Now. Programmet er en videreudvikling af psykoedukationsprogrammet Kids Club, der bygger på traume- og tilknytningsteori. It's My Turn Now er målrettet familier, hvor der er vold mellem forældrene. Formålet er at forebygge udviklingen af PTSD blandt børnene.

Programmet består af ni sessioner af 90 minutters varighed for henholdsvis børn og forældre, der deltager i parallelle grupper med maksimalt otte personer. Sessionerne faciliteres af en socialarbejder og psykolog.

Der er tre interventionsmål for børnene:

1. De skal påbegynde en bearbejdning af volden mellem forældrene
2. De skal lære at adskille og udtrykke følelser
3. De skal lære at håndtere følelser og problemer på en anderledes, ikke-voldelig måde.

Alle sessioner er opbygget efter samme struktur, som starter med, at børnene sidder i en rundkreds, hilser på hinanden og hører, hvordan det går, og en kort fortælling om vold mellem forældre og

følelsesgenkendelse. Dernæst følger en kort pause, inden ugens aktivitet starter. Hver aktivitet er relateret til ugens emne:

1. Lære hinanden at kende og genkende følelser
2. Følelser
3. Glæde, sorg og sikkerhed
4. Vrede
5. Konflikter og loyalitet
6. Vold, konflikt og forældrekontakt
7. Hemmeligheder og sikkerhed
8. Fremtiden
9. Afsked og evaluering.

Sessioner afsluttes med grovmotoriske lege, som skal lindre anspændthed efter en potentielt anstrengende session.

Forældresessionernes formål er at gøre forældrene mere opmærksomme på deres børn, som håndterer svære oplevelser og følelser, og de skal lære at tage barnets perspektiv. Formålet er ikke at behandle forældrenes traumer, men der opstår typisk en atmosfære, hvor forældrene deler erfaringer med vold og støtter hinanden. Sessionernes tema:

1. Lære hinanden at kende: følelser, vold
2. Forælderrollen vs. barnets rolle
3. Et sikkert sted
4. Håndtering af følelser som vrede og sorg
5. Håndtering af følelser som skyld, skam og loyalitet
6. Sikkerhed: konflikt og kontakt med den anden forælder
7. Sociale kontakter og netværk
8. Uspecificeret, afhænger af deltagernes behov
9. Afsked og evaluering

Resultaterne af interventionen var uklare på udgivelsestidspunktet, fordi projektet endnu ikke var afsluttet. Umiddelbart peger resultaterne på, at der er mange medierende faktorer i forebyggelsen af PTSD.

#### 5.2.2.2 Behandlende

**Becker et al. (2008). Community-Based Treatment Outcomes for Parents and Children Exposed to Domestic Violence, Journal of Emotional Abuse, 8 (1-2), 187-204.**

Dette amerikanske casekontrolstudie beskriver et interventionsprogram rettet mod børn i alderen 3-17 år og en forælder, som begge har været udsat for vold i hjemmet. Der er to elementer i programmet: En intervention rettet mod børn, og en intervention rettet mod forælderen:

1. Børneintervention: Består af ugentlige støtte- og psykoedukationsgrupper af 90 minutters varighed over en 12-ugers periode. Børnegrupperne designes med henblik på at skabe et sikkert rum, hvor børn kan lære mere om familievold, udforske ideer og attituder omkring vold og udvikle eller øge sunde coping-evner. Grupperne er sammensat ud fra hensyn til alder og for teenagere også køn.
2. Forældreintervention: Består af ugentlige støtte- og uddannelsesgrupper, hvor forældre lærer, hvad deres børn lærer i børnegruppen og adresserer specifikke emner relateret til at være forældre i kølvandet på vold i hjemmet. Formålet med forældregruppen er at udstyre forældre

med færdigheder til at hjælpe deres børn med at håndtere den vold, som de har været udsat for. Der er fokus på at styrke forældrenes kompetencer gennem informationsdeling og færdighedsopbygning. Derudover adresseres emner, som er relevante for forældrenes egen tilpasning, selvværd og psykiske velfærd.

Forløbsindholdet er parallelt på tværs af grupper, men varierer i forhold til alderspassende emner og instruktionsmetoder. Emner indebærer sikkerhedsmæssige færdigheder, opbygning af tillid, selvbevidsthed, forståelse og udtryk af følelser, kommunikation, italesætte vold i hjemmet, selvbetjødelse og kønsstereotyper.

Gruppefacilitatorerne anvender undervisningsteknikker, som de på baggrund af tidligere erfaring ved, virker hensigtsmæssigt (fx lege, rollespil, historier).

Resultaterne peger på signifikante forbedringer hos børn og forældre. Børnenes færdigheder i forhold til håndtering af vold i hjemmet og deres internaliserings- og eksternaliseringsadfærd er styrket, mens der observeres en reduktion i udviklingen af alvorlige kliniske diagnoser. Forældrene har ligesom børnene styrkede færdigheder i håndteringen af vold i hjemmet, ligesom deres forældrekompetencer forbedres.

**Carrion et al. (2013). Cue-centered Treatment for Youth Exposed to Interpersonal Violence: A Randomized Controlled Trial, Journal of Traumatic Stress, 26 (6), 654-662.**

Dette amerikanske RCT-studie undersøger effekten af Cue-Centered Treatment (CCT) på børn i aldersgruppen 8-17 år. CCT er en individuel behandling til voldsudsatte børn, som består af fire komponenter:

1. Gennem anvendelse af en livstidslinje adresserer CCT betydningen af barnets allostatiske belastning og undersøger den direkte betydning af de afgrænsede traumatiske oplevelser såvel som andre daglige stressorer.
2. CCT-sessioner fokuserer på at lære barnet og omsorgsgiveren om den betingende proces, som opstår gennem gentagne udsættelser for traumer, som resulterer i øget følsomhed over for frygt og angst. Efterhånden som barnet identificerer cues forbundet med denne betingende proces og udvikler en tilpasset respons til disse cues, udvikler barnet også en tro på egen formåen (self-efficacy).
3. Gennem anvendelse af indsigtsoverretede strategier og visuelle ikoner, der forbinder historien med følelser og adfærd, udfordres barnet til at undgå opdeling af disse konstruktioner, mens den nuværende adfærd placeres i en empatisk kontekst.
4. Som supplement til de kognitive redskaber omfatter CCT en fysiologisk tilgang, der anerkender, at mange børn, som oplever traumer, er følsomme over for interoceptive cues (fx hjertebanken, sved).

CCT's formål er at uddanne barnet til at være sin egen forandringsagent, øge barnets forståelse af egne traumatiske oplevelser og symptomer, give redskaber til at håndtere traumer og øge barnets forståelse af forholdet mellem traumehistorik, følelser og adfærdsmæssige reaktioner på ubevidste traume-mimetiske ledetråde.

Symptomer på PTSD, angst og depression reduceres signifikant hos de børn, som modtager behandlingen.



**Cater & Ekblom (red.) (2014). Trappan-metoden för barn som upplevt våld i sin familj. Reflektioner utifrån olika perspektiv, Uppsala: Forskning och Utveckling, Regionsförbundet Uppsala län.**

Trappan er en svensk krisehjælpsmetode i tre trin til børn i alle aldre, som har oplevet vold i familien. Det kan både være som offer, men også som vidne til vold mod en forælder. Formålet er at sætte barnet i stand til gradvist at sætte ord på sine oplevelser.

Indledningsvist gennemføres en samtale med den ikke-voldelige forælder for at kortlægge omfanget og karakteren af volden, men også for at vide, om/ hvordan barnet har reageret på volden. Trappan-metoden består af tre samtaler med barnet:

1. **Kontakt:** Sigter mod at skabe kontakt til barnet. Behandleren fortæller barnet om sit arbejde med børn, hvorfor de to skal mødes, og om samtalen bliver noteret. Tegninger og tilhørende materiale anvendes for at støtte barnet, når det skal fortælle om sig selv. Sammen kigger man på billeder, og barnet opmuntres til at fortælle om, hvilke følelser det sætter i gang. Det er vigtigt, at behandleren giver sig god tid til at lytte og lader barnet berette i sit eget tempo.
2. **Rekonstruktion:** Når behandleren har etableret en god kontakt med barnet, skal voldshændelsen rekonstrueres og bearbejdes. Inden samtalen drejes over på barnets oplevelse, taler behandleren generelt om vold; at ansvaret altid ligger hos den, der slår, og at det aldrig er barnets skyld. I rekonstruktionen anvendes billeder, og barnet tegner for at genkalde sig oplevelsen. Behandleren skal omhyggeligt spørge ind til detaljer for at hjælpe barnet med at huske og bearbejde hændelserne.
3. **Kundskab:** Barnet lærer om reaktioner på traumatiske hændelser (fx angst, mentale billeder), og der tales om familiesituationen og den nærmeste fremtid. Sammen udarbejdes et billede over barnets netværk og et hjælpekort med personer og organisationer, som barnet kan kontakte i tilfælde af behov for yderligere hjælp.

Samtalerne foregår for små børns vedkommende sammen med den ikke-voldelige forælder og for større børn individuelt uden forældre. For at lette situationen for barnet anvendes Trappan-metodens tilhørende materiale med bl.a. billeder, men også tegning, så barnet får mulighed for at udtrykke sig nonverbalt.

Der er ikke foretaget systematiske målinger af Trappan-metodens virkning, men der er gode erfaringer med metoden i Sverige. Metoden medfører, at børnene hurtigere bearbejder den traumatiske hændelse, hvilket forbedrer deres generelle og psykosociale sundhed.

**Grip et al. (2013). Children Exposed to Intimate Partner Violence and the Reported Effects of Psychosocial Interventions, Violence and Victims, 28 (4), 635-655.**

Dette svenske caseseriestudie undersøger effekten af psykosociale interventioner som behandling til børn i alderen 3-13 år, der har været vidne til partnervold mellem forældrene, som tolkes som psykisk vold mod barnet.

Den psykosociale intervention består af gruppesamtaler med 4-8 børn i samme situation og på samme alder. Interventionen består af 10-15 adskilte sessioner af cirka 1½ times varighed. Gruppesamtalerne kan variere i indhold, men 60 minutters gruppearbejde på baggrund af protokol er fast procedure, typisk fulgt op af 30 minutters leg og snack-tid.

Inden hver session forberedes et tema med et undervisningssigte: håb, følelser, partnervold, risici og valg, familie, selvværd og personlig integritet. Gruppesamtalerne inddrager løbende elementer af leg, tegning og diskussioner om vold i familien.

Børn, som har behov for ekstra hjælp, indgår i 5-8 individuelle krisesessioner under interventionen. Her er fokus på at rekonstruere traumet og narrativer omkring det.

Studiet viser, at interventionen lykkes i forhold til formålet, som er at forbedre børns psykiske velvære. Det kommer til udtryk i form af reducerede adfærdsproblemer, færre posttraumatiske stresssymptomer og færre generelle psykiske problemer.

**Swenson et al. (2010). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: A Randomized Effectiveness Trial, Journal of Family Psychology, 24 (4), 497-507.**

Dette amerikanske RCT-studie undersøger effekten af multisystemisk terapi (MST) på børn i alderen 10-17 år, som har været udsat for fysisk vold i hjemmet. MST er en bredt funderet familiebehandling, som er bygget op omkring tre komponenter:

1. Hjemmebaseret service: For at overkomme barrierer mod hjælpen leverer terapeuter interventionen i hjemmet eller andre steder i lokalsamfundet (fx skolen). Tidspunktet tilpasses familiens skema, og besøgenes frekvens varierer med familiens behov (dagligt til en gang ugentligt). Der er en krisetelefon, som familien kan ringe til døgnet rundt.
2. Klinisk proces: Rekursiv analytisk proces til at identificere, udvikle og prioritere interventioner. Hver familie interviewes med henblik på at fastsætte målet med interventionen. Inden for social-økologiske rammer foretager terapeuten en omfattende vurdering af styrker og behov hos barnet og i familien som kollektiv. Barnets adfærd vurderes for at fastlægge, hvad den drives af, og det prioriteres i interventionen (fx forældreangst, svage forældrefærdigheder, non-compliant teenager). Faktorerne adresseres med teknikker, som der er empirisk evidens for virker (fx kognitiv terapi).
3. Behandlingen: Er outcome-baseret og varer typisk 4-6 måneder. Den afsluttes, når der observeres en forbedring af barnets psykiske helbred og forældrenes færdigheder.

Behandlingen foretages af ansatte på kommunale centre for psykisk helbred.

Der er store effektstørrelser i studiet, en reduktion i nye voldsepisoder og en reduktion i tvangsfjernelser, som er fastholdt efter 16 måneder.

**Cohen et al. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 165 (1), 16-21.**

Dette amerikanske RCT-studie undersøger effekten af traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) på børn i alderen 7-14 år, som har været vidne til vold mod moderen fra anden forælder/partner (IPV), der tolkes som psykisk vold. Denne type TF-CBT har et behandlende sigte, er rettet mod familien som helhed og består i opstartsfasen i følgende komponenter:

- Psykoedukation omkring traumer
- Udvikling af individuelle afslapningsfærdigheder til stresshåndtering
- Udtryk og modulation af ubehagelige følelser
- Kognitive copingfærdigheder.

De følgende TF-CBT komponenter indebærer:

- Udvikling af et narrativ omkring barnets IPV-oplevelser og korrektion af utilpassede tanker
- In vivo mestring af traumepåmindelser
- Fælles moder-barn-sessioner, hvor barnet opfordres til at dele sine IPV-oplevelser
- Fokus på og forbedring af barnet og moderens sikkerhed.

TF-CBT til IPV-børn adskiller sig fra den klassiske TF-CBT på tre måder:

1. Sikkerhedskomponenten implementeres i begyndelsen af behandlingen frem for i afslutningen.
2. Traumenarrativet fokuserer ikke på at mestre IPV-minderne, men på at dele barnets IPV-oplevelser, skabe opmærksomhed hos moderen og adressere utilpassede tanker (fx selvskyld, moderens skyld)
3. I stedet for mestring af traumepåmindelserne er målet at optimere barnets evne til at skelne mellem reel fare og generaliseret frygt.

Behandlingen består af samlet otte sessioner, der styres af en psykolog. Studier viser, at behandlingen effektivt reducerer symptomer på PTSD, angst, depression og adfærdsproblemer, og forbedrer barnets kognitive funktion.

### **Slutrapport KIBB projektet. Kognitiv Integreret Behandling ved Barnmisshandel 2013-2015 (2015), Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset i samarbejde med Linköpings universitet.**

Kognitiv integreret behandling ved børnemishandling (KIBB) er en svensk behandlingsmodel rettet mod familier, hvor fysisk vold mod børn har fundet sted.

KIBB-behandlingen foregår ambulantly i børne- og forældregrupper. Behandlingen udføres af familiebehandlere og omfatter 16 sessioner over en periode på 16 uger. Hver behandlingssession har ét eller flere temaer. Behandlingstemaerne hos forældrene er bl.a. konsekvenserne af vold, hvordan vold påvirker børn, forældrestrategier til at håndtere vrede, aktiv lytning og at have en plan for sikkerhed.

Temaer i behandlingen hos børnegruppen er at udtrykke følelser og reducere angst, hjælp til coping med henblik på at håndtere stress og at fortælle om erfaringer med vold (traumehistorier). Hver behandlingssession afsluttes i fællesskab mellem forældre, børn og terapeuter, så gruppen sammen kan identificere og integrere de nye færdigheder og strategier.

Der er gode erfaringer med KIBB-modellen i Sverige, hvor der registreres positive udvikling i følgende outcome-indikatorer:

- Forældrestrategier
- Depression
- Barnets traumesymptomer
- Barnets oplevelse af forældrenes opdragelsesstrategier.

## 5.2.3 Seksuelle overgreb

### 5.2.3.1 Opsporende

#### **Poole et al. (2011). Evidence supporting restrictions on uses of body diagrams in forensic interviews, *Child Abuse and Neglect*, 35 (9), 659-669.**

Dette amerikanske caseseriestudie undersøger potentialet ved at bruge Body Diagram Focused Interviewing (BDFI) til at opspore børn i alderen 4-9 år, som udsættes for seksuelle overgreb. Ideen med BDF-interview er at stille specifikke spørgsmål omkring berøring, som illustreres på et kropsdigram. Diagrammet introduceres tidligt i forløbet for at introducere temaet upassende berøring.

Der er tre faser i BDFI-processen:

1. Presubstantive phase: Introduktion, grundlæggende spilleregler, rapportopbygning. Intervieweren skriver barnets informationer ned på et flipboard (visualisering).
2. Substantive phase: Intervieweren forklarer, at børn har forskellige navne for ting og viser et kønsneutralt kropssdiagram, hvor barnet skal navngive forskellige kropselementer. Dernæst stilles barnet spørgsmål om, hvordan det modtager knus fra forældrene, og hvor de berøres henne. Det følges op af flere kropsspecifikke spørgsmål: Er du blevet rørt der, hvem rørte dig, er du blevet rørt andre steder? Alle kropsberøringer markeres på kropssdiagrammet.
3. Source-monitoring phase: Efter den substantive fase er det nødvendigt at bestemme barnets evne til at skelne mellem virkelige og foreslåede oplevelser. Intervieweren spørger ind til specifikke elementer i barnets historie og fiktive historier og træner barnet i at svare ja/nej afhængig af, hvad der er virkeligt og ej.

Studiet viser, at flere børn rapporterer seksuelle overgreb med BDFI-metoden. Udfordringen er, at der også kommer flere falske indberetninger, hvorfor BDIF som metode skal anvendes med forbehold.

#### 5.2.3.2 Behandlende

**Mannarino et al. (2012). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later, *Child Maltreatment*, 17 (3), 231-241.**

Dette amerikanske RCT-studie undersøger effekten af traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) på børn i alderen 4-11 år, som har været udsat for seksuelle overgreb.

TF-CBT består af tre behandlingsmoduler, som er rettet mod børn og forældre/primære omsorgsperson:

1. Færdighedsopbyggende komponenter der øger barnets affektive, adfærdsmæssige, biologiske og kognitive selvregulering, og forældreinterventioner der styrker coping, adfærdskontrol og støtte til barnet.
2. Traumenarrativ (TN), hvor børn beskriver og kognitivt bearbejder deres personlige traumeoplevelser.
3. Behandlingsafslutning (Treatment closure): Sessioner med barn og forælder/omsorgsperson, hvor den fremadrettede sikkerhed planlægges.

Et kontinuerligt element i disse behandlingsmoduler er en gradvis eksponering af barnets traume. De tre moduler er vægtet lige højt i behandlingen. Sideløbende modtager både barn og forældre TF-CBT komponenter bestående af psykoedukation omkring seksuelle overgreb og færdigheder (fx afslapning, affektiv modulation, kognitiv coping og kropssikkerhedstræning) såvel som træning af forældreevnen.

Studiet finder signifikante, varige forbedringer i børnenes velfærd på tværs af 14 outcome-indikatorer: genoplevelse af traumet, undvigelsesadfærd, hyper årvågenhed, internaliseringsadfærd, eksternaliseringsadfærd, barnets seksuelle adfærd, forældres grad af stress, forældrepraksis, forældredepression, barnets depression, barnets angst, barnets skam, barnets frygt og barnets sikkerhedsevner.

**Dietz et al. (2012). Evaluating Animal-Assisted Therapy in Group Treatment for Child Sexual Abuse, Journal of Child Sexual Abuse, 21 (6), 665-683.**

Dette amerikanske kontrollerede, men ikke-randomiserede, forsøg, undersøger effekten af dyreasisteret terapi (AAT) i behandlingen af børn i alderen 7-17 år, som har været udsat for seksuelle overgreb.

AAT inkorporerer trænede terapihunde i terapeutiske interventioner. AAT skal ses som et supplement til eksisterende terapiformer (typisk gruppeterapi), der styrkes af dyrenes tilstedeværelse. Dyrene giver terapeuten et ekstra rum til at fokusere på gruppedynamikker og helingsprocessen. AAT skaber et trygt miljø af tillid og accept. Børnene er mere opmærksomme, åbne og modtagelige over for behandling.

Studiet viser en reduktion i følgende traumesymptomer hos børnene: angst, depression, vrede, PTSD, dissociation og seksuelle bekymringer.

**Foa et al. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial, Journal of American Medical Association, 310 (24), 2650-2657.**

Dette amerikanske RCT-studie sammenligner effekten af Prolonged Exposure Therapy (PET) med almindelig rådgivning af piger i alderen 13-18 år, som har været udsat for seksuelle overgreb og som følge deraf har udviklet PTSD.

PET-interventionen består af otte moduler fordelt på 14 ugentlige sessioner af 60-90 minutters varighed. Hjemmeøvelser giver mulighed for at repetere materialet uden for sessionen. Programformatet giver terapeuten fleksibilitet til at præsentere et modul i en eller flere sessioner afhængig af den unges udviklingsmæssige stadie, opmærksomhed og specifikke behov. De otte moduler er følgende:

1. Præsentation af behandlingsrationalet.
2. Indsamling af information, identificering af traumat og vejrtrækningsøvelser.
3. Præsentation af typiske traumereaktioner.
4. Diskussion af rationalet bag in vivo exposure, dvs. konfrontation af traumepåmindelser, konstruktion af in vivo-hierarkiet og in vivo-hjemmeøvelser.
5. Præsentation af rationalet bag imaginal exposure, dvs. genbesøge og genfortælle traumat. Udfører imaginal exposure i 15-45 minutter og behandler dette genbesøg. Modulet gentages i 2-5 sessioner.
6. Imaginal exposure fokuserer på de værste elementer af traumat. Modulet gentages i 4-7 sessioner.
7. Fokuserer på færdigheder, som er tilegnet under behandlingen og forebyggelse af tilbagefald.
8. Et "afslutningsprojekt" – fx en booklet omkring traumat og de fremskridt, der har været under behandlingen.

Studiet viser, at pigerne har større gavn af PET end almindelig rådgivning. PTSD-, angst- og depressionssymptomer reduceres signifikant.

**Hubel et al. (2014). Child Advocacy Center Based Group Treatment for Child Sexual Abuse, Journal of Child Sexual Abuse, 23 (3), 304-325.**

Dette amerikanske RCT-studie undersøger effekten af Sexual Abuse Family Education (SAFE), som er en gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi rettet mod børn i alderen 6-13 år, der har været udsat for seksuelle overgreb, og deres ikke-krænkende omsorgsgiver.

Behandlingen består af et 12-ugers program, hvor barn og omsorgsgiver deltager i parallelle gruppeforløb. Der er tre fokusområder i SAFE.

1. Individet/selvet: Selvværd, selvbeskyldning, internalisering af udfordringer
2. Interpersonelle relationer: Sociale færdigheder, eksternalisering af problemer med jævnaldrende og familie
3. Seksuel udvikling og adfærd: Seksualviden, specifik psykoedukation om seksuelt misbrug, seksuelle adfærdsproblemer.

Det brede sigte adskiller SAFE fra individuelt baserede praksisser som fx TF-CBT. Forløbet adresserer en bred vifte af problemer, som knytter sig til følgevirkningerne af et overgreb. Behandlingen tildeler grupper af børn med forskellige niveauer og typer af symptomer samtidigt. Gruppebehandling tillader børn og omsorgspersoner at lære, at andre familier også oplever misbrug og relaterede symptomer, hvilket måske kan reducere følelsen af isolation og stigmatisering. Gruppeopsætningen giver også mulighed for at forbedre sociale færdigheder og øve nye færdigheder med jævnaldrende samt deltage i rollespilssituationer med andre gruppemedlemmer.

Studiets resultater viser signifikante forbedringer i børnenes funktionalitet: mindre angst, færre PTSD-symptomer, øget basal seksuel viden, øget selvværd og færre utilpassede misbrugsreaktioner. Børnenes følelse af stigmatisering og isolation forbundet med overgrebet er reduceret, og deres evne til at udforske og håndtere følelserne omkring overgrebet er forbedret.

**Smith et al. (2008). An Exploratory Study Group Therapy for Sexually Abused Adolescents and Nonoffending Guardians, Journal of Child Sexual Abuse, 17 (2), 101-116.**

Dette australske, eksplorative caseseriestudie undersøger effekten af gruppebehandlingsterapi på børn i alderen 11-16 år, som har været udsat for seksuelle overgreb, og deres ikke-krænkende omsorgsgiver. Behandlingen fokuserer på italesættelse af overgreb, reduktion af skyldfølelse, forebyggelse af flere overgreb og reduktion af stigmatisering og isolation gennem relationer til de andre gruppemedlemmer.

Interventionen består af seks moduler fordelt på 12 ugentlige sessioner af 1½ times varighed, hvor barn og omsorgsgiver deltager i parallelle forløb:

1. Modul 1 skaber fysisk og følelsesmæssig sikkerhed i gruppekonteksten. Viden om hinanden, forventninger, frygt og håb. Terapeuten fokuserer på at skabe et rum af sikkerhed og tillid. Personlige grænser udforskes, og der udarbejdes sikkerhedsplaner.
2. Modul 2 fokuserer på psykoedukation omkring forholdet mellem tanker, følelser og adfærd. Identifikation af strategier til at håndtere ubehagelige følelser og udtrykke dem.
3. Modul 3 fokuserer på, at de eksplicite følelser omkring misbruget kommer til udtryk med udvikling af strategier til at håndtere angst, skyld, vrede, sorg og skam.
4. Modul 4 fokuserer på identifikation og eksternalisering, når tanker og adfærden kører i ring (ruminative behaviour).

5. Modul 5 fokuserer på at øge den seksuelle bevidsthed gennem udforskning af seksuelle fantasier, seksuel identitet, homoseksualitet og konstruktionen af køn. Myter og fakta konfronteres.
6. Modul 6 har til formål at øge barnets problemløsende færdigheder og opøve kommunikative kompetencer. Strategier for at forhindre tilbagefald udvikles.

Omsorgsgiverforløbet består af 12 sessioner af 1½ times varighed. Det indebærer primært psykoedukation omkring reaktioner på seksuelle overgreb, men også metoder til at støtte den unge og styrke relationen til den unge.

Interventionen reducerer udviklingen af misbrugsrelaterede følgesygdomme som angst, depression, vrede, PTSD, dissociation og seksuelle bekymringer. Desuden indikerer resultaterne, at depressionssymptomer som dårligt humør, interpersonelle problemer, ineffektivitet, anhedoni og dårligt selvværd reduceres.

**Springer et al. (2015). Game-based cognitive-behavioral therapy for child sexual abuse: an innovative treatment approach, Journal of Child Sexual Abuse, 17 (2), 101-116.**

Legebaseret kognitiv adfærdsterapi (GB-CBT) er amerikansk og bygger videre på den evidensbaserede traumefokuserede kognitive adfærdsterapi (TF-CBT). Det er en behandlingsmetode rettet mod alle børn, som har været udsat for seksuelle overgreb.

Interventionen består af 12 sessioner af 90 minutters varighed. Interventionen indledes med et separat møde mellem barn og terapeut, inden den ikke-krænkende omsorgsgiver inddrages. Dernæst præsenteres en række lege for barn og omsorgsgiver. Formålet med legene er at sætte nogle strukturerede rammer, som giver barnet rig mulighed for gennem leg at lære og mestre vigtige færdigheder som at udtrykke sig følelsesmæssigt, håndtere vrede, afslapningsstrategier, sociale færdigheder og kognitiv coping. Barn og omsorgsgiver træner legene, indtil de mestrer dem.

De vejledende principper for GB-CBT er følgende:

- Datainformeret praksis og behandlingsstrategi: Meget af GB-CBT bygger på den viden, som Cohen, Mannarino og Deblingers arbejde med den traumefokuserede kognitive adfærdsterapi har genereret, dvs. vigtigheden af affektiv modulation, afslapningsøvelser, kognitiv coping, psykoedukation, traumeprocessering og øget sikkerhed.
- Struktureret framework: Terapeuten udarbejder sammen med klienten agenda og mål for de enkelte sessioner.
- Sjov og engagerende terapi: Lege og aktiviteter skal være med til at engagere familien i behandlingen og etablere en solid relation til terapeuten.
- Eksperimentel læring: Den mest effektive læring er learning by doing, hvor man opdager og interagerer med omgivelserne.
- Tekniske elementer: Strukturerede sessioner, adfærdstrategier, psykoedukation, rollespil og terapeutiske lege.

De primære outcome-indikatorer er kernepsykologiske sundhedsindikatorer, som typisk eroderes som følge af seksuelle overgreb. Der arbejdes med to indikatorer:

- Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): angst, depression, vrede, posttraumatisk stress, dissociation, seksuelle bekymringer
- Children's Depression Inventory (CDI): dårligt humør, interpersonelle problemer, ineffektivitet, anhedoni, dårligt selvværd

# Litteratur

- Askeland, I.R., Moen, L.H., Nilsen, L.G., Kruse, A.E., Hjemdal, O.K. & Holt, T. 2016, *Behandlings-tilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse (Rapport nr. 10/2016)*, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S, Oslo.
- Becker, K.D., Mathis, G., Mueller, C.W., Issari, K. & Atta, S.S. 2008, "Community-Based Treatment Outcomes for Parents and Children Exposed to Domestic Violence", *Journal of Emotional Abuse*, vol. 8, no. 1-2, pp. 187-204.
- Beebe, L.H. & Wyatt, T.H. 2009, "Guided imagery and music: using the Bonny method to evoke emotion and access the unconscious", *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, vol. 47, no. 1, pp. 29-33.
- Bernard, H.R. (ed) 1994, *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*, 2nd edn, Sage Publications, Thousand Oaks, Calif.
- Björnsdóttir, S. 2013, *Blátt áfram. Child Sexual Abuse Prevention in Iceland (Power point presentation)*. Available: [http://nordan.org/wp-content/uploads/2013/06/Microsoft-PowerPoint-ENSKA\\_2013-Compatibility-Mode.pdf](http://nordan.org/wp-content/uploads/2013/06/Microsoft-PowerPoint-ENSKA_2013-Compatibility-Mode.pdf) [2017, 29. juni].
- Broberg, A., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å., Draxler, H., Eriksson, M., Grip, K., Hjärthag, F., Hultmann, O., Iversen, C. & Röbbäck de Souza, K. 2015, *Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn*, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, Göteborg.
- Carrion, V.G., Kletter, H., Weems, C.F., Berry, R.R. & Rettger, J.P. 2013, "Cue-centered treatment for youth exposed to interpersonal violence: a randomized controlled trial", *Journal of traumatic stress*, vol. 26, no. 6, pp. 654-662.
- Cater, Å.K. & Grip, K. 2014, *Kids Club i Sverige. Resultat från en förstudie av en metod för att stödja barn som upplevt våld mot mamma (Working Papers and Reports Social work 4)*, Örebro Universitet, Örebro.
- Cater, Å.K. & Ekblom, I. (eds) 2014, *Trappan-metoden för barn som upplevt våld i sin familj. Reflektioner utifrån olika perspektiv (FoU-rapport 2014/2)*, FoU, Regionförbundet Uppsala län, Uppsala.
- Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L.A. & Gurwitsch, R. 2011, "A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial", *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 79, no. 1, pp. 84-95.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Toth, S.L. & Sturge-Apple, M.L. 2011, "Normalizing the development of cortisol regulation in maltreated infants through preventive interventions", *Development and psychopathology*, vol. 23, no. 3, pp. 789-800.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. 2006, *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*, 1st edn, New York, The Guilford Press.
- Cohen, J.A., Berliner, L. & Mannarino, A. 2010, "Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems", *Child abuse & neglect*, vol. 34, no. 4, pp. 215-224.



- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Iyengar, S. 2011, "Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 165, no. 1, pp. 16-21.
- Deblinger, E., Pollio, E. & Dorsey, S. 2016, "Applying Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in Group Format", *Child maltreatment*, vol. 21, no. 1, pp. 59-73.
- Dietz, T.J., Davis, D. & Pennings, J. 2012, "Evaluating Animal-Assisted Therapy in Group Treatment for Child Sexual Abuse", *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 21, no. 6, pp. 665-683.
- Elklit, A. & Petersen, T. 2008, "Exposure to traumatic events among adolescents in four nations", *Torture*, vol. 18, no. 1, pp. 2-11.
- Ellonen, N. & Pösö, T. 2011, "Violence experiences in care: Some methodological remarks based on the Finnish child victim survey", *Child Abuse Review*, vol. 20, no. 3, pp. 197-212.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J. 2013, "Nine-year follow-up of a home-visitation program: a randomized trial", *Pediatrics*, vol. 131, no. 2, pp. 297-303.
- Fisher, S.F. 2014, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the fear-driven brain*, 1st edn, W. W. Norton & Company, New York.
- Foa, E.B., McLean, C.P., Capaldi, S. & Rosenfield, D. 2013, "Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial", *JAMA*, vol. 310, no. 24, pp. 2650-2657.
- Georgsson, A., Almqvist, K. & Broberg, A.G. 2011, "Dissimilarity in Vulnerability: Self-reported symptoms among children with experiences of intimate partner violence", *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 42, no. 5, pp. 539-556.
- Goodyear-Brown, P., Fath, A. & Myers, L. 2011, *Handbook of Child Sexual Abuse: Identification, Assessment, and Treatment*, John Wiley & Sons, Inc., New Jersey.
- Grip, K.K., Almqvist, K., Axberg, U. & Broberg, A.G. 2013, "Children Exposed to Intimate Partner Violence and the Reported Effects of Psychosocial Interventions", *Violence and victims*, vol. 28, no. 4, pp. 635-655.
- Guðmundsdóttir, D.R. 2012, *Verndarar barna. Mat á forvarnarverkefni gegn kynferðislegu ofbeldi á börnum*, Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Gudmundsson, H.S. 2009, *Study of child protection reports 2005-2009. Part I. Reykjavík, Reykjanesbaer and Arborg*, Ministry of Welfare, Reykjavík.
- Holt, T., Nilsen, L.G., Moen, L.H. & Askeland, I.R. 2016, *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep. En nasjonal kartleggingsundersøkelse (Rapport 6/2016)*, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress., Oslo.
- Hubel, G.S., Campbell, C., West, T., Friedenber, S., Schreier, A., Flood, M.F. & Hansen, D.J. 2014, "Child Advocacy Center Based Group Treatment for Child Sexual Abuse", *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 23, no. 3, pp. 304-325.

- Jacobsen, S.L., McKinney, C.H. & Holck, U. 2014, "Effects of a dyadic music therapy intervention on parent-child interaction, parent stress, and parent-child relationship in families with emotionally neglected children: a randomized controlled trial", *Journal of music therapy*, vol. 51, no. 4, pp. 310-332.
- Jensen, T.K., Holt, T., Ormhaug, S.M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L.C., Hukkelberg, S.S., Indregard, T., Stormyren, S.D. & Wentzel-Larsen, T. 2014, "A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth", *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, vol. 43, no. 3, pp. 356-369.
- Jensen, D.C., Pedersen, M.J., Pejtersen, J.H. & Amlon, A. 2016, "Måleredskab til indkredsning af lovende praksis" in *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde (16:26)* SFI. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København, pp. 65-74.
- Johansson, S. 2012, "Diffusion and Governance of 'Barnahus' in the Nordic Countries: Report from an On-going Project", *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, vol. 13, no. sup1, pp. 69-84.
- Kangaslampi, S., Garoff, F. & Peltonen, K. 2015, "Narrative exposure therapy for immigrant children traumatized by war: study protocol for a randomized controlled trial of effectiveness and mechanisms of change", *BMC psychiatry*, vol. 15, pp. 127-015-0520-z.
- Kjellgren, C., Svedin, C.G. & Nilsson, D. 2013, "Child Physical Abuse—Experiences of Combined Treatment for Children and their Parents: A Pilot Study", *Child Care in Practice*, vol. 19, no. 3, pp. 275-290.
- Långström, N. 2000, *Unga som begår sexualbrott – en forskningsöversikt. Expertrapport*, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Larsson, I. 2000, *Sexuella övergrepp mot barn. Barns sexualitet och sexuella beteende. Expertrapport*, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Deblinger, E., Runyon, M.K. & Steer, R.A. 2012, "Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later", *Child maltreatment*, vol. 17, no. 3, pp. 231-241.
- Ministry of Social Affairs and Health 2006, *Social Welfare in Finland (Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2006:11eng)*, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.
- Oldrup, H., Christoffersen, M.N., Kristiansen, I.L. & Østergaard, S.V. 2016, *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016 (SFI 16:16)*, SFI. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.
- Ondersma, S.J., Chaffin, M.J., Mullins, S.M. & LeBreton, J.M. 2005, "A brief form of the child abuse potential inventory: development and validation", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 34, no. 2, pp. 301-311.
- Overbeek, M.M., de Schipper, J.C., Lamers-Winkelmann, F. & Schuengel, C. 2012, "The effectiveness of a trauma-focused psycho-educational secondary prevention program for children exposed to interparental violence: study protocol for a randomized controlled trial", *Trials*, vol. 13, pp. 12-6215-13-12.

- Paavilainen, E. & Flinck, A. 2015, 13. nov.-last update, *Efficient methods for identifying child maltreatment in social and health care. Clinical guideline* [Homepage of HOTUS. Nursing Research Foundation]. Available: [http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS\\_lasten\\_kaltoinkoh-telu\\_ENGLANTI%20%282%29.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_lasten_kaltoinkoh-telu_ENGLANTI%20%282%29.pdf) [2017, 28. juni].
- Paavilainen, E., Helminen, M., Flinck, A. & Lehtomäki, L. 2014, "How Public Health Nurses Identify and Intervene in Child Maltreatment Based on the National Clinical Guideline", *Nursing Research and Practice*, vol. 2014, pp. 1-7.
- Peltonen, K. 2013, 16. april-last update, *Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö ja psykososiaaliset interventiot* [Homepage of Käypä Hoito], [Online]. Available: <http://www.kaypahoito.fi/KH2014-suositukset-portlet/Tulosta?id=nix01932> [2017, 27. juni].
- Poole, D.A. & Dickinson, J.J. 2011, "Evidence supporting restrictions on uses of body diagrams in forensic interviews", *Child abuse & neglect*, vol. 35, no. 9, pp. 659-669.
- Rayce, S.B., Poulsen, M.H. & Karmsteen, K. 2016, *Vold i opdragelsen. En kvantitativ beskrivelse af mødres vold mod børn med udgangspunkt i Årgang 95 - Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. Notat*, SFI. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.
- Rieper, O. & Hansen, H.F. 2007, *Metodedebatten om evidens*, AKF Forlaget, København.
- Rosner, R., König, H.H., Neuner, F., Schmidt, U. & Steil, R. 2014, "Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: study protocol for a randomized controlled trial", *Trials*, vol. 15, no. 195, pp. 1-9.
- Sariola, H. & Uutela, A. 1992, "The prevalence and context of family violence against children in Finland", *Child Abuse & Neglect*, vol. 16, no. 6, pp. 823-832.
- Shapiro, F., Kaslow, F.W. & Maxfield, L. (eds) 2007, *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*, John Wiley & Sons, Hoboken, N.J.
- Sigmarsdóttir, M., Degarmo, D.S., Forgatch, M.S. & Guðmundsdóttir, E.V. 2013, "Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial", *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 54, no. 6, pp. 468-476.
- Smith, A.P. & Kelly, A.B. 2008, "An Exploratory Study Group Therapy for Sexually Abused Adolescents and Nonoffending Guardians", *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 17, no. 2, pp. 101-116.
- Springer, C.I. & Misurell, J.R. 2015, *Game-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Child Sexual Abuse. An Innovative Treatment Approach*, Springer Publishing Company, New York.
- Svedin, C.G., Nilsson, D., Kjellgren, C., Thulin, J., Lotta Lindgren, L. & Göthner, Y.S. 2015, *Slutrapport KIBB projektet. Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel 2013 – 2015*, Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Stockholm.
- Swenson, C.C., Schaeffer, C.M., Henggeler, S.W., Faldowski, R. & Mayhew, A.M. 2010, "Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: a randomized effectiveness trial", *Journal of Family Psychology*, vol. 24, no. 4, pp. 497-507.

- Taussig, H.N. & Culhane, S.E. 2010, "Impact of a mentoring and skills group program on mental health outcomes for maltreated children in foster care." in *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, pp. 739-746.
- Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M.J. 2012, "Parent-child interaction therapy: an evidence-based treatment for child maltreatment", *Child Maltreatment*, vol. 17, no. 3, pp. 253-266.
- Waxman, H.C., Houston, W.R., Profilet, S.M. & Sanchez, B. 2009, "The long-term effects of the Houston Child Advocates, Inc., program on children and family outcomes", *Child welfare*, vol. 88, no. 6, pp. 23-46.
- White, M. & Morgan, A. 2007, *Narrativ terapi med børn og deres familier*, 1st edn, Akademisk Forlag, København.
- Yorke, J., Nugent, W., Strand, E., Bolen, R., New, J. & Davis, C. 2013, "Equine-assisted therapy and its impact on cortisol levels of children and horses: A pilot study and meta-analysis.", *Early Child Development and Care*, vol. 183, no. 7, pp. 874-894.

# Bilag 1 Metode

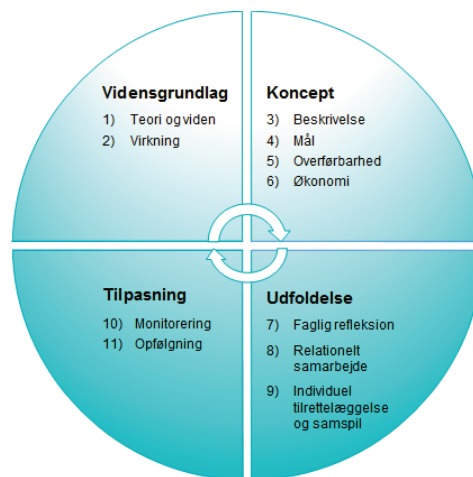
Denne rapport er baseret på en kombination af litteraturstudie, spørgeskemaundersøgelse og kvalitative, opfølgende interview. Kombinationen af disse metoder har sikret et solidt datagrundlag til udpegelse af lovende praksis i indsatser rettet mod børn og unge, der har været udsat for overgreb. Dette kapitel beskriver først, hvad betegnelsen 'lovende praksis' dækker over, og gennemgår derefter kort projektets tre metodiske tilgange.

## Undersøgelsens metode

- For at kortlægge og vurdere lovende praksis i indsatser rettet mod børn og unge, som har været udsat for vold eller seksuelle overgreb, anvender denne undersøgelse både kvalitative og kvantitative metoder.
- Metoderne inkluderer en spørgeskemaundersøgelse, dybdegående, kvalitative interview samt et systematisk litteraturstudie.
- Metodevalget er truffet for at skabe en synergieffekt i form af en løbende kvalificering og præcisering af undersøgelsens fokus.
- Undersøgelsen er metodisk tilrettelagt med henblik på at identificere lovende praksis og trækker derfor på et måleredskab udviklet af forskere på SFI til netop dette formål (Jensen et al. 2016).

## Lovende praksis: Et måleredskab

Rapportens identifikation af 'lovende praksis' sker via et måleredskab udviklet af SFI (Jensen et al. 2016). Det er sjældent muligt at gennemføre effektmålinger i gængs forstand af sociale indsatser virkning, og det er netop, hvad SFIs måleredskab tager højde for. Kategoriseringen 'lovende praksis' bruges til at identificere praksis, som med stor sandsynlighed vil skabe progression og velfærd for borgerne i samfundet, men endnu ikke er baseret på 'evidens'. For at en praksis kan kategoriseres som lovende, skal den score højt på de elementer, som opsummeres i fire kategorier i Bilagsfigur 1.1: vidensgrundlag, koncept, udfoldelse og tilpasning. Denne undersøgelse tager udgangspunkt i en operationalisering af dette måleredskab.



**Bilagsfigur 1.1** Model for lovende praksis  
Kilde: Jensen et al. 2016, s. 36.

## Spørgeskemaundersøgelse: Kortlægning af anvendte praksisser blandt syv kommuner og ni organisationer i Danmark

Spørgeskemaundersøgelsen udgør en central del af kortlægningen af, hvilke praksisser der anvendes af kommuner og forskellige organisationer i indsatser målrettet børn og unge, der har været udsat for vold eller seksuelle overgreb. Spørgeskemametoden er blevet brugt for at indhente en praksisnær og relativt dybdegående viden om praksis i de kommuner og organisationer, der indgår i undersøgelsen. Denne viden har vi brugt som datagrundlag for en indledende screening af, hvilke af de praksisser, kortlægningen har identificeret, der potentielt kan identificeres som lovende. Spørgeskemaet er blevet udsendt til de kommuner (Roskilde, Viborg, København, Aarhus, Odense, Ran-

ders, og Aalborg Kommuner) og organisationer (Dialog mod Vold under AskovFonden, Mødrehjælpen, Danner, Sex og Samfund, Bryd Tavsheden, Center for Seksuelle Overgreb på Rigshospitalet, JanusCentret, Børns Vilkår, Center for Socialpædiatri (CFS) på Herlev Hospital), der deltager i undersøgelsen.

Spørgeskemaet for undersøgelsen indhenter beskrivende oplysninger om de forskellige praksisser: navn, indhold, fokusområde (type af overgreb), formål (behandlende, forebyggende, opsporende, rådgivende) og målgruppe (rettet mod barn/ung eller familien). Derudover indeholder det også udvalgte elementer fra SFIs redskab til indkredsning af lovende praksis, som skal hjælpe til at screene praksisserne med henblik på videre udfoldelse af det fulde måleredskab. For at sikre en høj svarprocent har vi i selve kortlægningen imidlertid ikke anvendt hele spørgebatteriet (på omkring 70 spørgsmål), men i stedet udvalgt de mest relevante variable (fx om der er støtteredsskaber, hvilke faglige tilgange og metoder praksis baserer sig på, om der er dokumenteret borgereffekt, og om der er kendskab til omkostningerne ved praksis i forhold til medarbejdertid etc.). Derudover har vi tilføjet en række spørgsmål, som anvendes til nærmere at beskrive praksis i rapporten – i alt 19 spørgsmål, som angives i Bilag 3: Spørgeskema. For at kvalificere spørgeskemaerne er de kommunale myndighedschefer og relevante chefer i organisationerne inden udsendelsen af spørgeskemaerne blevet kontaktet telefonisk med henblik på identifikation af relevante praksisser og relevante fagpersoner, som har kendskab til praksis. Herefter blev det elektroniske spørgeskema udsendt.

Spørgeskemaet blev udsendt til 90 respondenter. Undersøgelsen resulterede i 84 besvarelser, dvs. en besvarelsesprocent på 93 %. Besvarelserne fra spørgeskemaundersøgelsen er afrapporteret i skemaform på baggrund af en samlet besvarelsesprocent i rapportens kapitel 3.

### **Kvalitative interview: Identifikation og beskrivelse af lovende praksis**

For at sikre en nuanceret og praksisnær beskrivelse af de potentielt lovende praksisser har vi i samarbejde med Socialstyrelsen udvalgt i alt 14 praksisser, der på baggrund af spørgeskemaet samt faglige relevanskriterier fremstod som umiddelbart lovende. For hver af de udvalgte praksisser har vi foretaget opfølgende kvalitative interview med sagsbehandlere/behandlere i ovennævnte kommuner og organisationer. Brugen af kvalitative interview gør det muligt at komme i dybden med hver enkelt praksis, samtidig med at det giver mulighed for at stille opfølgende spørgsmål og overkomme eventuelle uklarheder.

De kvalitative interview fulgte en struktureret interviewguide designet som en fuld operationalisering af SFIs måleredskab til indkredsning af lovende praksis (Jensen et al. 2016), se Bilag 3. Det vil sige, at samtlige elementer fra måleredskabet blev gennemgået i samtale med informanten. Interviewene blev foretaget via telefon. Informanterne blev udvalgt på baggrund af deres viden om den specifikke praksis. Det vil sige, at kun aktører, som anvender praksis identificeret som potentielt lovende, blev interviewet. For hver praksis er der gennemført et interview med en eller to personer, hvor måleredskabet gennemgås.

I alt foretog vi 14 interview med repræsentanter fra de udvalgte kommuner og organisationer om 14 praksisser. Resultaterne fra interviewene har nuanceret og uddybet beskrivelsen af de 14 identificerede praksisser. Desuden har de fungeret som kilde til beskrivelse af, hvordan de 11 elementer i SFIs måleredskab til indkredsning af lovende praksis kommer til udtryk i en konkret kommune eller organisation. Disse casebeskrivelser er inspireret af SFIs afrapportering (Jensen et al. 2016).

Ud over disse 14 interview er ydermere foretaget interview med nordiske eksperter på området. Disse blev foretaget for at følge op på og nuancere resultaterne fra undersøgelsens litteraturstudie og spørgeskemaundersøgelse, samt for at undersøge, om informanterne kunne identificere praksisser, som vi ikke havde fundet i Danmark. Vi udførte telefoniske interview med 1-3 repræsentanter

fra hvert af de nordiske lande. Disse interview tog også udgangspunkt i SFIs måleværktøj til indkredsning af lovende praksis. Resultaterne fra denne del af undersøgelsen afrapporteres i kapitel 5.

### **Litteratursøgning: Kortlægning og kvalificering af praksisbeskrivelser**

Endelig har vi også udført et systematisk litteraturstudie. Litteratursøgningsmetoden er anvendt for at få integreret den viden, som allerede er tilgængelig på området, og på den måde kvalificere denne undersøgelses fokus og fremgangsmåde. Litteraturstudiets værdi er således både det faktuelle overblik, det skaber, og den synergieffekt, der sker, når det integreres med andre metoder.

To principper har styret litteratursøgningen: Dynamik og systematik. Søgningen har ikke været en lukket proces defineret på forhånd, men en afsøgende proces, som løbende er blevet justeret og tilpasset for at få den rette kvalitet og volumen i søgeresultaterne. Søgningen har samtidig været systematisk, i og med at den har været nøje informeret af undersøgelsens formål og bygger på velovervejede søgetekniske valg. Søgningen har inkluderet både faglitteratur og ikke-videnskabelig litteratur, der ikke har undergået en videnskabelig reviewproces, såsom konsulentrapporter. Under søgningen har vi arbejdet med otte inklusions- og eksklusionskriterier: tid, geografi, sprog, publikationstype, problematik, aldersmålgruppe, modtagermålgruppe og litteraturtype.

Litteratursøgningen er dels foretaget i videnskabelige databaser<sup>19</sup> samt mere bredt via Google. Desuden har vi undersøgt hjemmesiderne i de kommuner og organisationer, der deltager i kortlægningen, og andre hjemmesider, der findes relevante i sammenhængen – eksempelvis Socialstyrelsen i Sverige, BUFDIR og NOVA i Norge og tilsvarende i de øvrige nordiske lande, hjemmesider fra relevante organisationer o.l. På baggrund af den indledende undersøgelse fik vi 2.973 resultater, som dernæst er gennemgået systematisk: Først en indledende screening, hvor 2.371 irrelevante artikler blev frasorteret på baggrund af eksklusionskriterierne. Derefter en supplerende screening, hvor yderligere 227 referencer blev ekskluderet på baggrund af nærlæsning af abstracts. Så blev de tilbageværende artikler kodet for inklusion, hvilket betød, at 282 referencer blev ekskluderet, primært fordi de manglede praksisbeskrivelser. Endelig blev de tilbageværende artikler nærlæst og yderligere 52 ekskluderet, hvilket betød, at vi endte med 41 fuldt kodede artikler, hvoraf yderligere 14 blev ekskluderet på grund af bl.a. mangelfulde praksisbeskrivelser og overlap i forhold til de/n beskrevne praksis/ser. På baggrund af denne proces beskriver kapitel 5 i rapporten 27 artikler med fokus på praksissers outcome-indikatorer.

---

<sup>19</sup> Sociological Abstracts, PsycInfo, Web of Science (Social Science Citation Index), Den Danske Forskningsdatabase, Bibliotek.dk/Netpunkt (Danmark), Libris (Sverige), Oria/Bibsys (Norge), Campbell Library og PubMed samt Cochrane.

## Bilag 2      Kortlægning af anvendt praksis i kommuner og organisationer

I alt 84 praksisser indgik i screeningen for lovende praksis. Bilagstabel 2.1 viser en oversigt over de 84 praksisser og udvalgte baggrundsvariable. To baggrundsvariable er ikke afrapporteret i tabellen. Det drejer sig om, 1) hvorvidt praksis er rettet mod et specifikt køn, og 2) hvorvidt praksis er rettet mod specifikke etniske grupper. Det skyldes, at der ikke er nogen variation i køn, dvs. alle praksisser er rettet mod både piger og drenge. "Indsatser i Memox" fra Københavns Kommune er den eneste praksis, som er rettet mod bestemte etniske grupper. Praksisser markeret med "\*" er udvalgt til nærmere indkredsning. De er nærmere beskrevet i kapitel 3.



**Bilagstabel 2.1** Oversigtstabel kortlægning

Praksis	Aktør (kommuner/organisatio- ner/hospitaler)	Årstal, som praksis blev iværksat	Fokus (psykisk vold/fysisk vold/seksuelle overgreb)	Formål (forebyggende/op- sporende/rådgivende, be- handlende)	Målgruppe	Alders- gruppe
Temadage på grundskoler og ungdoms- skoler (Ikke UC'er)	Bryd Tavsheden	2002	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, opsporende, rådgivende	Barn/ung	13-17 år
Rejsebasen (i forlængelse af temada- gene)	Bryd Tavsheden	2011	Fysisk og psykisk vold	Rådgivende	Barn/ung	12 og 17 år
Chatten/Telefonen	Bryd Tavsheden	2011	Fysisk og psykisk vold	Rådgivende	Barn/ung	10-17 år
Basen	Bryd Tavsheden	2002	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Barn/ung	11-17 år
Brevkassen	Bryd Tavsheden	2002	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Rådgivende	Barn/ung	10-17 år
Samtaleguide	Børns vilkår		Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Rådgivende	Barn/ung	6-17 år
Individuelle forløb for 0-15 årige *	Center for seksuelle overgreb (Rigshospitalet)	2001	Seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	Familierettet	0-15 år
Gruppeforløb for børn	Center for Seksuelle Overgreb (Rigshospitalet)	2004	Seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	8-14 år
Mediation	Center for Seksuelle Overgreb (Rigshospitalet)	2004	Seksuelle overgreb	Forebyggende, behandlende	Familierettet	7-15 år
Individuelle forløb	Center for Seksuelle Overgreb (Rigshospitalet)	2011	Seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	16-17 år
Undersøgelse (evt. behandling) af børn der kommer akut ind med mistanke om fysiske overgreb	CFS, Center for Socialpædiatri (Herlev Hospital)	1980	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Opsporende, rådgivende, be- handlende	Familierettet	0-17 år
Undersøgelse og behandling af børn med funktionelle symptomer som muligt tegn på overgreb	CFS, Center for Socialpædiatri (Herlev Hospital)	2004	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Børnegruppeforløb	Danner	1997	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Støttende og bearbejdende mor og barn samtaler	Danner	1997	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år

Praksis	Aktør (kommuner/organisatio- ner/hospitaler)	Årstal, som praksis blev iværksat	Fokus (psykisk vold/fysisk vold/seksuelle overgreb)	Formål (forebyggende/op- sporende/rådgivende, be- handlende)	Målgruppe	Alders- gruppe
Legeterapisamtaler (uden forældre)	Danner	2007	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Kunst- og tegneterapi (uden forældre)	Danner	2007	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, behandlende	Familierettet	7-17 år
Dialogbaserede Skoleworkshops ('Vold- som Kærlighed')	Dialog mod Vold (AskovFonden)	2014	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Barn/ung	14-17 år
Individuelle forløb, narrativ metode *	Dialog mod Vold (AskovFonden)	2004	Fysisk og psykisk vold	Rådgivende, behandlende	Familierettet	4-17 år
Familiemøder/familiesamtaler	Dialog mod Vold (AskovFonden)	2004	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Gruppeforløb med andre børn og unge	Dialog mod Vold (AskovFonden)	2004	Fysisk og psykisk vold	Rådgivende, behandlende	Familierettet	5-16 år
Mediation	JanusCentret	2003	Seksuelle overgreb	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	3-17 år
Tidlig traumeterapi	JanusCentret	2017	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Familiebehandling	JanusCentret	2003	Seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Familierettet	1-17 år
Individuel samtale	JanusCentret	2003	Seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Familierettet	8-17 år
Legeterapi *	JanusCentret	2003	Seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	Familierettet	1-17 år
Familiebehandling i Familiehusene *	Københavns Kommune	2005	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Familierettet	1-17 år
Psykologisk behandling i Psykologhuset	Københavns Kommune	1995	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
FFT	Københavns Kommune	2013	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	10-17 år
Familiebehandling Wibrandtsvej	Københavns Kommune	2002	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, behandlende	Familierettet	0-6 år
Sikkerhedsplaner	Københavns Kommune	2011	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, behandlende	Familierettet	0-15 år
Behandling af børn i plejefamilier	Københavns Kommune	2013	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Opsporende, rådgivende, be- handlende	Barn/ung	0-17 år
Indsatser i Memox *	Københavns Kommune	2013	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Opsporende, rådgivende, be- handlende	Familierettet	0-17 år

Praksis	Aktør (kommuner/organisatio- ner/hospitaler)	Årstal, som praksis blev iværksat	Fokus (psykisk vold/fysisk vold/seksuelle overgreb)	Formål (forebyggende/op- sporende/rådgivende, be- handlende)	Målgruppe	Alders- gruppe
Familiebehandling Suhmsgade	Københavns Kommune	2014	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, opsporende	Familierettet	0-13 år
Individuelle forløb for børn ('Ud af voldens skygge')	Mødrehjælpen	2009	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Mor-barn forløb for en familie_2 ('Ud af voldens skygge') *	Mødrehjælpen	2009	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Gruppeforløb for børn ('Ud af voldens skygge')	Mødrehjælpen	2009	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	5-17 år
Neurofeedback *	Odense Kommune	2014	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, behandlende	Familierettet	4-17 år
FFT, Funktionel Familie Terapi *	Odense Kommune	2016	Fysisk og psykisk vold	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	11 år
Familiebehandling: Familiesamtaler til hele familien (dvs. barnet sammen med sine forældre)	Odense Kommune	2003	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	4-17 år
Familiebehandling: Flerfamilieterapi i grupper af 5-6 familier	Odense Kommune	2003	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	4-17 år
Mentaliseringsterapi	Odense Kommune	2011	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	4-17 år
Legeterapi	Odense Kommune	1988	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	4-10 år
Spædbarnsterapi *	Odense Kommune	2012	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	1-17 år
Psykoedukation af børn/unge 0-17 år udsat for/vokset op med overgreb i de nære relationer (ikke psykoedukation af forældrene alene)	Odense Kommune	2008	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	4-17 år
Sandplay for børn/unge 0-17 år udsat for/vokset op med overgreb i de nære relationer	Odense Kommune	2013	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Barn/ung	5-17 år
Theraplay	Odense Kommune	2012	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	0-12 år
Familienetværk	Randers Kommune	2015	Seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år


Praksis	Aktør (kommuner/organisatio- ner/hospitaler)	Årstal, som praksis blev iværksat	Fokus (psykisk vold/fysisk vold/seksuelle overgreb)	Formål (forebyggende/op- sporende/rådgivende, be- handlende)	Målgruppe	Alders- gruppe
Familiesamtale	Randers Kommune	2015	Seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Individuelle samtaler	Randers Kommune	2015	Seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Udviklingstraumefokus *	Randers Kommune	2015	Seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Det professionelle netværk	Randers Kommune	2015	Seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Sandplay	Randers Kommune	2012	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, behandlende	Barn/ung	4-17 år
Signs of Safety *	Roskilde Kommune	2008	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, behandlende	Familierettet	0-17 år
Løsningsfokuseret metode	Roskilde Kommune	2012	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Familierettet	1-17 år
Parallele samtaleforløb med børn/ unge og forældre, hvor oplysninger fra foræl- dresamtalerne bringes ind i samtalen med barnet/ den unge	Roskilde Kommune	2010	Fysisk og psykisk vold	Rådgivende, behandlende	Familierettet	14-17 år. NB 15 er ikke krydset af - fejl?
Individuelle samtaler og familiesamtaler ved en narrativ tilgang	Roskilde Kommune	2010	Fysisk og psykisk vold	Rådgivende, behandlende	Familierettet	2-9 år
Undervisningsindsatser via eget Under- viserkorps (ikke undervisningsmateriale)	Sex og samfund	1975	Seksuelle overgreb	Forebyggende	Barn/ung	12-17 år
Rådgivning: Sexlinien (15+ år)	Sex og samfund	1992	Seksuelle overgreb	Rådgivende	Barn/ung	15-17 år
Rådgivning: Privatsnak (10-15 år)	Sex og samfund	2016	Seksuelle overgreb	Rådgivende	Barn/ung	10-15 år
Rideterapi *	Viborg Kommune	2013	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, behandlende	Barn/ung	6-15 år
Narrative samtaler med børn/unge	Viborg Kommune	2010	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, behandlende	Familierettet	7-17 år
Sandplay	Viborg Kommune	2007	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	4-12 år
Legeterapi	Viborg Kommune	2007	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	4-12 år
Systemiske samtaler med børn/unge	Viborg Kommune		Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	1-17 år

Praksis	Aktør (kommuner/organisatio- ner/hospitaler)	Årstal, som praksis blev iværksat	Fokus (psykisk vold/fysisk vold/seksuelle overgreb)	Formål (forebyggende/op- sporende/rådgivende, be- handlende)	Målgruppe	Alders- gruppe
FIT (overfor børn/unge)	Viborg Kommune	2012	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	0-17 år
Musikterapi	Viborg Kommune	2016	Fysisk vold	Forebyggende, behandlende	Familierettet	1-5 år
Kognitive samtaler med børn/unge	Viborg Kommune	2010	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Rådgivende, behandlende	Familierettet	1-17 år
Tegneterapi	Viborg Kommune	2010	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Familierettet	8-17 år
Regulering af følelser for børn med tra- matiserende omsorgssvigt	Aalborg Kommune	2013	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Barn/ung	0-13 år
Samtaletterapi for børn med traumatise- rende omsorgssvigt *	Aalborg Kommune	2013	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Barn/ung	6-13 år
Samtaletterapi for enkeltstående traumer	Aalborg Kommune	2007	Fysisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Barn/ung	8-13 år
Bringe det traumatiserende nervesystem i ro - for børn udsat for enkeltstående traumer	Aalborg Kommune	2009	Fysisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Barn/ung	5-13 år
Legeterapi for børn med traumatise- rende omsorgssvigt	Aalborg Kommune	2013	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Barn/ung	2-8 år
Legeterapi for enkeltstående traumer	Aalborg Kommune	2007	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Barn/ung	1-8 år
Sammenhængende fortælling – samta- letterapi for udviklingshæmmede børn	Aalborg Kommune	2007	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Behandlende	Barn/ung	3-13 år
FIT	Aarhus Kommune	2013	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb		Familierettet	6-17 år
Udviklingsstøttende samtaler	Aarhus Kommune	2007	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Familierettet	3-17 år
Gruppebehandling	Aarhus Kommune	2011	Seksuelle overgreb	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Barn/ung	10-17 år
Marshack Interaction Method (MIM) *	Aarhus Kommune	2016	Psykisk vold	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Familierettet	2-17 år
Samtaletterapi	Aarhus Kommune	1968	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Familierettet	2-17 år

Praksis	Aktør (kommuner/organisatio- ner/hospitaler)	Årstal, som praksis blev iværksat	Fokus (psykisk vold/fysisk vold/seksuelle overgreb)	Formål (forebyggende/op- sporende/rådgivende, be- handlende)	Målgruppe	Alders- gruppe
Netværksforløb	Aarhus Kommune	2015	Seksuelle overgreb	Forebyggende, rådgivende, behandlende	Familierettet	10-17 år
Mediation	Aarhus Kommune	2015	Seksuelle overgreb	Forebyggende, behandlende	Familierettet	12-17 år
Barnets livserfaring	Aarhus Kommune	2007	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, opsporende, rådgivende, behandlende	Familierettet	3-17 år
Sandplay	Aarhus Kommune	2013	Fysisk og psykisk vold og seksuelle overgreb	Forebyggende, behandlende	Barn/ung	6-17 år

## Bilag 3 Spørgeskema

Velkommen til undersøgelsen **Kortlægning af lovende praksis på overgrebsområdet for børn og unge.**

Du har mulighed for at printe spørgeskemaet forud for den elektroniske besvarelse ved at klikke på dette printerikon 

### **KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

Udfyld venligst navn og kontaktoplysninger.

Navn \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stillingsbetegnelse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ansættelsessted, fx kommune/organisation \_\_\_\_\_  
og evt. afdeling \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hvilket årstal (fx 2014) blev den konkrete praksis iværksat hos jer? (Her tænker vi på, hvilket år praksis i sin grundlæggende form blev iværksat – mindre tilpasninger herefter kan der ses bort fra).

\_\_\_\_\_

De følgende spørgsmål handler om, hvorvidt I har en beskrivelse af, hvad praksis består af fx på en hjemmeside eller i et internt dokument.

Er der en beskrivelse af, hvilke aktiviteter/ elementer/ handlinger praksis består af?

- (1)  Slet ikke
- (2)  I mindre grad
- (3)  I nogen grad
- (4)  I høj grad
- (5)  Ved ikke

Er der en beskrivelse af, hvilke mål praksis skal indfri?

- (1)  Slet ikke
- (2)  I mindre grad
- (3)  I nogen grad
- (4)  I høj grad
- (5)  Ved ikke

Er der en beskrivelse af, hvem der er målgruppen for praksis?

- (1)  Slet ikke
- (2)  I mindre grad
- (3)  I nogen grad
- (4)  I høj grad
- (5)  Ved ikke

Er der en beskrivelse af, hvilken faglig baggrund medarbejderne skal have for at udføre praksis?

- (1)  Slet ikke
- (2)  I mindre grad
- (3)  I nogen grad
- (4)  I høj grad
- (5)  Ved ikke

Hvilke faglige tilgange og eller metoder er praksis baseret på? Det kunne fx være dialogbaserede samtaler og narrative metoder. (En metode forstår vi som *en struktureret måde at udføre en handling på*. En faglig tilgang forstår vi som *et fagligt eller teoretisk system, der udgør en ramme for, hvordan et arbejde skal udføres i kraft af et bestemt fokus og formål*).

Beskriv gerne kort i denne boks:

---

---

---

---

Hvad fokuserer praksis på? (Der kan angives flere svar)

- (1)  Fysisk vold
- (2)  Psykisk vold
- (3)  Seksuelle overgreb
- (4)  Ved ikke

Hvilken aldersgruppe er praksis rettet mod? (Der kan sættes kryds i flere alderstrin)

- (1)  0 år
- (2)  1 år
- (3)  2 år
- (4)  3 år
- (5)  4 år
- (6)  5 år
- (7)  6 år
- (8)  7 år
- (9)  8 år
- (10)  9 år
- (11)  10 år



- (12)  11 år
- (13)  12 år
- (14)  13 år
- (15)  14 år
- (16)  15 år
- (17)  16 år
- (18)  17 år
- (19)  Ved ikke

Er praksis rettet mod begge køn?

- (1)  Både piger og drenge
- (2)  Kun drenge
- (3)  Kun piger
- (4)  Ved ikke

Er praksis rettet mod bestemte etniske grupper?

- (1)  Nej
- (2)  Ja, beskriv gerne hvilke: \_\_\_\_\_

Er der støtteredskaber til at afgøre, hvorvidt barnet/ den unge er i målgruppen for praksis?  
(Der kan angives flere svar)

- (1)  Nej
- (2)  Ja, screeningskriterier
- (3)  Ja, målgruppebeskrivelser
- (4)  Ja, visitationskriterier
- (5)  Ja, udredningsmetoder
- (6)  Andet, beskriv gerne: \_\_\_\_\_
- (7)  Ved ikke

Er praksis familieorienteret eller specifik rettet mod barnet/den unge?

- (1)  Familieorienteret
- (2)  Specifikt rettet mod barnet/den unge
- (3)  Ved ikke

Er praksis forebyggende/opsporende/rådgivende/behandlende? (Der kan angives flere svar)

- (1)  Forebyggende
- (2)  Opsporende
- (3)  Rådgivende
- (4)  Behandlende
- (5)  Andet, beskriv gerne: \_\_\_\_\_
- (6)  Ved ikke

Inddrages barnet/den unge og/eller pårørende i udformningen af den indsats barnet/den unge modtager?

- (1)  Slet ikke
- (2)  I mindre grad
- (3)  I nogen grad
- (4)  I høj grad
- (5)  Ved ikke

Er der specielle forhold ved denne praksis, der gør det svært for fx andre kommuner/organisationer at implementere praksis?

(Her tænker vi fx på forhold såsom krav om bestemte omgivelser, fysiske lokaler, teknologi eller medarbejderkompetencer, som tager lang tid at opbygge)

- (1)  Slet ikke
- (2)  I mindre grad
- (3)  I nogen grad
- (4)  I høj grad
- (5)  Ved ikke

Uddyb gerne dit svar i boksen her:

---

---

---

---

Er der intern eller ekstern dokumentation for, at praksis virker i forhold til målgruppens støttebehov? (Der kan angives flere svar)

- (1)  Nej
- (2)  Ja, erfaringer fra egen praksis
- (3)  Ja, intern undersøgelse/evaluering
- (4)  Ja, ekstern undersøgelse/evaluering
- (5)  Ja, effekten er testet i videnskabeligt forsøg (Her tænker vi på, om der findes undersøgelser, der har vist en positiv effekt af praksis. Det vil typisk være tilfælde, hvor effekten er undersøgt i et lodtrækningsforsøg (RCT) eller via andre metoder, der er velegnede til effektmåling.)
- (6)  Praksis er ikke undersøgt i et videnskabeligt forsøg, men ligner meget en anden praksis, der er undersøgt i et videnskabeligt forsøg
- (7)  Ved ikke

Uddyb gerne dit svar i boksen her:

---

---

---

---

Hvor mange børn/unge har været i et forløb med den givne praksis i henholdsvis 2015 og 2016?  
(Angiv antal børn/unge)

2015 \_\_\_\_\_

2016 \_\_\_\_\_

Skriv evt. kommentarer i boksen her:

---

---

---

---

Hvor mange af dem vurderer du har haft nytte af praksis i henholdsvis 2015 og 2016? (Angiv over-  
slag for procentandel børn/unge)

2015: \_\_\_\_\_ %

2016: \_\_\_\_\_ %

Skriv evt. kommentarer i boksen her:

---

---

---

---

Har I opgjort omkostningerne ved praksis? (Her tænker vi på udgifter som medarbejdertid, drift af  
teknologi og værktøjer, uddannelse samt øvrige omkostninger)

- (1)  Nej  
(2)  Ja  
(3)  Ved ikke

Skriv evt. kommentarer i boksen her:

---

---

---

---

Tak for din besvarelse!

Du har mulighed for at printe din besvarelse ved at klikke på dette printerikon 

## Bilag 4 Nordiske nedslag

I nogle lande var der større interesse for at deltage i ekspertinterview end i andre. Dette afspejler i et vist omfang strukturelle faktorer som landets befolkningstal og erfaring med forskellige praksisser. I de lande, hvor kun få eksperter deltog, har indhentning af supplerende undersøgelser fået særligt fokus for på den måde at skabe et stærkere vidensgrundlag. Bilagstabel 4.1 viser, hvilke nordiske eksperter der har deltaget i interview.

**Bilagstabel 4.1** Nordiske eksperter/videnspersoner

Nordiske eksperter/videnspersoner	
<p><b>Finland</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aino Juusola, psykolog, Helsinki Universitets-hospital</li> <li>• Eija Paavilainen, professor, Tampere Universitet</li> <li>• Kirsi Peltonen, lector, Tampere Universitet, School of Social Sciences and Humanities/ Psychology</li> </ul>	<p><b>Sverige</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cecilia Kjellgren, universitetslektor, Linnéuniversitetet, Institutionen för socialt arbete</li> <li>• Moa Mannheimer, centrumchef, psykolog, Linköpings Universitet, Barnafriid, Nationellt kunskapscentrum</li> <li>• Kjerstin Almqvist, adj. professor, Karlstads Universitet</li> <li>• Anna Norlén, verksamhetschef og rektor, psykolog, Ericastiftelsen</li> </ul>
<p><b>Island</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bragi Guðbrandsson, General Director, The Government Agency for Child Protection</li> </ul>	
<p><b>Norge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tine K. Jensen, professor, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo</li> </ul>	

Bilagstabel 4.2 giver et overblik over de nordiske praksisser, som beskrives i dette bilag. Det skal bemærkes, at oversigten ikke er udtømmende, men alene beskriver de praksisser, som på baggrund af de konsulterede kilder fremstår som relevante i denne rapports sammenhæng.

**Bilagstabel 4.2** Nordiske praksisser

Nordiske praksisser	
<p><b>Finland</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumefokuseret Kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) (interview)</li> <li>• Narrativ Eksponeringsterapi (NET) (interview)</li> <li>• BriefCAP (interview)</li> </ul>	<p><b>Sverige</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combined Parent-Child Cognitive-Behavioural Therapy (CPC-CBT), Kognitiv Integreret Behandling vid Barnmisshandel (KIBB) (interview)</li> <li>• Parent Child Interaction Therapy (PCIT) (interview og desk research)</li> <li>• Traumefokuseret Kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) (interview)</li> <li>• Prolonged Exposure Therapy (PET) (interview)</li> <li>• Child Parent Psychotherapy (CPP) (interview)</li> <li>• Project Support (interview)</li> <li>• Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) (interview)</li> <li>• Trappan (interview)</li> <li>• Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (interview)</li> <li>• Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN) (desk research)</li> <li>• Gruppeprogrammer målrettet børn, der bevidner vold: Bojen, psykoterapeutisk gruppebehandling og Kids Club (interview)</li> <li>• Konsultationsteam (interview)</li> <li>• Forebyggelseskampagner (interview og desk research)</li> </ul>
<p><b>Island</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumefokuseret Kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) (interview)</li> <li>• MST</li> <li>• Parent Management Training – Oregon (PMTO™)</li> <li>• Blátt áfram (straight forward)</li> </ul>	
<p><b>Norge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumefokuseret Kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) (interview)</li> <li>• Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (desk research)</li> <li>• Screeningsværktøjer: Kate B, DSM-5 og CATS (desk research)</li> </ul>	

## Finland

Finlands befolkning har omtrent samme størrelse som den danske (5.3 mio.). I en nordisk kontekst har Finland den særlige udfordring, at de skal tilbyde sociale ydelser på flere sprog. I kommuner, hvor de to nationalsprog (finsk og svensk) tales, skal de offentlige myndigheder formidle på de to sprog. I det nordlige Finland skal de tilbyde service på Sámi til den samiske del af befolkningen. I Finland findes tilsyneladende ingen kortlægning af tilbud til børn, der har været udsat for overgreb, om end adskillige undersøgelser kortlægger forekomsten af forskellige typer af overgreb i forskellige sociale kontekster (Ellonen & Pösö 2011; Sariola et al. 1992). Af relevans for denne kortlægning findes dog hjemmesiden 'God medicinsk praksis' (Käypä hoito, <http://www.kaypahoito.fi>), som indeholder nationale medicinske praksisbefalinger udarbejdet på baggrund af international og national evidensbaseret forskning. Her behandles bl.a. psykosociale indsatser for børn og unge, som har været udsat for seksuelle overgreb (Peltonen 2017). Her konkluderes først og fremmest – på baggrund af et internationalt meta-review, at posttraumatiske stresssymptomer over tid er signifikant mindre hos børn og unge med indsats sammenlignet med børn og unge uden indsats.

### Traumefokuseret Kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT)

Interview i Finland fandt bl.a. sted med eksperter inden for TF-CBT<sup>20</sup> (se også kapitel 5 om litteraturstudiet for beskrivelse af denne praksis (Mannarino et al. 2012)). Denne kortvarige behandlingsmetode er rettet mod børn i alderen 6-18 år, som har oplevet traumatiserende hændelser og derfor lider af posttraumatisk stressyndrom (PTSD) – og anbefales ikke kun i Finland, men også i de andre nordiske lande (se mere nedenfor). Metoden er udviklet af forskere og terapeuter i USA (Cohen, Mannarino & Deblinger 2006) på baggrund af kliniske erfaringer med børn udsat for seksuelle overgreb. Senere er metoden udviklet til også at inkludere andre former for traumer – for både børn og voksne. Metoden integrerer forskellige terapiformer med udgangspunkt i kognitiv terapi og inkluderer omsorgsgiveren, som også bliver løbende uddannet i forældrefærdigheder. Behandlingen foregår i faser, hvor første fase fokuserer på færdigheder i forhold til regulering af vanskelige tanker, følelser og kropslige reaktioner. I anden fase arbejdes med erindring og bearbejdelse af selve traumehistorien, og i tredje og sidste fase arbejdes mere fremadrettet med hensyn til bedre regulering af selvhævdelse og egensikkerhed.

I Finland anvendes metoden fortrinsvis på universitetshospitalerne i Helsinki, Turku og Tampere. På Helsinki Universitetshospital indledte man i 2011 et samarbejde med den amerikanske terapeut Judith Cohen, som har været med til at udvikle metoden. Metoden blev systematisk introduceret på Helsinki Universitetshospital i 2013, hvorefter man begyndte at undervise faggrupper som psykologer, psykiatere og psykiatriske sygeplejersker i metoden. Undervisning i metoden er også foregået ved universitetshospitalerne i Turku og Tampere. Selve undervisningen følger metodens anvisninger og består af 2 dages online kursus og 2 dages on-site træning. Herefter følger 1 år med månedlig online supervision ved en amerikansk konsulent, før man bliver certificeret som udøver af metoden. Der er ingen løbende supervision derudover, men de fagpersoner, der udøver metoden, forventes at holde sig ajour i forhold til den nyeste udvikling gennem fagtidsskrifter.

Anvendelsen af TF-CBT er i Finland stadig i sin vorden, og der findes derfor ingen større studier af effekten. Metoden anbefales for børn med posttraumatisk stress, og det betones i interviewet, at også børn med multiple traumer og børn i sorg kan have stor nytte af metoden. Selvom metoden internationalt fremhæves for at kunne benyttes ned til en alder af 3 år, så anvendes den i Finland

---

<sup>20</sup> Interview med traumepsykologerne Aina Juusula og Tuulikki Lampenius, begge ansat i retsmedicinsk psykologisk børne- og voksencenter ved Helsinki Universitetshospital.

udelukkende fra 6 år og opefter. Der anvendes en finsk udgave af samme manual, som anvendes internationalt.

Erfaringen er, at denne metode – og til forskel fra andre metoder – kun kræver et mindre antal af sessioner. I Finland er der ellers tradition for meget lange interventioner. Denne metode vurderes derfor at være omkostningseffektiv. Der findes endnu ingen systematisk og større opfølgning på effekten, men i Helsinki følges hvert barn, som måles ved opstart og afslutning med hensyn til en række standardiserede måleinstrumenter, bl.a. i forhold til depression samt udvikling i barnets styrker og udfordringer. Der er udformet et måleskema til barnet og et til forældrene. Udbyttet af indsatsen diskuteres løbende mellem fagpersonerne, og indsatsen kan justeres undervejs, hvis der er behov.

Der forefindes lidt generel information om metoden, bl.a. på den nationale hjemmeside og på Helsinki Universitetshospitals egen hjemmeside. Målene for den specifikke indsats udvikles i tæt samarbejde med barnet og dennes omsorgsgiver og tager gerne udgangspunkt i barnets handleplan, der jf. finsk lovgivning skal udarbejdes for hver enkelt barn, som har behov for en indsats hos de sociale myndigheder. Målene aftales mundtligt og nedskrives ikke, så barnet og forældrene senere kan henvise til dette. Målene er individuelle og specifikke og opstilles i forhold til indsatsens faser. De er ikke nødvendigvis målbare, og dermed kan det være vanskeligt at evaluere, om de er blevet indfriet.

### Narrativ Eksponeringsterapi (NET)

En anden metode, som i øjeblikket undersøges i en finsk kontekst, er Narrativ Eksponeringsterapi (NET)<sup>21</sup>. Det er ligesom TF-CBT en relativ kortvarig kognitiv terapiform, der bidrager til at reducere PTSD og traumesymptomer på både kort og lang sigt. NET er en manualbaseret metode udviklet i Tyskland og benyttes i dag bl.a. i Finland og Norge.

Indsatsen inkluderer ca. 10 sessioner, hvor der er fokus på at eksponere og eksternalisere de traumatiserende oplevelser i en tryk kontekst. Metoden er baseret på at lade barnet komme til orde, og behandlerne må ikke fortolke oplevelserne. Man udarbejder bl.a. konkrete livliner, hvor barnet lader sten repræsentere dårlige oplevelser og blomster positive oplevelser.

NET er oprindeligt udviklet til at behandle krigstraumatiserede flygtningebørn. Mange af disse vil også have været udsat for voldelige og/eller seksuelle overgreb. Et finsk RCT-studie af effekten af NET-indsatsen over for traumatiserede flygtningebørn er påbegyndt (for protokol, se Kangaslampi et al. 2015). De foreløbige gode erfaringer med NET har betydet, at man i dag i Finland også arbejder med at inkludere traumatiserede finsk-fødte børn, men anvendelsen er stadig meget begrænset. Man arbejder med metoden i de større byer som Helsinki, Tampere og Turku. For at arbejde med metoden anbefales tre dages træningsforløb. Også personale med mere kortvarig sundhedsfaglig uddannelse kan anvende metoden. Manualen foreskriver, at barnets udvikling følges ved hjælp af standardiserede screeningsredskaber såsom CAPS, SCID osv. Erfaringen fra Finland er, at det er en god idé at involvere forældrene i at følge udviklingen og i det hele taget antage en mere holistisk familietilgang til barnets stressproblemer.

---

<sup>21</sup> Interview med lektor Kirsi Peltonen, Tampere Universitet.

## BriefCAP

I det finske BriefCAP projekt tillægges en forebyggende tilgang, som har fokus på at afprøve et nyt screeningsredskab til at identificere børn, der mistrives<sup>22</sup> (inkl. børn mistænkt for at være udsat for voldelige eller seksuelle overgreb). Som led i projektet er der udarbejdet og afprøvet en national guideline (Paavilainen & Flinck 2015; Paavilainen et al. 2014), som identificerer de typiske risikofaktorer. Man har tidligere med succes anvendt screeningsværktøjet The Child Abuse Potential Inventory (CAPI) blandt forældre med nyfødte børn på de finske fødeklinikker og vil nu afprøve det kortere screeningsværktøj BriefCAP (Ondersma et al. 2005). Et igangværende studie undersøger i øjeblikket anvendeligheden af BriefCAP blandt personale og forældre på forskellige fødeklinikker.

## Island

Island har med sin befolkningsstørrelse på 330.000 indbyggere antalsmæssigt få sager af vold og seksuelle overgreb mod børn og har – jf. interviewet med den islandske ekspert<sup>23</sup> – derfor også i mindre grad implementeret specialiseret praksis i forhold til denne problemstilling. Dette på trods af, at nordisk forskning har peget på, at landets natur og barske klima i sig selv bevirker højere forekomster af potentielt traumatiske livsbegivenheder. Samme tendens ses i øvrigt også på Færøerne (Elklit 2008). Anden forskning vurderer, at 17 % af islandske børn under 18 år har været udsat for seksuelt overgreb (Ólafsdóttir 2002, gengivet i Björnsdóttir 2013), og generelt har der været en stigning i anmeldelser om børn udsat for omsorgssvigt og overgreb i perioden 2005-2009. Den økonomiske krise synes dog ikke at have haft selvstændig indflydelse (Gudmundsson 2009).

TF-CBT indgår som én af de behandlende praksisser, der tilbydes i de islandske børnehuse, og anvendes som regel til børn og unge mellem 7-18 år. Der er også erfaringer med anvendelse af MST og Parent Management Training – Oregon-(PMTO™) modellen, dog fortrinsvis omkring børn, der udviser negative adfærdsmønstre. Sidstnævnte er blevet positivt evalueret i et RCT-studie (Sigmarisdóttir et al. 2013).

Blátt áfram (Straight Forward)<sup>24</sup> er en islandsk frivilligorganisation, som har et veletableret forebyggelsesinitiativ i forhold til seksuelle overgreb. Organisationen blev grundlagt i 2004 og arbejder med primær forebyggelse gennem uddannelse og formidling, både nationalt og internationalt – sidstnævnte ikke mindst gennem en årlig international konference og internationale samarbejdsprojekter. Organisationens nationale aktiviteter inkluderer husstandsomdelte brochurer rettet mod voksne i forhold til, hvad de væsentligste opmærksomhedspunkter for seksuelle overgreb mod børn er, og et forebyggelsesprogram specielt rettet mod teenagere, som undervises i, hvad seksuelle overgreb er, og hvor man kan søge hjælp. Blátt áfram tilbyder også et interaktivt dukketeater – Kids on the block (Krakkarnir í hverfinu), som opføres i landets skoler for elever i 1-5. klasse. Dette program er nu overtaget af en statslig organisation. Endelig tilbyder Blátt áfram et træningsprogram for voksne, forældre og professionelle – Stewards of children (Verndarar Barna), som arbejder med børn og unge udsat for overgreb for at forebygge, identificere og respondere på tegn på seksuelle overgreb. Sidstnævnte indsats er blevet evalueret i forhold til implementering blandt folkeskolelærere og angives at bevirke ændrede holdninger til seksuelle overgreb, og at deltagerne er mere tilbøjelige til åbent at tale til børn om risikoen for overgreb samt at arbejde forebyggende (Guðmundsdóttir 2012).

<sup>22</sup> Interview med professor i nursing science Eija Paavilainen, Tampere Universitet. Se også [http://www.uta.fi/hes/en/research/Research\\_groups/NursingScience/preventing\\_child\\_maltreatment.html](http://www.uta.fi/hes/en/research/Research_groups/NursingScience/preventing_child_maltreatment.html).

<sup>23</sup> Interview med Bragi Guðbrandsson, direktør for Barnaverndarstofa (the Government Agency for Child Protection).

<sup>24</sup> [www.blattafram.is](http://www.blattafram.is)<sup>25</sup> [www.emdrnorge.no/emdr-barn](http://www.emdrnorge.no/emdr-barn).

## Norge

Sammenlignet med undersøgelser i de øvrige nordiske lande har Norge et større fokus på børn, som udviser problematisk eller skadelig adfærd, særligt seksuel skadelig adfærd (SSA).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er ved at kortlægge behandlingstilbud til børn og unge med SSA. Kortlægningen finder, at ingen af de nordiske lande har en national struktur eller indsats rettet mod børn med SSA. Et argument for udvikle en sådan struktur eller indsats er, at en relativ stor del af disse børn selv har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb.

I 2016 udarbejdede NKVTS en kortlægning af de nationale tilbud til både børn og unge, som har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb, samt til børn, som selv udøver overgreb. Kortlægningen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse, hvor samtlige private og offentlige aktører, som tilbyder behandling til målgruppen, blev inviteret til at deltage. Om end kortlægningen fokuserer på udbredelsen af forskellige praksisser frem for på indholdet i og kvaliteten af enkelte praksisser, tilbyder den et meget relevant overblik for at forstå den norske praksis på området. Rapportens overordnede konklusion er, at der i Norge benyttes et bredt spektrum af behandlingsmetoder inkl. traumerettede metoder, samt at de fleste behandlingssenheder tilbyder individuel terapi.

Forfatterne fremhæver, at der i det norske behandlingssystem er tradition for at give den enkelte behandler stort spillerum i forhold til valg af metoder. Ifølge forfatterne har dette positive sider, men kan samtidig gøre det svært at sikre kvaliteten i behandlingen (Holt et al. 2016, s. 152). I forhold til specifikke praksisser påpeger forfatterne det bemærkelsesværdige i, at hovedparten af de adspurgte instanser svarer 'ved ikke' eller undlader at svare på, hvilke faglige tilgange og metoder der anvendes i behandlingen. Blandt de, som svarede, er kognitiv terapi den mest udbredte behandlingsform efterfulgt af adfærdsterapi og psykodynamisk terapi. Af evidensbaserede metoder angiver flere af behandlingssenhederne desuden, at de tilbyder EMDR og TF-CBT, som vi tidligere har beskrevet.

### Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT)

Fra Norge er bl.a. interviewet ekspert inden for TF-CBT, professor Tine K Jensen. I Norge er T-CBT baseret på national evidens (Jensen et al. 2014). Siden 2012 har NKVTS haft ansvar for implementering af TF-CBT i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) på opdrag fra Helsedirektoratet. I den forbindelse har NKVTS udgivet en 'minimanual', som beskriver, hvordan metoden kan implementeres og evalueres. Det vurderes, at den mest udbredte praksis er 'therapy as usual', men at TF-CBT aktuelt er implementeret i 40 ud af 89 klinikker. Af kortlægningen fra 2016 fremgår det, at 31 af de adspurgte klinikker tilbyder TF-CBT til børn, som har oplevet vold og seksuelle overgreb, men at kun én enhed tilbyder det til alle. 29,9 % af behandlingssenhederne tilbyder det til halvdelen eller flere af de overgrebsramte børn, de har i behandling. De børne- og ungdomspsykiatriske centre er i dag forpligtet til at have mindst én medarbejder, der har kompetence i at anvende TF-CBT.

### Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR er en evidensbaseret metode, som er mere udbredt end TF-CBT til behandling af overgrebsramte børn og unge i Norge. EMDR er rettet mod patienter med traumer og PTSD, men bruges også i en række andre sammenhænge. EMDR er et struktureret og relativt kortvarigt psykoterapeutisk behandlingsprogram udviklet af psykologen Francine Shapiro (Shapiro et al. 2007). Programmet består af otte faser, som er beskrevet i en standard protokol. Ideen bag EMDR er at aktivere og bearbejde den måde, som et traume påvirker patienten, således at den daglige forstyrrelse, som



traumet udgør, bliver mindsket. EMDR indeholder bl.a. narrativ metode og tegning (Goodyear-Brown 2011).

EMDR fremhæves som særligt relevant for børn, idet det ikke er en sprogafhængig terapiform<sup>25</sup>. I NKVTS kortlægning fra 2016 fremgår det, at 64 % af de adspurgte enheder tilbyder EMDR til børn, som har været udsat for overgreb, at 2 % tilbyder det til alle i målgruppen, og at 19 % tilbyder det til halvdelen eller flere. EMDR fremhæves også af den norske psykologforening til traumebehandling<sup>26</sup>. Det fremgår af emdrnorge.no, at der aktuelt findes 273 certificerede EMDR-terapeuter i Norge.

### Screeningsværktøjer: Kortlægning af traumatiske erfaringer – børn (Kate B), Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) og Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)

NKVTS fremhæver tre screeningsværktøjer til identifikation af traumer hos børn<sup>27</sup>. KATE-B (B'et markerer, at det er rettet mod børn, hvor KATE-F er til forældre) er rettet mod børn i alderen 6-18 år. Det består af et selvudfyldningsskema, som også kan bruges som interview, hvor spørgsmålene læses op for barnet. Spørgsmålene går ud på, om barnet har været udsat for en given oplevelse (fx blive slået, naturkatastrofe m.fl.), hvortil barnet kan svare "ja", "nej" eller "pas". Rapporteres om 'signifikante posttraumatiske plager', anbefales en traumefokuseret behandling og specifikt TF-CBT.

Til børn under 6 år anbefaler NKVTS at bruge DSM-5, hvor omsorgsgivere tæt på barnet fungerer som informanter, suppleret af NKVTS' diagnostiske retningslinjer. DSM-5 er American Psychiatric Association's diagnosekriterier, hvor der for PTSD er syv forskellige opmærksomhedspunkter, bl.a. om barnet har været eksponeret for en potentielt traumatiserende oplevelse, og om barnet har undvigende adfærd.

Til at måle symptomerne på PTSD hos børn og unge fra 6-18 år anbefaler NKVTS skemaet Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). Det er også et selvudfyldningsskema. Skemaet kan bl.a. bruges, hvis barnet har sagt "ja" til at have oplevet flere potentielt traumatiserende hændelser i KATE-B-skemaet. Skemaet skal da udfyldes med den hændelse i tankerne, som blev oplevet som den værste.

## Sverige

Sverige er det land i Norden, der har det største befolkningstal (10 mio.), og vurderes samtidig at være det land i Norden, som er længst fremme i forhold til at udvikle og afprøve praksisser til brug i indsatser mod børn og unge, der har været udsat for overgreb. Dette bekræftes gennem de interview, der er foretaget med svenske eksperter. I Sverige udviste eksperterne større interesse for at dele deres viden og var i stand til at informere os om væsentligt flere praksisser end de øvrige lande.

Ekspertene fremhæver, at der i de senere år er blevet arbejdet relativt intensivt på at udvikle og indhente metoder samt med at implementere og evaluere dem. Dette fokus begrundes med, at der er et misforhold mellem, hvor meget forskningsviden der findes om de skadelige effekter af overgreb, i forhold til hvor lidt viden der er om virksomme metoder til opsporing og behandling. De svenske eksperter er samlet set enige om, hvilke praksisser der fremstår som lovende, men påpeger også, at udbredelsen af disse metoder er ujævnt fordelt geografisk, og at det er vigtigt med mere viden på området.

<sup>25</sup> [www.emdrnorge.no/emdr-barn](http://www.emdrnorge.no/emdr-barn).

<sup>26</sup> <https://www.psykologforeningen.no/publikum/velkommen-til-psykologhjelp/hva-er-traumer-og-traumebehandling>.

<sup>27</sup> <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktoy/>.

## Combined Parent-Child Cognitive-Behavioural Therapy (CPC-CBT) / Kognitiv Integreret Behandling ved Barnmisshandel (KIBB)

CPC-CBT er særligt udbredt i Sverige<sup>28</sup>, hvor den også kendes som KIBB. CPC-CBT blev hentet til Sverige i 2007, og der er i dag 130 uddannede behandlere. Metoden retter sig både mod barnet/den unge udsat for voldelige overgreb og den/de voldsudøvende forældre. CPC-CBT fokuserer eksplicit på at forbedre forældrekompetencer som et middel til at forhindre, at volden fortsætter. Metoden egner sig desuden til børn, der er angste og påvirkede af andre problematikker i familien sideløbende med de voldelige overgreb, eksempelvis børn af misbrugere.

CPC-CBT består af 16 gruppesessioner for børn sideløbende med 16 gruppesessioner for børnenes forældre, deraf betegnelsen 'combined' i navnet. Det er forskellige behandlere, der udfører sessionerne: én behandler tager sig af børnene, mens en anden tager sig af forældrene.

Der er international evidens for metoden, hvilket er årsagen til, at den blev implementeret i Sverige. I Sverige har et pilotstudie fundet positive resultater baseret på før-efter-design. Resultaterne er bl.a., at forældrene oplever børnenes traumesymptomer som formindskede, at børnenes traumesymptomer måles som mindre, at forældrenes voldsudøvelse ifølge dem selv er mærkbart begrænset og for de fleste ophørt, og at det samme bekræftes af børnene. Derudover er forældrenes depressionsniveau mindsket, på trods af at dette ikke er en del af formålet med metoden (Kjellgren et al. 2013). Se også litteraturstudiet i kortlægningens kapitel 5 for henvisning til projektets egen slutrapport og en udførlig beskrivelse af praksis og resultaterne.

Metoden fremhæves som en af få metoder, der er særligt anvendelige til børn, der selv har været udsat for voldelige overgreb, mens en stor del andre metoder ofte retter sig mod børn, der har bevidnet vold mod en nær omsorgsgiver. Metoden koster ikke noget i form af licenser o.l., men involverer udelukkende almindelige omkostninger forbundet med uddannelse og implementering.

Gruppeformatet gør denne praksis afhængig af et tilstrækkeligt optagegrundlag for at sikre en korrekt gruppesammensætning. Det bekræftes af informanter i andre interviews som en generel udfordring ved praksisser, der gør brug af gruppeformatet. En informant foreslår en tærskelværdi på 100.000 indbyggere eller flere i optageområdet. Samtidig understreges det dog, at gruppeformatet kan være særdeles virksomt, når det lykkes at sammensætte grupper tilfredsstillende.

## Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Metoden PCIT betragtes som en lovende metode til behandling af børn med adfærdsvanskeligheder som følge af at have været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb<sup>29</sup>. Indholdet består af 12-14 sessioner, der bl.a. drejer sig om interaktioner mellem forældre og barn, og søger at opøve positive forældrekompetencer. Ligesom KIBB koster den ikke noget i form af licens. Modsat KIBB arbejder PCIT ikke med traumer. Se også litteraturstudiet i kortlægningens kapitel 5 for resultater af PCIT (Chaffin et al. 2011).

## Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT)

TF-CBT er beskrevet udførligt under beskrivelsen af de andre nordiske lande samt i litteraturstudiet i kapitel 5. Også i Sverige vurderer eksperterne, at TF-CBT er en meget virksom praksis, som har oplevet stor spredning inden for de sidste år. Generelt fremhæver eksperterne TF-CBT som en virksom praksis, bl.a. fordi de otte elementer i metoden kan tilpasses den enkelte behandling. Der

<sup>28</sup> Interview med Cecilia Kjellgren.

<sup>29</sup> Se også PCIT hjemmesiden: <http://www.pcit.org/>.

er endnu ingen svenske studier som evaluerer metoden eller bekræfter dens effekt, men flere er på vej ifølge de interviewede eksperter. TF-CBT er en af flere metoder, der oprindeligt er vurderet og hentet til Sverige som en del af forskningsprojektet iRisk (Broberg et al. 2015).

### Prolonged Exposure (PE)

Prolonged Exposure (eller PET for 'therapy'), er en psykoterapeutisk metode, der benyttes til traumebehandling og PTSD, herunder også over for børn og unge udsat for overgreb. Effekten af denne praksis er undersøgt i et internationalt RCT-studie, som påviser større effekt af PE end almindelig rådgivning. Specifikt viser studiet, at der måles større reduktioner i PTSD-, angst- og depressionssymptomer, når PE har været anvendt. Undersøgelsen er foretaget i Nordamerika, og resultaterne er opnået hos en gruppe piger udsat for seksuelle overgreb (Foa et al. 2013). PE indgår i litteraturstudiet i kortlægningens kapitel 5.

Ifølge de interviewede svenske eksperter foreligger der endnu ingen svenske RCT-studier af PE. På baggrund af deres kendskab til praksissen fremhæver de den som særligt velegnet til teenagere og til komplekse målgrupper<sup>30</sup>. Denne vurdering skyldes først og fremmest, at PE kan kombineres med andre metoder, eksempelvis metoder rettet mod unge med selvskade eller misbrugsproblemer. Eksperterne fortæller også, at PE for tiden vinder frem i Sverige, og at der efterhånden er uddannet en del terapeuter i metoden.

### Child Parent Psychotherapy (CPP)

CPP er en psykoterapeutisk metode, der kan anvendes mod de yngste børn fra 0-6 år, der har været udsat for overgreb. Metoden involverer mange forskellige teorier og faglige udgangspunkter, men forældrenes leg og samspil med barnet er i fokus. Den er 'dyadisk' og retter sig mod barnet sammen med en forælder (oftest moderen). Behandlingen strækker sig typisk over 20-35 ugentlige sessioner af 1-1½ times varighed.

Målet er at mindske barnets PTSD-symptomer, at lære barnet at regulere sine følelser og at genopbygge tilknytningen mellem barn og forælder. Sessionerne fokuserer på bearbejdning af de traumer, som barn og forælder sammen har været udsat for.

CPP beskrives som en af de få metoder, der er tilgængelige til børn fra 0-6 år udsat for overgreb, og som har det stærkeste evidensniveau, da der er indtil flere internationale RCT-studier af effekten. CPP indgår i litteraturstudiet i kortlægningens kapitel 5.

Ifølge de interviewede eksperter fra Sverige er CPP i en indledende udviklings- og implementeringsfase, og kendskabet til dens effekt i Sverige er derfor relativt begrænset. Indtrykket hos eksperterne er imidlertid, at der er stor interesse, særligt fra behandlere inden for børnepsykiatrien.

### Project Support (PS)

Project Support er en metode, der er udviklet i Dallas, USA, og hentet til Sverige<sup>31</sup>. Det er en familieindsats rettet mod voldsudsatte kvinder og børn, som enten selv har været udsat for vold eller har overværet det. PS inddrager den udsatte, ikke-voldsudøvende forælder og består af et individualiseret forældreprogram. Det kombineres med en intensiv social indsats, der forsøger at lære kvinderne nye forældrestrategier. Under indsatsen besøges familien ugentligt i hjemmet. Metoden kræver veluddannede behandlere, og den minder på mange måder om CPP (gennemgået ovenfor), og

---

<sup>30</sup> Interview med Moa Mannheimer.

<sup>31</sup> Interview med Kjerstin Almqvist.

er i samme indledende fase som CPP. Ifølge informanterne arbejder 10-15 kommuner med metoden. Project Support er en af flere metoder, der oprindeligt er vurderet og hentet til Sverige som en del af forskningsprojektet iRisk (Broberg et al. 2015).

### Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI)

CFTSI er en metode, der aktuelt implementeres i Sverige<sup>32</sup>. Ifølge ekspert Moa Mannheimer er der klinisk evidens for CFTSI i amerikanske studier. Denne evidens er etableret på baggrund af studier, som undersøger indsatser på institutioner, som minder om de svenske 'barnahuse'. CFTSI består af 4-7 sessioner og fokuserer på at forbedre kommunikationen mellem barn og omsorgsgiver for at forbedre støtten til barnet, samt ved at vise konkrete adfærdsøvelser til både barn og voksen<sup>33</sup>.

Ifølge interview med Moa Mannheimer er metoden velegnet til den første indledende kontakt til alle børn efter krisesituationer. Hun fortæller, at der er resultater, som indikerer, at metoden er god til at vurdere, hvorvidt børnene har brug for yderligere indsatser og dermed forebygge alvorlig negativ udvikling. Formålet bag implementeringen af CFTSI er, at metoden delvist skal kunne anvendes til at udpege andre relevante metoder for børnene (fx CPP, Tf-CBT m.fl.).

### Trappan

Trappan vurderes blandt de interviewede eksperter til at være den mest udbredte praksis i forhold til akut krisehjælp i socialtjenesten i Sverige.

Trappan er en svensk krisehjælpsmetode i tre trin til børn i alle aldre, som har oplevet vold i familien. Det kan både være som offer, men også som vidne til vold mod en forælder. Formålet er at sætte barnet i stand til gradvist at sætte ord på sine oplevelser. Samtalerne foregår for små børns vedkommende sammen med den ikke-voldelige forælder, og for større børn individuelt uden forældre. For at lette situationen for barnet anvendes Trappan-metodens tilhørende materiale med bl.a. billeder, men også tegning, så barnet får mulighed for at udtrykke sig non-verbalt.

Der findes ikke systematisk forskning i, hvordan Trappan virker, men eksperterne vurderer, at metoden er god, hvis det drejer sig om børn, der ikke er for påvirkede af overgrebene og kan og vil tale om overgrebene<sup>34</sup>. Det positive indtryk bakkedes op af en svensk artikel af Cater og Ekbohm (2014), som beskrives mere indgående i kortlægningens kapitel 5.

### Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Metoden EMDR, som beskrives under den norske kortlægning, anvendes også bredt i Sverige<sup>35</sup>. EMDR benyttes i indsatser rettet mod personer, der har været udsat for traumer generelt, herunder også specifikt børn, der har været udsat for overgreb. Det er en specialiseret behandling, der sjældent anvendes som det første valg, hvis mindre indgribende behandlinger er mulige. Selvom der findes international evidens for EMDR, fremhæver eksperterne, at der ikke findes svenske studier af effekten, og at den evidens, der findes, er stærkere målt på den voksne målgruppe end hos børn<sup>36</sup>.

---

<sup>32</sup> Interview med Moa Mannheimer.

<sup>33</sup> Se også NCTSN (The National Child Traumatic Stress Network) for en gennemgang af metoden, herunder resultater: [http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/CFTSI\\_General\\_Information\\_Fact\\_Sheet.pdf](http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/CFTSI_General_Information_Fact_Sheet.pdf)

<sup>34</sup> Interview med Kjerstin Almqvist.

<sup>35</sup> Interview med Moa Mannheimer.

<sup>36</sup> Interview med Moa Mannheimer.

## Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN)

MST-CAN metoden er en videreudvikling af regulær Multisystemisk Terapi (MST), men målrettet børn udsat for overgreb og omsorgssvigt (CAN). Ifølge flere informanter er metoden forsøgt hentet til Sverige for nogle år siden. Det har ikke været muligt at komme i kontakt med relevante personer, der kunne beskrive metoden nærmere samt be- eller afkræfte de interviewede informanternes vurdering. Se også litteraturstudiet i kortlægningens kapitel 5 for metodens resultater (Swenson et al. 2010).

## Gruppeprogrammer målrettet børn, der bevidner vold: Bojen og Kids Club

En række andre gruppeprogrammer målrettet børn der bevidner vold, oftest mod moderen, blev afdækket under interviewene<sup>37</sup>.

Det ene er *Bojen*, som oprindeligt er baseret på et program udviklet til misbrugende forældre, men i dag er modificeret til at dække voldsudsatte familier. Bojen er både navnet på den organisation i Gøteborg, der udfører behandlingen, og samtidig betegnelsen for gruppeforløbene<sup>38</sup>. Der er forskellige børnegrupper rettet mod børn i alderen 4-7 år, 8-12 år og teenagere samt forældregrupper. Det er en psykoedukativ indsats, der består af et parallelt barn- og voksenprogram. Gruppeforløbene består af 15 ugentlige gruppesessioner af 1-2 timers varighed placeret efter skoletid. Hvert møde har et tema med korte lektioner og øvelser knyttet dertil. Bojen beskrives af informanterne som et veletableret gruppeprogram, ligesom der er publiceret videnskabelige studier, der viser positive resultater af forløbene. Studierne har dog primært fokus på, hvordan forskellige baggrundsforhold (såsom alder, køn m.fl.) påvirker fremkomsten af symptomer som følge af bevidnet vold – og ikke på selve metodens effekter (Georgsson et al. 2011). Se også studiet af Grip m.fl. 2013 i kortlægningens kapitel 5.

Et lignende tilbud er Kids Club<sup>39</sup>. Kids Club et internationalt program, der er hentet til Sverige. Det er særdeles udbredt i socialtjenesten i Sverige. Ifølge informanterne er Kids Club vellidt i socialtjenesten, hvor metoden og manualen roses. Kids Club består af 10 sideløbende sessioner for børn og for voksne, og beskrives af informanterne som meget lig metoden Bojen. De foreløbige resultater tyder på sænket symptomniveau demonstreret via før- og eftermåling ved brug af SDQ-P skalaen (Cater & Grip 2014). Kids Club er én af flere metoder, der oprindeligt er vurderet og hentet til Sverige som en del af forskningsprojektet iRisk (Broberg et al. 2015).

## Konsultationsteam

Dette er en forebyggelses- og opsporingsmetode, der, ifølge de svenske eksperter, anvendes i Norge. Det har ikke været muligt at afdække metoden med relevante norske informanter. Ifølge de interviewede svenske eksperter findes aktuelt forsøg på at importere Konsultationsteam til Sverige, hvorfor der ikke er nogle svenske erfaringer endnu<sup>40</sup>. De svenske eksperters kendskab til de norske erfaringer er, at Konsultationsteam medvirker til forbedret opsporing af børn udsat for overgreb. Konsultationsteam vurderes af én informant som det bedste forebyggende program.

Programmet består af at uddanne lokale 'ambassadører' blandt fagprofessionelle, der omgiver børn, eksempelvis pædagoger og lærere, så de kan reagere korrekt og hurtigt, hvis mistanke om overgreb opstår. Dette sikrer, at lærere og andre, der har en usikker, men dog begrundet mistanke, har en

---

<sup>37</sup> Interview med Kjerstin Almqvist.

<sup>38</sup> Bojen er en NGO der blev stiftet i Gøteborg i 2004. Se mere på Bojens hjemmeside: <http://www.bojengoteborg.se/>

<sup>39</sup> Se mere om Kids Club på Socialstyrelsens vidensportal: <https://vidensportal.dk/temaer/boern-der-oplever-vold/indsatser/kids-club-2013-en-stotteindsats-til-born-hvis-modre-er-udsat-for-vold>

<sup>40</sup> Interview med Anna Norlén.

kollega de kan gå til. Den lokale repræsentant har desuden de relevante kontakter til politi, sundhedsvæsen og sociale myndigheder klar, og bidrager også til at underretninger og anmeldelser leveres i det bedste format, så der er størst chance for at afklare mistanken. Ifølge de svenske informanter tager det tid at opbygge konsultationsteamet, men når først det er implementeret, er det en effektiv opsporingsmetode.

### Forebyggelseskampagner

I forhold til forebyggelse af vold og seksuelle overgreb mod børn og unge findes bl.a. initiativet og hjemmesiden 'Jag vill Veta'<sup>41</sup>. 'Jag vill Veta' er en udbredt forebyggelsesmetode i Sverige ifølge de interviewede eksperter, men den er endnu ikke evalueret og efterprøvet<sup>42</sup>. Initiativet er organiseret af Brottsoffer myndigheten – en uafhængig statslig myndighed, der arbejder for ofre. Hjemmesiden er målrettet forskellige målgrupper, herunder børn i forskellige aldersgrupper, professionelle der arbejder med børn samt forældre, og den anvendes især til de yngste børn.

---

<sup>41</sup> <https://www.jagvillveta.se/>.

<sup>42</sup> Interview med Anna Norlén.

**VIDEN I  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD