

# Børnerejseholdet i Grønland

Et psykologisk behandlingstilbud til børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb



*Børnerejseholdet i Grønland*

*– Et psykologisk behandlingstilbud til børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb*

© VIVE og forfatterne, 2025

e-ISBN: 978-87-7582-371-0

Modelfoto: Atangana Grønvold Olsen/VIVE

Projekt: 301943

Finansiering: Departementet for Børn og Unge i Grønland

**VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



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



## Forord

Socialstyrelsen i Grønland har siden 2015 organiseret rejsehold af terapeuter, der har tilbudt psykologisk behandling til børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, samt til børn med seksuelt krænkende eller selvskadende adfærd. I 2021 blev indsatsen systematiseret og tilført midler fra det grønlandsk-danske tværgående arbejde for en styrket indsats for udsatte børn og unge i Grønland.

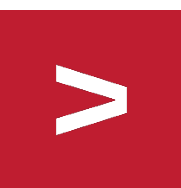
Denne rapport er en evaluering af Børnerejseholdet efter omlægningen i 2021 og frem til udgangen af 2023. Formålet er at beskrive rejseholdets aktiviteter og den virkning, behandlingen har haft for børn og lokale aktører. Rapporten bygger på kvalitative interviews, behandlernes egen dokumentation samt før- og efter-test af børn.

Rapporten er udarbejdet af analytiker Maliina Grønvold Olsen og chefanalytiker Karen Margrethe Dahl. Derudover har student Nukarleq Ivalo Jeremiassen, tidligere senioranalytiker Helle Hansen, forsker Sofie Henze-Pedersen samt projektchef Katrine Iversen bidraget til rapporten med værdifuldt arbejde. Rapporten er blevet kvalitetssikret af to eksterne reviewere. VIVE takker i øvrigt alle, der har bidraget med at tilvejebringe rapportens datagrundlag.

Rapporten er bestilt og finansieret af Departementet for Børn og Unge i Grønland.

*Kræn Blume Jensen*

Forsknings- og analysechef for VIVE Social



# Indholdsfortegnelse

|                 |                                                                                 |    |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Hovedresultater |                                                                                 | 5  |
| 1               | Indledning                                                                      | 11 |
| 1.1             | Baggrund                                                                        | 11 |
| 1.2             | Formål med evalueringen                                                         | 11 |
| 1.3             | Rapportens indhold                                                              | 11 |
| 1.4             | Børnerejseholdet som koncept                                                    | 13 |
| 1.5             | Evaluerings data og analysemetoder                                              | 18 |
| 2               | Barrierer og understøttende forhold i forhold til rammer og organisering        | 22 |
| 2.1             | Rejseholdets behandlere og tolke                                                | 22 |
| 2.2             | Gennemførte behandlingsrejser                                                   | 23 |
| 2.3             | Samarbejdet mellem Børnerejseholdet og lokale aktører                           | 25 |
| 2.4             | Den psykologiske behandling                                                     | 29 |
| 2.5             | Afsluttende overlevering                                                        | 31 |
| 2.6             | Opsamling                                                                       | 32 |
| 3               | Kompetenceudvikling og supervision                                              | 34 |
| 3.1             | Rejseholdets aktiviteter omkring kompetenceudvikling, rådgivning og supervision | 34 |
| 3.2             | Oplevelse af kompetenceudvikling og supervision                                 | 35 |
| 3.3             | Opsamling                                                                       | 36 |
| 4               | Børnene og deres udvikling                                                      | 37 |
| 4.1             | De deltagende børn og unge                                                      | 37 |
| 4.2             | Børnenes udvikling i løbet af behandlingsforløbet                               | 50 |
| 4.3             | Opsamling                                                                       | 55 |
| Litteratur      |                                                                                 | 57 |

# Hovedresultater

## Baggrund

Selvom andelen af børn, der udsættes for seksuelle overgreb i Grønland, igennem længere tid har været faldende, er forekomsten fortsat højere end i andre lande. Børn og unge, der er udsat for seksuelle overgreb, er i stor risiko for at udvikle en række fysiske, psykiske eller sociale vanskeligheder, fx PTSD, som kræver specialiseret behandling, men da en stor del af den grønlandske befolkning bor i sparsomt befolkede områder, er det vanskeligt at tilbyde denne behandling udelukkende ved brug af lokale behandlingstilbud.

Derfor blev der i 2015 etableret et rejsehold af terapeuter, som i en udvalgt by tilbyder psykologisk behandling til børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, børn, der har en seksuelt bekymrende adfærd, samt børn, der har en seksuelt krænkende adfærd over for andre børn. Da der i Grønland også er et rejsehold målrettet voksne med senfølger efter seksuelle overgreb, omtales det rejsehold, der er i centrum for denne rapport, som 'Børnerejseholdet'.

I 2021 blev Børnerejseholdet systematiseret og tilført midler fra det grønlandsk-danske tværgående arbejde for en styrket indsats for udsatte børn og unge i Grønland. Der blev rekrutteret flere behandlere, og disse fik

## Børnerejseholdet i Grønland

- 1 Børnerejseholdet i Grønland har til formål at behandle børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, samt børn med seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd.
- 2 Børnerejseholdet gennemfører hen over et år en behandlingsindsats i en udvalgt grønlandsk by.
- 3 I løbet af dette år deltager op til 16 børn og unge samt disses pårørende i individuelle behandlingsforløb.
- 4 Derudover gennemføres kurser og anden form for kompetenceudvikling til professionelle i byen.
- 5 Indsatsen gennemføres af to psykologer – evt. bistået af tolke.

øget efteruddannelse. Der blev udarbejdet en håndbog med angivelse af procedurer og metoder i behandlingsarbejdet. Og der blev arbejdet mere systematisk med udredning og dokumentation af børnenes udvikling hen over behandlingsforløbet.

Under den nye ordning varer behandlingsindsatsen i en by typisk 1 år, hvor behandlerne opholder sig i byen 1 uge om måneden. I løbet af behandlingsindsatsen kan op til 16 børn og unge deltage i et psykologisk behandlingsforløb, som også inkluderer børnenes omsorgspersoner. Derudover gennemfører Børnerejseholdet kompetenceudvikling af lokale fagpersoner, der fx tilbydes kurser og supervision.

Denne rapport er en evaluering af Børnerejseholdet efter omlægningen i 2021 og frem til udgangen af 2023. Formålet er at beskrive Børnerejseholdets aktiviteter og den virkning, behandlingen har haft for børn og lokale aktører. Derudover belyser rapporten de udfordringer, der har været i organiseringen omkring Børnerejseholdet, og hvordan det fremadrettet kan styrkes.

## Resultater

### **Børnerejseholdet har sikret et lokalt tilbud af høj kvalitet til børn, der har været udsat for seksuelle overgreb**

Mange børn, der har været udsat for overgreb og andre traumatiske hændelser, har modtaget et psykologisk behandlingstilbud, som normalt ikke er tilgængeligt i de mindre grønlandske byer og bygder. Selvom datagrundlaget er relativt spinkelt, tyder det på, at hovedparten af de børn, der har gennemført behandlingen, har oplevet en positiv udvikling, samt at en del børn har fået et stort udbytte af behandlingen.

De fleste af de børn, der har modtaget behandling, kommer fra svære familieforhold og har oplevet en række traumer ud over de overgreb, der er årsag til, at de henvises til Børnerejseholdet. På baggrund af validerede psykometriske instrumenter viser de forhøjede niveauer af adfærdsvanskeligheder og symptomer på posttraumatisk stress-syndrom. Data viser således, at der er behov for den behandling, som Børnerejseholdet kan tilbyde. Vi ser dog også, at de mest belastede børn oftere afbryder behandlingen før tid, og at de børn, der udvikler sig mest i løbet af behandlingsforløbet, er de børn, der aktuelt befinder sig i trygge hjemlige forhold med støttende omsorgspersoner omkring sig.

Undersøgelsen viser, at Børnerejseholdets behandlere efter omlægningen og tilførslen af midler fra det grønlandsk-danske samarbejde har været fagligt godt klædt på til behandlingsarbejdet og har været i stand til at anvende de nyeste behandlingsmetoder til at hjælpe børn med traumer. Samtidig har de tilpasset deres metoder til

en grønlandsk kontekst og en situation, hvor en del af behandlerne ikke har talt samme sprog som børnene. Der har været enkelte problemer med tolkning, men man er undervejs nået frem til et tæt og velfungerende samarbejde med tolke, der forstår deres rolle og indgår konstruktivt i arbejdet. Dette har været afgørende for, at de dansktalende behandlere har kunnet gennemføre behandlingsarbejdet.

I relativt små lokalsamfund som de grønlandske har rejseholdsmodellen ifølge behandlerne fordele for både børn og behandlere, fordi behandlerne ikke er lokale og derfor ikke møder børnene i lokalområdet uden for behandlingssamtalerne. Det giver ifølge behandlerne både børn og behandlere mulighed for at holde fri fra det krævende behandlingsarbejde, når der ikke er egentlige behandlingssamtaler. Derudover kan det sikre børnene en større grad af anonymitet og fordomsfrihed, som gør dem mere trygge ved at åbne op for terapeuterne.

### **Ikke altid sammenhæng mellem behov, behandling og opfølgning**

Undersøgelsen viser dog også, at nogle børn ikke er forberedte på behandlingsforløbets formål og indhold, samt at det i visse behandlingsforløb kan tage relativt lang tid at opnå en tillidsfuld relation mellem behandler og barn. Disse forhold kan betyde, at børnene ikke møder op til behandlingen, eller at det nogle gange tager relativt lang tid at få barnet til at indgå i den del af behandlingen, der handler om at konfrontere og bearbejde de traumatiske oplevelser, de har oplevet. Da Børnerejseholdet er nødt til at arbejde med en fastlagt rejsestruktur, som børnenes behandlingsforløb må tilpasses, er der derfor børn i datamaterialet, der ikke opnår fuldt udbytte af behandlingstilbuddet.

Når Børnerejseholdets behandlere afslutter deres arbejde, laver Børnerejseholdet en skriftlig og mundtlig overlevering. Børnerejseholdet oplever dog ofte, at kommunerne ikke følger op på disse overleveringer. Børn, der kun delvist har gennemført behandlingen, og børn, der har brug for fortsat behandling, risikerer derfor at stå uden hjælp til at få gennembearbejdet deres oplevelser. Børnerejseholdets behandlere har i flere byer udtrykt stor bekymring for en række af de behandlede børns hjemlige forhold, men de oplever ikke altid, at der er ressourcer lokalt til at følge op på deres bekymringer.

Det er således en risiko ved Børnerejseholdets model, at behandlingstilbuddet er tidsafgrænset, og at man ikke altid kan sikre en tilstrækkelig grad af timing mellem børnenes behov og behandlingstilbuddet. Derudover er det vanskeligt at sikre, at børnenes behov varetages, når Børnerejseholdets ophold i byen er slut.

## **Vidensløft af lokalområdet**

Børnerejseholdet har bidraget til at hæve vidensniveauet om seksuelle overgreb i de grønlandske byer og har været i kontakt med et højt antal fagpersoner, der nu besidder bedre og flere redskaber til at hjælpe og støtte børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, eller som selv har krænket andre børn. Dette er opnået gennem kurser, rådgivning, sparring i konkrete sager og supervision. En høj andel af deltagerne i Børnerejseholdets kompetenceudviklingskurser giver udtryk for tilfredshed med kurserne og oplever, at de er i stand til at anvende de nye færdigheder og viden i deres professionelle praksis.

## **Samarbejdet omkring henvisningen af børn kan være svært**

For at Børnerejseholdet kan fungere, kræver det et tæt samarbejde mellem de centrale aktører i Socialstyrelsen i Nuuk og de lokale aktører, der skal forberede rejserne og sikre, at der er børn, der er klar til at blive behandlet, når Børnerejseholdet starter deres behandlingsforløb. Undersøgelsen viser, at mange har arbejdet hårdt for at få Børnerejseholdet til at lykkes – både på centralt og lokalt niveau – men den viser også, at der har været barrierer for at få samarbejdet til at fungere optimalt.

De fleste steder har det været udfordrende at sikre, at henvisningen af børnene skete korrekt og rettidigt, så Børnerejseholdet havde et godt kendskab til barnets situation forud for den psykologiske udredning. Derudover har det nogle steder taget længere tid end planlagt at opnå en tilstrækkelig grad af kendskab og tillid til Børnerejseholdet i lokalområdet. Samlet set har utilstrækkelige og forsinkede henvisninger samt øget tid til tillidsopbygning medført visse forsinkelser i behandlingsarbejdet og forkortede behandlingsforløb, da Børnerejseholdets behandlere nogle steder har brugt en eller flere rejser, der var tænkt til behandling, til i stedet at hjælpe med at forberede børnenes sager og opbygge tillid til lokale aktører. I sidste ende har dette medført, at nogle børn og unge fik kortere behandlingsforløb end det, der i virkeligheden var tiltænkt.

Vanskelighederne med at leve op til den tænkte henvisningsprocedure skyldes på den ene side travlhed hos sagsbehandlerne, der dog på den anden side efterspørger en mere præcis og enkel anvisning på, hvilke informationer Børnerejseholdet har brug for for at kunne vurdere behandlingsbehovet og gennemføre behandlingen.

De barrierer, fx i form af travlhed i forvaltningerne, som Børnerejseholdet har oplevet i forhold til at gennemføre den tiltænkte behandlingsmodel, er velkendte i Grønland. Det er også velkendt, at der ofte mobiliseres betydelige ressourcer til at få ting til at lykkes på trods af barrierer. Ved at fortsætte med den nuværende model for Børnerejseholdet vil nogle af barriererne formodentlig blive mindsket, efterhånden som lokalsamfundene får større kendskab til Børnerejseholdets arbejde og



forudsætninger for succesfuld behandling. Samtidig med at Socialstyrelsen centralt kunne indarbejde den viden, man har om lokale vilkår, i deres procedurer.

## Anbefalinger

På baggrund af evalueringens resultater er det VIVEs anbefaling:

- at man fortsætter med den eksisterende behandlingsmodel og fortsat sikrer et højt fagligt niveau hos de behandlere, der skal gennemføre behandlingen
- at procedurerne omkring henvisning af børn bliver videreudviklet, så flere børn er klar til behandling, når behandlingsforløbet begynder
- at der ud over videreudvikling af henvisningsmodellen arbejdes videre med det tilbud om virtuelle samtaler, der ligger i modellen, så børnene også kan få denne type behandling mellem de fysiske besøg i de byer, hvor behandlingsforløbet foregår
- at der rettes ekstra opmærksomhed mod de børn, der ikke befinder sig i trygge omgivelser, så disse børn også kan få et behandlingstilbud, der er tilpasset den situation, de befinder sig i
- at der arbejdes mod, at der i højere grad følges op på børnene, når Børnerejseholdets behandling er forbi – evt. ved at styrke samarbejdet mellem Børnerejseholdet, forvaltningen og de lokale familiecentre og familiehuse
- at der arbejdes mere med systematisk dokumentation, så den indsamlede dokumentation i højere grad kan anvendes til at synliggøre behandlingens virkning på børnene.

## Undersøgelsens data

Undersøgelsen bygger på den dokumentation, som Børnerejseholdet selv har indsamlet i behandlingsindsatserne, samt interviews, som VIVE har gennemført med lokale og centrale aktører med kendskab til Børnerejseholdet. Datamaterialet består af kvalitative og kvantitative data.

### Det kvalitative data består af:

- 11 interviews med 18 personer: Heraf 2 omsorgspersoner, 8 lokale fagpersoner, 6 behandlere fra Børnerejseholdet og 2 aktører i Socialstyrelsen
- 12 afslutningsrapporter på børn
- 57 rejse- og årsrapporter.

### Det kvantitative data består af:

- 37 udredningsskemaer på børn
- 12 afslutningsskemaer på børn
- 71 evalueringer af kompetenceudvikling indsamlet blandt professionelle.

Det har af ressourcemæssige årsager ikke været muligt for VIVE at besøge de byer, der indgår i evalueringen, fysisk i forbindelse med evalueringen. Dette har gjort det vanskeligt for VIVEs medarbejdere selv at komme i kontakt med børn og unge, der har fået behandling hos Børnerejseholdet, samt disse børns omsorgspersoner.

# 1 Indledning

## 1.1 Baggrund

Selvom andelen af børn, der udsættes for seksuelle overgreb i Grønland, igennem længere tid har været faldende, er forekomsten fortsat højere end i andre lande (Larsen m.fl., 2019; Social- og Indenrigsministeriet, Justitsministeriet & Naalakkersuisut, 2020). Børn og unge, der er udsat for seksuelle overgreb, er i stor risiko for at udvikle en række fysiske, psykiske eller sociale vanskeligheder, fx PTSD, som kræver specialiseret behandling, men da en stor del af den grønlandske befolkning bor i sparsomt befolkede områder, er det vanskeligt at tilbyde denne behandling udelukkende ved brug af lokale behandlingstilbud.

Derfor blev der i 2015 oprettet et rejsehold af terapeuter, der, i en sammenhængende periode i en udvalgt by, tilbyder psykologisk behandling til børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, børn med seksuelt bekymrende adfærd og til børn, der krænker andre børn. I samme periode gennemfører rejseholdet kurser og andre former for kompetenceudvikling målrettet lokale aktører med henblik på at øge disses evner til at opspore og handle hensigtsmæssigt, når der er mistanke om seksuelle overgreb.

Da der også eksisterer et rejsehold målrettet voksne omtales dette rejsehold som Børnerejseholdet. I 2021 blev indsatsen omlagt, og det blev besluttet, at VIVE skulle evaluere den omlagte udgave af Børnerejseholdet.

## 1.2 Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen er at undersøge, om Børnerejseholdets behandling har haft en positiv betydning for de børn og unge, som har modtaget behandling af Børnerejseholdet, samt i hvilket omfang Børnerejseholdet har bidraget til opbygningen af lokale kompetencer.

## 1.3 Rapportens indhold

Indledningen af rapporten beskriver baggrunden for Børnerejseholdet og den model for Børnerejseholdet, der blev fastlagt i forbindelse med det grønlandsk-danske samarbejde, der blev påbegyndt i 2021. Derudover beskrives rapportens

datagrundlag og analysemetoder. Rapportens kapitel 2 beskriver rammerne og organiseringen af Børnerejseholdet med særligt fokus på behandlernes kompetencer og samarbejdet mellem Børnerejseholdet og lokale aktører. Kapitel 3 beskriver den gennemførte kompetenceudvikling. Og endelig beskriver kapitel 4 de deltagende børn og familier samt deres udvikling hen over behandlingsforløbet.

For læsbarhedens skyld omtaler rapporten de børn og unge, der har modtaget behandling af Børnerejseholdet både som "børn" og som "børn og unge", selvom alle beskrivelser og analyser omhandler den samlede gruppe af 4-18-årige børn og unge.

## 1.4 Børnerejseholdet som koncept

Som beskrevet har der siden 2015 eksisteret forskellige udgaver af et rejsehold, der i udvalgte byer har tilbudt et psykologisk behandlingsforløb til børn og unge, som har været udsat for seksuelle overgreb. Børnerejseholdets indsats er organiseret og finansieret af Socialstyrelsen i Grønland og udført af psykologer og psykoterapeuter, der både kunne være internt ansatte og privatpraktiserende, med bopæl i Grønland, Danmark og Norge. Indtil 2020 havde behandlerne en relativt høj grad af metodefrihed i udredning og behandling af børnene, og der blev i mindre grad stillet krav om dokumentation af børnenes symptomer og udvikling.

I forbindelse med det grønlandsk-danske samarbejde, der startede i 2020, blev der tilført ekstra økonomiske midler til Børnerejseholdet, der gjorde det muligt at øge antallet af samtidige rejsehold. Samtidig blev rejseholdets målgruppe og behandlingsmetoder præciseret, og der blev stillet flere krav til screening og dokumentation af børnenes udgangspunkt og udvikling i løbet af behandlingsforløbet med brug af nye grønlandske oversættelser af nogle af de udredningsværktøjer, der internationalt bruges til børn med traumer efter seksuelle overgreb.

De nye retningslinjer for Børnerejseholdet er beskrevet i et internt dokument 'Håndbog til Børnerejseholdet', der angiver målgruppen samt principperne for visitation, udredning og behandling samt lokal kompetenceudvikling.

### Børnerejseholdet i Grønland

- 1 Børnerejseholdet i Grønland har til formål at behandle børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, samt børn med seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd.
- 2 Børnerejseholdet gennemfører hen over et år en behandlingsindsats i en udvalgt grønlandsk by.
- 3 I løbet af dette år deltager op til 16 børn og unge samt disses pårørende i individuelle behandlingsforløb.
- 4 Derudover gennemføres kurser og anden form for kompetenceudvikling til professionelle i byen.
- 5 Indsatsen gennemføres af to psykologer – evt. bistået af en tolk.

### 1.4.1 Målgruppen

Den primære målgruppe omfatter børn og unge under 18 år, som har været udsat for seksuelle overgreb. De sekundære (børne)målgrupper inkluderer også børn og unge under 18 år, der udviser seksuelt krænkende adfærd, og børn og unge, der udviser seksuelt selvskadende adfærd. Børn, der aktuelt ikke befinder sig i en sikker situation, eller som har svære ubehandlede psykiske lidelser eller misbrug, er ikke i målgruppen for behandling. Børnerejseholdet behandler både børn og unge, hvor der allerede er kendskab til seksuelle overgreb, og dem, hvor der er mistanke om overgreb.

### 1.4.2 Den ideelle behandlingsindsats

En behandlingsindsats i en lokal by består som udgangspunkt af 10 behandlingsrejser af en uges varighed hen over et år. I denne periode gennemføres op til 16 behandlingsforløb for børn, der visiteres til indsatsen lokalt. Børnerejseholdets indsats retter sig mod det henviste barn selv og mod barnets omsorgspersoner, der klædes på til at forstå barnets reaktioner og hjælpe barnet i bearbejdningen af de traumatiske hændelser. Derudover skal Børnerejseholdet tilbyde kompetenceudvikling til lokale fagpersoner for at øge viden om typiske reaktioner hos børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, samt de typer af hjælp, man som fagperson kan tilbyde for at afhjælpe reaktionerne og forebygge yderligere overgreb.

Behandlingsindsatsen i den enkelte by kan inddeles i otte trin samt en afklarende fase, der går forud for behandlingsindsatsen:

- **Trin 0. Afklaring af lokale behov** og anmodning om behandlingsindsats.
- **Trin 1: Indledende rejse:** Møde med relevante samarbejdspartnere, afklaring af lokale behov og udarbejdelse af samarbejdsaftale.
- **Trin 2: Henvi sning og Visitation:** Kommunale sagsbehandlere henviser skriftligt til Børnerejseholdet (vha. henvisningsskema), og de visitationsansvarlige på Børnerejseholdet gennemgår henvisningerne i henhold til målgruppen.
- **Trin 3: Opstartsmøde** med barnets primære omsorgspersoner og sagsbehandler.
- **Trin 4: Planlægning af udredningsforløb** af Børnerejseholdets psykologer.
- **Trin 5: Traumeudredning** af barnet.
- **Trin 6: Traumebehandling** af barn og terapeutisk rådgivning til omsorgspersoner.

- **Trin 7: Kompetenceudvikling af fagpersonale:** Supervision, faglig sparring, kurser og workshops til relevante fagpersoner.
- **Trin 8: Afslutningsmøde** med relevante parter. Overlevering og gennemgang af anbefalinger.

En behandlingsindsats indledes ved, at de lokale aktører i kommuner og byer vurderer, om der i den pågældende by er et behandlingsbehov af børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, som kommunen ikke selv kan varetage. Behovet beskrives i en skriftlig anmodning til Socialstyrelsen, der – hvis der er flere ansøgninger, end kapaciteten rækker til – prioriterer mellem ansøgningerne.

Efter godkendelse og etablering af samarbejde foretager Børnerejseholdet en indledende rejse til den pågældende by. Formålet er at opstarte samarbejdsrelationer på tværs af sektorer med særligt fokus på Socialforvaltningen og de lokale familiecentre/familiehuse. Samtidig har denne rejse til formål at sikre, at de lokale sagsbehandlere påbegynder arbejdet med at henvise børn i målgruppen og sikrer sig, at der er de nødvendige oplysninger på de børn, der henvises, forud for opstart af behandlingsforløbet.

Henvisningen af børn og unge skal inkludere udfyldning af et skema med oplysninger om barnet/den unge, en beskrivelse af problemstillingen, barnets netværk og tiltag og status fra skolen samt samtykkeerklæring fra omsorgspersoner, socialfaglig undersøgelse og evt. tidligere psykologiske og psykiatriske vurderinger. Den visitationsansvarlige på Børnerejseholdet vurderer herefter henvisningerne i forhold til, om de passer ind i målgruppen, og om der er tilstrækkelige oplysninger i henvisningen.

Når henvisningen er på plads, afholdes opstartsmøde med barnets omsorgspersoner og sagsbehandler. Herefter melder Børnerejseholdet tilbage til den kommunale sagsbehandler, om barnet kan tilbydes et behandlingsforløb.

I månederne efter opstartsmødet påbegyndes det egentlige behandlingsforløb, hvor barnet først udredes ved hjælp af test og samtaler og derefter/samtidig modtager forskellige former for terapi til at bearbejde traumer og håndtere svære følelser. Sideløbende afholdes der terapeutisk rådgivning med barnets omsorgspersoner samt kompetenceudvikling af fagpersoner i den pågældende by.

Ved afslutningen af forløbet testes barnet på ny ved hjælp af de redskaber, der blev brugt ved udredningen. Derefter udarbejdes en skriftlig statusudtalelse til omsorgspersonerne og sagsbehandleren med beskrivelse af henvisningsårsag, udredning og behandlingsforløb samt anbefalinger til fremadrettede støttebehov. Denne overleveres til sagsbehandleren på et møde.

### 1.4.3 Udredningsværktøjer

Ved udredningen forsøger Børnerejseholdet at afklare, hvad der er sket i forbindelse med overgrebet samt eventuelle andre traumatiske begivenheder i barnets liv. Derudover undersøger Børnerejseholdet barnets/den unges belastningsgrad og traume samt eventuelle kognitive, emotionelle, tilknytningsmæssige, adfærdsmæssige og personlighedsmæssige udfordringer, som kan have betydning for behandlingen. Endelig sker der en vurdering af misbrug, selvmordstanker, behov for psykiatrisk udredning og behandling og en undersøgelse af overgrebets betydning for barnets behov for støtte. Udredningen gennemføres ved hjælp af standardiserede test-redskaber, der fremgår af Tabel 1.1. Nogle af disse værktøjer er obligatoriske, mens andre er valgfrie. Typisk er det behandlerne, der udfylder skemaerne sammen med barnet.

De obligatoriske redskaber består for det første af SDQ-instrumentet (The Strengths and Difficulties Questionnaire) til at udrede følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder. Dette anvendes til børn i alderen 2-17 år. Derudover testes alle 6-17-årige for symptomer på posttraumatisk stress-syndrom ved hjælp af hhv. Miki-testen<sup>1</sup> (6-12-årige) og ITQ-CA-testen (International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent til 13-17-årige). Og endelig skal alle børn/omsorgspersoner udfylde et eventskema om, hvilke traumatiske begivenheder barnet har været udsat for. Mindre børn på 0-2 år kan udredes ved hjælp af legeobservationer samt udviklingspsykologiske interviews med forældrene.

Tabel 1.1 Børnerejseholdets udredningsværktøjer

| Redskaber til udredning og behandling                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Obligatoriske redskaber til brug ved udredning og afslutning</b> | PTSD-screening vha. Miki-test (3-12-årige) eller ITQ-CA (13-17-årige)<br>Vurdering af trivsel og adfærd ved hjælp af SDQ<br>Afdækning af traumatiske hændelser ved hjælp af eventskema                                                                                            |
| <b>Supplerende udredningsredskaber</b>                              | Sceno-test (3 år <)<br>OCTS (4-8 år)<br>WISC-V kognitivtest (6-17 år)<br>Sikkerhedshus<br>Alarmberedskab (strudsen)<br>SOS: Signs of safety<br>FAST-kasse<br>Anatomisk korrekte dukker<br>Til yngre børn kan der foretages legeobservationer<br>Evt. selvmordsscreening ved behov |

Kilde: Håndbog til Børnerejseholdet.

<sup>1</sup> Miki-testen er den grønlandske version af Thomas-testen, som er et tegnebaseret måleinstrument til at måle forekomsten af PTSD hos børn i alderen 6-12 år, som har oplevet én eller flere traumatiske hændelser. Miki-testen er oversat, men endnu ikke valideret på den grønlandske børnepopulation.



#### **1.4.4 Principper for behandling af børn og primære omsorgspersoner**

Behandlingstilbuddet til børnene anvender en traumefokuseret behandlingstilgang med afsæt i følgende evidensbaserede metoder:

- Mentaliseringsbaseret terapi
- Psykodynamisk terapi
- Kognitiv adfærdsterapi (traumefokuseret CBT)
- Narrativ terapi
- Systemisk terapi
- Legeterapi.

De i Tabel 1.1 listede værktøjer kan indgå i den løbende behandling. Barnet tilbydes ifølge Børnerejseholdets håndbog en fysisk og en virtuel samtale om måneden. Behandlingen kan tilrettelægges som individuel terapi eller gruppeterapi.

Barnets omsorgspersoner tilbydes familiesamtaler og forældrerådgivning uden angivelse af konkrete metoder.

#### **1.4.5 Kompetenceudvikling af fagpersoner**

Kompetenceudviklingen af de lokale fagpersoner kan, afhængigt af det lokale behov, ske i form af faglig sparring, supervision, kurser og workshops. Den kan foregå fysisk eller virtuelt. Behovet for kompetenceudvikling afdækkes ved opstart i den pågældende by/bygd (Håndbog til Børnerejseholdet). Temaerne for kurserne kan fx være:

- Børns almindelige seksuelle udvikling og tegn på seksuelle overgreb
- Børn, der udviser seksuelt krænkende adfærd
- Børn med seksuelt selvskadende adfærd
- Fysiske og digitale krænkelser
- Tilknytningsteori
- Grænsesætning – individuelt og i familien
- Krisehåndtering og behandling af seksuelle overgreb
- Traumer, selvskade og selvmordsrisikovurdering
- Omsorgstræthed.

## 1.5 Evalueringens data og analysemetoder

Evalueringen bygger på både kvalitative og kvantitative data, som er blevet indsamlet i perioden 2021-2023, efter at Børnerejseholdet blev omlagt og tilført midler fra det grønlandsk-danske samarbejde. Der er samlet set relativt meget dokumentation af Børnerejseholdets aktiviteter og de børn, der har modtaget behandling, efter omlægningen af Børnerejseholdet. Der er således udarbejdet systematiske rejserapporter efter alle behandlingsrejser, og der er udarbejdet udredninger på velinformerede afslutningsrapporter af de behandlede børn. I forhold til de tidligere udgaver af Børnerejseholdet gør denne mere systematiske dokumentationspraksis det nemmere at synliggøre, hvad Børnerejseholdet har lavet, og hvad de har opnået.

Til trods for den betydelige forbedring i dokumentationen af praksis er der dog tilfælde, hvor rådata er gået tabt, inden det er blevet indtastet i en fælles database, som kunne bruges til evaluering og monitorering. Derfor kan der være behov for yderligere systematisering af den centrale håndtering af data, så viden ikke går tabt, når medarbejdere skifter job, og for at gøre det lettere at dokumentere den samlede gruppe af børns udvikling og anvende data til evaluering i fremtiden.

I analyserne har vi valgt at anonymisere de konkrete byer, hvor data er indhentet, for at sikre børns, omsorgspersoners og lokale fagfolks anonymitet. Vi er klar over, at der på specifikke tidspunkter kan være lokale omstændigheder, der har betydning for Børnerejseholdets arbejde. Vi vurderer dog, at de barrierer og muligheder, der har haft betydning for Børnerejseholdets arbejde i den specifikke periode, vi kigger på, også kunne have optrådt andre steder på andre tidspunkter. De behandles derfor som generelle forhold, der ofte er til stede i Grønland på grund af de geografiske og sociale forhold – frem for specifikke forhold, der kun vedrører bestemte byer. De forskellige datakilder blandes i de enkelte analyser, der således hviler på en samlet vurdering af det data, der har været tilgængeligt i projektet.

### 1.5.1 Kvantitative data

De kvantitative data består af spørgeskemaer, som er udfyldt om børnene ved udredning og afslutning, samt fagpersoners evaluering af kompetenceudviklingen. Det kvantitative data stammer fra tre af de byer, som Børnerejseholdet har besøgt efter omlægningen. Spørgeskemaerne er udfyldt på grønlandsk eller dansk.

Spørgeskemaet til børnene er opsat i SurveyXact og indtastet af Socialstyrelsen på baggrund af de test, som børn, omsorgspersoner og behandlere har udfyldt ved udredning og afslutning. Der er 37 brugbare besvarelser fra udredningen samt 12 afslutningsskemaer, der kan kobles med et udredningsskema. Børnerejseholdets egne oversigter viser, at der er påbegyndt 52 behandlingsforløb i de tre byer i perioden,

hvilket giver en svarprocent på 71 % på udredningstidspunktet og 23 % på afslutningstidspunktet. En del af årsagen til de manglende besvarelser på afslutningstidspunktet skyldes frafald fra behandlingen. Derudover er en del af de papir-udfyldte test gået tabt, inden de er blevet tastet ind i SurveyXact.

Spørgeskemaerne viser børnenes alder, køn, kommune og besvarelser af eventskemaet, SDQ-skemaet og Miki-test/ITQ-CA-skemaet. Spørgeskemaerne bruges til at vise børnenes situation ved udredningstidspunktet samt for de 12 børn, hvor der er SDQ-før- og eftermålinger, børnenes udvikling hen over behandlingsforløbet. Spørgeskemadataene om børnene er analyseret ved hjælp af krydstabeller. Af anonymitetshensyn er det dog ikke muligt at vise forskelle på forskellige subgrupper som fx forskellige børn i forskellige aldersgrupper eller børn fra forskellige kommuner.

Evalueringerne af kompetenceudviklingen er udfyldt af 71 personer ved afslutning af kursusforløbet. Evalueringerne bruges til at vise fagpersonernes tilfredshed med kompetenceudviklingen. Evalueringsskemaerne er udfyldt på grønlandsk eller dansk og skannet ind i anonym form og sendt til VIVE.

## **1.5.2 Kvalitative data**

Det kvalitative datamateriale består af kvalitative interviews, afslutningsrapporter på børn og unge samt Børnerejseholdets egen dokumentation i form af fx rejse- og årsrapporter.

### **1.5.2.1 Interviews**

Der er gennemført interviews med 18 personer fordelt på 11 interviews. To af interviewene med rejseholdets behandlere og ansatte i Socialstyrelsen/Departementet er gennemført fysisk, mens de resterende er gennemført telefonisk eller via en video-forbindelse. Nogle aktører er interviewet flere gange i løbet af evalueringsperioden, mens andre er interviewet en gang. 8 af de 18 interviewede er lokale fagpersoner, 2 er forældre eller plejeforældre til behandlede børn, 6 er behandlere på Børnerejseholdet, mens 2 er eller har været ansat i Socialstyrelsen.

Det har af ressourcemæssige årsager ikke været muligt for VIVE at besøge de byer, der indgår i evalueringen, fysisk i forbindelse med evalueringen. Dette har gjort det vanskeligt for VIVEs medarbejdere selv at komme i kontakt med børn og unge, der har fået behandling hos Børnerejseholdet, samt disse børns omsorgspersoner. Det har derfor ikke været muligt for VIVE at interviewe de deltagende børn selv og kun i begrænset omfang været muligt at interviewe børnenes omsorgspersoner.

De otte lokale fagpersoner og to omsorgspersoner kommer fra fire af de byer, som Børnerejseholdet har besøgt efter omlægningen. Nogle af disse byer har haft besøg af behandlere, der er direkte ansat af Socialstyrelsen, mens andre har haft besøg af eksterne privatpraktiserende psykologer. Interviewpersonerne har haft mulighed for at vælge, om de ville interviewes på grønlandsk eller dansk.

Der er udviklet særskilte interviewguides til hver informanttype: lokale fagpersoner, behandlere, forældre/omsorgspersoner og medarbejdere i Socialstyrelsen. De gennemgående temaer er:

- Begrundelse for anmodning om behandlingsindsats
- Organiseringen af behandlingsindsats
- Samarbejde mellem lokale aktører og Socialstyrelsen
- Oplevelsen af udbytte hos børn, omsorgspersoner og lokale aktører
- Sammenhæng mellem Børnerejseholdets tilbud og lokale tilbud før og efter børnerejseholdets besøg.

#### **1.5.2.2 Afslutningsrapporter på børn**

I datamaterialet indgår 12 afslutningsrapporter på børn fra to forskellige byer. Disse rapporter indeholder blandt andet baggrund for henvisning til Børnerejseholdet, behandlingsforløbet, beskrivelse af udredning samt anbefalinger til, hvilken støtte barnet eventuelt har behov for. Dette datamateriale bruges som supplement til de kvantitative data om børnenes situation ved opstart af behandlingsforløbene samt som selvstændigt materiale til at vise børnenes udbytte af behandlingen. I rapporten er eksemplerne taget fra disse afslutningsrapporter kraftigt anonymiserede.

#### **1.5.2.3 Rejse- og årsrapporter m.m.**

Børnerejseholdet har efter hver behandlingsrejse udarbejdet en rejserapport, der beskriver de gennemførte behandlingssamtaler og kursusaktiviteter samt diverse omstændigheder, der kan have haft betydning for kvaliteten af de gennemførte aktiviteter. Dette omfatter blandt andet samarbejdet med lokale aktører, samarbejdet med tolke og de fysiske rammer omkring behandlingsindsatsen.

I alt har VIVE modtaget 54 rejserapporter fordelt på alle de seks byer, der har haft besøg af rejseholdet efter omlægningen. Ud over rejserapporterne har VIVE modtaget tre årsrapporter samt diverse oversigter og PowerPoint-præsentationer. Disse dokumenter giver blandt andet en oversigt over henvisninger, behandlinger, frafald samt indholdet af de gennemgåede kurser.

Tabel 1.2 giver en oversigt over det data, der danner grundlag for evalueringen.

**Tabel 1.2      Oversigt over data i evalueringen af Børnerejseholdet**

| <b>Aktører</b>                                                                                      | <b>Antal</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>KVANTITATIVE DATA</b>                                                                            |              |
| <b>Spørgeskemadata på børn</b>                                                                      |              |
| Udredningsskemaer                                                                                   | 37           |
| Afslutningsskemaer                                                                                  | 12           |
| <b>Evalueringer af kompetenceudvikling – fagpersoner og øvrige lokale aktører</b>                   | 71           |
| <b>KVALITATIVE DATA</b>                                                                             |              |
| <b>Interviewpersoner/interviews</b>                                                                 | 18/11        |
| Omsorgspersoner                                                                                     | 2            |
| Lokale fagpersoner                                                                                  | 8            |
| Børnerejseholdets behandlere                                                                        | 6            |
| Aktører fra Socialstyrelsen i Grønland samt fra Departementet for Børn, Unge og Familier i Grønland | 2            |
| <b>Afslutningsrapporter</b>                                                                         | 12           |
| <b>Rejse- og årsrapporter</b>                                                                       | 57           |

## **2 Barrierer og understøttende forhold i forhold til rammer og organisering**

Dette kapitel beskriver de reelt gennemførte behandlingsindsatser med henblik på at vise, om behandlingen er gennemført i overensstemmelse med intentionerne, og om de nødvendige rammer har været til stede, for at børn, omsorgspersoner og lokale aktører kan få et godt udbytte af behandlingen.

Kapitlet sætter således fokus på behandlernes kompetencer, antallet af gennemførte behandlingsrejser og aktiviteter, samarbejdet mellem de lokale aktører og Børnerejseholdet, de anvendte behandlingsmetoder og overleveringen af børnene ved endt behandling.

Kapitlet bygger primært på Børnerejseholdets rejserapporter samt på interviews med lokale aktører og rejseholdets behandlere.

### **2.1 Rejseholdets behandlere og tolke**

Siden Børnerejseholdet i 2021 blev omlagt til den nuværende model, har der løbende været tre teams med hver to behandlere. I perioden har der både været behandlere, der har været ansat direkte af Socialstyrelsen, og eksterne privatpraktiserende behandlere. De behandlingsteams, der har gennemført behandling i perioden 2022-2023, har alle været ansat direkte af Socialstyrelsen. 5 af de 6 nuværende behandlere er uddannede psykologer, mens den sidste har en uddannelse inden for pædagogisk psykologi med efteruddannelse som traumebehandler. I forbindelse med ansættelsen på Børnerejseholdet har de fleste behandlere modtaget efteruddannelse i sexologi på Sexologiskolen i Danmark.

Børnerejseholdets nuværende behandlere oplever selv, at de i forbindelse med tilførsel af midler på baggrund af det grønlandsk-danske tværgående arbejde har fået gode muligheder for efteruddannelse. De føler sig derfor fagligt godt klædt på til behandlingsarbejdet.

Selv om behandlerne oplever, at de har været godt klædt på til behandlingsarbejdet med børn og unge, har der alligevel i mange tilfælde været uforudsete forhold, som behandlerne har måttet håndtere undervejs. Det opleves på den ene side som et

vilkår, men har også gradvist ført til organisatoriske ændringer af indsatsen. Dette beskrives mere dybdegående i afsnit 2.3 om samarbejde.

Der har løbende været en del udskiftning blandt behandlerne – også under igangværende indsatser, hvor nye behandlere er blevet tilknyttet for at overtage behandlingsarbejdet. Det skyldes blandt andet opsigelser og rokeringer internt i de tre teams for at sikre gode match mellem behandlerne. I enkelte tilfælde har man forsøgt at sammensætte teams bestående af en psykolog og en psykoterapeut. Erfaringen har dog været, at psykoterapeuten ikke altid havde de nødvendige redskaber til at gennemføre de mere krævende dele af behandlingsarbejdet, hvilket lagde et uforholdsmæssigt pres på den psykologuddannede behandler. Hvis der fremover skal være forskellige fagpersoner i et team, er det derfor nødvendigt, at man først afklarer arbejdsfordelingen og laver en klar plan for behandlingsarbejdet.

I det nuværende Børnerejsehold er fire af behandlerne dansktalende, mens de resterende to er grønlandsktalende. De to grønlandsktalende udgør et team, mens de øvrige to teams består af to dansktalende psykologer samt to tolke, der rejser sammen med behandlerne. I behandlingsarbejdet bistår den ene tolk den psykolog, der gennemfører samtaler med omsorgspersoner, mens den anden bistår i behandlingsarbejdet med børnene. Rejseholdets behandlere beretter, at man har afprøvet forskellige modeller og er nået frem til, at den personlige kemi og muligheden for at kommunikere på ens eget sprog under de lange behandlingsrejser er vigtigere end at sikre, at der på hvert behandlingsteam er en grønlandsk-sproget behandler. Denne tilgang, der tager højde for det personlige aspekt i sammensætningen af teams, bidrager ifølge behandlerne positivt til Børnerejseholdets trivsel og arbejdsglæde.

På interviewtidspunktet er tilfredsheden med tolkene høj, og det vurderes, at tolkene forstår deres rolle i behandlingsarbejdet godt. I løbet af de år, evalueringen dækker, har der dog været en del udskiftninger blandt tolkene. Dette skyldes blandt andet udfordringer med forståelsen af tolkens rolle, kontrol af egne følelser og stabilitet i fremmøde. Specielt i samtalerne med omsorgspersonerne har der ifølge Børnerejseholdets behandlere været tilfælde, hvor tolke har haft svært ved at holde sig neutrale og professionelle. Dette har vanskeliggjort de dansktalende behandleres arbejde. Derudover har der været enkelte vanskeligheder med den skriftlige oversættelse af kursusmaterialerne, hvilket har vanskeliggjort de grønlandsk-talende psykologers arbejde.

## **2.2 Gennemførte behandlingsrejser**

Børnerejseholdet har siden omlægningen i 2021 haft behandlingsindsatser i seks byer fordelt på alle fem kommuner med i alt 61 behandlingsrejser og 93

påbegyndte behandlingsforløb. I flere af byerne har der desuden været besøg i de omkringliggende bygder, og i nogle tilfælde er børn fra bygderne blevet transporteret ind til behandlingssamtaler i de byer, der har været udgangspunkt for behandlingen. Derudover blev der påbegyndt en behandlingsindsats i en syvende by, der dog måtte opgives på grund af for få henvisninger og manglende afklaring.

Børnerejseholdets standardindsats indebærer 10 rejser af en uges varighed, men i praksis kan antallet af rejser, jf. Tabel 2.1, variere. Det kan skyldes transportmæssige forhold eller forhold relateret til covid-19-udbrud i 2021 og 2022, der har ført til forsinkelser eller aflysninger. Det kan også, som i en af byerne, skyldes et ekstraordinært højt antal visiterede børn, der førte til en ekstra behandlingsrejse. I en anden by, hvor en behandlingsrejse, der var planlagt til at finde sted om sommeren, blev aflyst, gennemførte man i stedet virtuelle behandlingssamtaler med omsorgspersonerne. I nogle behandlingsindsatser har man ud over hovedbyen også besøgt de omkringliggende bygder. I andre byer har rejseholdet koncentreret sig om hovedbyen.

Børnerejseholdet opererer med en maksimumsgrænse på 16 børn og unge pr. behandlingsindsats, men i praksis har antallet af børn pr. behandlingsindsats varieret fra 12 til 22. Som vi beskriver nærmere i kapitel 4, er en del af børnenes behandlingsforløb afsluttet før tid. Vi har ikke data på frafald fra alle byer, men der hvor vi har data, drejer det sig om 38-45 % af de børn, der har påbegyndt behandlingsforløbet. Baggrunden for frafaldet beskrives i kapitel 4.

**Tabel 2.1 Børnerejseholdets behandlingsaktiviteter fordelt på kommuner. Antal.**

|                   | Qeqertalik | Sermersooq<br>– by 1 | Sermersooq<br>– by 2 | Qeqqata | Avannaata | Kujalleq | I alt   |
|-------------------|------------|----------------------|----------------------|---------|-----------|----------|---------|
| Periode           | 2021-22    | 2021-22              | 2021-22              | 2022-23 | 2022-23   | 2022-23  | 2021-23 |
| Besøgsrejser      | 10         | 9                    | 10                   | 11      | 11        | 10       | 61      |
| Henvisninger      | 42         | 20                   | 18                   | 38      | 16        | 17       | 151     |
| Behandlingsforløb | 13         | 12                   | 16                   | 22      | 14        | 16       | 93      |

Kilde: Børnerejseholdets rejserapporter og oversigter.

### 2.2.1 Forsinkelser og aflysninger

Forsinkelser udgør en generel udfordring for Børnerejseholdet, især i vintermånederne og i de nordlige og sydlige byer, hvor rejserne ofte blev forsinket. Specielt i mindre byer, hvor flyafgangene er færre, kan det være vanskeligt at finde en alternativ løsning. I tilfælde af forsinkelser og aflysninger prioriterer Børnerejseholdet behandlingsarbejdet og aflyser kompetenceudviklingskurserne for at sikre, at de kan



afholde samtaler med alle henviste børn og unge samt deres omsorgspersoner. Nogle behandlere foreslår, at man i vintermånederne og i byer, som er svære at nå frem til, med fordel kunne have et 2-ugers ophold med to behandlingssamtaler pr. ophold og derefter 6-ugers ophold i Nuuk.

Generelt oplever Børnerejseholdet ydermere hyppige aflysninger og udeblivelser fra børnesamtaler. Børnerejseholdets behandlere forklarer aflysninger med, at nogle børn ikke forstår årsagen til og indholdet af behandlingen. Derudover påpeger Børnerejseholdet, at der er tilfælde, hvor børnene ikke er blevet spurgt, om de ønsker at deltage i et behandlingsforløb. Denne mangel på samtykke og forberedelse kan bidrage til modvilje og manglende motivation til at møde op til samtalerne.

Ydermere forklarer Børnerejseholdets behandlere aflysninger og udeblivelser med vejrlige forhold, idet der især har været aflysninger, når vejret er godt. Dette blev også påpeget af en leder i et familiecenter, som ønskede en mere integreret anvendelse af naturen i terapirummet. I én by ramte aflysninger og udeblivelser næsten halvdelen af alle planlagte børnesamtaler. For at forsøge at reducere antallet af aflysninger og udeblivelser har Børnerejseholdet og de lokale kontaktpersoner taget flere initiativer, herunder at sende flere påmindelsesbeskeder. Selvom tiltagene har reduceret antallet, er der stadig et højt niveau af aflysninger og udeblivelser.

## **2.3 Samarbejdet mellem Børnerejseholdet og lokale aktører**

Generelt viser interviews og rejserapporter, at Socialstyrelsen og de lokale aktører har gjort en stor indsats for at samarbejde om at gennemføre besøgsrejserne og overkomme de barrierer, der har vist sig undervejs. Generelt oplever Socialstyrelsen, at interessen for Børnerejseholdet er steget, og at samarbejdet mellem de lokale aktører og Børnerejseholdet er blevet bedre, jo flere byer der har haft besøg af Børnerejseholdet. I begyndelsen var det således nødvendigt for Socialstyrelsen at arbejde aktivt for at vække interesse og modtage ansøgninger fra kommunerne. I de sidste år af evalueringsperioden har man imidlertid oplevet en betydelig interesse for Børnerejseholdets indsats i landets kommuner og byer, hvilket afspejles i et stigende antal af ansøgninger.

Der har dog været episoder, hvor det ikke har været muligt at følge den ideelle model for en behandlingsindsats, fx på grund af uklar rollefordeling, utilstrækkelige ressourcer i den lokale sagsbehandling eller manglende kendskab til Børnerejseholdets målgruppe lokalt. I ét tilfælde har det ført til, at en planlagt behandlingsindsats måtte opgives.

Samarbejdsvanskeligheder og afvigelser fra den ideelle behandlingsindsats optræder både i forbindelse med afklaring af de lokale behov, i arbejdet med at beskrive de børn, der skal behandles, via henvisningsskemaerne, i behandlingsfasen, hvor lokale aktører skal sikre, at børn og omsorgspersoner møder frem til behandlingen, og i afslutningsfasen, hvor børnene skal overleveres til deres sagsbehandler eller det lokale familiecenter, hvis der skal ske fortsat behandling.

### **2.3.1 Samarbejdet omkring afklaring af lokale behov**

I afklaringsfasen er det afgørende, at den kommune, der anmoder om en indsats af Børnerejseholdet, har afklaret det samlede behov for behandlingsindsats i den pågældende by. Det kræver, at forvaltningen kender til Børnerejseholdets målgruppe og har et godt kendskab til børnene i den pågældende by – på baggrund af eksisterende sociale sager eller viden om de lokale børn i øvrigt, hvilket igen kræver, at der er en god dialog mellem den by, der er tiltænkt en behandlingsindsats, og den centrale forvaltning i kommunen. Derudover er det gavnligt med en god dialog mellem Socialstyrelsen og de lokale aktører i forvaltningen og byen for at sikre klarhed om, hvilke børn og unge der kan være i målgruppen for Børnerejseholdets individuelle behandlingsforløb, samt for at afklare rollefordelingen.

Rejserapporter og interviews vidner om, at der i de fleste tilfælde er et reelt behov for og godt kendskab til Børnerejseholdets behandlingsarbejde. Dog har det i en række tilfælde været vanskeligt at sikre, at tilstrækkeligt mange børn med behov blev identificeret og tilstrækkeligt beskrevet ved behandlingsindsatsens opstart.

Fejlvurdering af de lokale behov har i ét tilfælde ført til, at en behandlingsindsats måtte afbrydes, efter at Børnerejseholdet havde gennemført den første rejse til byen.

### **2.3.2 Rollen som lokal kontaktperson er vigtig, men krævende**

I de fleste byer, der får besøg af Børnerejseholdet, udpeges en lokal kontaktperson, som har ansvaret for praktiske og koordinerende opgaver. Dette inkluderer blandt andet indkaldelse af børn, unge og deres omsorgspersoner til samtaler, indkaldelse af lokale aktører og fagprofessionelle til kompetenceudviklingskurser og at sørge for samtalerum til behandlerne. Udpegningen af den lokale kontaktperson er derfor afgørende for kvaliteten af Børnerejseholdets behandlingsarbejde.

I de fleste byer har samarbejdet mellem Børnerejseholdet og kontaktpersonen været positivt og velfungerende. Trods det vellykkede samarbejde oplever nogle kontaktpersoner, at det er en betydelig og tidskrævende opgave at stå for så meget af koordineringen af Børnerejseholdets rejser. Dette resulterer i, at kontaktpersonerne

oplever, at de har svært ved at nå deres eget arbejde. Nogle kontaktpersoner ønsker derfor en bedre forventningsafstemning af, hvad rollen som kontaktperson indebærer. I et interview med en lokal kontaktperson udtaler vedkommende sig om sin rolle:

*Der var virkelig mange administrative ting. Jeg stod for alle indkaldelser, og der var mange aflysninger. Men også indkaldelse til de rigtigt gode kurser, leje lokale, have kaffe og te klar osv. Jeg skulle måske bare lige have fået indblik i, at det kræver lidt mere tid i den periode. De havde egentlig sagt, hvad jeg skulle, men når man gør det i praksis, så oplever man, hvor meget det egentlig kræver. Når der var aflysninger på dagen, skulle vi hjælpe med at ringe op. De uger, de er her, kan det være svært at være 100 % til stede, når jeg også har mine egne opgaver. Jeg kan godt forestille mig, det kan være svært at få koordineret samarbejdet med rejseholdet, hvis det har været en anden kontaktperson, som ikke havde tid. Børnerejseholdet tilrettelægger tider, men det er os, der skal indkalde alle forældre. Det er jo kommunen, der anmoder om hjælp, så jeg synes heller ikke, man kan kræve, at Børnerejseholdet laver alt det praktiske. Men man skal måske forventningsafstemme det.*

### **2.3.3 Samarbejdet omkring henvisning og skriftlig beskrivelse af børn**

Selvom der er et reelt behov for behandling og et overordnet kendskab til, hvilke lokale børn der er i målgruppen for behandling, er det ikke altid tilfældet, at disse børn er klar til behandling, når rejseholdet påbegynder deres behandlingsindsats.

Ideelt skal henvisningerne af børnene ifølge Børnerejseholdets håndbog omfatte en udførlig og grundig beskrivelse af barnets eller den unges problemstilling, familiens historie, netværk samt en socialfaglig undersøgelse. Realiteten er dog, at ambitionsniveauet for indholdet af disse henvisninger ofte sænket i praksis, idet Børnerejseholdets behandlere ofte oplever, at henvisningerne har mangelfulde beskrivelser af barnets belastninger og familieforhold samt i de fleste tilfælde ikke indeholder en socialfaglig undersøgelse.

De lokale aktører forklarer selv den utilstrækkelige sagsbehandling med ressource-mangel, for store sagsmængder, begrænset kvalitet i sagsbehandlingen, høj arbejds travlhed og hyppige udskiftninger af personalet. Sagsbehandlere og ledere oplever, at det er svært at prioritere henvisninger til Børnerejseholdet, når sagsbehandlerne i forvejen allerede er overbebyrdede med andre opgaver.

Derudover oplever nogle lokale fagpersoner, at henvisningskravene til Børnerejseholdet er unødigt omfattende, og at det ikke i tilstrækkelig grad er klart, hvilke

informationer der er relevante, og hvilke der ikke er det. En fagperson ønsker sig på den baggrund tydeligere retningslinjer for, hvad den vigtigste viden er i forhold til indholdet af henvisningerne, samt en mere simpel henvisningsprocedure:

*Jeg har svært ved at sige, om kravet skulle ændres, men hvis det alligevel er en generel erfaring, så kan det være, man skulle få tydeligere redskaber og retningslinjer for, hvad de vigtigste dokumenter er. De vil jo gerne have alt, hvad der er, og det kan være lidt fluffy, i forhold til hvor meget vi skal tage med.*

Manglende indhold i henvisningerne resulterer ofte i, at sagerne bliver sendt frem og tilbage mellem forvaltningen og Børnerejseholdet, indtil det vurderes, at Børnerejseholdet har tilstrækkelige informationer om barnet eller den unge. Derudover er der en del eksempler på, at rollefordelingen mellem de lokale sagsbehandlere, det lokale familiecenter og Børnerejseholdets behandlere blandes sammen, så det fx er Børnerejseholdets behandlere eller familiecenterets medarbejdere, der må udarbejde henvisningsskemaer og sikre, at der er de nødvendige samtykkeerklæringer – frem for de lokale sagsbehandlere. Dette er en problematik, der er belyst i flere andre undersøgelser, der berører sagsbehandling i grønlandske børnesager (se fx Dahl m.fl., 2022; Dahl m.fl., 2021).

### **2.3.3.1 Konsekvenser af samarbejdsproblemer omkring henvisningerne**

Forsinkede og mangelfulde henvisninger fører ofte til en forkortelse af børnenes individuelle behandlingsforløb. I nogle tilfælde bruges opstartsmøderne med omsorgspersonerne således til at indhente oplysninger om familiens aktuelle belastninger, historie og netværk med det resultat, at den egentlige udredning af barnet udskydes til de følgende behandlingsgange.

I andre tilfælde har forsinkelser i arbejdet med at beskrive børnene og samle nødvendige dokumenter medført, at en del af de behandlede børn først er blevet visiteret til et behandlingsforløb, efter at Børnerejseholdets indsats i den pågældende by har været i gang i et stykke tid. I nogle byer er det således først omkring Børnerejseholdets tredje rejse, at alle henvisningerne er udarbejdet. I flere byer kommer der løbende nye henvisninger ind hver måned. Og i nogle tilfælde modtager Børnerejseholdet henvisningsskemaer for nogle børn og unge så sent, at det ikke er muligt at tilbyde et behandlingsforløb til barnet/den unge på grund af den begrænsede tidshorisont.

Når arbejdet med at henvise børnene forsinkes og delvist må udføres af rejseholdets egne behandlere, forkortes det samlede behandlingsforløb for de børn, der

henvises sent i forløbet. Disse børn modtager derfor kun en del af det tiltænkte behandlingsforløb.

I lyset af gentagne tilfælde, hvor byer ikke havde deres henvisninger klar rettidigt, og hvor Børnerejseholdet har forsøgt at igangsætte en indsats uden tilstrækkelig forberedelse, har Børnerejseholdet valgt at droppe kravet om, at der skal være udarbejdet socialfaglige undersøgelser forud for behandlingsindsatsen. Derudover har Børnerejseholdet i de senest påbegyndte behandlingsindsatser valgt at afvente modtagelsen af henviste sager, herunder relevant information om børnene og de unge, før de påbegynder en behandlingsindsats i byen. Denne beslutning medfører forsinkelser i den samlede behandlingsindsats, hvis kommunerne ikke får henvist nok børn og unge. Samtidig sikrer denne strategi dog, at Børnerejseholdet undgår at starte en behandlingsindsats op i en by, der ikke er tilstrækkeligt forberedt, og sikrer, at de børn, der deltager, i højere grad kan nå at gennemføre det fulde behandlingsforløb, som det var tiltænkt, inden Børnerejseholdets indsats i den pågældende by afsluttes. På trods af potentielle forsinkelser kan denne beslutning sandsynligvis være den rette løsning, da tilstrækkelig information om børnene og de unge er en forudsætning for at kunne tilbyde den rette behandling.

### **2.3.4 Tillidsopbygning kan tage tid**

Generelt oplever Børnerejseholdets behandlere en høj grad af imødekommenhed og interesse lokalt. I nogle tilfælde har der dog været behov for at bruge mere tid end planlagt på at lære hinanden at kende og opbygge tillid mellem Børnerejseholdets behandlere og de lokale børn, omsorgspersoner og fagpersoner. Det er især de mindre steder, hvor det tager tid at opbygge en relation og tillid. I en rejserapport beskriver Børnerejseholdsbehandlere i den pågældende by, at borgerne først fik tillid til dem efter 6-7 rejser. De skriver:

*Først derefter blev borgere, børn og fagpersonale mere åbne for at henvende sig til os og begyndte endda at hilse på os. Det betyder også, at nogle af vores klienter først blev åbne for at snakke med os efter de 6-7 rejser, da de havde hørt fra andre, at vi var gode nok som personer.*

## **2.4 Den psykologiske behandling**

Børnenes afslutningsrapporter beskriver terapeuternes konkrete fremgangsmåde og vidner om, at de tilgange og redskaber, der anvendes i udredning og behandling, er i overensstemmelse med de metoder, der fremgår i Børnerejseholdets håndbog.

De fleste børn, der udredes, testes ved hjælp af SDQ-instrumentet samt Miki eller ITQ-CA-instrumentet. Derudover udfyldes eventskema om de traumatiske hændelser, som barnet har oplevet, og der gennemføres samtaler med børn og omsorgspersoner om barnets opvækst og de traumatiske hændelser, der har været.

Valget af terapeutiske redskaber tilpasses børnenes behov og ændres i nogle tilfælde i løbet af behandlingsforløbet. Som beskrevet er det ikke alle børn, der er velbeskrevne, når behandlingsforløbet påbegyndes, og afslutningsrapporterne vidner om, at nye oplysninger om børnene ofte dukker frem undervejs i forløbet, hvilket nødvendiggør en tilpasning af behandlingen.

Derudover indebærer rejseholdsmodellen, at målgruppen for behandlingen varierer mere, end man fx ser det i de danske forsøg med at tilbyde TF-CBT-behandling (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy) til børn med PTSD, da rejseholdstilbuddet ofte er det eneste tilgængelige tilbud, der derfor også tilbydes til børn, der ikke falder inden for målgruppen. De kvantitative spørgeskemadata viser således en lavere forekomst af PTSD end den, man kunne forvente hos børn, der har været udsat for seksuelle overgreb (jf. Iversen m.fl., 2023), hvilket gør det mindre oplagt at vælge en enkelt standardiseret metode som fx TF-CBT, der har vist sig virksom i en dansk sammenhæng for børn med traumer efter seksuelle overgreb (se Iversen m.fl., 2023). Derudover vidner afslutningsrapporter og rejserapporter om, at en del af de børn, der inkluderes, befinder sig i en usikker familiær situation, der i flere tilfælde resulterer i en anbringelse i plejefamilie eller på institution undervejs i behandlingsforløbet.

Konkret arbejdes der ofte med Scenotesten og andre visuelle legeterapi-teknikker, der har til hensigt at hjælpe børnene med at forholde sig til svære følelser og traumer ved at opstille og gennemspille forskellige lege med figurer, der fx kan repræsentere forskellige følelser eller roller, som barnet kender fra sit eget liv. Scenotesten er udviklet til mindre børn, der kan have svært ved fuldt ud at indgå i mere verbalt baserede terapiformer som fx TF-CBT. I Børnerejseholdets behandlingsarbejde anvendes teknikker hentet fra legeterapi dog også ofte til større børn, hvilket kan handle om en generel præference for nonverbal kommunikation hos de grønlandske børn og unge, men også kan handle om, at figurerne hjælper med at overkomme de sprogbarrierer, der kan være, når terapeuten og klienten ikke har samme sprog.

Derudover anvendes i en del behandlingsforløb med større børn og unge psykoedukation, traumefortællinger, livslinjer og meditationsøvelser.

Ifølge Børnerejseholdets håndbog består den tiltænkte behandlingsindsats af ca. syv fysiske samtaler (inklusive udrednings- og afslutningssamtale) med mulighed for virtuelle samtaler ind imellem. I praksis har de fleste børn dog modtaget færre handlinger på grund af de nævnte forsinkelser i henvisningsfasen, mange aflysninger undervejs, og da der kun er få eksempler på, at de tiltænkte virtuelle

behandlingssamtaler er blevet gennemført. Den manglende gennemførelse af virtuelle samtaler skyldes blandt andet, at nogle børn har været for unge til at modtage virtuel behandling. Andre børn har ikke ønsket virtuelle samtaler, og i nogle byer har der ikke været ressourcer samt tilstrækkelig internetforbindelse til at muliggøre virtuel behandling. Derudover viser afslutningsrapporterne, at terapeuterne ofte bruger en del tid på at opbygge en tillidsfuld relation til børnene, der gør det muligt at anvende de tiltænkte terapeutiske redskaber.

## 2.5 Afsluttende overlevering

Ved afslutningen af behandlingsforløbene udarbejder rejseholdets behandlere afsluttende rapporter på hvert barn med vurdering af fortsatte støttebehov og anbefalinger til opfølgende behandling. Afslutningsrapporterne overleveres til omsorgspersoner og sagsbehandlere, med henblik på at de lokale aktører udarbejder en plan for barnets videre forløb.

Interviews, rejserapporter og afslutningsrapporter vidner om, at mange børn ikke er færdigbehandlede ved afslutningen af Børnerejseholdets indsats, og at Børnerejseholdets behandlere ofte udtrykker bekymring for barnets aktuelle sikkerhed og videre behandling.

Børnerejseholdets behandlere udtrykker stor forståelse for det arbejdspress, som sagsbehandlerne arbejder under, men samtidig udtrykker de bekymring for, at sagsbehandlerne mangler den nødvendige kapacitet til at følge op på børn og unge, der har gennemgået behandling gennem Børnerejseholdet, og at børnene derfor ofte står alene med de reaktioner, de måtte have efter behandlingsforløbet.

Hvis Børnerejseholdet vurderer, at barnet har brug for yderligere støtte fra familiecentrene/familiehusene, bliver dette anbefalet i deres afslutningsrapporter. Dog påpeger de interviewede medarbejdere fra familiecentrene/familiehusene, at de ikke har modtaget afslutningsrapporterne fra sagsbehandlerne og ikke kender til børnenes og de unges behandlingsforløb og den yderligere støtte, de eventuelt stadig har behov for. En medarbejder fra et familiecenter beskriver det således:

*Jeg ved, de har lavet en anbefalingsrapport, som er blevet sendt til sagsbehandler, men jeg ved ikke, hvad kommunen så har gjort med de sager. Internt skal vi finde ud af, om de skal henvises til familiecenteret, så de kan få behandling hos os. Det skal vi have fået styr på. Lige nu har jeg ikke kendskab til, om der stadigvæk er et behov, og jeg er i tvivl om, hvorvidt kommunen forventer, vi fortsætter med dem. Der bliver ikke talt ordentligt sammen om, hvem der skal gøre hvad.*

Datamaterialet viser således kun få indikationer på, at der bliver fulgt op på afslutningsrapporterne.

For at sikre, at børnene går fra behandlingsforløbet med en positiv oplevelse, uanset hvad der i øvrigt sker i sagen, udarbejder behandlerne i samarbejde med omsorgspersonerne såkaldte bevidningsbreve eller "vidunderlighedsbreve", der beskriver børnenes positive sider og synliggør omsorgspersonernes kærlighed til børnene.

Den manglende opfølgning på især børn og unge, der ikke er færdigbehandlede, når Børnerejseholdet afslutter deres behandlingsforløb, rejser spørgsmålet om de risici, der kan være forbundet med at påbegynde en behandling uden efterfølgende støtte. Uden tilstrækkelig opfølgning risikerer man, at børnenes og de unges trivsel forringes, da de positive effekter af behandlingen ikke opretholdes.

Rapporten kan ikke afgøre, hvilke konsekvenser den manglende opfølgning har haft for børnene, og om de trods alt har fået et udbytte af behandlingen. Både den manglende opfølgning og det, at nogle behandlingsforløb bliver kortere end tiltænkt, er dog et vigtigt opmærksomhedspunkt, som det er vigtigt ikke kun at forsøge at ændre på, men også at indtænke i den måde, Børnerejseholdets indsats tilrettelægges på.

## 2.6 Opsamling

Opsamlende har kapitel 2 vist, at de behandlere, der på evalueringstidspunktet var en del af Børnerejseholdet, var godt klædt på til behandlingsarbejdet. De interviewede behandlere vurderer, at den optimale behandling og samarbejdsrelation på behandlingsrejserne er to uddannede psykologer frem for fx teams bestående af en psykolog og en psykoterapeut.

Efter afprøvning af forskellige modeller for sammensætning af teams er det nuværende Børnerejsehold nået frem til en foretrukken model med et rent grønlandsktalende team og to dansktalende teams med bistand fra tolke, der er godt klædt på til behandlingsarbejdet.

Der er i evalueringsperioden gennemført seks behandlingsindsatser af hvert et års varighed med i alt 61 behandlingsrejser og 93 påbegyndte behandlingsforløb. De data, VIVE har adgang til, viser, at 55-63 % af disse behandlingsforløb bliver fuldført.

Generelt er der stor lokal velvilje over for Børnerejseholdet, og mange lokale aktører strækker sig langt for at sikre, at den samlede indsats i byen bliver en succes. Datamaterialet vidner dog om nogle samarbejdsproblemer, der især medfører



forsinkelser i arbejdet med at henvise og beskrive børnene i begyndelsen af behandlingsindsatsen, hvilket i sidste ende har medført, at nogle børn og unge fik kortere behandlingsforløb end det, der i virkeligheden var tiltænkt. For at nå i mål med henvisninger og beskrivelser af børnene sker det, at dette arbejde overtages af det lokale familiecenter eller Børnerejseholdets egne behandlere, hvilket ikke opleves som optimalt.

Derudover kræver det især de mindre steder tid at opbygge tilstrækkeligt lokalt kendskab hos behandlerne samt tillid mellem Børnerejseholdet og de lokale aktører/omsorgspersoner og børn, hvilket kan betyde, at der er mindre tid til selve behandlingen.

Afslutningsrapporterne dokumenterer, at rejseholdets behandlere anvender metoder, der er tilpasset målgruppens behov. På grund af forsinkelser, aflysninger og manglende gennemførelse af virtuelle samtaler modtager en del børn dog ikke det antal behandlingssamtaler, der er beskrevet i Børnerejseholdets model.

Endelig viser kapitlets analyser, at der ofte ikke følges op på børnene, når behandlingen afsluttes, hvilket især kan være problematisk for de børn og unge, der ikke er færdigbehandlet, når Børnerejseholdet afslutter deres behandlingsindsats i den udvalgte by. Rapporten kan ikke afgøre, hvilke konsekvenser den manglende opfølgning har haft for børnene, og om de trods alt har fået et udbytte af behandlingen. Både den manglende opfølgning og det, at nogle behandlingsforløb bliver kortere end tiltænkt, er dog et opmærksomhedspunkt, som det er vigtigt ikke kun at forsøge at ændre på, men også at indtænke i den måde, Børnerejseholdets indsats tilrettelægges på.

## 3 **Kompetenceudvikling og supervision**

### 3.1 **Rejseholdets aktiviteter omkring kompetenceudvikling, rådgivning og supervision**

En del af Børnerejseholdets indsats omfatter opkvalificering, rådgivning, sparring og supervision af lokale fagpersoner med det formål at ruste de lokale fagfolk til arbejdet med at opspore, forebygge og håndtere børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i lokalsamfundet. Denne del af indsatsen kan ske gennem kurser med fastlagte temaer, deltagelse på borgermøder, møder med/oplæg på skoler, døgninstitutioner, MISI eller politi, bygdebesøg, sparring i konkrete sager, udvikling af materiale til krisehåndtering eller supervision til fagpersonale. Denne del af arbejdet foregår enten fysisk i forbindelse med de konkrete besøg eller virtuelt mellem besøgene.

I 5 af de 6 byer, hvor Børnerejseholdet har haft en indsats i evalueringsperioden, er der gennemført et egentligt kursus fordelt over op til 10 moduler for relevante fagpersoner. I den sidste by var der ikke noget ønske om kompetenceudvikling blandt de lokale fagfolk. I stedet deltog Børnerejseholdet her i en række møder med fagfolk og borgere samt tilbød supervision til fagpersonale, fx sagsbehandlere og medarbejdere på familiecenteret.

I de byer, hvor Børnerejseholdet har gennemført kompetenceudviklingskurser, varierer antallet af afholdte kurser fra by til by, ligesom antallet af deltagere på hver kursusgang varierer. Men ud fra datagrundlaget tyder det på, at Børnerejseholdet har ydet rådgivning og kompetenceudvikling til et bredt udsnit af de lokale fagfolk, som er i berøring med børn og unge udsat for seksuelle overgreb.

Nogle kurser er blevet aflyst på grund af manglende tilmeldinger eller på grund af forsinkelser og dermed Børnerejseholdets prioritering af behandlingsarbejdet. Deltagerne i supervision og kompetenceudvikling varierer fra by til by og kan blandt andet være medarbejdere fra familiecentre/familiehuse, skoler og daginstitutioner, døgninstitutioner, kommunen, sygehuset og politiet. Der er også flere eksempler på, at Børnerejseholdet har holdt oplæg for større børn i de ældste klasser i grundskolen, på elevhjem eller efterskoler.

Emnerne for kompetenceudviklingen er:

- Omsorgstræthed.
- Almindelig og bekymrende seksuel udvikling hos børn. Barnets udvikling efter seksuelle overgreb. Børn og unge med krænkende adfærd.
- Tilknytning og tilknytningsforstyrrelser.
- Traumer og traumeefterreaktioner.
- Digitale seksuelle krænkelser.
- Selvmordsrisikovurdering.
- Krisesamtale og samtaleteknik.

Antallet af kursUSDeltagere, mødedeltagere og personer, der har modtaget supervision, varierer hen over det år, indsatsen i byen varer, og afhænger naturligt af byernes størrelse. Vi kender ikke det præcise antal, der har deltaget i kompetenceudvikling, møder og supervision, men VIVE vurderer samlet, at det drejer sig om mindst 3-400 personer i evalueringsperioden. Samlet set vurderer VIVE, at Børnerejseholdet har været i kontakt med og ydet hjælp til et meget bredt udsnit af fagfolk og borgere i de byer, de har besøgt.

## **3.2 Oplevelse af kompetenceudvikling og supervision**

VIVEs interviews med personer, der har deltaget i Børnerejseholdets kurser, tyder på stor tilfredshed med kurserne. Interviewpersonerne fortæller, at kurserne har givet dem nye redskaber og viden inden for arbejdet med børn og unge. De udtrykker blandt andet en stor tilfredshed over, at kurserne har været meget praksisorienterede, og at Børnerejseholdet har haft fokus på at inkludere konkrete eksempler, øvelser samt dialog og sparring omkring specifikke oplevelser. Interviewpersonerne udtrykker også, at Børnerejseholdet har formået at tilpasse kurserne i overensstemmelse med de kompetencer og redskaber, de manglede. Flere nævner især, at temaerne om omsorgstræthed, børnesamtaler og børns reaktioner efter traumatiske oplevelser har været særligt relevante i forhold til deres arbejde.

De evalueringer, som kursUSDeltagerne har udfyldt efter hver kursusgang, tyder ligeledes på stor tilfredshed. Her nævner flere stor tilfredshed med anvendelsen af konkrete eksempler, tydeligt og forståeligt indhold, og at behandlerne formår at formidle komplekse problemstillinger på en forståelig måde. På de kurser, som er blevet afholdt på grønlandsk, nævner nogle af deltagerne stor tilfredshed med, at

kurserne er foregået på grønlandsk. De grønlandsktalende behandlere fra Børnerejseholdet nævner også, at mange kursUSDeltagere føler, at kurserne på grønlandsk gør det lettere for dem at deltage aktivt og uden tilbageholdenhed, fordi der ikke er sproglige barrierer.

Nogle kursUSDeltagere nævner, at de gerne ville have endnu flere konkrete eksempler fra praksis, og at man kunne gå mere i dybden med nogle emner. Nogle påpeger behovet for længere kursUSDage for at kunne nå at gennemgå alle relevante emner. En anden interviewperson påpeger, at det kan være en udfordring for ufaglærte medarbejdere at implementere redskaberne i deres arbejde. Det kan blandt andet skyldes, at de ufaglærte ofte mangler den teoretiske baggrund og de nødvendige forudsætninger for at anvende redskaberne effektivt.

Det tyder på, at der gennem kurserne flere steder er blevet skabt lokal forankring af viden, og at der er sket et generelt kompetenceløft i arbejdet med børn og unge udsat for seksuelle overgreb. De interviewede giver nemlig udtryk for, at de generelt formår at implementere de teknikker og redskaber, som de har lært på kurserne, i deres daglige arbejde. I en by, hvor kurserne har haft særlig stor opbakning, påpeger en fagperson, at mange i byen fortsat anvender de lærte redskaber, og at der er opstået en mere fælles viden på tværs af forskellige områder.

### **3.3 Opsamling**

Rejserapporter, interviews og kursUSDeltageres evalueringer af Børnerejseholdets kompetenceudvikling tyder på, at Børnerejseholdet har ydet rådgivning, kurser og supervision til et bredt udsnit af de fagfolk og borgere, der er i berøring med børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, eller som har bekymrende seksuel adfærd. Det er VIVEs vurdering, at Børnerejseholdet har bidraget til et generelt kompetenceløft lokalt, så flere er i stand til at genkende tegnene på seksuelle overgreb, og så flere er i stand til at handle adækvat på deres bekymringer.

## 4 Børnene og deres udvikling

Dette kapitel beskriver de børn og unge, der har modtaget behandling af Børnerejseholdet, den konkrete behandling, de har modtaget, og den virkning, behandlingen har haft på børnene. Kapitlet bygger på de registreringer af børnenes trivsel og symptomer, som Børnerejseholdets behandlere har foretaget ved opstart og afslutning af børnenes individuelle behandlingsforløb, samt anonymiserede afslutningsrapporter, som beskriver børnenes udvikling fra behandlingsstart til slut – ligeledes foretaget af rejseholdets behandlere.

Børnerejseholdets håndbog angiver kriterierne for inklusion og eksklusion af børn i behandlingstilbuddet, hvilket betyder, at børn, der ikke befinder sig i en sikker situation i forhold til overgrebspersonen eller i øvrigt, samt børn med alvorlige psykiske lidelser eller misbrug sorteres fra. Det samme sker som udgangspunkt for børn, der ikke har oplevet seksuelle overgreb, men som måske har traumer efter vold eller omsorgssvigt. Børnerejseholdets rejserapporter og oversigter tyder på, at en del børn er blevet sorteret fra af disse grunde. Rejserapporter og afslutningsrapporter viser dog samtidig, at man i flere tilfælde har været nødt til at gå på kompromis med kriterierne. Det sker fx, fordi der ikke har været klarhed over barnets psykiske helbred før behandlingsforløbet, eller fordi det undervejs er kommet frem, at den mistænkte overgrebsperson fortsat kommer i barnets hjem.

I enkelte byer har der været for få henvisninger til Børnerejseholdets kapacitet, og der har man valgt at lempe inklusionskriterierne ved også at inkludere børn med andre traumer – fx oplevelser af vold.

Det følgende afsnit beskriver de børn og unge, der er henvist til behandlingstilbuddet, og hvor man på opstartsmødet har vurderet, at de skulle inkluderes i behandlingstilbuddet.

### 4.1 De deltagende børn og unge

85 % af de børn og unge, der er blevet udredt eller har modtaget behandling fra Børnerejseholdet, er piger. Børnenes alder spænder fra 4-18 år. 73 % af de behandlede børn er i alderen 13-18 år, mens de 27 % er mellem 4 og 12 år, da de påbegynder behandlingsforløbet.

I Børnerejseholdets afslutningsrapporter er der enkelte eksempler på børn og unge, der kommer fra ressourcestærke hjem, der er i stand til at tilbyde børnene god støtte og omsorg. De fleste kommer dog fra familier med relativt få omsorgs-

ressourcer, hvilket for mere end halvdelen af de deltagere, vi kender fra psykologernes afslutningsrapporter, har betydet, at de er eller har været anbragt uden for hjemmet enten i plejefamilie eller på døgninstitution. Enkelte af disse børn og unge har på behandlingstidspunktet støttende voksne omkring sig, der kan hjælpe dem i det terapeutiske forløb. Mange af afslutningsrapporterne vidner dog om børn og unge, der på behandlingstidspunktet ikke får opfyldt deres aktuelle behov for tryk- og omsorg, og som derfor kan have vanskeligt ved fuldt ud at indgå i et følelsesmæssigt krævende terapeutisk forløb. Følgende case er en sammenskrivning af flere børns afslutningsrapporter og illustrerer den situation, en del af børnene befinder sig i:

*Barnet selv har boet i flere forskellige plejefamilier, og barnets søskende har også været anbragt uden for hjemmet. Familien er derudover flyttet meget. Forældrene er nu skilt, og forældrene har svært ved at tale med barnet på grund af konfliktskyhed og egne konflikter. Rejseholdets behandlere vurderer, at det højkonflikte forhold mellem mor og far betyder vanskelige vilkår for terapi, fordi der aktuelt ikke er sikkerhed omkring barnet.*

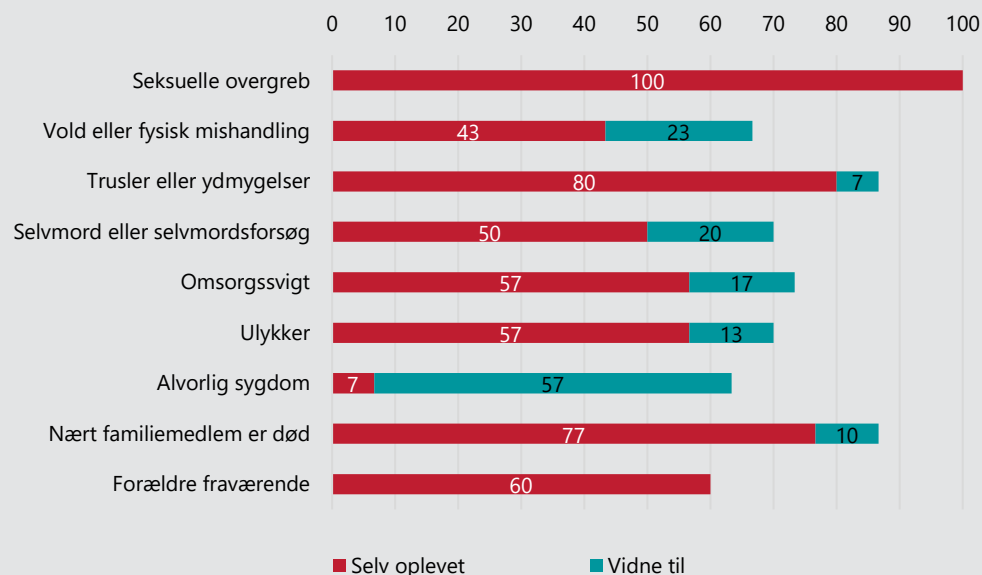
#### **4.1.1 Traumatiske hændelser i opvæksten**

Børnerejseholdets behandlere udfylder et såkaldt eventskema, hvor de deltagende børn og unge eller deres omsorgspersoner er blevet spurgt om, hvorvidt børnene selv har oplevet en række potentielt traumatiserende hændelser – eller om de har været vidner til disse hændelser. Svarene på disse spørgsmål er samlet i Figur 4.1.

Figuren viser, at alle de børn og unge, der har påbegyndt behandling hos Børnerejseholdet, har oplevet et seksuelt overgreb, og derudover har en stor del af børnene selv oplevet andre traumatiske hændelser såsom vold eller fysisk mishandling (43 %), trusler eller ydmygelser (80 %), selvmord eller selvmordsforsøg (50 %) eller omsorgssvigt (57 %). Når vi lægger de forskellige traumatiske hændelser sammen, finder vi, at kun 3 % af børnene ikke har oplevet andre traumatiske hændelser end det seksuelle overgreb, mens 65 % af de børn, vi har oplysninger om, har oplevet mindst fire traumatiske hændelser ud over det seksuelle overgreb.

**Figur 4.1      Traumatiske oplevelser i opvæksten**

Børn og unge, der har deltaget i Børnerejseholdets indsats. 2021-2023. Procent.



Anm.: N: 30.

Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

Afslutningsrapporterne bekræfter, at de fleste af børnene har en tung bagage af traumatiske hændelser med sig. Samtidig viser rapporterne, at de seksuelle overgreb kan have forskellig karakter, både når det kommer til karakteren af det seksuelle overgreb, og hvorvidt det seksuelle overgreb er blevet påvist, og gerningsmanden straffet. Nogle børn er således henvist til Børnerejseholdet, fordi de har oplevet befamling uden på tøjet fra fjerne familiemedlemmer. Andre har oplevet gentagne seksuelle overgreb fra nære omsorgspersoner. Nogle børn er selv under mistanke for at have begået et seksuelt overgreb på andre børn, mens nogle er henvist på grund af ikke-alderssvarende seksualiseret adfærd.

#### **4.1.2      Adfærdsmæssige og følelsesmæssige vanskeligheder**

På baggrund af de mange traumatiske hændelser i børnenes liv er det ikke overraskende, at størstedelen af de henviste børn har adfærdsmæssige og følelsesmæssige vanskeligheder af forskellig art. Disse vanskeligheder viser sig både, når Børnerejseholdets behandlere måler børnenes følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder ved hjælp af det validerede instrument SDQ (Strengths and Difficulties

Questionnaire), og kommer også til udtryk i behandlernes kvalitative beskrivelser af børnenes adfærd i behandlingsforløbet.

SDQ-instrumentet består af 25 spørgsmål, der belyser børnenes og de unges adfærdsmæssige og følelsesmæssige vanskeligheder på fem områder:

- Emotionelle problemer
- Adfærdsmæssige problemer
- Hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser
- Problemer i forhold til jævnaldrende
- Sociale styrker.

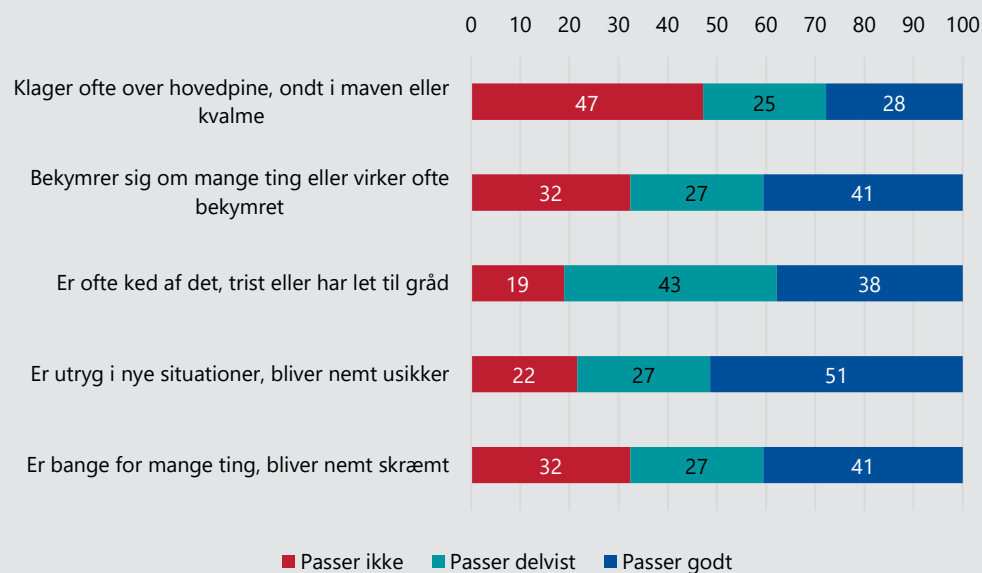
Spørgsmålene, der belyser de første fire problemområder, indgår i en samlet SDQ-skala. Derudover kan der beregnes en subskala for hvert af de fem delområder. SDQ-spørgeskemaet findes i en dansk og en grønlandsk version (se [sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py](http://sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py) for samlet liste over SDQ-spørgsmål på dansk og grønlandsk). Rejseholdets behandlere har stillet disse spørgsmål til børnenes forældre og andre omsorgspersoner i forbindelse med udredningen af børnene og har også bedt de unge om selv at besvare spørgsmålene. I analyserne har vi brugt forældrebesvarelserne for 3-12-årige børn og børnebesvarelserne for de 13-17-årige børn og unge.

Figur 4.2 viser svarfordelingen på de spørgsmål, der indgår i skalaen for emotionelle problemer ved opstarten af behandlingsforløbet. Her er det især utryghed og usikkerhed, der kendetegner børnene og de unge, mens færre oplever somatiske symptomer såsom hovedpine og ondt i maven. Derudover ser vi relativt mange, der svarer bekræftende på bekymring, tristhed og frygtsonhed.



**Figur 4.2      Emotionelle problemer**

Børn og unge, der har deltaget i Børnerejseholdets indsats. 2021-2023. Vurdering ved hjælp af SDQ-instrumentet ved opstart. Procent.



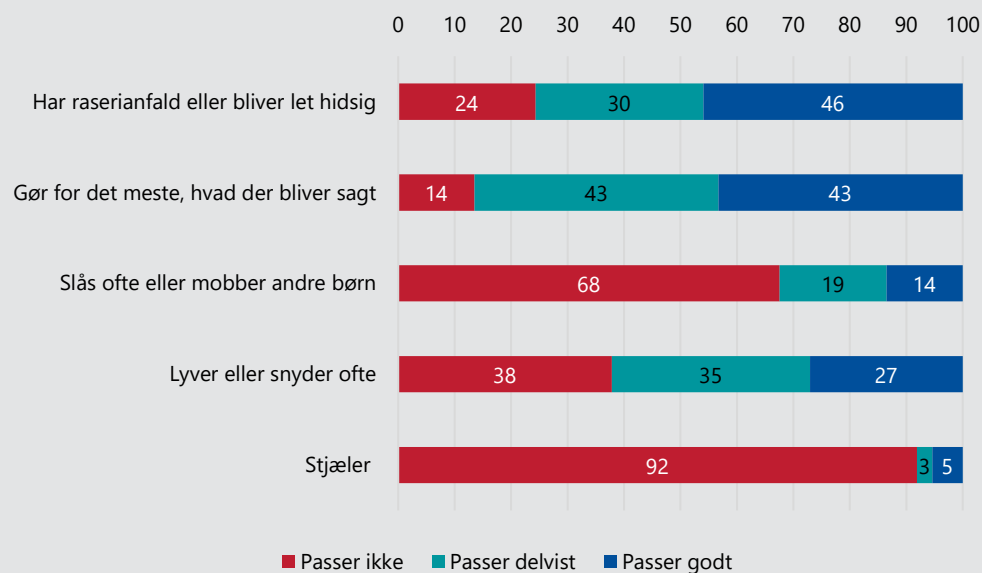
Anm.: N: 36.

Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

Videre ser vi i Figur 4.3 besvarelserne, der angår adfærdsmæssige problemer. Her ser vi relativt mange børn, der har tendens til raserianfald og hidsighed, og en del børn, der har tilbøjelighed til at lyve og snyde. Til gengæld er der relativt få børn, der stjæler.

**Figur 4.3      Adfærdsproblemer**

Børn og unge, der har deltaget i Børnerejseholdets indsats. 2021-2023. Vurdering ved hjælp af SDQ-instrumentet ved opstart. Procent.



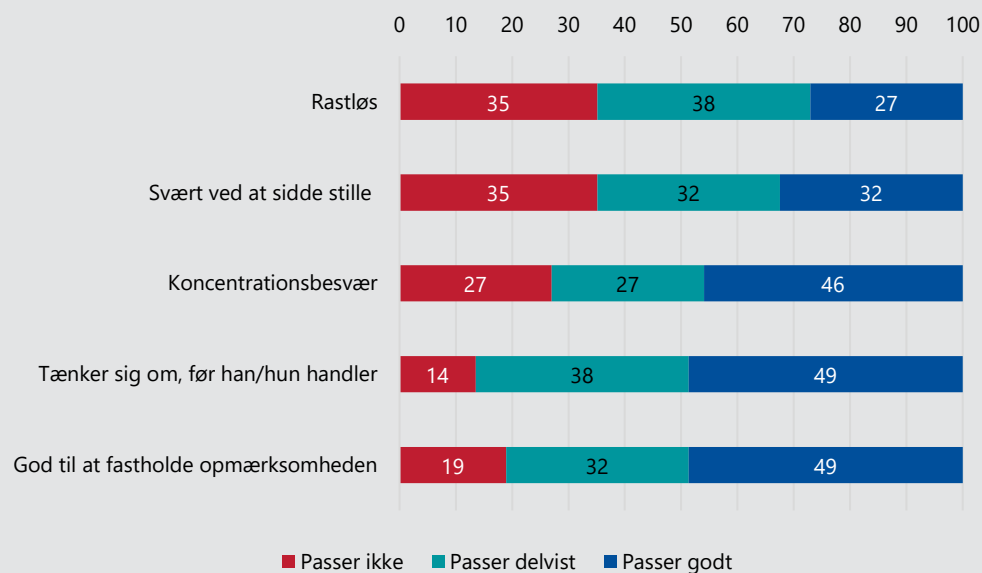
Anm.: N: 36.

Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

Figur 4.4 viser besvarelserne, der vedrører hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser. Her lægger vi mærke til, at en del har let ved at miste koncentrationen, og at en relativt stor andel har svært ved at sidde stille og holde hænder og fødder i ro. Til gengæld tænker de fleste sig om, før de handler, og de fleste er i stand til at færdiggøre de opgaver, de er i gang med.

**Figur 4.4    Hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser**

Børn og unge, der har deltaget i Børnerejseholdets indsats. 2021-2023. Vurdering ved hjælp af SDQ-instrumentet ved opstart. Procent.



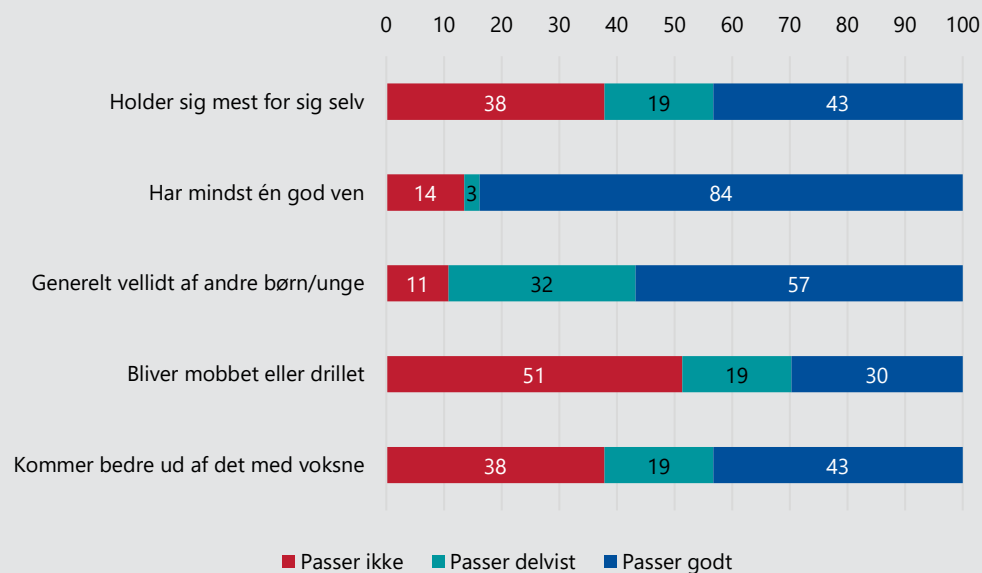
Anm.: N: 36.

Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

Når det kommer til problemer med jævnaldrende, der er vist i Figur 4.5, har de fleste af børnene mindst en god ven, og flertallet er generelt vellidt af andre børn. Omkring en tredjedel af børnene bliver dog mobbet af andre børn, og omkring 4 ud af 10 holder sig mest for sig selv eller kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn og unge.

**Figur 4.5 Problemer i forhold til jævnaldrende**

Børn og unge, der har deltaget i Børnerejseholdets indsats. 2021-2023. Vurdering ved hjælp af SDQ-instrumentet ved opstart. Procent.



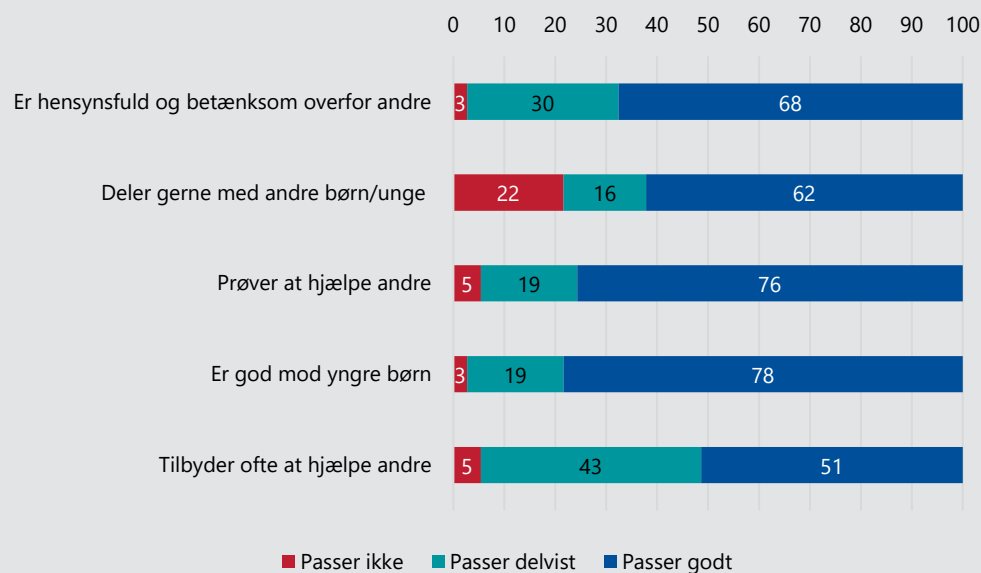
Anm.: N: 37.

Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

Den sidste subskala, der kan dannes ud fra SDQ-spørgsmålene, vedrører børn og unges sociale styrker. Besvarelser på disse spørgsmål, der ses i Figur 4.6, viser, at de fleste af de børn og unge, der er blevet visiteret til Børnerejseholdet, har tydelige sociale styrker som fx hjælpsomhed og omsorgsfuldhed over for voksne og mindre børn.

**Figur 4.6 Sociale styrker**

Børn og unge, der har deltaget i Børnerejseholdets indsats. 2021-2023. Vurdering ved hjælp af SDQ-instrumentet ved opstart. Procent.



Anm.: N: 37.

Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

I Figur 4.7 viser vi andelen af børn i børnerejseholdsindsatsen, der har et højt niveau af adfærdsmæssige og trivselsmæssige vanskeligheder målt med SDQ-instrumentet<sup>2</sup>. Vi viser dels andelen, der samlet set har et højt niveau af vanskeligheder, og andelen, der viser tegn på problemer på SDQ-instrumentets fem subskalaer.

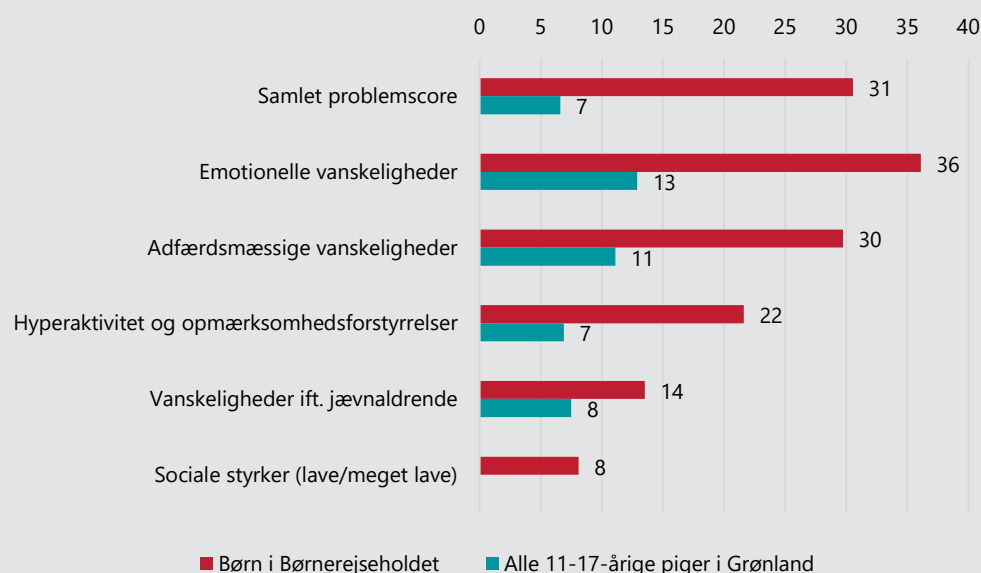
Ved opstarten af behandlingsforløbet havde 31 % af børnene med udgangspunkt i grønlandske normtal et højt eller meget højt niveau af adfærdsmæssige- og trivselsmæssige vanskeligheder målt på den samlede SDQ-skala. Dette er et væsentligt højere niveau af adfærds- og trivselsproblemer, end man ser i den generelle gruppe af 11-17-årige piger i Grønland, hvor 10 % scorer højt eller meget højt på SDQ-skalaen. Samtidig er det dog et væsentligt lavere niveau af trivsels- og adfærdsmæssige vanskeligheder, end vi ser i en dansk undersøgelse af børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, hvor 66 % scorede højt eller meget højt på SDQ-skalaen (Iversen m.fl., 2023). Forskellen kan både handle om, at grønlandske og danske SDQ-normtal er forskellige, men kan også angive, at børn, der har deltaget i

<sup>2</sup> Inddelingen af SDQ-skalaen er lavet med udgangspunkt i grønlandske normtal for 3-14-årige hhv. 11-17-årige piger, da piger udgør størstedelen af de behandlede børn i Børnerejseholdsindsatsen.

Børnerejseholdets indsats, har færre tegn på adfærdsmæssige og trivselsmæssige vanskeligheder end danske børn, der tilsvarende har oplevet seksuelle overgreb.

**Figur 4.7 Samlet vurdering af adfærd og trivsel**

Børn og unge, der ligger højt/meget højt på samlet SDQ-score samt fem SDQ-subskalaer sammenlignet med andre 11-17-årige grønlandske piger ved opstart 2021-2023. Procent.



Anm.: N: 36.

Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

Trivselsvanskelighederne blandt de børn, der er blevet visiteret til Børnerejseholdets indsats, viser sig især i form af emotionelle vanskeligheder (fx utryghed og usikkerhed), hvor 36 % af børnene i Børnerejseholdet scorer højt eller meget højt sammenlignet med 7 % af andre 11-17-årige piger. Derudover ser vi et højt niveau af adfærdsvanskeligheder (fx vrede og hidsighed) blandt 30 % af børnene i Børnerejseholdet mod 13 % af andre 11-17-årige piger. Til gengæld ser vi færre børn i Børnerejseholdet, der viser tegn på vanskeligheder med hyperaktivitet eller vanskeligheder i forhold til jævnaldrende. Og når det gælder sociale styrker, ser børnene i Børnerejseholdet ud til at klare sig lige så godt som andre grønlandske piger.

I Rejseholdets afslutningsrapporter om børnene er der ofte detaljerede beskrivelser af børnenes følelsesmæssige og adfærdsmæssige fremtræden ved sagens start. Her ser vi, hvordan utryghed og tendens til vrede i flere tilfælde kommer til udtryk på samme tid. Følgende er en sammenskrivning af flere børns afslutningsrapporter, der viser, hvordan utryghed og tendens til vrede kan optræde samtidigt:

*Barnet er meget betuttet og virker til at have svært ved at være i rummet. I barnets mimik spores ingen glæde, og der er minimalt brug af sprog i udredningssamtalen. Barnet kan ikke fortælle verbalt om oplevelser, og når de fortælles gennem terapimaterialet, bærer de præg af kaotiske traumefortællinger med stærke følelser af vrede, forladthed, angst for det ukendte og hjælpeløshed.*

Andre børn fremstår ved første indtryk mere socialt og psykisk velfungerende, hvilket dog i nogle tilfælde dækker over, at barnet har udviklet stærke beskyttelses- og mestringsstrategier til at håndtere sine traumer. Disse beskyttelsesmekanismer kan være hensigtsmæssige på kort sigt, men kan samtidig bremse barnet i at få kontakt med sine følelser. Følgende citat er igen en sammenskrivning af flere børns afslutningsrapporter og viser, hvordan børn, der har svært ved at komme i kontakt med deres følelser, kan fremstå:

*Barnet vil helst spille spil og lave aktiviteter, der har fokus på positive oplevelser. Det har for barnet været mere vanskeligt at tale om det, der kan være svært. Barnet er samarbejdsvilligt, meget høfligt og til tider overtilpasset. Barnet er meget loyal over for de mennesker, der er tæt på, og kan have svært ved at give udtryk for, at der også kan være ting, der er mere udfordrende. Barnet viser sit glade ansigt udadtil, men kan være udfordret i at forholde sig til mere negativt prægede følelser såsom vrede og kedafthed – og derved også situationer, der har været ubehagelige. Barnet er svært at nå ind til, og der skal en meget høj grad af tillid til, før barnet åbner op.*

#### **4.1.3 PTSD-symptomer**

Nogle børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, udvikler posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Karakteren og graden af PTSD måler Børnerejseholdets behandlere ved hjælp af ITQ-CA (13-17-årige børn) og Miki-testen (6-12-årige), der begge er oversat til grønlandsk, men på tidspunktet, hvor de blev anvendt af Børnerejseholdet, endnu ikke var valideret på den grønlandske børnepopulation. Ved opstartsmøderne med Børnerejseholdet er ITQ-CA udfyldt af 22 13-17-årige unge, mens Miki-testen er udfyldt for 3 6-12-årige børn.

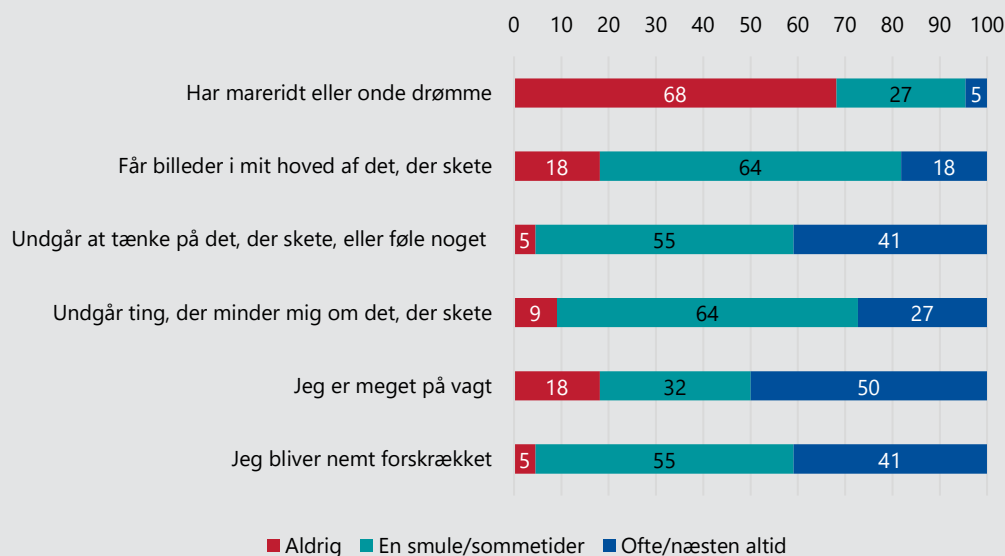
På grund af de få besvarelser af Miki-testen viser vi ikke detaljerede besvarelser af de mindre børns PTSD-symptomer – dette for at sikre deltagernes anonymitet. Figur 4.8 og Figur 4.9 viser således udelukkende niveauet af PTSD for de 22 13-17-årige, der er blevet visiteret til Børnerejseholdet i undersøgelsesperioden.

ITQ-CA-testen måler en række symptomer på overordnet PTSD og begrænsninger i selvorganisering, der tilsammen indgår i en vurdering af, om den testede person lever op til kriterierne for kompleks PTSD. Derudover indeholder screeningsinstrumentet spørgsmål om, hvorvidt symptomerne begrænser den behandlede person i forskellige dagligdagssituationer. For at få diagnosen PTSD skal den unge både have symptomer på genoplevelse, undgåelsesadfærd og vagtsomhed – og være begrænset af disse symptomer i hverdagen i større eller mindre omfang. Kompleks PTSD-diagnosen kræver, at den unge lever op til kriterierne for PTSD-diagnosen og derudover har symptomer på manglende selvorganisering i form af manglende affektregulering, lav selvopfattelse og manglende nærhed til andre mennesker + en oplevelse af at være begrænset af disse symptomer i hverdagen.

Figur 4.8 viser de unges besvarelser af spørgsmålene vedrørende overordnet PTSD. Vi ser, at de unge især scorer højt på vagtsomhed, idet halvdelen af de unge ofte eller næsten altid oplever at være på vagt, og idet at 41 % svarer, at de ofte eller næsten altid har nemt ved at blive forskrækkede. En del unge har også undgåelsesadfærd, idet 41 % svarer, at de ofte eller næsten altid prøver at undgå at tænke på det, der skete. Til gengæld oplever relativt få af de unge genoplevelsessymptomer i form af fx mareridt.

**Figur 4.8 Symptomer på overordnet PTSD**

Børn og unge, der har deltaget i Børnerejseholdets indsats 2021-2023. Vurdering ved hjælp af ITQ-CA ved opstart. Procent.



Anm.: N: 22.

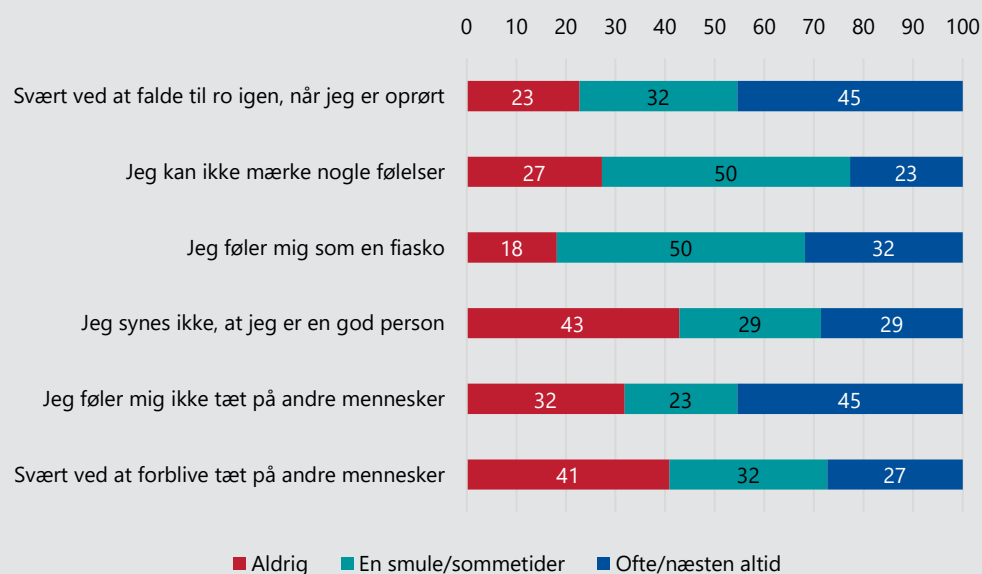
Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.



Figur 4.9 viser, at de unge i forskellig grad oplever symptomer på manglende selvorganisering. Knap halvdelen, 45 %, svarer, at de ofte eller næsten altid har svært ved at regulere negative følelser, mens færre, 23 %, angiver, at de oplever et fravær af følelser. Omkring en tredjedel viser hyppigt symptomer på lav selvopfattelse (fx følelse af ikke at være god nok). Og henholdsvis 45 og 27 % svarer, at de hyppigt er udfordrede i deres relationer til andre, idet de har svært ved at være tæt på andre mennesker hhv. har svært ved at holde fast i kontakten til andre.

**Figur 4.9 Symptomer på problemer med selvorganisering**

Børn, der har deltaget i Børnerejseholdets indsats 2021-2023. Vurdering ved hjælp af ITQ-CA ved opstart. Procent.

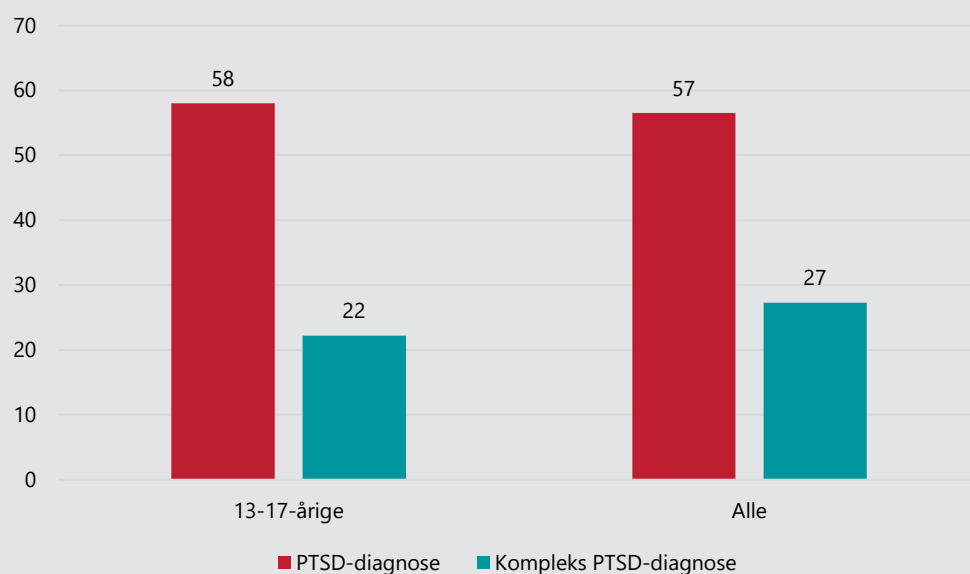


Anm.: N: 22.

Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

Figur 4.10 viser andelen af børn og unge, der samlet set lever op til kriterierne for overordnet PTSD og kompleks PTSD, separat for de 13-17-årige og inklusive de 6-12-årige, der er målt ved hjælp af Miki-testen. Ved behandlingens opstart levede 57 % af de visiterede børn og unge op til kriterierne for PTSD, mens 27 % levede op til kriterierne for kompleks PTSD.

**Figur 4.10** Andel af børnene, der lever op til kriterierne for PTSD og Kompleks PTSD-diagnose



Anm.: N: 22.

Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

## 4.2 Børnenes udvikling i løbet af behandlingsforløbet

### 4.2.1 Kendetegn ved børn, der gennemfører et behandlingsforløb

I de tre byer, hvor der er gennemført behandlingsindsats ved Børnerejseholdet i 2022-2023, har vi, som Tabel 4.1 viser, kendskab til 44 børn, der er blevet vurderet på et opstartsmøde, og 29 børn, der er blevet vurderet ved afslutningen af behandlingsforløbet. I alt har 66 % af de deltagende børn altså gennemført behandlingsforløbet.

**Tabel 4.1** Opstartede og afsluttede behandlingsforløb i tre kommuner, der har modtaget behandling ved Børnerejseholdet i 2022 og 2023

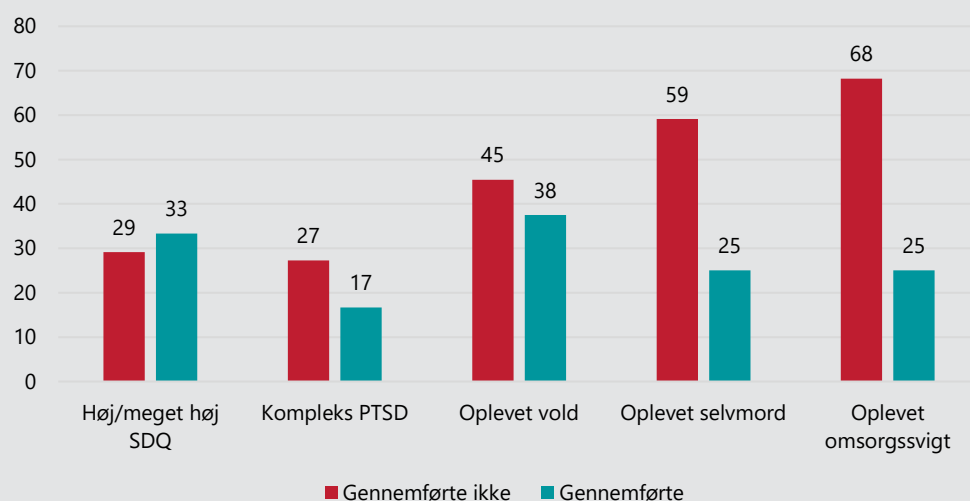
|           | Antal opstartede forløb | Antal afsluttede forløb | Andel, der har gennemført |
|-----------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Kommune 1 | 17                      | 11                      | 65 %                      |
| Kommune 2 | 13                      | 10                      | 77 %                      |
| Kommune 3 | 14                      | 8                       | 57 %                      |
| I alt     | 44                      | 29                      | 66 %                      |

Kilde: Børnerejseholdets rejserapporter og egne oversigter.

Årsagerne til ikke at gennemføre et behandlingsforløb kan fx være, at barnet er flyttet undervejs i forløbet, eller at barnet er blevet anbragt uden for hjemmet. Der er dog også børn, der stopper forløbet, uden at der er angivet nogen specifik grund.

Når vi i Figur 4.11 sammenligner dem, der gennemfører forløbet, med dem, der ikke gennemfører, ser vi, at dem, der falder fra, scorer lidt højere på SDQ-skalaen og lidt oftere har komplekse PTSD-diagnoser. Dem, der gennemfører forløbet, er desuden kendetegnet ved, at de i mindre grad har oplevet vold, selvmord og omsorgssvigt. Der er således tegn på, at de børn, der gennemfører behandlingsforløbet, er lidt mindre belastede end de børn, der falder fra undervejs.

**Figur 4.11** Børn, der gennemfører behandlingsforløbet, sammenlignet med børn, der ikke gennemfører



Anm.: N: 36.

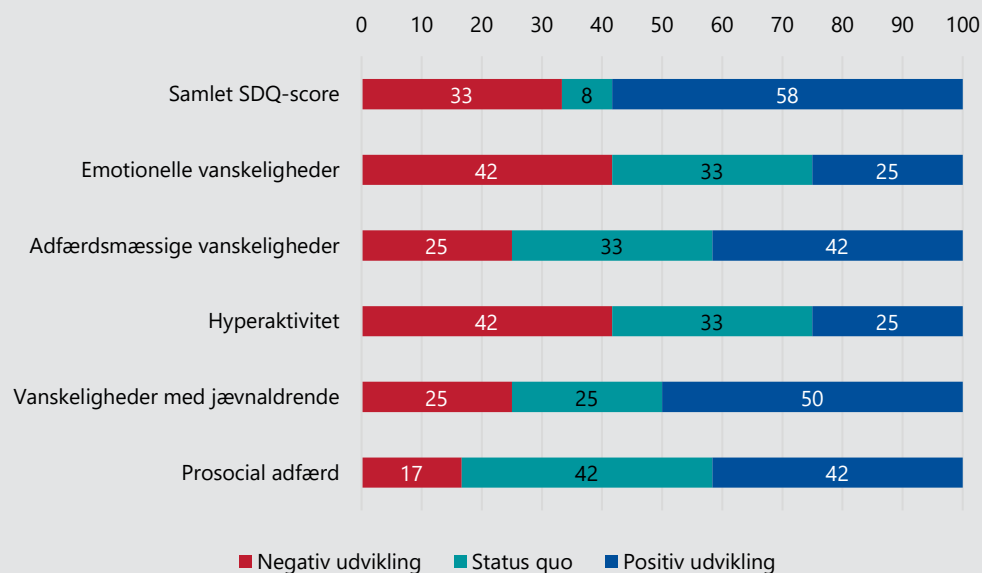
Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

#### **4.2.2 Børnenes udvikling ifølge de kvantitative måleinstrumenter**

De følgende figurer viser udviklingen hos de børn, der har gennemført et behandlingsforløb, og hvor vi har modtaget data baseret på vurderingen af børnene ved opstart og afslutning af forløbet. Tallene bygger på relativt få børn, der ikke nødvendigvis er repræsentative for alle, der har modtaget behandling ved Børnerejseholdet efter de ændringer, der fandt sted i 2021. De kan dog sammen med de beskrivelser, der fremgår af børnenes afslutningsrapporter, give en indikation af, hvad behandlingen har betydet for de deltagende børns trivsel.

Når vi sammenligner børnenes score på SDQ-skalaen ved opstart og afslutning af forløbet ser vi, jf. Figur 4.12, at 58 % opnår en lavere score på SDQ-skalaen og dermed en forbedring af deres adfærdsmæssige og trivselsmæssige vanskeligheder. 8 % opnår ingen ændring, mens 33 % viser flere tegn på adfærdsmæssige og trivselsmæssige vanskeligheder ved afslutningsmålingen end ved opstartsmålingen. Ifølge SDQ-målingen udvikler børnene sig især positivt i forhold til udadvendt adfærd og problemer med kammerater. Omvendt ser det ud til, at børnene ved afslutningen af forløbet har flere tegn på emotionelle vanskeligheder og hyperaktivitet, end de havde ved opstarten af forløbet. Dette er dog, som afsnit 4.2.3 beskriver, ikke ensbetydende med, at børnene har udviklet flere emotionelle problemer eller mere hyperaktivitet i løbet af behandlingsforløbet, men kan være udtryk for, at børnene i højere grad mærker deres følelser og reagerer på de traumatiske oplevelser, de har haft – og derfor i højere grad svarer bekræftende på disse spørgsmål ved afslutningsudredningen.

**Figur 4.12 Børnenes udvikling målt med SDQ-skalaen og SDQ-subskalaer inddelt efter, om der har været en positiv, neutral eller negativ udvikling**



Anm.: N: 12.

Kilde: Børnerejseholdets udredningsskemaer.

I datasættet er der kun 4 børn, der har udfyldt ITQ-CA-skemaet ved både opstart og afslutning af forløbet, og vi kan derfor ikke bruge dette data til at vurdere børnenes udvikling.

### 4.2.3 Børnenes udvikling ifølge afslutningsrapporterne

Afslutningsrapporterne viser en stor forskellighed i børnenes konkrete udvikling og giver også nogle mulige forklaringer på, hvorfor det ikke altid er muligt at måle børnenes udvikling ved hjælp af de anvendte kvantitative måleredskaber. Nogle børn føler sig hurtigt trygge ved terapeuten, er imødekommende og nysgerrige over for behandlingen og viser tydelige tegn på, at der sker en bearbejdning af deres følelsesmæssige vanskeligheder. Det kan fx komme til udtryk som i følgende eksempel fra en behandlingsrapport, der beskriver et barn, der gennem legeterapi ser ud til at blive bedre til at vise og kontrollere følelser og gradvist viser tegn på øget håb og handlekraft gennem legen:

*De første par gange vreden kommer til udtryk, er det ikke muligt at få kontakt til barnet eller at regulere vreden ned. Nogle gange er barnet på sidelinjen af den traumatiserede leg. Andre gange er barnet den, der bliver skadet. Dem, der bliver skadet i legen, bliver efterladt. De får ikke hjælp eller bliver hentet. Det er kun de døde, der bliver hentet og bragt væk. Familierne slås altid indbyrdes, og børnene skades og efterlades.*

[Barnets reaktion på legeterapien]: *Barnet virker gentagne gange forvirret over hjælperollen og nærmest overrasket over, at nogen kan hjælpes. Barnet begynder at opstille lege, hvor [terapeuten] skal færdiggøre slutningen. Her bruger [terapeuten] hjælperen til at redde de skadede dyr og mennesker. Barnet kigger meget fascineret med og bliver til tider ked af det og har brug for at holde om en bamse. Efter nogen tid begynder barnet selv at redde de skadede.*

*Hver gang legeterapien afsluttes, sker der en indre mental forløsning, der er meget tydelig at se udefra. Den voldsomme vrede, der kom til udtryk i legeterapien, bliver igennem forløbet mere rammesat og behersket. Barnet får mere kontrol over vreden, samtidig med at barnet føler sig mere tryk ved at vise de stærke følelser.*

Andre børn og unge bruger længere tid på at opbygge tillid til terapeuten og på at blive tryk ved behandlingsmetoderne og viser først sent i behandlingsforløbet tegn på udvikling i deres følelsesmæssige udtryk. Dette kan vise sig ved, at de kun i mindre grad rykker sig på de målte parametre. Denne "forsinkede" udvikling ses også ved de føromtalt "overtilpassede børn", der umiddelbart fremtræder socialt og psykisk velfungerende på grund af stærke beskyttelses- og mestringsstrategier, der dog kan dække over vanskeligheder med at mærke og udtrykke følelser, der som beskrevet er et af symptomerne på posttraumatisk stress. For disse børn kan de kvantitative målinger vise status quo ved behandlingsforløbets afslutning, men der kan også, som allerede nævnt, være børn, der lykkes med at forholde sig til og vise de svære følelser, og som derfor kan vise flere symptomer på emotionelle eller adfærdsmæssige vanskeligheder ved behandlingsforløbets afslutning end ved opstarten, selvom de faktisk har fået udbytte af behandlingsforløbet. Dette kan være forklaringen på, at der, som Figur 4.12 viser, er flere børn med emotionelle vanskeligheder ifølge SDQ-testen ved behandlingsforløbets afslutning end ved opstart.

Følgende er et uddrag fra en behandlingsrapport, der viser, hvordan det behandlede barn i behandlingssituationen fremstår imødekommende og opmærksom på omgivelsernes krav og behov, men forsøger at undgå at tænke på eller tale om det, der kan være svært:

*Barnet er smilende og forventningsfuld og hurtig til at finde sig til rette i samtalerummet. Barnet søger ofte øjenkontakt og er tydeligt optaget af, at terapeuten skal føle sig godt tilpas. Barnet har deltaget meget aktivt i behandlingsforløbet og har taget smilende imod de aktiviteter, der er blevet lavet. Barnet har været god til at bruge rummet til især at tale om de gode ting, men har vanskeligt ved at tale om det, der kan være svært. Der er bekymring for, at barnets følelsesmæssige reaktioner kan blive tydeligere i teenageårene.*

Uden at det er muligt at generalisere ud fra de 12 børns behandlingsforløb, tyder dette data på, at det især er børn, der aktuelt lever i relativt trygge og stabile rammer, der relativt hurtigt opnår tilstrækkelig tryghed til at åbne op for de svære følelser og deltage i behandlingsforløbet. Dermed er det også de børn, der på de målbare parametre ser ud til at få det største udbytte af behandlingsforløbet.

## 4.3 Opsamling

85 % af de børn, der har været visiteret til Børnerejseholdets behandlingstilbud, er piger. Langt de fleste har selv oplevet et seksuelt overgreb, men der er i afslutningsrapporterne også flere eksempler på børn, der er mistænkt for at krænke andre, eller som har en bekymrende seksuel adfærd. Derudover har mange oplevet en lang række traumatiske hændelser i deres opvækst.

De fleste kommer fra svære familieforhold, og halvdelen af de børn, der optræder i de afslutningsrapporter, VIVE har fået tilsendt, bor i en plejefamilie eller på en døgninstitution. Undervejs i forløbet falder omkring 37-45 % af børnene fra. For en dels vedkommende skyldes det en anbringelse uden for hjemmet. Andre flytter eller stopper, fordi de ikke har lyst.

31 % af de deltagende børn har et forhøjet niveau af trivselsmæssige og adfærdsmæssige problemer, når de måles med SDQ-instrumentet og scores ved hjælp af grønlandske normtal. Dette er væsentligt flere end blandt grønlandske piger i samme aldersgruppe, men færre end vi ser blandt danske børn, der har modtaget behandling i forbindelse med seksuelle overgreb. Børnene i Børnerejseholdet viser især tegn på emotionelle problemer og adfærdsmæssige problemer, mens færre har problemer med hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser.

57 % af de udredte børn levede op til kriterierne for PTSD, mens 27 % levede op til kriterierne for kompleks PTSD.

De børn, der gennemfører forløbet, har ifølge de test, der udføres ved udredningen, generelt en bedre trivsel end de børn, der falder fra, og de har færre traumatiske oplevelser med i bagagen. Afslutningsrapporterne viser desuden, at de børn, der aktuelt lever under trygge forhold, har nemmere ved at indgå i behandlingsforløbet og umiddelbart ser ud til at udvikle sig mest.

Når vi sammenligner før- og eftermålinger på de 12 børn, hvor det er muligt at koble et afslutningsskema med et udredningsskema, finder vi, at 58 % oplever en positiv udvikling hen over behandlingsforløbet, 8 % ligger på samme niveau som ved udgangspunktet, mens 33 % oplever en forværring målt med SDQ.

De kvalitative data illustrerer, hvordan nogle børn får et stort udbytte af behandlingen og undervejs viser tydelige tegn på at komme i kontakt med, forstå og håndtere deres følelser og opnår en højere grad af håb og glæde. Andre børn tager lang tid om at opbygge tillid til behandleren og forsøger at undgå at tale om de svære ting. Disse børn opnår formodentlig også en gevinst ved behandlingen, men den er mindre synlig, og vurderingen er, at der er behov for yderligere behandling ved afslutningen af forløbet.

Derudover er der behov for mere systematisk dokumentation, så mere af den dokumentation, der faktisk indsamles, kan bruges til at synliggøre behandlingens virkning på børnene.



# Litteratur

Dahl, K.M., Kloppenborg, H.S., Pedersen, N.J.M., Luckow, S.T. & Kreutzmann, A. (2021). *Kortlægning af plejefamilieområdet i Grønland*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Dahl, K.M., Olsen, M.G., Hansen, H. & Henze-Pedersen, S. (2022). *Undersøgelse af familiecentre og familiehuse i Grønland*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Iversen, K., Hansen, H., Henze-Pedersen, S., Jensen, J.K., Andreasen, A.G. & Pontoppidan, M. (2023). *Behandling til børn og unge udsat for seksuelle overgreb – Slut-evaluering af traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Larsen, C.V.L., Hansen, C.B., Ingemann, C., Jørgensen, M.E., Olesen, I., Sørensen, I.K., Koch, A., Backer, V. & Bjerregaard, P. (2019). *Befolkningsundersøgelse i Grønland 2018 – Levevilkår, livsstil og helbred: Oversigt over indikatorer for folkesundheden*. København: Statens Institut for Sundhed, SDU.

Social- og Indenrigsministeriet, Justitsministeriet & Naalakkersuisut (2020). *Grønlandsk-dansk tværgående arbejde for en styrket indsats for udsatte børn og unge i Grønland*. København & Nuuk: Social- og Indenrigsministeriet, Justitsministeriet, Naalakkersuisut.

Socialstyrelsen (u.å.). *Håndbog til Børnerejseholdet (internt dokument udarbejdet af Socialstyrelsen i Grønland)*. Nuuk: Socialstyrelsen.

