



SBU BEREDER
PUBLIKATION NR: 380
ISBN: 978-91-987555-9-6
PUBLICERAD: 26 AUGUSTI 2024
NEDLADDAD: 10 MAJ 2026

Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser för barn 7 år eller yngre som utsatts för sexuellt våld

En systematisk översikt och etiska aspekter

Innehåll

Populärvetenskaplig sammanfattning	4
Huvudbudskap	4
Slutsatser	4
Hur kan de viktigaste resultaten förstås?	4
Vad handlar rapporten om?	5
Vilka studier ligger till grund för resultaten?	5
1. Inledning	7
1.1 Uppdrag	7
1.2 Syfte	7
1.3 Målgrupper	7
2. Bakgrund	9
2.1 Barns reaktioner vid sexuellt våld	10
2.2 Sexuellt våld	11
2.3 Svensk praxis	13
2.4 Tidigare kunskapsöversikter om insatser till barn som utsatts för olika typer av våld och trauma	17
3. Metod	20
3.1 Frågor	20
3.2 Metod för översikt av effekter på hälsa	20
3.3 Metod för att undersöka etiska aspekter	23
4. Urval av studier	24
5. Resultat	25
5.1 Sammanfattning av resultaten	25
5.2 Sammanvägda resultat och bedömning av tillförlitlighet	26
6. Etiska regler	27
6.1 Utgångspunkter	27
6.2 Vilken betydelse kan insatser ha för olika etiska värden?	28
6.3 Vilka professionsetiska aspekter reser insatser till barn som utsatts för sexuellt våld?	30
6.4 Forskningsetiska aspekter	30
7. Diskussion	33
7.1 Avgränsningar	33

7.2 Tillförlitligheten för psykologiska eller psykosociala insatser för barn 7 år eller yngre vid sexuellt våld	33
7.3 Implikationer för praktiken	36
7.4 Planering av insatser	36
7.5 Metoddiskussion	37
8. Överväganden för forskning	39
9. Medverkande	41
9.1 Projektgrupp	41
9.2 Bindningar och jäv	41
9.3 SBU:s vetenskapliga råd	42
10. Ordförklaringar och förkortningar	43
11. Referenser	46
12. Bilagor	53

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.sbu.se/380

ISBN 978-91-987555-9-6

Populärvetenskaplig sammanfattning

Huvudbudskap

Det behövs mer forskning om psykologiska och psykosociala insatser för yngre barn som själva utsatts för sexuellt våld eller exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts.

Slutsatser

Efter att ha granskat den vetenskapliga litteraturen har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, dragit följande slutsatser:

- Det finns för få välgjorda studier för att kunna dra några slutsatser om effekten av psykologiska eller psykosociala insatser för barn (7 år eller yngre) som själva utsatts för sexuellt våld, alternativt som exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts.
- Att bli utsatt för sexuellt våld innebär kränkningar av personens integritet, självbestämmande och värdighet. Det kan medföra en negativ påverkan på framtida livskvalitet och skada personens möjligheter till att leva ett tryggt, rikt och självständigt liv. Yngre barn kan ha svårt både att förstå att de utsatts för ett övergrepp och att rapportera övergreppet. Detta innebär att etiska värden som hälsa och välbefinnande, autonomi och integritet men även professions- och forskningsetiska aspekter är viktiga att beakta.

Hur kan de viktigaste resultaten förstås?

Barn som utsatts för sexuellt våld har grundläggande rättigheter att få tillgång till skydd, stöd och rehabilitering enligt Barnkonventionen [74]. Eftersom bara två tillräckligt välgjorda studier kunde identifieras har det dock inte gått att dra några slutsatser om effekten av psykologiska eller psykosociala insatser för yngre barn som utsatts eller exponerats för sexuellt våld. Det betyder inte att det är klarlagt att sådana insatser inte är har någon effekt, utan att det behövs fler välgjorda studier för att kunna bedöma effekten.

Trots att det saknas forskning för yngre barn som utsatts för sexuellt våld så finns kunskap kring behandling av yngre barn som utsatts för andra typer av våld, trauman och olyckor. Insatser bör ges utifrån barnets situation, förutsättningar och symtom, snarare än efter vilken typ av trauma som barnet utsatts för. Även inom gruppen yngre barn finns det skillnader i vilken typ av insats som kan vara lämplig beroende på barnens ålder och

omständigheterna i övrigt. Till exempel skiljer sig spädbarns förutsättningar från 6- till 7-åringars. De insatser som ges behöver följas upp och utvärderas noggrant.

Det finns inte några nationella kliniska riktlinjer i Sverige kring hur barn i olika åldrar som utsatts för sexuella övergrepp ska få hjälp och vård och det förekommer stora variationer när det gäller tillgång till interventioner.

Vad handlar rapporten om?

Verksamheter som möter barn som är 7 år eller yngre och där barnen själva utsatts för sexuellt våld, alternativt exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts, efterfrågar kunskap om denna målgrupp till exempel avseende verksamma behandlingsinsatser. Syftet med denna systematiska översikt var att utvärdera det vetenskapliga kunskapsläget för psykosociala eller psykologiska behandlingsinsatser för barn 7 år eller yngre som själva utsatts eller exponerats för att någon närstående har utsatts för sexuellt våld. I rapporten ingår även etiska aspekter.

Vilka studier ligger till grund för resultatet?

Efter en systematisk och bred litteratursökning i maj år 2023 identifierades två relevanta och tillräckligt välgjorda studier om effekter av kognitiv beteendeterapi. I studien av Cohen och medförfattare från år 1993 undersöks effekten av kognitiv beteendeterapi för sexuellt utsatta förskolebarn jämfört med icke-direktiv stödterapi för barn i förskoleåldern som utsatts för sexuellt våld. I denna kognitiva beteendeterapi tas ämnen relaterade till de sexuella övergreppen upp, till exempel säkerhetsstrategier. Stödterapin är utformad så att sexuellt våld inte *specifikt* tas upp. Både barnet och en vårdnadshavare (icke-förövaren) behandlas. I studien av Deblinger och medförfattare från år 2001 undersöks effekten av kognitiv beteendegrupp på symtom jämfört med stödgrupp.

Innehållsdeklaration

Denna publikation innehåller:

- En eller flera systematiska översikter
- En bedömning av etiska och sociala aspekter

SBU använder en noggrann process för att säkerställa att våra resultat är vetenskapligt väl underbyggda. För den här rapporten har vi gjort följande:

Tagit fram ett vetenskapligt underlag tillsammans med externa sakkunniga:

- Gjort en strukturerad och uttömmande litteratursökning
- Granskat om studierna vi hittat är relevanta
- Granskat om det finns metodbrister i studierna som skulle kunna påverka resultaten och ge risk för snedvridning

Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

- Externa sakkunniga
- SBU:s kvalitetssäkringsgrupp
- SBU:s vetenskapliga råd

Citera denna rapport

SBU. Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser för barn 7 år eller yngre som utsatts för sexuellt våld. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2024. SBU Bereder 380. [accessed date]. Available from: <https://www.sbu.se/380>

1. Inledning

1.1 Uppdrag

SBU har fått i uppdrag av regeringen (Kap 5 ur Skr. 2016/17:10)¹ att i samråd med Socialstyrelsen ta fram kunskapsunderlag som Socialstyrelsen behöver för att ta fram kunskapsstöd avseende vård för personer som utsatts för sexuellt våld. Uppdraget omfattar patienter på alla vårdnivåer och såväl i ett akut som i ett senare skede. Inom ramen för uppdraget utvärderar SBU också insatser för två andra grupper: Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser för personer med intellektuell funktionsnedsättning som utsatts för sexuellt våld [1] samt Vård för personer som utsatts för sexuellt våld – psykologisk behandling för personer med komplex PTSD [2]. I de tre rapporterna har något olika metodologiska vägval gjorts.

¹ <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/11/en-nationell-strategi-for-att-forebygga-och-bekampa-mans-vald-mot-kvinnor/>

1.2 Syfte

I denna rapport uppmärksammas det vetenskapliga kunskapsläget för psykosociala eller psykologiska behandlingsinsatser för barn 7 år eller yngre som själva utsatts för sexuellt våld eller som exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts.

1.3 Målgrupper

Socialstyrelsen, men även andra myndigheter och aktörer. Relevanta målgrupper är bland annat hälso- och sjukvård för barn, Barnahus, Barnafriad, Nationellt centrum för kvinnofriad (NCK), Myndigheten för delaktighet (MFD), Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS). Utöver ovanstående kan även följande intressenter nämnas:

- Svenska Barnläkarföreningen och deras delförening för Barn som far illa
- Psykologförbundet med deras nationella föreningar Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård samt Psykologer i förskola och skola
- Rädda Barnens centrum för stöd och behandling
- Ericastiftelsen
- Barnombudsmannen
- BRIS
- SKR, Sveriges kommuner och regioner

- Mottagningar för yngre barn
- Familjevårdens Centralorganisation, FACO (<https://faco.nu/om-faco>)

2. Bakgrund

Det är svårt att bilda sig en uppfattning om förekomsten av sexuellt våld mot barn som är 7 år eller yngre. Prevalensen i olika länder skiljer sig beroende på lagstiftningen och hur sexuellt våld definieras och mäts. Ett sätt att beskriva förekomsten av sexuellt våld mot yngre barn skulle kunna vara att utgå från brottsstatistiken om hur många polisanmälningar som har gjorts eller hur många personer som har dömts för ett sådant brott.

Brottsförebyggande rådet (Brå) ansvarar för den officiella kriminalstatistiken i Sverige [3]. Antalet anmälda sexualbrott mot barn redovisas dock endast för alla barn under 15 år tillsammans. Det går alltså inte att göra en sökning endast för yngre barn i statistikdatabasen över anmälda sexualbrott. Inte heller statistiken över hur många personer som har dömts för sexualbrott mot barn visar hur många av dessa som begick ett sexualbrott mot yngre barn. Mörkertalet är generellt stort när det gäller sexualbrott. Förmodligen är det särskilt stort för yngre barn, eftersom det kan vara svårt för dem att förstå det som hände och dessutom berätta om det, om inte våldet avslöjas på annat sätt.

Förekomsten av sexuellt våld kan också mätas genom självrapporter, vanligtvis inom ramen för en enkätundersökning. Dessa studier baseras i regel på retrospektiva självrapporter från äldre barn, ungdomar eller vuxna. Det är sällan som frågor om sexuella övergrepp upp till 7 års ålder ställs och rapporteras i dessa studier.

Kloppen och medarbetare sammanställde år 2016 nordiska studier baserade på retrospektiv självrapportering om sexuellt våld mot barn i åldern 0 till 18 år [4]. Man identifierade 26 studier och fann att 3 till 23 procent bland pojkar och 11 till 36 procent bland flickor rapporterade att de utsatts under sin uppväxt (bred definition av sexuellt våld). Vidare fann man att risken för att utsättas ökade från de tidiga tonåren. Endast i en norsk studie med deltagare i åldern 18 till 75 år specificerades förekomsten av sexuella övergrepp i yngre ålder – 2,9 procent av deltagarna uppgav att de hade utsatts för våldtäkt innan 18 års ålder och av dessa uppgav 6,7 procent att det skedde första gången när de var under sex år gamla [5].

Våld mellan vuxna i familjen kan inkludera både fysiskt, psykiskt och sexuellt våld som barn kan exponeras för. I en svensk studie rapporterade 10 procent av de 15–16-åriga deltagarna att de någon gång under sin uppväxt hade exponerats för fysiskt och/eller psykiskt våld mellan vuxna i familjen [6]. I studien efterfrågades inte om ungdomarna någon gång hade exponerats för sexuellt våld mellan vuxna i familjen. Yngre barn befinner sig i allmänhet fysiskt närmare sina omsorgspersoner och har mindre möjligheter än äldre barn att fjärma sig från upplevelser av våld [7]. Det

gäller sannolikt även det sexuella våldet mellan vuxna i familjen, men vi har inte kunnat hitta några uppgifter om hur många yngre barn som exponerats för sexuellt våld mellan vuxna i familjen.

2.1 Barns reaktioner vid sexuellt våld

Enligt Miron och Scheeringa har man traditionellt ofta sett psykiska problem som PTSD hos barn 6 år eller yngre som övergående anpassningsproblem och haft uppfattningen att dessa barn av utvecklingsmässiga skäl inte kan tillgodogöra sig en strukturerad terapi som till exempel kognitiv beteendeterapi [8]. De menar istället att yngre barns problematik kan vara lika vanlig och bestående som hos äldre barn och betonar nödvändigheten av tidiga interventioner.

Barn reagerar olika på att utsättas för sexuellt våld eller uppleva hur andra utsätts för sexuellt våld. Våldets karaktär och omfattning, hur länge det har pågått, relationen till förövaren, omgivningens reaktioner när våldet avslöjas eller när misstankar väcks och barnets utvecklingsnivå påverkar hur barnet reagerar [9] och vilka konsekvenser det sexuella våldet får på kort och på lång sikt. Det finns en omfattande forskning om konsekvenserna av sexuellt våld mot barn generellt, med delvis motsägelsefulla resultat, ofta beroende på skillnader i metod och kvalitet mellan studierna. Gilbert och medarbetare gjorde år 2009 en sammanställning av konsekvenserna av olika typer av övergrepp mot barn i höginkomstländer, och fann att våld mot barn har långvariga konsekvenser för psykisk hälsa, drog- och alkoholproblem, riskfyllt sexuellt beteende, obesitas och kriminalitet [10]. Författarna nämner också att barn som utsätts för en typ av övergrepp ofta även har utsatts för andra övergreppsformer.

Finkelhor och medarbetare fann år 2007 i en studie med barn i åldern 2–17 år att 86 procent av dem som utsätts för någon form av sexuell utsatthet hade exponerats för fyra eller fler typer av utsatthet, så kallad polyviktisering [11]. Jämfört med andra typer av utsatthet var andelen som exponerats för polyviktisering högst bland sexuellt utsatta barn. Bland samtliga barn som utsätts för någon form av våld eller övergrepp var andelen yngre barn som exponerats för fler än 10 typer av viktisering lägre jämfört med äldre barn vilket kan förklaras av att utsatthet ackumuleras med åldern (2–5 år: 5,4 %, 6–9 år: 12,6 %; 10–13 år: 21,2 % och 14–17 år: 60,8 %) [12]. Förekomsten av polyviktisering bland yngre barn som exponerats för sexuellt våld redovisades inte specifikt i studien.

Maniglio genomförde år 2009 en systematisk översikt av översikter över forskningslitteraturen och fann en liten till mellanstor signifikant ökad risk för medicinska, psykologiska, beteendemässiga och sexuella svårigheter samt reviktisering för dem som exponerats för sexuellt våld under barndomen [13]. Resultaten från olika studier gällande hur åldern vid

tidpunkten för övergreppet påverkar dess konsekvenser var inte entydiga. Utsatthet för sexuellt våld under barndomen är enligt Maniglio en generell, icke specifik riskfaktor för psykopatologi [13]. Forskningen om konsekvenserna av sexuellt våld för barn 7 år eller yngre är begränsad.

2.2 Sexuellt våld

Världshälsoorganisationen WHO (2002) definierar *sexuellt våld* som varje genomförd sexuell handling, försök till sexuell handling, oönskade sexuella kommentarer eller närmanden, försök till handel eller annan styrning av en persons sexualitet, genom tvång av någon annan, oavsett relationen till offret och oavsett omständigheter, innefattande, men inte avgränsat till, hemmet eller arbetsplatsen [14]. Enligt Världshälsoorganisationen WHO innefattar alltså sexuellt våld allt från oönskade kommentarer och närmanden, som ofta ryms inom begreppet sexuella trakasserier, till våldtäkt, oavsett relation mellan offer och förövare [14].

Det händer att sexuellt våld mot barn fotograferas eller filmas och att bilderna eller filmerna sedan sprids. Detta kallas ofta för barnpornografi, men det handlar om dokumentation av sexuellt våld. I en svensk studie inkluderades 30 barn som hade identifierats som utsatta för barnpornografi [15]. Vid tidpunkten för övergreppen var det yngsta barnet sex månader gammalt.

Barn kan även exponeras för våld eller hot om våld mellan närstående. Att uppleva våld innebär att barnet har sett, hört eller både sett och hört våldet. I en polisregisterstudie från USA fann man att barn var närvarande i 44 procent av våldshändelserna i nära relationer och att 81 procent av dessa barn var direkt exponerade för våldet [16]. Barn under sex år utgjorde majoriteten (58 %) av de direkt exponerade barnen. Sedan år 2021 är det straffbart att utsätta ett barn för att bevittna vålds- och sexualbrott, om barnet är närstående eller tidigare närstående till både gärningsmannen och den som gärningen begås mot, så kallade barnfridsbrott (Brottsbalken 4 kap. 3§) [17]. Istället för att tala om att barn bevittnar våld, används ofta uttrycket ”att exponeras för våld” för att betona att barn inte är passiva offer utan att de både har egen kompetens och handlingsförmåga och är i behov av skydd [18].

Det kan vara svårt att upptäcka att ett barn varit utsatt för sexuellt våld. Förövaren kan utnyttja barnets okunskap och nyfikenhet och manipulera det genom att stegvis introducera sex och sexualitet i kontakten på ett sätt som ska förbereda barnet på de sexuella övergreppen. Ofta ingår även att barnet ska känna sig särskilt utvalt och speciellt. Yngre barn kan sakna förståelse, ord och begrepp för sexualitet och sexuellt våld vilket gör att de kan reagera med förvirring eller diffust obehag på sexuella övergrepp. Om barnet inte skyddas från fortsatta övergrepp kan reaktionen fördjupas och bli mer

komplex och allvarlig över tid. Vuxnas och omgivningens reaktioner när sexuellt våld avslöjas eller misstänks har ofta avgörande betydelse för barnet [9].

Sexuellt våld mot barn kan ta sig olika uttryck och det innebär påfrestningar som kan vara såväl fysiska som psykiska. Dock uppvisar inte alla utsatta barn symtom. I en metaanalys som fokuserade på symtom hos barn efter penetrerande sexuellt våld uppvisade 50 procent av barnen någon form av symtom [19]. Vilka barn som utvecklar symtom beror på en rad olika faktorer både utifrån övergreppets karaktär, omfattning, barnets ålder, utvecklingsnivå, relation till förövaren, kvaliteten på viktiga relationer samt hur omgivningen reagerar och kan vara till stöd [9].

Barn kan reagera olika efter utsatthet för våld och det finns en del ålderstypiska uttryck. När det gäller yngre barn kan detta vara ett aktiverat anknytningsbeteende såsom gråt, skrik och att klänga sig fast [9]. Traumatiserade yngre barn kan, om de har en omsorgsperson tillgänglig, ha ett kraftigt ökat närhetsbehov. Det är också vanligt att yngre barn regredierar det vill säga går tillbaka i sin utveckling [9]. Hos spädbarn som varit utsatta för trauman har man kunnat se att deras dygnsrytm störs. De sover oroligt, får svårt att somna, tappar intresse för att äta med mera [20]. I metaanalysen av Kendall-Tackett och medarbetare från år 1993 var de vanligast symtomen hos barn 0–6 år efter penetrerande sexuella övergrepp generaliserad posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, (77 %), oro (61 %), mardrömmar (55 %), regression (36 %) och sexualiserat beteende (35 %) [19].

I de diagnostiska kriterierna enligt diagnossystemet för barn mellan 0 år och 5 år och 11 månader, DC:0–5™ [21], beskrivs flera olika typer av trauma-, stress- och deprivationsstörningar som barn i åldern 0 till 5 år kan drabbas av och som orsakas av bland annat befintliga stressfaktorer och trauman. PTSD kan uppstå när barn efter att de själva har varit utsatta för en skrämmande händelse eller serie av händelser, som sexuellt våld, varit vittne till händelsen eller har upplevt att en signifikant person i barnets liv har blivit utsatt för den. PTSD inkluderar att barnet ser ut att återuppleva den traumatiska händelsen, att försöka undvika traumarelaterade stimuli eller uppleva en hämmad positiv känslomässig responsivitet (som ökat socialt tillbakadragande) samt uppvisa nya eller mer intensiva tecken på ökad aktivering (arousal). Dessutom påverkas barnens och familjens fungerande väsentligt (som begränsat deltagande i utvecklingsmässigt förväntade aktiviteter eller rutiner). PTSD-diagnosen bör ställas med försiktighet hos spädbarn under 12 månader. Anknytningsstörning med social hämning innefattar både avsaknad av förväntade anknytningsbeteenden och avvikande social och emotionell respons. Anknytningsstörning med social distanslöshet avser ett mönster av socialt avvikande beteende i samspelet med okända vuxna i form av minskad eller total brist på återhållsamhet i närmande och samspel med obekanta vuxna. Båda former av

anknytningsstörning har en signifikant påverkan på barnets och familjens fungerande. Diagnosen anknytningsstörning ska inte ställas hos spädbarn under 9 månaders ålder.

Symtomen och beteenden är ofta icke-specifika, det vill säga att det kan vara svårt att knyta dem till en specifik orsak. Symtomen kan dessutom variera med barnets ålder. Inte alla spädbarn och småbarn som exponeras för trauma, våld eller övergrepp kommer med nödvändighet att utveckla symtom. I diagnossystemet beskrivs inga symtom som är specifikt orsakade av sexuellt våld.

För barn från sexårsåldern används diagnossystemet DSM-5 [22]. Även här beskrivs PTSD och de båda ovan nämnda formerna av anknytningsstörning. I de diagnostiska kriterierna enligt diagnossystemet DSM-5 beskrivs flera olika typer av trauma- och stressrelaterade syndrom som yngre barn kan drabbas av. PTSD inkluderar påträngande symtom associerade med den traumatiska händelsen såsom plågsamma minnen eller mardrömmar, ständigt undvikande av stimuli som påminner om den traumatiska händelsen och kognitiva förändringar som klart minskat intresse för till exempel lek samt förändringar av barnets reaktioner som till exempel irritabilitet, överdriven vaksamhet, lättskrämdhet, koncentrationsstörningar och sömnstörningar. Anknytningsstörning med social hämning visar sig före 5 års ålder och är ett sammanhängande mönster av hämmat och emotionellt tillbakadraget beteende gentemot vuxna vårdnadshavare efter att barnet har erfårit ett mönster av extremt otillräcklig omvårdnad. Anknytningsstörning med social distanslöshet innebär ett beteendemönster där barnet aktivt närmar sig och samspekar med obekanta vuxna efter att barnet har erfårit ett mönster av extremt otillräcklig omvårdnad.

2.3 Svensk praxis

När det gäller insatser till barn som utsatts för sexuellt våld skiljer man mellan krisstöd i den akuta situationen när våldet precis har upptäckts eller misstänks och indikerad eller tertiär prevention för barn med allvarliga symtom som kvarstår över tid. En utförlig redovisning av bedömning, krisstöd och behandling som kan bli aktuell i Sverige för barn i olika åldrar som är utsatta för olika typer av våld ges i en handbok av Bidö och medarbetare från 2018. Där ges först en kortfattad allmän genomgång och sedan en beskrivning av insatser som kan bli aktuella för barn 7 år eller yngre [23].

Allmänheten som misstänker eller får kunskap om att ett barn har utsatts för sexuellt våld bör anmäla det till socialtjänsten, en så kallad orosanmälan. Anställda på vissa myndigheter och i vissa verksamheter som berör barn och unga, till exempel hälso- och sjukvård eller skola, är skyldiga att genast göra en anmälan [24]. I samband med det inleds ofta flera processer från

myndigheter parallellt. Dels en insats från socialtjänsten som tar ställning till om en utredning ska öppnas och en polisanmälan göras. Dels en rättslig process med insatser från polis och åklagare, dels eventuella insatser för stöd och behandling som kan ges inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Ytterligare aktörer kan bli aktuella. Till exempel behöver misstankar om sexuella övergrepp mot barn inom förskolan hanteras av kommunen respektive förskolans huvudman.

Socialtjänsten har ansvar för att skydda barn och ungdomar som far illa på olika sätt. I socialtjänstlagen betonas socialtjänstens ansvar för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt ska få det stöd och skydd de behöver (5 kap. 1 § SoL) [25]. Efter att socialtjänsten får en anmälan brukar de kontakta familjen för att reda ut vad som hänt och göra en bedömning om vilka insatser familjen behöver. Om övergreppen pågår i hemmet är det ofta nödvändigt att förövaren flyttar ut från familjen och ibland får den som blir utsatt bo tillfälligt på ett jourhem eller en annan typ av boende. Under tiden gör socialtjänsten en mer grundlig utredning av familjen. Både socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri, BUP, kan även erbjuda psykosociala insatser till barn och familjer som fokuserar mer på den sociala situationen.

Svenska barnläkarföreningens delförening för barn som far illa har publicerat en checklista för medicinsk utredning, spårsäkring och samverkan vid misstänkt sexuellt övergrepp mot barn [17].

Vid misstanke om brott mot barn, till exempel sexuellt våld, kan barn få komma till ett Barnahus. Där samordnas utredningar och insatser i ett samarbete mellan socialtjänst, Polis- och Åklagarmyndigheten och, i varierande grad, barnsjukvården samt barn- och ungdomspsykiatri i barnanpassade lokaler under samma tak. År 2022 fanns det 33 Barnahus i Sverige och 247 av 290 kommuner hade ett samverkansavtal med ett Barnahus [26]. Enligt de nationella riktlinjerna är syftet med samverkan i Barnahus att tillförsäkra barn som misstänks vara utsatta för brott rättstrygghet, gott bemötande och stöd. Vid behov ges kris- och behandlingsinsatser omgående [27]. Riktlinjerna är dock inte bindande och framför allt tillgången till kris- och behandlingsinsatser kan skilja sig mellan olika Barnahus. Här ges några exempel på arbetet med sådana insatser. En metod för krisstöd som används av BUP Barnahusteamet på Barnahus Stockholm är Child Family Traumatic Stress Intervention, CFTSI (se <https://www.bup.se/om-oss/nyheter/vi-hjalper-barn-att-hantera-sina-plagsamma-minnen/>) som även nämns i Nilsson och Svedins kunskapsöversikt från år 2017 [28], se [avsnitt 2.4](#). Stiftelsen Allmänna Barnhuset bedriver sedan några år tillbaka utvecklingsprojektet ”Det fjärde rummet”, en modell för att stärka stöd och behandling för barn som utsatts för våld och övergrepp [29].

Kjellgren och Mannheimer har utvecklat en modell för beredskap när sexuella övergrepp mot barn misstänks ha begåtts av personal inom förskolan [30]. Modellen omfattar sju steg som alla förutom det sista fokuserar på krisstöd i den akuta situationen – aktualisering, att anmäla till polis och socialnämnd, att sätta samman krisledning, att definiera berörda grupper, att kommunicera, att möjliggöra stöd och behandling samt att följa upp. Krisstöd kan ges av kommunens POSOM-grupp, en beredskapsgrupp för psykiskt och socialt omhändertagande vid svåra händelser, Barnahus, socialtjänstens egna personella resurser eller genom barn- och ungdomspsykiatri. Krisstödet beskrivs även i Kjellgren och medarbetare från år 2022 ur krisstödsteamets perspektiv [31].

Förutom vissa Barnahus kan vanligen BUP eller specialiserade behandlingsenheter inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg erbjuda insatser där barnet kan få stöd och hjälp med att bearbeta det som har hänt. Ofta kan även föräldrarna och hela familjen behöva extra stöd när sexuella övergrepp upptäcks. Framför allt när det handlar om yngre barn erbjuds ofta stöd och behandling både till föräldrar och barn, tillsammans, parallellt eller i olika konstellationer. En förutsättning för att en förälder deltar i behandlingen är att denne inte misstänks vara eller har identifierats som förövare av det sexuella våldet. Även gruppinterventioner för yngre barn som har exponerats för våld mot en förälder förekommer. I vanliga fall krävs båda vårdnadshavares samtycke (om det finns två vårdnadshavare) för att ett barn ska kunna få en intervention. Det innebär att vårdnadshavare kan motsätta sig att barnet får tillgång till behandling. Socialnämnden får besluta om öppna insatser även utan vårdnadshavarnas samtycke, men endast om barnet är 12 år eller äldre (Socialtjänstlagen 2001:453, 3 kap. 6 a §) [25]. Enligt Föräldrabalken [32] kan Socialnämnden även besluta om insats om en av vårdnadshavarna inte samtycker vid psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen [33], liksom vid behandling i öppna former som ges med stöd av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen [25]. Om situationen är allvarlig, det vill säga barnet riskerar att fara riktigt illa, kan barnet omhändertas av socialtjänsten även när vårdnadshavare inte vill det.

Barn i åldern 0 upp till 5 år och deras familjer kan få stöd och behandling inom barnhälsovården eller i någon av de specialiserade späd- och småbarnsverksamheterna/team som finns i Sverige. Det finns ingen samlad bild av vilka psykologiska och psykosociala insatser som ges i Sverige för stöd och behandling av barn 7 år eller yngre som utsatts för sexuella övergrepp. Ofta kan en och samma insats innehålla både psykologiska och psykosociala komponenter. En tidigare sammanställning av insatser som erbjöds inom BUP och socialtjänsten när barn upp till 18 år utsatts för våld och/eller försummelse visade att de använde 27 respektive 22 olika öppenvårdsinsatser för gruppen [34]. BUP uppgav att de använde bland annat stödsamtal, Traumafokuserad KBT (TF-KBT), Marte Meo, Kognitiv

Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB), De otroliga åren (Incredible years), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Child-Parent Psychotherapy (CPP) och Parent Child Interaction Therapy (PCIT). Sammanställningen innehåller inga uppgifter om vilka av dessa insatser som används för barn 7 år eller yngre som utsatts för sexuellt våld eller exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts.

Child Parent Psychotherapy, CPP, är en relationsbaserad behandling för barn i åldern 0 till 6 år som exponerats för påfrestande eller traumatiserande händelser samt deras icke-förövande omsorgspersoner. Metoden används i Sverige för gruppen som är aktuell för denna rapport. Inga studier som motsvarade kriterierna för den systematiska översikten hittades dock. En tidigare systematisk översikt från SBU från år 2017 sammanställde det vetenskapliga underlaget för insatser när barn utsatts för våld och försummelse och visade att det vetenskapliga underlaget var otillräckligt. Det innebär inte att metoden är ineffektiv, men att fler forskningsstudier behövs (se <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskapliga-kunskapsluckor---arkiv/child-parent-psychotherapy-cpp-for-familjer-dar-man-vet-eller-misstanker-att-barn-utsatts-for-nagon-form-av-vald-och-forsummelse/>). För närvarande pågår en studie om implementering och utvärdering av CPP i Sverige [35] [73].

Enligt kliniska experter i behandling av yngre barn används för närvarande följande metoder i behandlingen av barn som är 7 år eller yngre och som utsatts för sexuellt våld eller exponerats för sexuellt våld när någon närstående har utsatts i Sverige: CPP och TF-KBT. TF-KBT ges i första hand till barn från 6 år och behöver anpassas för yngre barn. Utöver det erbjuds individuella psykoedukativa eller föräldrastödjande insatser till omsorgsgivare. Det finns flera utmaningar i behandlingsarbetet med yngre barn. Till exempel kan det vara svårt att veta exakt vad som hänt eftersom barnet ofta inte kan berätta. När ett yngre barn kommer till behandling behöver man försöka förstå och tolka barnets olika uttryck som lek, beteende och kroppsspråk och lägga samman med information från socialtjänst och andra källor för att få en traumaberättelse tillsammans med barnet och omsorgsgivaren. För de yngsta barnen är det dessutom vanligt att de misstänkta övergreppen är en förmodad del av generell omsorgssvikt. Att arbeta med relationer och anknytning blir därför en viktig del av behandlingen samtidigt som det är viktigt att man adresserar och jobbar igenom traumat så att det blir något som barnet kan dela och få hjälp med i en trygg vuxenrelation.

Typiskt för arbetet med de yngsta barnen är att man behöver ge mycket stöd och hjälp till omsorgsgivaren för att denna ska kunna förstå och hjälpa barnet i vardagen hemma. Det är svårt för ett litet barn att "spara" sina frågor och uttryck till en terapeutisk situation, föräldern behöver därför bli något av en co-terapeut och för att kunna bli det behöver föräldern ibland

mycket känslomässigt stöd. Samtidigt väcker sexuella övergrepp och symtom på dessa ofta starka reaktioner hos omsorgsgivaren. Behandlaren behöver kartlägga både barnets och den vuxnes upplevelse av vad som hände och konsekvenserna för barnet inom ramen för sin kontext.

Tillgången till behandling varierar när det gäller BUP-mottagningar och är beroende av att det finns personal som riktar sig särskilt till de yngsta barnen. Även Barnahus kan i vissa fall erbjuda behandling. Ibland hänvisar BUP och Barnahus de yngsta barnen till mer specialiserade team. Specifikt nämns följande verksamheter som arbetar med sexuellt utsatta barn och deras familjer: Viktoriagården Region Skåne, BUP Traumaenhet Stockholm, Rädda Barnens centrum för stöd och behandling, Ericastiftelsen, Flyktingbarnmottagningen Göteborg. Det finns ett nationellt nätverk BUP 0–6 år där medarbetare från olika delar av Sverige ingår som ger traumabehandling till barn som utsatts för sexuellt våld. Att behandla yngre barn kräver specialkunskap. Informationen i detta och föregående stycke bygger på personlig kommunikation med Karin Bernstad (specialistpsykolog för barn 0–6 år, barn- och ungdomspsykiatri, Region Skåne), Pamela Massoudi (leg. psykolog, BUP Region Kronoberg, lektor, Göteborgs universitet, CPP-utbildare) och Anna Thom Olin (leg. psykolog, verksamhetschef för Rädda Barnen Vård och omsorg|Malinamottagningarna, Stockholm) i april år 2024. Utöver de verksamheter som nämns finns även Traumamottagningen BUP Elefanten i Linköping.

2.4 Tidigare kunskapsöversikter om insatser till barn som utsatts för olika typer av våld och trauma

I Sverige saknas helt nationella riktlinjer för insatser till barn som utsatts för sexuella övergrepp. En nyligen publicerad studie där man kartlagt 34 europeiska länder visar att endast hälften av länderna har något som påminner om nationella riktlinjer [36].

Nilsson och Svedin publicerade år 2017 en kunskapsöversikt om stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp och fysisk misshandel där man bland annat sammanfattade litteraturen kring tidiga, ofta korta, insatser som ges inom fyra veckor efter en potentiellt traumatisk händelse för att förebygga att barn utvecklar symtom som posttraumatisk stress, samt mer renodlade behandlande insatser [28]. I kunskapsöversikten fann man evidens för att tidiga interventioner till exempel Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) som bygger på kognitiv beteendeterapi och fokuserar på familjestöd och coping-strategier och där barn och vårdnadshavare träffar behandlaren i olika konstellationer kan ha positiva effekter. I en av de två studierna som nämns i kunskapsöversikten och som har studerat CFTSI deltog barn som varit utsatta för någon form av

sexuella övergrepp [37]. CFTSI är avsedd för barn och unga i åldern 7 till 18 år [37]. Kunskapsöversikten visade vidare att i stort sett inga tidiga interventioner vänder sig till barn under 7 års ålder, samt att de flesta interventionerna vänder sig till barn som varit utsatt för kroppsliga trauma (till exempel bilolyckor) medan få vänder sig till barn som exponerats för interpersonella trauma.

När det gällde behandling lyfte man i kunskapsöversikten av Nilsson och Svedin fram flera olika verksamma insatser för barn och unga som är utsatta för våld eller sexuella övergrepp [28]. Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) med föräldramedverkan eller individuellt rekommenderas i första hand när det gäller sexuella övergrepp för barn från 6 år, som har ett mer utvecklat språk och större kognitiv förmåga än yngre barn. För barn under 6 år bör leken få en större plats och här nämns Child and Parent Psychotherapy (CPP) som en behandling som troligen är effektiv och som rekommenderas till yngre som har exponerats för våld. Även Eye Movement Desensitization (EMDR) kan ges till barn från 2 års ålder. Både TF-KBT, CPP och EMDR anges vara behandlingar som ges i Sverige.

En systematisk översikt från SBU som sammanställde det vetenskapliga underlaget för insatser när barn utsatts för våld och försummelse visade att det finns evidens för att våld och försummelse av barn upp till skolåldern kan minska med hjälp av insatserna Project Support och Parent Child Interaction Therapy (PCIT) [34]. Insatserna Project Support och PCIT kan leda till att barnens utagerande beteende minskar. PCIT kan också förbättra samspelet mellan barn och föräldrar. Översikten visade även att insatser som riktas mot yngre barns anknytning till vårdnadshavaren, till exempel Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC), kan leda till att färre barn får så kallad desorganiserad anknytning som är förknippat med senare utveckling av psykisk ohälsa och kamratsvårigheter.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda traumafokuserad KBT med exponering till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom [38]. I riktlinjerna finns inga separata rekommendationer för yngre barn.

När det gäller internationella kunskapsöversikter så publicerade Cochrane år 2023 en systematisk översikt där man sammanställde forskningen gällande psykologiska insatser för barn upp till 18 år som utsatts för sexuellt våld [39]. Resultaten gav inget stöd för att någon specifik psykologisk behandlingsmetod var bättre än någon annan metod eller sedvanlig vård när det gällde utfallsmått kopplade till psykisk hälsa (till exempel depression, ångest, PTSD) och beteendeproblematik (till exempel externaliserande och internaliserande beteende) hos barnen. Författarna konstaterade att det fanns få studier och dessa varierade i hög grad när det gällde till exempel barnens

ålder, hur insatsen genomfördes (till exempel individuellt eller i grupp) och hur man mätte utfallen. Författarna noterade dock en mycket svag och osäker trend av att det fanns en fördel för KBT (som ges enbart till barnet) och Child Centred Therapy (som ges till både barn och vuxna) när det gällde utfallet PTSD och jämförelsen var sedvanlig vård. I 18 av de inkluderade 22 studierna var åldersspannet i undersökningsgrupperna mycket stort; 4 till 16 år respektive 5 till 17 år. Författarna konstaterar vidare att mer forskning behövs. Denna översikt är begränsad till RCT-studier. I denna rapport har vi även inkluderat icke-randomiserade kontrollerade studier.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) har utvärderat effekterna av psykologiska, psykosociala och andra icke-farmakologiska insatser för att minska kliniskt relevant PTSD hos barn och unga efter traumatiska händelser som till exempel utsatthet för fysiskt våld, sexuella övergrepp eller olyckor [40]. Rapporten visar att det är troligt att behandling med individuella kognitiva beteendeterapier (KBT) som är traumafokuserade minskar symtom på PTSD hos barn och unga från 7 års ålder både på kort och lång sikt (upp till 1 år). För barn under 7 år samt för andra insatser var underlaget för osäkert för att dra några säkra slutsatser.

The California Evidence-based Clearinghouse for Child Welfare har granskat den vetenskapliga evidensen för interventioner för personer exponerade för våld i nära relationer och deras barn [41]. Child-Parent Psychotherapy (CPP) är en intervention för barn mellan 0 och 5 år, som har exponerats för trauma, och deras omsorgsperson. Den sammantagna bedömningen av forskningsevidensen är 2 (betyder att forskningsstöd finns) på en femgradig skala där 1 motsvarar gott forskningsstöd. Man bedömer också att relevansen för området våld mot närstående och deras barn är hög. Child-Centered Play Therapy (CCPT) vänder sig till barn mellan 3 och 10 år som har sociala, emotionella, beteende- eller relationsmässiga problem. Kids Club & Moms Empowerment är ett program för barn mellan 6 och 12 år och deras mödrar som har exponerats för våld i nära relationer. Både CCPT och Kids Club & Moms Empowerment får en sammantagen bedömning av forskningsevidensen på 3 (lovande) med medelstor relevans för området våld mot närstående och deras barn.

3. Metod

Detta avsnitt beskriver frågor, urvalskriterier och metodik för den systematiska översikten. Centralt för en systematisk översikt är att processen ska genomföras så att resultaten blir så objektiva som möjligt och att tillvägagångssättet beskrivs på ett transparent sätt. För mera utförlig information om metodiken hänvisar vi till SBU:s metodbok [42].

Projektet har registrerats i International prospective register of systematic reviews <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/CRD42024519031>

3.1 Frågor

Den här rapporten ämnar besvara följande frågeställningar:

- Vilka psykologiska och psykosociala insatser är effektiva för barn 7 år eller yngre som själva utsatts för sexuellt våld, alternativt exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts?
- Vilka etiska aspekter aktualiseras vid insatser för yngre barn som utsatts för sexuellt våld?

3.2 Metod för översikt av effekter på hälsa

3.2.1 Urvalskriterier

För att en studie skulle inkluderas krävdes att den uppfyllde nedan beskrivna kriterier för population (P), intervention (I), kontroll eller jämförelsealternativ (C), utfallsmått (O) och studiedesign (S).

3.2.1.1 Population (P)

Barn 7 år eller yngre som själva utsatts för sexuellt våld alternativt exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts i minst 50 procent av undersökningsgruppen. Resultaten ska redovisas separat för gruppen barn 7 år eller yngre.

3.2.1.2 Intervention (I)

Psykologiska eller psykosociala insatser, oavsett form och längd, men som är relevanta i en svensk vårdkontext.

3.2.1.3 Kontrollintervention (C)

Jämförs med annan behandling som är relevant ur en svensk kontext, sedvanlig behandling, ingen behandling, läkemedel, väntelista eller aktiv kontroll.

3.2.1.4 Utfall (O)

Utfallet ska vara kopplat till barnet och innefatta psykisk ohälsa, livskvalitet, relation/anknytning till omsorgsperson, beteendeproblem eller upphörande av våld.

3.2.1.5 Studiedesign (S)

Prospektiva kontrollerade studier med eller utan randomisering, systematiska översikter.

3.2.2 Process för urval av studier

3.2.2.1 Litteratursökning

En informationsspecialist utformade och genomförde systematiska litteratursökningar i samråd med projektets sakkunniga och projektledare. Sökstrategierna utformades för att vara uttömmande och förutsättningslösa i syfte att fånga så många relevanta studier som möjligt. Sökstrategierna redovisas i sin helhet i [Bilaga 1](#). Litteratursökningarna utfördes i maj år 2023. Sökningarna gjordes i följande internationella databaser:

- CINAHL (EBSCO)
- Cochrane Library (Wiley)
- Criminal Justice Abstracts (EBSCO)
- EMBASE (Embase.com)
- Ovid MEDLINE(R) ALL
- APA Psycinfo (EBSCO)
- PTSDpubs (ProQuest)
- Scopus (Elsevier)
- Social Services Abstracts (ProQuest)
- Sociological Abstracts (ProQuest)
- SocINDEX (EBSCO)

Kompletterande sökningar efter pågående och publicerade systematiska översikter och HTA-rapporter gjordes i följande databaser:

- The Campbell Collaboration
- Epistemonikos
- International HTA Database
- PROSPERO

Sökningarna är begränsade till språken engelska, svenska, danska och norska. Där så varit möjligt har följande publikationstyper exkluderats: avhandlingar, böcker, bokkapitel och konferensabstrakt. Före relevansgranskningen rensades dubletter mellan databaser bort i det digitala verktyget The Deduplicator [43].

3.2.2.2 Bedömning av relevans

Två projektdeltagare vid SBU gallrade bort irrelevanta artikelsammanfattningar (abstrakt) med stöd av programmet Rayyan [44], först oberoende av varandra och därefter gemensamt i de fall de var oense för att nå samsyn. Inkluderade referenser beställdes i fulltext.

Studierna i fulltext bedömdes av två personer, sakkunnig och av projektledare med stöd av programmet Covidence [45], först oberoende av varandra, och därefter gemensamt i de fall de var oense för att nå samsyn. De studier som uppfyllde urvalskriterierna bedömdes vara relevanta och inkluderades.

3.2.2.3 Bedömning av risk för bias

En sakkunnig och en projektdeltagare på SBU bedömde risken för bias, systematiska fel, i de relevanta studierna. Detta gjordes med hjälp av SBU:s granskningsmallar. För randomiserade kontrollerade studier användes RoB-2 ([Bilaga 4](#)) och risken för bias bedömdes som låg, måttlig eller hög. För icke-randomiserade kontrollerade studier användes mallen ROBINS-I ([Bilaga 4](#)) och risken för bias bedömdes som låg, måttlig, hög eller oacceptabel. Studier med hög eller oacceptabel risk för bias ingick inte i analysen. Karakteristika för inkluderade studier finns i en tabell ([Bilaga 3](#)).

3.2.3 Syntes

Inga resultat från studier med låg eller måttlig risk för bias kunde vägas samman och därmed har ingen sammanvägd syntes av data genomförts.

3.2.4 Bedömning av de sammanvägda resultatens tillförlitlighet

Vi planerade att bedöma tillförlitligheten till det samlade vetenskapliga underlaget. Vid en sådan bedömning använder SBU det internationellt utarbetade GRADE-systemet (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). För mer information om metodiken GRADE hänvisar vi till SBU:s metodbok [42]. På grund av det låga antalet studier och då ingen syntes av data från studierna kunde vägas samman valde vi att inte göra någon formell evidensbedömning, det vill säga bedömning av tillförlitligheten.

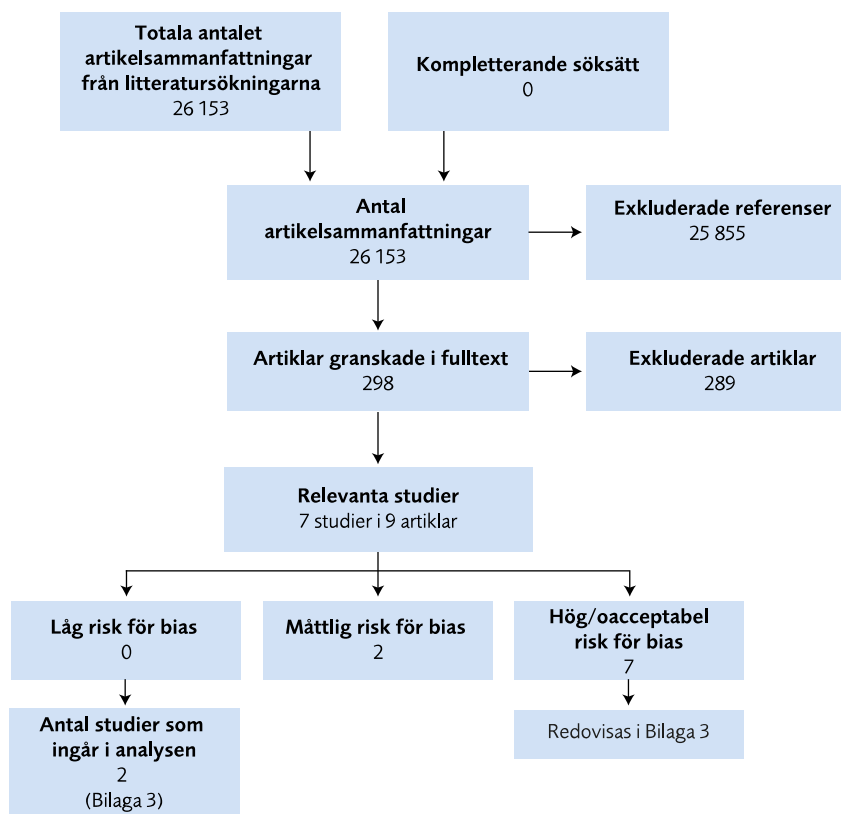
3.3 Metod för att undersöka etiska aspekter

För att undersöka etiska aspekter användes relevanta forskningspublikationer, SBU:s vägledning för att identifiera relevanta etiska aspekter inom hälso- och sjukvården [46] samt diskussioner med projektgruppens medlemmar. Strukturerad sökning efter relevant forskning har genomförts i databasen Ovid MEDLINE. Den etiska analysen strukturerades utifrån relevanta generella aspekter som återfinns i SBU:s etikvägledning [46] och med hjälp av dessa kunna identifiera hur etiska dilemman och frågeställningar kan uppkomma i samband med insatser och forskning för yngre barn som utsatts för sexuellt våld.

4. Urval av studier

Litteratursökningen i de databaser som beskrivs i metodavsnittet resulterade i 26 153 träffar. Efter en granskning av dessa artiklar bedömdes sju studier i nio artiklar vara relevanta. Två av de relevanta artiklarna bedömdes ha måttlig risk för bias, sex bedömdes ha en hög risk för bias och en bedömdes ha en oacceptabel risk för bias. I Figur 4.1 sammanfattas ett flödesschema över studieurvalet i de olika granskningsstegen.

Figur 4.1 Flödesschema över studieurvalet.



5. Resultat

5.1 Sammanfattning av resultaten

Två relevanta och välgjorda studier som bedömdes ha en måttlig risk för snedvridning ingår i vår översikt [47] [48]. De studerade effekter av kognitiv beteendeterapi som syftar till att påverka känslor och beteenden för att minska symtom. Därutöver saknas det välgjorda vetenskapliga studier om effekten av psykologiska eller psykosociala insatser för barn 7 år eller yngre som själva utsatts för sexuellt våld alternativt exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts.

5.1.1 Beskrivning av inkluderade studier

Vid litteraturgranskningen bedömdes sju studier, rapporterade i nio artiklar, vara relevanta för denna rapports frågeställning. Sex av studierna var randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) och en studie var icke-randomiserad. Sju av artiklarna, varav två var långtidsuppföljningar, bedömdes ha en hög eller oacceptabel risk för snedvridning (bias) och dessa finns listade i [Bilaga 3](#). För alla dessa studier fanns problem med fördelningen av deltagarna till intervention eller kontroll. För långtidsuppföljningarna var även bortfall ett stort problem. Två artiklar, Cohen 1996 [48] och Deblinger 2001 [47], bedömdes ha måttlig risk för bias. Båda studierna är gjorda i USA och publicerade för över tjugo år sedan. Detaljerad information finns i Bilaga 3.

I studien av Cohen och medförfattare [48] undersöktes effekten av kognitiv beteendeterapi för sexuellt utsatta förskolebarn, en modell för kognitiv beteendeterapi anpassad för sexuellt utsatta förskolebarn där ämnen relaterade till de sexuella övergreppen tas upp (CBT-SAP) [42]. Modellen har beskrivits tidigare av Cohen och Mannarino år 1993 och kallades då SPC-CP [2]. Man jämförde med icke-direktiv stödterapi som inte är inriktad på att specifikt adressera problem relaterade till sexuella övergrepp. Också i denna grupp ingick barn i förskoleåldern som utsatts för sexuellt våld. Både barnet och en vårdnadshavare (icke-förövaren) behandlades individuellt. För att inkluderas i studien skulle barnen uppvisa någon form av sexuella beteendeproblem eller mer generella beteendeproblem på en viss symtomnivå. Totalt ingick 67 barn mellan två och sju år (medelålder 4,7 år). Resultaten indikerar att det finns stark preliminär tillförlitlighet för effektiviteten av den specifika kognitiv-beteendeterapeutiska behandlingen för sexuellt utsatta förskolebarn och deras föräldrar. Jämförelser mellan pretest och posttest visade att gruppen som hade fått kognitiv beteendeterapi hade signifikanta symtomförbättringar på de flesta utfallsmåtten medan de

som hade fått stödterapi visade inga signifikanta förändringar av symtom. Utfallsmåtten för barnen var psykisk ohälsa och social funktion i form av reduktion av affektiva symtom, PTSD samt beteende- och känslomässiga problem, minskad frekvens av problematiska beteenden (inklusive sexuella beteenden) samt ökad förmåga att upptäcka och adekvat reagera på hypotetiska övergreppssituationer.

För den här studien finns också en långtidsuppföljning publicerad men den bedömdes ha hög risk för bias [49].

I studien av Deblinger och medförfattare undersöktes effekten av kognitiv beteendeterapi i grupp jämfört med stödgrupp [47]. I studien ingick 44 barn mellan två och åtta år (medelålder på fem och ett halvt år) som hade utsatts för sexuella övergrepp och både barnen och deras icke-förövande mödrar behandlades. Behandlingen skedde under 11 gruppsessioner separat för mödrar och barn. Barnen och mödrarna i gruppen som fick kognitiv beteendeterapi träffades dessutom under 15 minuter under en gemensam session. I studien fanns inget krav på minsta nivå av symtom och majoriteten hade inte heller kliniskt signifikanta symtom före interventionen. Resultaten tyder på att barnen och deras icke-förövande mödrar kan ha nytta av att delta i grupperapi, oavsett om de får kognitiv beteendeterapi eller stödgrupp. Effektstorleken gällande förändringen mellan pretest och posttest var dock generellt större för gruppen som hade fått kognitiv beteendeterapi. Barn som deltog i kognitiv beteendeterapigruppen visade större förbättringar med avseende på kunskap om och bibehållande av säkerhetsstrategier (body safety skills) jämfört med barn i stödgruppen.

5.2 Sammanvägda resultat och bedömning av tillförlitlighet

Då det vetenskapliga underlaget i denna rapport endast byggs upp av två studier som är så pass olika vad gäller studerad insats och analys av resultat har ingen syntes eller bedömning av tillförlitligheten gjorts. Att sätta upp en formell tabell hade inte gjort någon skillnad i bedömningen av tillförlitligheten, det vill säga att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

6. Etiska regler

6.1 Utgångspunkter

6.1.1 Syfte

Etikavsnittet syftar till att ge en överblick över vilka etiska utmaningar som vård av och forskning kring yngre barn (0–7 år) som utsatts för sexuellt våld kan ge upphov till. Förhoppning är även att det ska klargöra etiska dilemman och hur olika etiska överväganden kan påverka hur insatser utformas. Däremot dras inga slutsatser om eller när insatser bör sättas in.

6.1.2 Svårighetsgrad – utsatthet och konsekvenser

Flera faktorer gör att yngre barn är särskilt sårbara för sexuellt våld. De befinner sig i en känslig utvecklingsperiod och de är starkt beroende av vuxna som ska ge omsorg och stöd, men dessa är ibland förövare. Dessutom har dessa barn, om några, begränsade förmågor till förståelse, självbestämmande och möjlighet att dra upp gränser för sin integritet.

Att utsätta ett barn för sexuellt våld utgör ett allvarligt övergrepp som innebär kränkningar av barnets integritet, självbestämmande och värdighet samt kan ha negativ påverkan på framtida hälsa och livskvalitet. Det innebär en risk för att skada barnets möjligheter till att leva ett tryggt, rikt och självständigt liv [50] [51].

Eftersom vi varken har statistik för anmälda fall av övergrepp i Sverige och eftersom yngre barn sällan får behandling vet vi inte hur hög risken är för barn att utsättas för sexuellt våld. Behovet av vård eller stöd är emellertid oftast stort vid sådana händelser. Samtidigt saknas vetenskapligt underlag för psykologiska eller psykosociala interventioner för barn 7 år eller yngre som utsatts för eller som har bevittnat sexuellt våld.

Med detta som utgångspunkter har vi valt att diskutera etiska aspekter av vård och stöd för barn som utsatts för sexuellt våld under olika etiska frågeställningar. Tyngdpunkten ligger på olika etiska värden som hälsa och välbefinnande, autonomi och integritet samt professions- och forskningsetiska aspekter.

6.2 Vilken betydelse kan insatser ha för olika etiska värden?

6.2.1 Hur kan insatser påverka barns hälsa och livskvalitet?

Att inte vårda eller behandla ett barn som utsatts för sexuellt våld innebär hög risk för negativa konsekvenser för barnet vilket gör riskbedömning, upptäckt, vård och stöd viktiga för barnets framtida hälsa och livskvalitet. Även om denna rapport visar att det saknas vetenskapligt underlag för insatser finns det risker med att låta bli att ge stöd- och behandlingsinsatser.

6.2.2 Kan yngre barn autonomt samtycka till vård- och stödinsatser?

Respekt för den personliga autonomin är en grundläggande etisk och juridisk norm inom hälso- och sjukvård. Autonomi förstås här som en individuell beslutsförmåga som består i att utifrån egna önskningsom sitt liv, fritt och med förståelse och resonemang fatta beslut och handla. Autonomi är därmed något som personer innehar i grader och ökar med kognitiv och emotionell mognad. Det är dock viktigt att notera att den grundläggande normen om respekt för autonomi ska förstås brett och även omfatta viljeyttranden hos personer med begränsad autonomi [33] [52] [53] [54]. Det gäller både autonomiprincipen förstått som en etisk princip och som en juridisk regel. Yngre barn har både en etisk och en juridisk rätt att bli hörda och lyssnade på och ska erhålla individuellt utformad information.

I den grad yngre barn har autonomi så är den begränsad då de kan ha svårigheter med förståelse, frihet, resonering och att fatta beslut. Ett barn i åldersspannet 0–7 år kan ha svårighet att förstå att det de utsatts för innebär ett övergrepp. Även om de kan identifiera ett övergrepp kan de dessutom på grund av rädsla eller andra hinder ha svårt att rapportera övergrepp. Trots de begränsningar som yngre barn kan ha till att samtycka till vård finns det flera initiativ till att utveckla samtyckesprocesser (se vidare i [avsnitt 6.4.1](#)).

6.2.3 Kan vårdnadshavare utgöra hinder för barnets deltagande i vård och behandling?

Yngre barn kan inte själva söka vård och föräldrar eller andra vårdnadshavare är väsentliga för yngre barns tillgång till vård. Studier visar att föräldrar till barn som utsatts för sexuellt våld kan utgöra hinder till att barn får behandling [55] [56]. Vårdnadshavare som är förövare eller misstänkta förövare kan neka till att barnet får vård. Även vårdnadshavare som inte är förövare kan tacka nej till behandling på grund av upplevd stigmatisering som övergrepp skapar.

6.2.4 Syskon

En annan viktig anhöriggrupp är syskon till yngre barn som utsatts för sexuellt våld. Även om dessa inte direkt har utsatts kan de påverkas negativt. Orosanmälan och efterföljande utredning gäller oftast ett enskilt barn och det är inte säkert att syskons behov av insatser beaktas.

6.2.5 Kan barns integritet skadas av insatser?

Det kan finnas en risk att barns integritet skadas av insatser, men insatser kan fortfarande vara viktiga. Respekt för personers integritet utgör en grundläggande etisk och juridisk norm. Att ha integritet innebär att ha privat sfär som andra inte utan vidare har tillgång till och till skillnad från autonomi kräver integritet inte någon kognitiv eller emotionell förmåga. Exempelvis uppfattas nyfödda, svårt dementa och även avlidna att ha integritet som förtjänar respekt. Personer med autonomi har, till skillnad från dessa exempel, möjlighet att gentemot andra dra gränser för sin integritet. Integritetskränkningar är särskilt allvarliga när individer inte själva har möjlighet att dra gränserna. Men liksom andra etiska värden är principen om att respektera andras integritet relativ i den meningen att andra värden i enskilda fall kan väga tyngre. I ett sådant fall kan det till exempel vara viktigare för barnets hälsa och framtida livskvalitet att ge en insats, även om den innebär en viss integritetskränkning. Men en sådan bör förstås minimeras.

6.2.6 Vilka rättvise- och jämlikhetsaspekter finns?

De rättvise- och jämlikhetsaspekter som är relevanta i denna rapports kontext gäller i första hand vårdens tillgänglighet. Flickor har högre risk för att utsättas för sexuellt våld och förövare är oftast män. Det är också vanligare att barn i socioekonomiskt utsatta och dysfunktionella hem utsätts för sexuellt våld [57]. Dysfunktionella hem har i forskningen definierats som hem med förekomst av tvång, missbruk, psykisk ohälsa, förlust av familjemedlem eller våld. Icke-förövande föräldrar kan ha svårigheter med att kontakta vården på grund av på tvång, rädsla för våldsam partner, myter, missförstånd och upplevt stigma.

6.3 Vilka professionsetiska aspekter reser insatser till barn som utsatts för sexuellt våld?

Ett generellt och svårt professionsetiskt dilemma är det mellan att å ena sidan ge insatser som saknar eller har svagt vetenskapligt stöd till de som har behov av vård eller stöd, eller å andra sidan låta bli. Insatser med bristfällig kvalitet eller helt oprövade metoder kan vara skadliga och bör ofta undvikas, men samtidigt kan vårdbehovet vara både akut och stort. I avsaknad av behandlingsformer som har gott vetenskapligt stöd finns det risk att vårdpersonal känner oro kring insatser till yngre barn som utsatts för sexuellt våld. Det är också möjligt att man funderar på om man besitter rätt kompetens då insatser för yngre barn ofta kräver metoder som bygger mindre på verbal förmåga än insatser för äldre barn och vuxna. Det är viktigt att man i avsaknad av vetenskapligt stöd i möjligaste mån vilar på beprövad erfarenhet och dokumenterar grunderna för de beslut som fattats, vare det sig är att ge en insats eller inte.

Ett förhållandevis nytt begrepp i den internationella medicin-etiska litteraturen är *defensiv vård* vilket vanligtvis definieras som att vårdpersonal över- eller underbehandlar en patient för att på något sätt skydda sig själva och av andra skäl än rent medicinska. Anledningar till att defensiv vård förekommer kan vara oro för kritik från kollegor och chefer, tidsbrist, osäkerhet och att man vill undvika riskabla och komplicerade behandlingar [58]. Defensiv vård har identifierats ge upphov till dålig vård, negativa effekter för patienters hälsa, minskat förtroende för sjukvården och ökade och onödiga sjukvårdskostnader [59] [60]. I denna rapports sammanhang kan defensiv vård innebära att vårdpersonal undviker att ge vård av oro för att skada barnet. Detta kan böttna i att man upplever sig sakna kompetens eller en föreställning om att det är skadligt för barn att bli påmind om våldet. Det är viktigt att föra en professionsetisk diskussion kring detta dilemma för att så långt som möjligt undvika att defensiv vård utgör ett motiv till att ge eller underlåta att ge insatser.

6.4 Forskningsetiska aspekter

En slutsats som kan dras av resultaten av denna rapport är att de kunskapsluckor som finns kring insatser för barn upp till 7 år utgör ett centralt forskningsetiskt problem. Det vetenskapliga bidraget till barns grundläggande rättigheter att få tillgång till skydd, stöd och rehabilitering är otillräckligt.

6.4.1 Kan yngre barn samtycka till deltagande i forskning?

På samma sätt som det finns svårigheter med att fånga upp och ge vård till yngre barn som utsatts för sexuellt våld kan det finnas hinder till att inkludera dessa i forskningsstudier. Samtycke från båda vårdnadshavare kan saknas och oro för att barn ska ta skada av deltagande kan finnas både hos föräldrar, forskare och myndigheter som finansierar och ger tillstånd till forskning. Det finns dock starka etiska och vetenskapliga skäl till att ge yngre barn möjlighet att som aktiva forskningspersoner delta i forskningsstudier. Barn har en rätt att bli hörda och ha inflytande över saker som rör dem själva [33] [52] [53] [54]. Forskning visar också att det kan finnas skillnader mellan svar som barn ger och svar som vuxna ger i barns ställe, vilket innebär att man inte får de svar man söker efter [61] [62]. När det gäller yngre barn bör man därför inte med hänvisning till barnens låga ålder och bristande mognad rutinmässigt nöja sig med att låta vuxna svara åt barnen.

Även om det är fortsatt viktigt att fråga vuxna anhöriga behövs även en metodutveckling inom forskningen som leder till vedertagna valida och reliabla utfallsmått som fungerar för yngre barn [63]. Det finns flera initiativ för att utveckla speciella samtyckes- och samtalsprocesser för yngre barn [18] [64] [65]. Dessa initiativ lägger stor vikt vid respekt för barnets integritet, önsknings, närhet och lyhördhet.

Det finns också interventioner och studier där barn inte involveras direkt utan där man fokuserar på att stärka föräldrars föräldraförmåga, vilket indirekt kommer barnet till godo [66]. En annan variant är att både barn och förälder inkluderas i interventionen, var för sig parallellt eller helt eller delvis tillsammans. Effektstudier kan ha utfallsmått för både förälder och barn [47] [48] [67]. Kanske är denna typ av studier vanligare när det handlar om yngre barn jämfört med äldre barn. Det är viktigt att forskare noga funderar igenom samtyckes- och forskningsprocessen för att där det är önskvärt underlätta för yngre barn att delta i forskningsstudier.

6.4.2 Kan barn skadas av deltagande i forskning?

Det finns integritetsaspekter som måste vägas mot eventuell nytta. Forskare måste fråga sig om exempelvis forskningen innebär behandling i grupp och om detta reser integritetsaspekter. Vidare om det finns sätt att minimera risker för att integriteten skadas? På samma sätt som det finns risk för att vårdpersonal utför defensiv vård kan det finnas risk för att forskare och etikprövningsnämnder fattar beslut om att inte inkludera yngre barn som är onödigt defensiva.

Andra sätt som barn kan ta skada av forskning är att genomföra studier med otillräcklig kvalitet, dilemman som också tas upp i diskussionen ([Kapitel 7](#)). Studier som inte är tillräckligt välgjorda ger dels resultat som inte är

tillförlitliga, dels tas barnens tid i anspråk i onödan. Många studier med yngre barn har små undersökningsgrupper vilket kan leda till tveksamma resultat. I andra fall har grupperna stora åldersspann. Antagligen är anledningen till att många undersökningsgrupper har ett stort åldersspann att det är svårt att rekrytera tillräckligt många barn inom en snävare åldersgrupp. Det leder dock till frågan om interventionen eller interventionerna samt mätinstrumenten som används passar för alla barn i en bred åldersgrupp. Utsatta yngre barn har ofta en begränsad verbal och kognitiv förmåga. Det innebär att interventioner kan behöva anpassas till yngre barn och då blir de förstås inte helt jämförbara med samma intervention i en version för äldre barn [8]. På samma sätt behöver utfallsmått som passar yngre barn användas och utvärderas. Det finns exempel där yngre barn har haft svårt att svara på de frågor som ställdes så att resultaten blev svåra eller omöjliga att tolka [68] eller att yngre barn helt enkelt exkluderades från vissa mått som endast användes med äldre barn [69].

6.4.3 Kan bedömningar kring etikprovning utgöra ett hinder för forskning?

På grund av yngre barns sårbarhet och utsatthet har etikprovningens myndigheter historiskt varit restriktiva med att godkänna forskning med yngre barn [18] [63]. För forskare kan det vara en öppen fråga hur långt ner i åldrarna man kan gå när man inkluderar barn som forskningspersoner. Bedömningen kan naturligtvis bli olika beroende på vad som ska undersökas och hur man vill göra det. En ytterligare forskningsetisk aspekt är kompetensen hos forskarna som ska utföra studier med yngre barn. Det kan krävas både klinisk kompetens samt förmåga och erfarenhet av att möta yngre barn som deltar i studier om känsliga ämnen som sexuellt våld. Etikprovningens lagen efterfrågar dock enbart att forskare har den vetenskapliga kompetens som behövs (11 § Etikprovningens lagen) [70] varför klinisk kompetens eller erfarenhet av barn som forskningspersoner därför inte behöver redovisas i etikansökningar. Men uppfattningen bland forskare att det kan vara svårt att få ett etikgodkännande för en studie med yngre barn kan också leda till en självzensur där man från början väljer att istället inkludera äldre barn. Det är möjligt att mer organisatoriska och processorienterade faktorer bidrar till att gruppen yngre barn är understuderad. Forskare börjar antagligen med majoritetspopulationen och tänker sig i bästa fall att bredda studierna till mindre grupper som uppfattas som mindre tillgängliga. Tids- och resursbegränsningar kan göra att sådana utvidgade studier ofta inte blir av. Framåt kan det vara viktigt att vidga den forskningsetiska diskussionen kring etikprovning till att också omfatta avvägningar kring yngre barns deltagande i forskningsstudier och undvika att yngre barn rutinmässigt exkluderas från studier.

7. Diskussion

7.1 Avgränsningar

Vid läsning av denna rapport är det viktigt att hålla rapportens avgränsningar i minnet. Studier med hög eller oacceptabel risk för snedvridning, risk för bias, redovisas inte. Om läsaren saknar någon insats som används i Sverige beror det sannolikt på något av följande skäl. I granskningen ingick endast studier där barn i åldern 7 år eller yngre deltog och där resultaten för denna åldersgrupp redovisades separat. I många studier har undersökningsgruppen ett brett åldersspann, till exempel 4–13 år. Det framgår ofta inte hur många barn 7 år eller yngre som deltog i undersökningen och resultaten redovisas inte separat för denna åldersgrupp. Det går inte att dra några slutsatser om insatsens effektivitet för barn som är 7 år eller yngre när resultaten endast redovisas för en bredare åldersgrupp. Av den anledningen exkluderades många studier. Vidare granskades enbart studier där alla eller en majoritet av barnen hade utsatts för sexuellt våld. I många studier anges endast att barnen har PTSD, är traumatiserade eller i risk att vara traumatiserade på grund av våld eller andra potentiellt traumatiserande händelser utan att typ av våld eller händelse tydligt framgår. Därför exkluderades många studier. Även studier med barn som hade exponerats för våld mellan närstående exkluderades om det inte stod klart att även sexuellt våld mellan närstående hade mätts (även om det inte framgick ifall barnet hade exponerats för just det sexuella våldet). Sammantaget innebär det att många studier exkluderades eftersom åldersgruppen 7 år eller yngre inte ingick i studien eller utfallet för barn som utsatts för sexuellt våld inte redovisats separat och studien därmed inte svarade mot projektets frågeställningar.

7.2 Tillförlitligheten för psykologiska eller psykosociala insatser för barn 7 år eller yngre vid sexuellt våld

Professionen i verksamheter som möter barn som utsatts för sexuella övergrepp efterfrågar kunskap kring behandling av yngre barn som själva utsatts för sexuella övergrepp, alternativt exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts. Endast två studier i denna systematiska översikt bedömdes vara tillräckligt välgjorda. Studierna har undersökt två liknande metoder med få studiedeltagare, barnen och en icke-förövande förälder.

Utfallsmåtten för barnen var psykisk ohälsa och social funktion i form av:

- reduktion av affektiva symtom, PTSD samt beteende- och känslomässiga problem
- minskad frekvens av problematiska beteenden (inklusive sexuella beteenden)
- ökad förmåga att upptäcka och adekvat reagera på hypotetiska övergreppssituationer.

Det betyder att vi inte har någon information om utfall som livskvalitet, upphörande av våld samt relation/anknytning till icke-förövande omsorgsperson. Ingen studie identifierades med fokus på barn som exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts.

Det vetenskapliga underlaget är för svagt för att bedöma tillförlitligheten av de studerade insatserna och studier om effekter av andra relevanta insatser har inte identifierats för denna grupp av barn. Att det saknas tillförlitlig vetenskaplig kunskap innebär inte att metoder som används idag är ineffektiva. Det betyder att det behövs fler studier med bättre metodik för att kunna uttala sig om insatsernas effekt för den aktuella undersökningsgruppen.

Att det saknas forskningsstudier när det gäller yngre barn kan bero på att det är få barn som får stöd och hjälp av hälso- och sjukvården. Mörkertalet kan antas vara högt då yngre barn kan ha svårt att själva berätta vad de varit utsatta för och kanske inte ens har förstått vad de har utsatts för. Fall där det uppdagats att yngre barn utsatts för sexuellt våld leder inte heller alltid till att barnet får behandling, till exempel om barnet inte självt har förstått vad det utsatts för och inte uppvisar symtom. Att få ett tillräckligt underlag för en studie som även har en jämförelsegrupp av barn i samma ålder som varit utsatta för sexuellt våld, men som fått annan (eller ingen) behandling än den som utvärderas samt följa upp dessa barn inom ramen för en forskningsstudie är både praktiskt och etiskt utmanande. Båda studierna är amerikanska och mer än 20 år gamla och det verkar inte ha tillkommit nyare studier sedan dess som specifikt handlar om interventioner för sexuellt utsatta barn som är 7 år eller yngre. Däremot hänvisar Miron och Scheeringa (2017) [8] förutom till dessa två studier även till en nyare RCT-studie [71] där KBT-tekniker har använts vid behandling för barn i åldern 3 till 6 år med en PTSD-diagnos till följd av en rad olika typer av traumatiska händelser. Behandlingen baserades bland annat på ovan nämnda manual som använts av Cohen och Mannarino (1996) i deras studie med sexuellt utsatta barn [48]. Jämfört med barnen på väntelistan visade barnen som deltog i KBT-behandlingen signifikanta förbättringar på gruppnivå när det gäller PTSD-symtomen.

TF-KBT är en KBT-behandling som är traumafokuserad och som har vuxit fram ur tidigare kognitiv-beteendevetenskapliga interventioner. I en aktuell rapport om forskning och implementering av TF-KBT inom barn- och

ungdomspsykiatri i Norge presenteras TF-KBT som en behandling för barn och unga i skolåldern (6–18 år) och CBT-SAP nämns inte [72]. Samtidigt påpekar författarna att TF-KBT är en flexibel metod som kan anpassas till det enskilda barnets symtombild, ålder och omsorgssituation. Det verkar vara så att TF-KBT används i anpassad form för yngre barn i Sverige redan idag, men att anpassningen inte har skett på ett systematiskt sätt och utvärderats.

Många studier exkluderades eftersom de utvärderade interventioner vid trauma eller PTSD utan att närmare specificera vilken typ av potentiellt traumatiserande händelser som låg bakom barnens svårigheter. Det fanns också studier där det uppgavs vilka typer av våld och övergrepp barnen hade utsatts för, men där resultaten inte redovisades separat för varje typ så att det gick att utläsa vilken effekt interventionen hade haft för just sexuellt utsatta barn. Vi vet dessutom att många barn utsätts för flera olika typer av övergrepp (polyviktisering) och detta gäller i särskilt stor utsträckning för sexuellt utsatta barn [11]. Det är i praktiken inte rimligt att parallellt eller efter varandra ge flera interventioner som är specifikt anpassade till olika typer av övergrepp. Istället verkar en framkomlig väg för både forskning och praktik vara att utveckla, implementera och utvärdera insatser för barn som är 7 år eller yngre med tillförlighet för olika typer av trauma och utsatthet.

Utvecklingen och praktiken för interventioner för våldsutsatta barn går redan idag mot mer generella metoder som kan användas vid olika typer av övergrepp och trauman och som anpassas efter det individuella barnets behov. Regeringens uppdrag till SBU avsåg emellertid enbart att ta fram ett kunskapsunderlag för vård av personer som utsatts för sexuellt våld. Sannolikt hade en systematisk översikt med en bredare frågeställning som inkluderade interventioner vid trauma eller PTSD kunnat leda till att fler relevanta och mer aktuella studier hade kunnat hittas. Ändå är det troligen så att det finns en brist på relevanta studier som fokuserar på den aktuella åldersgruppen och som använder både interventioner och, mätmetoder som är anpassade för yngre barn, vilket är väsentligt.

7.3 Implikationer för praktiken

Forskningen är otillräcklig när det gäller barn 7 år eller yngre som själva utsatts för sexuellt våld alternativt exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts. Det gäller förekomst av övergrepp, vilka insatser som ges till denna grupp i Sverige och tillförlitligheten till sådana behandlingsmetoder. Det finns inte heller några nationella riktlinjer kring hur barn som utsatts för sexuellt våld ska få stöd och vård. Även om det inte finns tillförlitlighet så kan en insats vara effektiv vilket innebär att man inte utifrån detta underlag ska sluta använda insatser som man ger idag och som fungerar bra. Det är heller inte så att interventioner för yngre barn generellt inte ska erbjudas.

Det är i stället angeläget att även barn som är 7 år eller yngre och som själva utsatts för sexuellt våld, alternativt som exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts erbjuds insatser som är anpassade till deras ålder, utvecklingsnivå och övriga omständigheter. Det innebär att insatser som är utformade för äldre barn inte utan vidare kan användas i behandlingen av yngre barn och att det finns behov av insatser som utvecklats specifikt för yngre barn och deras omsorgspersoner. Även inom åldersgruppen 7 år eller yngre finns det olika förutsättningar och behov som måste beaktas i behandlingen. Till exempel har 6- till 7-åringar ofta en större verbal och kognitiv förmåga än yngre barn och kan tillgodogöra sig behandling som bygger på samtal, medan de yngsta barnen kan delta i interventioner där samspel, lek och andra icke-verbala metoder används och där omsorgspersonen har en större roll i behandlingen.

7.4 Planering av insatser

När man planerar en insats behöver vissa faktorer vara uppfyllda; barnet ska vara skyddat, alla som ska delta i behandlingen behöver vara motiverade att ta emot hjälp och att det ska finnas resurser, rutiner och arbetsmodeller för både skydd, information och motivation [28]. Barnets behov av skydd ska alltså först tillgodoses och det ska finnas rutiner för riskbedömningar och säkerhetsarbete. Val av intervention behöver göras utifrån de förutsättningar och behov barnet eller familjen har, till exempel barnets ålder, symtomens svårighetsgrad, vad barnet varit utsatt för, och hur detta har påverkat barnets psykiska hälsa och sociala relationer. En specifik avgränsad metod är sällan tillräcklig för en grupp om multiproblematik förekommer. Tillgång till fortsatt kontinuerligt råd och stöd och olika typer av hjälp är viktigt. Behandlarna behöver kontinuerlig handledning, stöd och utbildning för att kunna arbeta med samt implementera insatser. Vid planering och genomförande av insatser behöver barnets rättigheter enligt gällande lagstiftning i Sverige samt Barnkonventionen beaktas.

För att kunna ge rätt insatser, både tidigt efter en traumatisk händelse och senare, efter ett eller flera potentiella trauman, är det viktigt med validerade mätinstrument av traumaerfarenheter och symptom, till exempel så kallade symptomformulär, även för bedömning av mer allvarliga problematiker och diagnoser.

Det är även viktigt att se var i vårdkedjan olika insatser kommer in, till exempel riskbedömning efter trauma, tidiga stöd- och krisinterventioner, kortare behandlingsinsatser eller mer komplex och långsiktig behandling [28]. Specialistkunskap för behandling av barn i åldern 0 till 5 år finns inom barnhälsovården eller hos specialiserade späd- och småbarnsverksamheterna/team.

I praktiken är det ofta omöjligt att erbjuda olika, specifika insatser för olika typer av våld eller potentiellt traumatiserande händelser. Bredare interventioner för behandling av trauma eller PTSD ger utrymme för att anpassa arbetet till det specifika traumat som barnet har exponerats för samtidigt som själva metoden är lika oavsett vad som har föranlett traumat.

Olika regioner och kommuner har beroende på storlek och andra omständigheter olika förutsättningar när det gäller vilka insatser man kan erbjuda. Vissa regioner kan ha begränsade förutsättningar att arbeta med många olika insatser samtidigt och man kan därför behöva satsa på en bred insats som visat sig fungera för flera olika grupper av barn, till exempel barn med trauma eller anknytningsproblem. Därmed får också den enskilde behandlaren större erfarenhet av att använda metoden och blir skickligare. Samtidigt blir det också enklare att organisera handledning och vidareutbildning i metoden.

7.5 Metoddiskussion

Denna systematiska utvärdering sammanställer den vetenskapliga tillförlitligheten för psykologiska och psykosociala insatser till barn 7 år eller yngre som själva har utsatts för sexuellt våld eller exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts.

Inklusionskriterierna har därför varit snäva och innefattar endast barn 7 år eller yngre som utsatts för sexuellt våld. Inklusionskriterierna innefattade även att det ska finnas en kontrollgrupp av barn som är 7 år eller yngre som utsatts för sexuellt våld, men som inte fick den utvärderade metoden.

Resultaten från den här systematiska översikten går i linje med resultaten från en internationell systematisk översikt av randomiserade kontrollerade studier om psykologiska insatser till barn upp till 18 år som utsatts för sexuellt våld [39]. Resultaten från den översikten gav inget stöd för att någon specifik psykologisk behandlingsmetod var bättre än någon annan metod eller sedvanlig vård när det gällde utfallsmått kopplade till psykisk

hälsa (till exempel depression, ångest, PTSD) och beteendeproblematik (till exempel externaliserande och internaliserande beteende) hos barnen.

8. Överväganden för forskning

Aspekter som är viktiga för fortsatt forskning inom detta område rör vetenskapliga kunskapsluckor vilket utvecklas nedan. Sammanfattningsvis handlar det om:

- utvärdering av nya metoder eller metoder som utvecklats och använts utomlands.
- utvärdering av insatser specifikt utformade för yngre barn som redan används för barn i Sverige, oavsett typ av våld eller trauma (till exempel CPP).
- utvärdering av insatser som ursprungligen utvecklats för äldre barn, men som används anpassat för yngre barn i Sverige (till exempel TF-KBT för barn under 6 år).
- validerade och åldersanpassade mätinstrument.
- metodutveckling när det gäller långtidsuppföljning i undersökningsgrupper som är svåra att nå. Risken för bortfall är också stor.
- studier om hur utrednings- och behandlingsmiljön kan anpassas till yngre barn och deras behov.
- i studier där barn i ett brett åldersspann deltar behöver både mätinstrument och interventioner vara anpassade till de olika åldersgrupperna. Resultat behöver redovisas separat för olika åldersgrupper.
- studier med barn vars närstående utsatts för sexuellt våld.

En viktig urvalsgrund när nya metoder introduceras i verksamheter är vilket vetenskapligt stöd en viss metod har. Om metoden inte tidigare prövats vetenskapligt i Sverige behöver första prioritet vara att få till stånd en sådan prövning i samarbete med universitet och högskola eller annan verksamhet med vetenskaplig kompetens. Även metoder som använts under lång tid i verksamheten behöver utvärderas systematiskt om det saknas vetenskapligt underlag för metodens effektivitet och kostnadseffektivitet. Om en insats positiva resultat enbart grundar sig på internationella studier behöver den prövas vad gäller användbarhet och effektivitet i ett svenskt eller nordiskt sammanhang och för den specifika gruppen.

När det gäller barn som är 7 år eller yngre och som själva utsatts för sexuellt våld alternativt som exponerats för sexuellt våld när någon närstående utsatts finns det en kunskapslucka avseende vetenskapliga effekter av behandlande och psykosociala insatser. Det är både etiskt och praktiskt svårt att genomföra sådan forskning, bland annat på grund av att man i

forskningsstudier behöver en kontrollgrupp med barn som utsatts för sexuella övergrepp, men som inte deltar i den behandling som ska utvärderas. Dessutom är det svårt att rekrytera tillräckligt stora undersökningsgrupper för att uppnå en studie av god kvalitet om antalet yngre barn som får en behandling eller insats överlag är mycket begränsat. Det är också vanligt att bortfallet är stort i effektstudier inom det här området vilket minskar studiens kvalitet. Samtidigt är det angeläget att fler studier med yngre barn genomförs för att öka kunskapen om interventioners genomförbarhet, effekter och implementering i denna åldersgrupp. Förutom kvantitativa studier kan även studier med kvalitativ metodik bidra till detta. I ljuset av det kan studier med annan uppläggnings såsom experimentell design med så kallade multipla baslinjer för en deltagare (N=1) vara ett alternativ för denna grupp då det kan bidra till såväl förbättring av insatserna som förståelse för processerna.

Det finns också ett behov av att man inom forskningen utvärderar de insatser som används med relevanta utfallsmått och tillförlitliga skalor med många deltagare och lång uppföljningstid. Utvärderingarna bör även samla uppgifter om insatsers resursåtgång och kostnader, för att underlätta ekonomiska utvärderingar som är relevanta för nutida svenska förhållanden.

Bland de instrument för screening och bedömning som redovisas av Nilsson och Svedin [28] är det endast ett självvarsformulär (UCLA PTSD Reaction Index for DSM IV) som kan användas av barn från 7 år och en klinisk intervju (Kiddie Sads Present and Lifetime version n-PL) som vänder sig till barn från 6 år [28]. I de två studier som identifierades i den här systematiska översikten användes flera instrument som kunde besvaras av de yngre barnen (The Preschool Symptom Self-Report, PRESS, Weekly Behavior Record, WBR, Child Behavior Checklista, CBCL, Child Sexual Behavior Inventory, CSBI-3, What If Situations Test, WIST). Även om omsorgspersoner kan ge viktiga upplysningar om det inträffade våldet, barnets symtom, övriga omständigheter och eventuell förbättring till följd av behandlingen är det angeläget att mätinstrument utvecklas som fångar barnens eget uttryck av sin situation. Det är viktigt att instrument för screening och utfallsmått som passar yngre barn och att åtminstone i vissa fall, barnen själva kan delta i mätningen. Det är också önskvärt med studier som fokuserar enbart på yngre barn så att både mätinstrument och intervention motsvarar barnens behov och förutsättningar. När studier använder en bred åldersgrupp, till exempel 4–3 år, behöver både intervention och mätinstrument anpassas till de olika åldersgrupperna. Om yngre barn i en studie med en bred åldersgrupp exkluderas från vissa utfallsmått som till exempel självvarsformulär som förutsätter en viss verbal förmåga eller om samma intervention utan anpassningar används för alla åldersgrupper, försvagas tillförlitligheten för de yngre deltagarna.

9. Medverkande

9.1 Projektgrupp

9.1.1 Sakkunniga

- Gisela Priebe, professor i psykologi, Karlstad Universitet
- Ulrik Kihlbom, professor, Karolinska institutet

9.1.2 Kansli

- Gunilla Fahlström, projektledare (från april 2024)
- Maria Ahlberg, projektadministratör
- Jessica Dagerhamn, projektdeltagare
- Helena Domeij, projektledare (från september 2023 till och med mars 2024)
- Margareta Hedner, projektledare (till och med september 2023)
- Linda Jonsson, projektdeltagare (från februari 2024)
- Lina Leander, biträdande projektledare (till och med september 2023)
- Klas Moberg, informationsspecialist
- Jonas Bergström, projektansvarig chef

9.1.3 Externa granskare

Kjerstin Almqvist, professor, Karlstads universitet

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. De har kommit med värdefulla kommentarer som förbättrat rapporten. SBU har dock inte alltid möjlighet att tillgodose alla ändringsförslag och de externa granskarna står därför inte med nödvändighet bakom samtliga slutsatser och texter i rapporten.

9.2 Bindningar och jäv

Sakkunniga och externa granskare har i enlighet med SBU:s krav lämnat deklARATIONER om bindningar och jäv. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisats där är förenliga med myndighetens krav på saklighet och opartiskhet.

9.3 SBU:s vetenskapliga råd

- Svante Twetman, Köpenhamns universitet, ordförande (tandvård)
- Anna Ehrenberg, Högskolan Dalarna, vice ordförande, (omvårdnad)
- Magnus Svartengren, Uppsala universitet (arbetsmiljö)
- Ulrik Kihlbom, Karolinska institutet (etik)
- Ylva Nilsagård, Örebro universitet (fysioterapi)
- Titti Mattsson, Lunds universitet (etik, juridik)
- Katarina Steen Carlsson, Lunds universitet (hälsoekonomi)
- Jahangir Khan, Göteborgs universitet (hälsoekonomi)
- Mussie Msghina, Örebro universitet (medicin)
- Britt-Marie Stålnacke, Umeå universitet (medicin)
- Sverker Svensjö, Falun och Uppsala universitet (medicin)
- Eva Uustal, Linköpings universitet (medicin)
- Carina Berterö, Linköpings universitet (omvårdnad)
- Ata Ghaderi, Karolinska institutet (psykologi)
- Petter Gustavsson, Karolinska institutet (psykologi)
- Martin Bergström, Lunds universitet (socialt arbete)
- Lena Dahlberg, Högskolan Dalarna (socialt arbete)
- Urban Markström, Umeå universitet (socialt arbete, funktionstillstånd- och funktionshinder)
- Christina Nehlin Gordh, Uppsala universitet (socialt arbete)

10. Ordförklaringar och förkortningar

ABC

Attachment and Biobehavioral Catch-up

Barn

Personer upp till 18 år (enligt Barnkonventionen)

Brå

Brottförebyggande rådet

BUP

Barn- och ungdomspsykiatri

CBCL

Child Behavior Checklista

CBT-SAP

Cognitive-Behavioral Therapy for Sexually Abused Preschoolers

CFTSI

Child and Family Traumatic Stress Intervention

CPP

Child-Parent Psychotherapy

CSBI-3

Child Sexual Behavior Inventory

EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

GRADE

The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

Indikerad eller tertiär prevention

Vid indikerad prevention krävs en sällningsprocess för att hitta de personer som har högst risk och därmed bör inkluderas i preventionsinsatsen. Tertiär prevention är åtgärder för att förhindra ytterligare sjukdomsutveckling. Rehabilitering kan ingå i tertiär prevention.

KBT

Kognitiv beteendeterapi

KIBB

Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel

PCIT

Parent Child Interaction Therapy

Polyviktimisering

Utsatthet för flera olika typer av våld eller våld vid upprepade tillfällen

POSOM-grupp

En kommunal grupp för Psykologiskt Och Socialt Omhändertagande vid kriser

PRESS

The Preschool Symptom Self-Report

PTSD

Post-traumatic stress disorder, posttraumatiskt stressyndrom är en psykiatrisk diagnos

RCT

Randomized controlled trial, randomiserad kontrollerad studie

Regredierar

Återgå till ett tidigare utvecklingsstadium

Reviktimisering

Att åter bli exponerad för våld eller övergrepp, är ett viktimologiskt fenomen som innebär att vissa brottsoffer statistiskt sett löper förhöjd risk att drabbas igen av liknande brott. Brottsoffren har som regel varit utsatta för våld, övergrepp och integritetskränkningar.

Sexuellt våld

Varje genomförd sexuell handling, försök till sexuell handling, oönskad sexuell kommentar eller närmande, eller försök till handel eller styrning av en persons sexualitet, genom tvång av någon annan, oavsett relationen till offret och oavsett omständigheter, innefattande, men inte uteslutande till, hemmet eller arbetsplatsen

Snedvridning

Risk för ett resultatfel i forskningsprocessen som uppstått i en studies upplägg, genomförande, effektbedömning, publikation eller annan hantering av resultaten, och som inte beror på slumpen (risk för bias)

SoL

Socialtjänstlagen

SPC-CP

Structured Parental Counseling-Child Psychotherapy

TF-KBT

Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi

WBR

Weekly Behavior Record

WIST

What If Situations Test

11. Referenser

1. SBU. Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser för personer med intellektuell funktionsnedsättning som utsatts för sexuellt våld. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2024. SBU Bereder 382. [accessed June 19 2024]. Available from: www.sbu.se/382.
2. SBU. Vård för personer som utsatts för sexuellt våld: psykologisk behandling av komplex PTSD. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2024. SBU Bereder 381. [accessed June 19 2024]. Available from: <https://www.sbu.se/381>.
3. Brå. Anmälda brott. Brottsförebyggande rådet (Brå). [accessed May 6 2024]. Available from: <https://bra.se/statistik/kriminalstatistik/anmalda-brott.html>.
4. Kloppen K, Haugland S, Svedin CG, Mæhle M, Breivik K. Prevalence of child sexual abuse in the Nordic countries: A literature review. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*. 2016;25(1):37-55. Available from: <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1108944>.
5. Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Rapport Nr: 1/2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, (NKVTS); 2014. [accessed May 6 2024]. Available from: <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-norge-en-nasjonal-forekomststudie-av-vold-i-et-livsløpsperspektiv/>.
6. Jernbro C, Landberg Å, Thulin J. Våld mot barn 2022. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2023. [accessed May 6 2024]. Available from: https://allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2023/04/RAPPORT_Vald_mot_barn_2022_WEBB.pdf.
7. SOU. SOU 2019:32. Straffrättsligt skydd för barn som bevittnar brott mellan närstående samt mot uppmaning och annan psykisk påverkan att begå självmord. Stockholm. Justitiedepartementet. Statens offentliga utredningar. 2019. Available from: <https://www.regering.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2019/06/sou-201932/>: Justitiedepartementet; 2019.
8. Miron D, Scheeringa MS. Cognitive-behavioral therapies. In: Luby JL, editor. *Handbook of preschool mental health – Development, disorders and treatment*. New York: Guilford Press; 2016. p. 292-310.
9. Almqvist K, Norlén A, Tingberg B. Barn, unga och trauma. Att uppmärksamma, förstå och hjälpa. Stockholm: Natur & Kultur; 2019.
10. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61706-7).
11. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl*. 2007;31(1):7-26. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>.

12. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. Poly-victimization in a national sample of children and youth. *Am J Prev Med.* 2010;38(3):323-30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012>.
13. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):647-57. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>.
14. WHO. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, (WHO); 2002. [accessed May 7 2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>.
15. Svedin CG, Back C. Varför berättar de inte? Om att utnyttjas i barnpornografi: Rädda Barnen; 2003.
16. Fantuzzo JW, Fusco RA. Children's direct exposure to types of domestic violence crime: A population-based investigation. *Journal of Family Violence.* 2007;22(7):543-52. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9105-z>.
17. SFS 1962:1962:700. Brottsbalk (1962:700) 4 kap. Om brott mot frihet och frid 3§. Sveriges författningssamling. Stockholm. [accessed May 6 2024]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700/#K4.
18. Cater Å, Øverlien C. Children exposed to domestic violence : a discussion about research ethics and researchers' responsibilities. *Nordic Social Work Research.* 2014;4(1):67-79. Available from: <https://doi.org/10.1080/2156857X.2013.801878>.
19. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* 1993;113(1):164-80. Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>.
20. Scheeringa MS, Zeanah CH. Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age. *Infant Mental Health Journal.* 1995;16(4):259-70. Available from: [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199524\)16:4<259::AID-IMHJ2280160403>3.0.CO;2-T](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1097-0355(199524)16:4<259::AID-IMHJ2280160403>3.0.CO;2-T).
21. Gylendal. Zero to three DC:0-5tm Diagnostisk klassificering av psykisk hälsa och utvecklingsavvikelser under spädbarnsåldern och tidig barndom; 2016.
22. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. American Psychiatric Association, (2013).
23. Bidö S, Mannheimer M, Samuelberg P. Traumatisering hos barn. En handbok: Natur & kultur; 2018.
24. Socialstyrelsen. Anmäla oro för barn. Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare. 2022. [accessed May 7 2024]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker--juridisk-handbok/2022-5-7884.pdf>.
25. SFS 2001:Socialtjänstlagen (2001:453). Sveriges författningssamling. [accessed May 7 2024]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/.
26. Barnafrid. Nätverk för Barnahus. Linköpings universitet. [accessed May 6 2024]. Available from:

- <https://liu.se/forskning/barnafrid/natverk/natverkarnahus>.
27. Rikspolisstyrelsen. Delredovisning av regeringsuppdrag avseende gemensamma nationella riktlinjer kring barn som misstänks vara utsatta för brott och kriterier för landets barnahus. 2009. [accessed May 6 2024]. Available from: https://barnahuslinkoping.se/wp-content/uploads/2014/11/Nationella_riktlinjer_samt_kriterier.pdf.
 28. Nilsson D, Svedin CG. Kunskapsöversikt om stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp och fysisk misshandel. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Barnafrid, Linköpings universitet; 2017. [accessed May 6 2024]. Available from: <https://allmannabarnhuset.se/product/kunskapsoversikt/#product-info>.
 29. Det fjärde rummet. Stöd och behandling för barn som utsatts för våld och övergrepp. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2024. [accessed May 7 2024]. Available from: <https://allmannabarnhuset.se/vart-arbete/vald-overgrepp/stod-och-behandling-for-barn-som-utsatts-for-sexuella-overgrepp-och-fysiskt-vald/>.
 30. Kjellgren C, Mannheimer M. Modell för beredskap när sexuella övergrepp mot barn misstänks ha begåtts av personal inom förskolan. Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum, Linköpings universitet 2017. [accessed May 6 2024]. Available from: <https://barnafrid.se/kunskapsportal/kunskapsbibliotek/modell-for-beredskap-nar-sexuella-overgrepp-mot-barn-misstanks-ha-begatts-av-personal-inom-forskolan/>.
 31. Kjellgren C, Carlsson C, Emilson A. Experiences with crisis management when child sexual abuse was perpetrated by staff in early childhood education: A Swedish case study. *Cogent Social Sciences*. 2022;8(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/23311886.2022.2061684>.
 32. SFS 1949:Föräldrabalk (1949:381). Svensk författningssamling. Stockholm: Sveriges riksdag. [accessed June 19 2024]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/.
 33. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet. [accessed 29 Feb 2024]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.
 34. SBU. Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU Utvärderar 280. [accessed May 6 2024]. Available from: <https://www.sbu.se/280>.
 35. Norlén A, Thorén A, Almqvist K. Implementing Child–Parent Psychotherapy (CPP) in Sweden: A Qualitative Study Exploring Experiences by Caregivers Taking Part of the Intervention with Their Child. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2021;20(2):152-68. Available from: <https://doi.org/10.1080/15289168.2021.1925001>.
 36. Otterman G, Nurmatov UB, Akhlaq A, Korhonen L, Kemp AM, Naughton A, et al. Clinical care of childhood sexual abuse: a systematic review and critical appraisal of guidelines from European countries. *The*

- Lancet Regional Health – Europe. 2024;39. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2024.100868>.
37. Hahn H, Oransky M, Epstein C, Stover CS, Marans S. Findings of an early intervention to address children’s traumatic stress implemented in the Child Advocacy Center setting following sexual abuse. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2016;9(1):55-66. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40653-015-0059-7>.
 38. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Nationella riktlinjer. [accessed May 3 2024]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/depression-och-angest/>.
 39. Caro P, Turner W, Caldwell DM, Macdonald G. Comparative effectiveness of psychological interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023(6). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013361.pub2>.
 40. NICE. Post-traumatic stress disorder: [B] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in children and young people. NICE guideline NG116 Evidence reviews.: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018. [accessed May 7 2024]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence>.
 41. Domestic/Intimate Partner Violence: Services for Victims and their Children. CEBC, California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare; 2022. [Available from: https://www.cebc4cw.org/files/TopicAreaSummary_DVServices.pdf.
 42. SBU. Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: En metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2023. [accessed May 6 2024]. Available from: <https://www.sbu.se/metodbok>.
 43. Clark J, Glasziou P, Del Mar C, Bannach-Brown A, Stehlik P, Scott AM. A full systematic review was completed in 2 weeks using automation tools: a case study. *J Clin Epidemiol*. 2020;121:81-90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.01.008>.
 44. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016;5(210).
 45. Covidence systematic review software. Melbourne, Australia: Veritas Health Innovation; 2023 Available from: <https://www.covidence.org/>. Available from: <https://www.covidence.org/>.
 46. SBU. Etiska aspekter på insatser inom hälso- och sjukvården. En vägledning för att identifiera relevanta etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (SBU); 2021. [accessed May 6 2024]. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/etiska_aspekter_halso_sjukvarden.pdf.
 47. Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children

- who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*. 2001;6(4):332-43.
48. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(1):42-50. Available from: <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00011>.
 49. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(9):1228-35. Available from: <https://doi.org/10.1097/00004583-199709000-00015>.
 50. Enujioke SC, Leland B, Munson E, Ott MA. Sexuality Among Adolescents With Intellectual Disability: Balancing Autonomy and Protection. *Pediatrics*. 2021;148(5). Available from: <https://doi.org/10.1542/peds.2021-050220>.
 51. Höglund B, Larsson M. Ethical dilemmas and legal aspects in contraceptive counselling for women with intellectual disability-Focus group interviews among midwives in Sweden. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2019;32(6):1558-66. Available from: <https://doi.org/10.1111/jar.12651>.
 52. United Nations. 11. Convention on the Rights of the Child. In. *Treaty Series*. New York: United Nations Treaty Collection; 1989. [accessed May 6 2024]. Available from: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-11&chapter=4.
 53. SFS 2014:Patientlag (2014:821). Svensk författningssamling. Socialdepartementet. [accessed May 7 2024]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/.
 54. SFS 2010:Patientsäkerhetslag (2010:659). Svensk författningssamling. [accessed May 7 2024]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/.
 55. Simon VA, Barnett D, Smith E, Mucka L, Willis D. Caregivers' abuse stigmatization and their views of mental health treatment following child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2017;70:331-41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.024>.
 56. Lippert T, Favre T, Alexander C, Cross TP. Families who begin versus decline therapy for children who are sexually abused. Elsevier Science; 2008. p. 859-68.
 57. Guiney H, Caspi A, Ambler A, Belsky J, Kokaua J, Broadbent J, et al. Childhood sexual abuse and pervasive problems across multiple life domains: Findings from a five-decade study. *Dev Psychopathol*. 2024;36(1):219-35. Available from: <https://doi.org/10.1017/s0954579422001146>.
 58. Ries NM, Johnston B, Jansen J. A qualitative interview study of Australian physicians on defensive practice and low value care: "It's easier to talk about our fear of lawyers than to talk about our fear of looking bad in front of each other". *BMC Medical Ethics*. 2022;23. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00755-2>.
 59. Strobel CJ, Oldenburg D, Steinhäuser J. Factors influencing defensive medicine-based decision-making in primary care: A scoping review. *J*

- Eval Clin Pract. 2023;29(3):529-38. Available from:
<https://doi.org/10.1111/jep.13799>.
60. Pischedda G, Marinò L, Corsi K. Defensive medicine through the lens of the managerial perspective: a literature review. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):1104. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10089-3>.
 61. De Los Reyes A, Kazdin AE. Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. Psychol Bull. 2005;131(4):483-509. Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>.
 62. Skar AS, Jensen TK, Harpviken AN. Who Reports What? A Comparison of Child and Caregivers' Reports of Child Trauma Exposure and Associations to Post-Traumatic Stress Symptoms and Functional Impairment in Child and Adolescent Mental Health Clinics. Res Child Adolesc Psychopathol. 2021;49(7):919-34. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00788-y>.
 63. Alves H, Gibbs L, Marinkovic K, Brito I, Sheikhattari P. Children and adolescents' voices and the implications for ethical research. Childhood. 2022;29(1):126-43. Available from: <https://doi.org/10.1177/09075682211061230>.
 64. Flewitt* R. Conducting research with young children: some ethical considerations. Early Child Development and Care. 2005;175(6):553-65. Available from: <https://doi.org/10.1080/03004430500131338>.
 65. Fryckholm J, Lundström Matsson Å, Friedh B. När yngre barn är delaktiga: vilja våga & genomföra : ett utvecklingsarbete tillsammans med barn för att ta fram kommunikationsverktyg för samtal med barn 3-6 år, när de är anhöriga: Stiftelsen allmänna barnhuset; 2023.
 66. Socialstyrelsen. Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård. 2015. [accessed May 9 2024]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-12-38.pdf>.
 67. Lieberman A, Ippen Ghosh C, Van Horn P. Don't Hit My Mommy. Washington, DC: ZERO TO THREE: National Center for Infants, Toddlers, & Families; 2015.
 68. Miller L, Howell K, Hunter E, Graham-Bermann S. Enhancing Safety-planning through Evidence-based Interventions with Preschoolers Exposed to Intimate Partner Violence. Child Care in Practice. 2012;18(1):67-82. Available from: <https://doi.org/10.1080/13575279.2011.621885>.
 69. Mannarino AP, Cohen J, Deblinger E, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later. Child Maltreatment. 2012;17(3):231-41. Available from: <https://doi.org/10.1177/1077559512451787>.
 70. SFS 2003:Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Svensk författningssamling. [accessed May 9 2024]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/.
 71. Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA, Amaya-Jackson L, Guthrie D. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical

- trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(8):853-60. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x>.
72. Birkeland MS, Blestad C, Granly L, Knutsen ML, Ormhaug SM, Skar AS, Jensen T. Femten år med forskning på og implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i Norge. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2024. [accessed May 29 2024]. Available from: <https://www.nkvts.no/rapport/femten-ar-med-forskning-pa-og-implementering-av-traumefokusert-kognitiv-atferdsterapi-tf-cbt-i-norge/>.
73. Norlén A, Bäckman C, Thorén A, Almqvist K. The Effectiveness of Child-Parent Psychotherapy on Traumatized Preschoolers and Their Caregivers: A Swedish Multi-Site Study. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*.1-16. Available from: <https://doi.org/10.1080/23794925.2024.2358486>.
74. SFS 2018: Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet. [accessed Aug 14 2024]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-1197/

12. Bilagor

- Bilaga 1. Sökdokumentation
- Bilaga 2. Tabell över exkluderade studier
- Bilaga 3. Inkluderade studier och relevanta studier med hög eller oacceptabel risk för bias
- Bilaga 4. Granskningsmallar

[Till bilagorna](#)