

September 2019

Analyse af senfølgeområdet

Afreportering



Indholdsfortegnelse

1	Sammenfatning	5
1.1	Kortlægning af eksisterende tilbud i kommuner, regioner og CSM'erne.....	5
1.2	Karakteristik af målgruppen.....	6
1.3	Kompetenceanalyse.....	6
1.4	Scenarier for en fremtidig indsats	7
1.4.1	CSM-model.....	7
1.4.2	Regional model.....	9
1.4.3	Kommunal model.....	10
1.4.4	Scenariernes adressering af centrale udfordringer	11
1.4.5	Gennemførbarhedsanalyse	12
2	Introduktion	13
2.1	Analysens formål	13
2.2	Metodisk tilgang	14
3	Delanalyse 1. Kortlægning af de kommunale og regionale tilbud	16
3.1	Typer tilbud til personer med senfølger efter seksuelt misbrug.....	16
3.1.1	Typologi over tilbud i henholdsvis kommuner og regioner	16
3.2	Tilbud i kommunerne	17
3.2.1	Udviklingen fra 2011-2019	19
3.2.2	Delkonklusion	20
3.3	Tilbud i regionerne.....	20
3.3.1	Indsatser og tilbud i de fem regioner	22
3.3.2	Delkonklusion	25
4	Delanalyse 2. Analyse af målgruppen	27
4.1	Målgruppen samlet set.....	27
4.1.1	Befolkningsundersøgelser	27
4.1.2	Sammenhæng med hidtidige estimater af målgruppens størrelse.....	27
4.1.3	Fordeling i forhold til alder og køn	28
4.2	Behandlingen i Psykologordningen og CSM og de senfølgeramtes fysiske og psykiske problemer sammenholdt med en kontrolgruppe.....	28
4.2.1	Fra Socialstyrelsens psykologordning til CSM	28
4.2.2	Geografisk afstand til behandling	28
4.2.3	Sociodemografiske forskelle mellem CSM og Psykologordningen.	29
4.2.4	Senfølgeramte er en heterogen gruppe.....	30

4.3	Analyse af kliniske diagnoser (CSM-data)	33
4.3.1	Komorbiditet	33
4.3.2	Analyser af profiler baseret på forekomsten af diagnoser ved behandlingsstart	33
4.3.3	Udviklingen over tid for de fire profilgrupper	35
4.3.4	Betydningen af de forskellige former for overgreb	37
4.3.5	Opsamling	39
5	Delanalyse 3. Indsatsen i de tre centre for seksuelt misbrugte	41
5.1	De tre centres rammevilkår	41
5.2	Patientflow	42
5.2.1	Behandlingssektionen	42
5.2.2	Frivilligsektionen	43
5.3	Komparativ analyse af behandlingen	45
5.3.1	Målgruppe	45
5.3.2	Visitation	46
5.3.3	Indsats	46
5.3.4	Behandlingsforløb	46
5.3.5	Evaluering og opfølgning	46
5.3.6	Samarbejde	47
5.4	Delkonklusion	47
6	Delanalyse 4. Kompetenceanalyse	48
6.1	Del 1: Opsporing	48
6.2	Del 2: Behandling	50
6.3	Del 3: Rådgivning	53
6.4	Del 4: Frivillig indsats	54
6.5	Opsummering	55
7	Delanalyse 5. Scenarieanalyse	57
7.1	Mulige scenarier	57
7.1.1	Tværgående betragtning om indsatsviften	57
7.1.2	Scenarie 1: Fastholdelse af CSM'erne som selvejende institutioner	58
7.1.3	Scenarie 2: Regional centermodel	65
7.1.4	Scenarie 3: Kommunal drift af senfølgecentre	70
7.2	Gennemførbarhedsanalyse	75
8	Bilag	78
8.1	Kompetenceanalyse	78
8.2	Uddybning af scenarierne	80
8.2.1	CSM-modellen	80

8.2.2	Den regionale model	82
8.2.3	Den kommunale model.....	83

1 Sammenfatning

Nærværende analyse undersøger indsatsen til voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen med henblik på at opstille scenarier for en fremtidig organisering og forankring af indsatsen. Analysen fokuserer på indsatsen i kommuner, regioner og i de tre Centre for Seksuelt Misbrugte (CSM'erne).

Analysen falder i fem overordnede dele: 1) kortlægning af de kommunale og regionale tilbud, 2) analyse af målgruppen, 3) kortlægning af indsatsen i CSM'erne, 4) kompetenceanalyse og 5) scenarier for en fremtidig indsats.

Analysen er foretaget via en række forskellige metodiske tilgange, herunder interviews med CSM'erne, nøglepersoner i regionerne samt spørgeskemaanalyse til samtlige kommuner med henblik på at kortlægge deres indsatser. Hertil er relevante eksperter og interessenter på området blevet interviewet, ligesom interessenterne har deltaget i en spørgeskemaundersøgelse vedrørende afdækning af kompetencer. Endelig er der foretaget en registeranalyse af målgruppen.

I det følgende sammenfattes analysens primære resultater.

1.1 Kortlægning af eksisterende tilbud i kommuner, regioner og CSM'erne

Samlet set viser analysen, at indsatsen til personer med senfølger efter seksuelle overgreb primært varetages af regioner og CSM'erne, og at kommunerne i begrænset omfang har indsatser til målgruppen. Analysen viser, at der foregår en lav grad af systematisk koordination af disse forskellige indsatser. En sådan koordination er ofte iværksat og drevet af den enkelte sagsbehandler eller psykolog (med borgerens samtykke hertil). Derudover viser analysen, at indsatsen på området er fragmenteret. Indsatsen afhænger ofte både af i hvilken kommune og region, borgeren bor og gennem hvilke kanaler, borgeren bliver bekendt med indsatserne.

I *regionerne* ses en forskellighed i de tilbud, som målgruppen med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen kan modtage. Region Hovedstaden og til dels Region Midtjylland har mere skræddersyede og specialiserede tilbud til personer med senfølger end de resterende regioner. Alle regioner har organiseret sig med centraliserede visitationsenheder, som visiterer borgerne til behandlingsindsatser baseret på borgerens hovedsymptomer. Alle regioner har desuden mulighed for at arbejde tværfagligt med behandlingen, hvor fx fysioterapeuter, ergoterapeuter og lignende indgår i arbejdet med patienten. Regionerne registrerer ikke systematisk z-diagnosekoder (hvor senfølger efter seksuelle overgreb kan registreres), hvilket udfordrer muligheder for at se på behandlingseffekter for klientgruppen. Desuden anvender ingen af regionerne systematisk resultatmålinger.

De tre CSM'er yder behandling af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen. De er selvejende institutioner med egen bestyrelse og tilbyder alle tre behandling, som består af gruppe- eller individuelle terapiforløb hos psykologer. Der er selvvisitation til gratis behandling, hvilket indebærer, at personer selv kan henvende sig til centrene, og derefter foretager centrene en vurdering af, om personerne falder inden for målgruppen af deres behandling. Behandlingen kan vare op til 1,5 år, og der er på nuværende tidspunkt op til 1,5 års ventetid til behandling. Herudover tilbyder centrene en række frivillige tilbud, som kan anvendes før, under og efter behandling, ligesom personer, som ikke modtager behandling, kan gøre brug af de frivillige tilbud. Centrene varierer for så vidt angår deres visitationsproces, herunder hvad angår deres målgruppekriterier, ligesom størrelsen af de frivillige sektioner er forskellig på tværs af centrene. De tre centre samarbejder på nuværende tidspunkt på at skabe en større ensartethed på tværs. Centrene er placeret i København, Aarhus og Odense med satellitter i Vojens. Vores analyse viser, at brugerne hos centrene i høj grad kommer fra oplandet til centrene.

For så vidt angår de *kommunale* tilbud viser analysen, at der samlet ikke er sket en markant udvikling i tilbuddene i kommunerne til målgruppen af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen siden 2010. En meget stor andel af kommunerne svarer "ved ikke" til en lang række spørgsmål, hvilket kan

indikere, at området har lav bevågenhed i kommunerne. Derudover har ingen kommuner indsatser eller tilbud målrettet voksne med senfølger, og få har funktioner med specialviden på myndighedssiden. Desuden har kun én kommune et formaliseret samarbejde med et CSM via en driftsoverenskomst.

1.2 Karakteristik af målgruppen

Målgruppeanalysen undersøger målgruppens karakteristika og effekten af hhv. behandling i CSM'erne og den daværende Psykologordning under Socialstyrelsen, som havde en ramme på 11 timers gratis behandling. For så vidt angår målgruppens karakteristika, anslår studier, at forekomsten af seksuelle overgreb mod børn er 2% af en årgangⁱ. Hovedparten af de behandlede er kvinder, etniske danskere, singler, midt i trediverne. En tredjedel er forældre, mindre end en tredjedel er i arbejde og knap halvdelen er arbejdsløse eller uden for arbejdsmarkedet. Godt halvdelen har gennemført en ungdomsuddannelse.

I forhold til fysiske og psykiske lidelser er personer med senfølger ikke en homogen gruppe. De har været udsat for mange forskellige slags overgreb og de senfølger, som de lider under, varierer ligeledes. Omkring 16% af brugerne af CSM'erne har fået en psykiatrisk diagnose via udredning hos psykiatrien i perioden fem år før behandlingen og 8,4% havde modtaget en diagnose i løbet af to år efter behandlingen. Omkring to ud af tre (63,4%) brugte ordineret psykofarmaka i årene før behandlingsstart; dette tal dalede til hver anden (50,2%) efter behandling. Samtidig viser centrenes assessments af brugerne, at knap halvdelen (n=368; 45,8%) har mellem to og fire lidelser og en mindre gruppe har fem eller flere lidelser (= 87; 10,8%). Langt over halvdelen af de senfølgeramte har således dobbeltdiagnoser eller flere end to diagnoser, dvs. de har betydelige og sammensatte psykiske lidelser, som kræver en meget kompetent behandling.

I vores målgruppeanalyse sammenligner vi CSM'ernes behandling med den daværende Psykologordning under Socialstyrelsen. Det ses, at brugerne af Socialstyrelsens psykologordning havde et højere antal psykiatriske diagnoser, mens brugerne af CSM havde et højere antal fysiske sygdomme. Vores analyse viser, at begge behandlinger har været virksomme. Behandlingen i Socialstyrelsens psykologordning havde en moderat effekt, mens effekten af behandlingen i CSM var stor. Antallet af psykiatriske diagnoser falder markant i begge ordninger i de to år, der følger behandlingens start. Forbruget af psykofarmaka falder hos CSM brugerne, men stiger betydeligt hos brugerne af Socialstyrelsens psykologordning. Disse har også en tredobling af fysiske sygdomme i de to år efter behandlingen, hvor antallet af fysiske sygdomme kun stiger med en tredjedel hos brugerne af CSM, hvad der er meget mindre end hos kontrolgruppen.

1.3 Kompetenceanalyse

Personer med senfølger har ofte en kompleks sammensætning af problematikker, og arbejdet med målgruppen kan derfor kræve en bred vifte af kompetencer. Vi har identificeret en række centrale kompetencer inden for henholdsvis opsporing, behandling, rådgivning og frivillig indsats i forhold til at arbejde med voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen.

Tabellen nedenfor giver et overblik over de tre vigtigste fremtidige kompetencer som interessenterne har prioriteret inden for hvert af de fire områder. Det ses, at især **viden** om, hvad senfølger er, er en helt central kompetence på tværs af områder, samt at interessenterne efterspørger **redskaber til opsporing** af voksne med senfølger.

Tabel 1.1 Top 3 vigtigste kompetencer på senfølgeområdet

Opsporing	Behandling	Rådgivning	Frivillig indsats
1. Metoder og værktøjer til at spørge ind til overgreb	1. Grundviden om fænomenet senfølger, herunder viden om traumer, sexologi og fysiotraumatologi	1. Kompetencer i forhold til at opbygge en god relation	1. Generel viden om, hvad senfølger er
2. Generel viden om, hvad senfølger er	2. Relevant efteruddannelse	2. Kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde	2. Personlige kompetencer, herunder at kunne lytte og relatere sig
3. Indikationer på, hvordan borgere med senfølger kan identificeres	3. Viden om senfølger, herunder komorbiditet og sammenhæng til somatiske sygdomme	3. Viden om socialpsykologi, i særdeleshed gruppedynamik	3. Ydmyghed i forhold til brugergruppen

1.4 Scenarier for en fremtidig indsats

Personer med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen har differentierede symptomer og behandlingsbehov. Derfor er der behov for en bred vifte af indsatser, der afspejler forskellige behandlingsbehov i målgruppen. I dag eksisterer der en række forskellige indsatser, men der er begrænset koordination og sammenhæng imellem dem. Samtidig er den nuværende indsats for målgruppen karakteriseret ved en fragmenteret visitation, hvor (i) kommunen, (ii) det regionale sundhedsvæsen og (iii) CSM'erne alle visiterer borgere til forskellige typer indsatser. I dag er det kun i det regionale sundhedsvæsen, at der er behov for en henvisning fra en læge for at kunne blive visiteret til en indsats.

Det vurderes samlet set, at en fremtidig organisering af indsatsen for personer med senfølger med fordel kan anses som et system, hvor forskellige indsatser indgår i en samlet behandlingsvifte. Hvornår disse forløb er hensigtsmæssige afhænger af niveauet af nedsat funktionsevne hos borgeren. En sådan systemisk opbygning af indsatserne vil først og fremmest indebære, at der skabes en sammenhængende behandlingsvifte, hvor de forskellige forløb er rettet mod forskellige segmenter i målgruppen. I den forbindelse er det afgørende med en klar organisatorisk ansvarsplacering af hvilke enheder, der tilbyder bestemte typer forløb for forskellige segmenter. Konkret foreslås det, at der etableres en indsatsvifte bestående af følgende indsatser:

- Psykologhjælp via Sygesikringen
- Hovedfunktionspakkeforløb i den regionale psykiatri (vedrørende angst, depression mv.)
- Målrettede forløb i senfølgecentre
- Højt specialiserede forløb i form af et særskilt pakkeforløb til personer med senfølger.

De første tre elementer vil bestå af de nuværende indsatser, mens den fjerde indsats (højt specialiserede forløb) vil indebære et nyt særskilt pakkeforløb for personer med senfølger. Dette pakkeforløb vurderes relevant til håndtering af personer med senfølger, som har en meget lav funktionsevne, kompleks sammensætning af symptomer og behov for psykiatrisk behandling.

For at sikre en ensartet visitation af personer til de forskellige indsatser vil der være behov for en koordineret visitation. Her vil der være behov for en henvisning fra en læge (almen praksis, læge på sygehus mv.), som behandles af en visitationsenhed enten i CSM'erne eller i den centrale visitation i psykiatrien.

Senfølgecentre vil kunne yde behandling til de personer, som har behov for et målrettet forløb for deres senfølger, men som har en lidt højere funktionsevne end målgruppen for et højt specialiseret forløb i psykiatrien. Som led i analysen er der afdækket forskellige scenarier for, hvordan centrene indsats bedst kan forankres: 1) fastholdes som selvejende organisationer, 2) forankres i regionerne og 3) forankres i kommunerne. For alle tre scenarier vurderes der at være en række fordele og ulemper. Disse er skitseret nedenfor.

I dag er CSM'erne bevilliget en permanent bevilling på årligt 15,4 mio. kr. på Finansloven, og dette udgør størstedelen af centrene finansieringsgrundlag. Herudover modtager centrene finansiering fra samarbejde med kommuner og udførsel af VISO-aktiviteter mv. I den første model, CSM-modellen, antages et lignende finansieringsgrundlag. I henholdsvis den regionale model og den kommunale model antages det, at de statslige midler fra CSM'erne følger med ind i den nye organisering.



1.4.1 CSM-model

I dette scenarie fastholdes de nuværende centre (CSM'er) som selvejende institutioner, men der foretages en videreudvikling på en række punkter. Centrene grundlag formaliseres ved at indføre en styringsmodel, hvor der fra centralt hold sættes retningslinjer for centrene virksomhed, eksempelvis via en driftsoverenskomst med centrene, som fx sætter krav om målgruppe og tilsyn. Hertil indføres, at læger (alment praktiserende og speciallæger) skal henvise til centrene, som herefter visiterer borgere til indsatsen, hvilket kan skabe en større lighed i, hvem der opnår kendskab til centrene. Endvidere skal der ske en udvikling af behandlingstilgangen i form af mere specialiserede interventioner, som er målrettet borgere med forskellige belastningsgrader og niveauer af funktionsevne. Scenariet baseres på en antagelse om, centrene nuværen-

de kapacitet bibeholdes, og der dermed ikke oprettes nye centre eller tilføres yderligere midler til behandling.

De primære fordele og ulemper ved denne model er skitseret i nedenstående tabel:

Tabel 1.2 Fordele og ulemper ved CSM-model

 Primære fordele	 Primære ulemper
<ul style="list-style-type: none">• Den nuværende struktur opretholdes, og der er derfor ikke ressource- og videntab som følge af omorganisering.• CSM'ernes viden om målgruppen, metoder mv. opretholdes.• Styringsstrukturen, hvor der fra centralt hold sættes retningslinjer for centrene, i form af fx en driftsoverenskomst med staten giver mulighed for fra centralt hold at sætte fælles krav til fx definition af målgruppen, krav om tilsyn mv.• Tæt kobling mellem center og frivilligsektioner giver mulighed for en alsidig indsats til borgerne og styrker de frivilliges kompetencer.• Henvisning fra læge til visitation i centeret kan skabe mindre tilfældighed i forhold til adgang til behandling.• Behandlingen forankres "uden for systemet", hvilket i sig selv kan have en betydning for klienternes ønske om at komme i behandling.• Mulighed for lange behandlingsforløb (ikke samme effektiviseringspres som i kommune/region).• Etablering af et tilsyn med CSM'erne vil understøtte en høj kvalitet i behandlingen.	<ul style="list-style-type: none">• To parallelle systemer for behandling i henholdsvis CSM'erne og psykiatrien kan skabe manglende helhedsorientering i indsatsen.• Manglende videndeling med psykiatri eller kommune, hvilket skaber "monofaglig" behandlingstilgang og hæmmer mulighederne for koordinering og videndeling på tværs af sektorer.• Behandlingen tilrettelægges ikke i et sundhedsfagligt system, hvilket kan betyde, at relevant viden om evidensbaserede tilgange og metoder ikke finder vej fra psykiatri til centrene. Dette vil kunne have en negativ betydning på kvaliteten af centrene behandling. Henvisning via egen læge kan afskrække nogle fra at søge behandling og kan skabe risiko for fejlhenvisninger, hvilket kan forlænge den enkelte borgers forløb.• Risiko for fortsat lang venteliste til behandling, idet der ikke tilføres flere ressourcer til behandling.• Geografisk spredning, hvilket skaber ulige geografisk dækning.• Relativt ufleksibel finansieringsform, idet centrene i begrænset omfang kan prioritere midler på tværs af området (grundet de udfører én primær aktivitet).

Således har denne model som fordel, at CSM'ernes nuværende viden fastholdes, og at styringsstrukturen med centralt fastsatte retningslinjer giver mulighed for at skabe en ensartethed på tværs af centrene. Samtidig opretholdes sammenhængen mellem frivilligsektion og behandlingssektionen. Set fra et brugerperspektiv kan det endvidere være en fordel, at behandlingen forankres uden for systemet, at der skabes ensartethed i henvisninger til centrene og visitation i centrene, og at brugerne har adgang til lange behandlingsforløb. Omvendt er det en ulempe, at centrene fastholdes adskilte fra de øvrige behandlingstilbud, idet det skaber en risiko for, at behandlingen bliver mindre helhedsorienteret. Hertil kan dekobling mellem centre og psykiatri skabe risiko for en monofaglig behandlingstilgang i centrene, som ikke i tilstrækkelig grad løbende opdateres om ny viden fra psykiatrien om evidensbaserede metoder. Endelig kan det afskrække nogle brugere at skulle henvises via egen læge, og der vil fortsat være en geografisk ulighed i adgangen til tilbud. En yderligere ulempe er, at den nuværende udfordring med lange ventelister på behandling ikke adresseres i CSM-scenariet, idet der ikke tilføres ekstra ressourcer til behandling. Endelig vil centrene fortsat have en relativt ufleksibel finansieringsform, hvor de i begrænset omfang kan prioritere midler på tværs (grundet at de har én primær aktivitet). Øget efterspørgsel efter behandling vil derfor alt andet lige medføre behov for at hente finansiering fra statslige eller kommunale samarbejdspartnere. Omvendt vil centrene i mindre grad være underlagt et effektiviseringspres, som kan forekomme i kommuner og regioner.

Nogle af disse ulemper vil kunne håndteres ved at justere modellen. For så vidt angår lægehenvisningen kan centrene frivilligt tilbyde, herunder chatrådgivning og "åben stue" anvendes til at forberede personerne til at tage kontakt via lægen.

Hertil kan det overvejes, om der skal indføres krav til kommuner og regioner om samarbejde med centrene. I den forbindelse kan det overvejes at pålægge kommuner at medfinansiere centrene for den måde at skabe

et øget incitament til at samarbejde med centrene om en helhedsorienteret indsats. Tilsvarende kan der skabes et forum for systematisk videndeling mellem fx psykiatri og centre om evidensbaserede metoder, fx i form af et fælles videnscenter for området. Endelig kan der oprettes flere centre eller satellitter for at skabe en bedre geografisk dækning og øge kapaciteten. Ventelisterne kan nedbringes ved i en periode at tilføre centrene flere ressourcer til afvikling af venteliste til behandling.

1.4.2 Regional model

Dette scenarie indebærer, at de nuværende CSM-centre lægges ind under regionerne. Det vil betyde, at driftsansvaret samt ledelse og styring af centrene placeres i regionerne. Det antages her, at den statslige finansiering på finansloven af de nuværende centre overføres til regionerne. Visitation til behandling vil blive systematiseret i regionens centrale psykiatriske visitationsenhed, som læger (alment praktiserende eller speciallæger) henviser til. Målgruppen for behandling er voksne med senfølger med og uden en psykiatrisk diagnose.

De primære fordele og ulemper ved denne model er skitseret i nedenstående tabel:

Tabel 1.3 Fordele og ulemper ved regional model

✓	Primære fordele	✗	Primære ulemper
	<ul style="list-style-type: none"> Regionen har ansvaret for hele viften af indsatser. Dette forbedrer mulighederne for en helhedsorienteret tilgang til behandling. Henvisning til behandling i regionalt regi fra egen læge minimerer tilfældighed og fragmentering i behandlingen. Samlet visitation i regionen sikrer lighed i behandlingen samt at borgerne sendes til det tilbud, der er mest profitabelt for dem. Mulighed for faglig sparring og kvalitetsudvikling, idet specialiseret viden samles i regionen. Opmærksomhed på senfølgeområdet kan lede til yderligere forskning og viden på området. De regionale senfølgecentre bliver lagt under enten hospitaler eller psykiatri, hvilket kan skabe stor-driftsfordele. Lettere adgang til behandling, da tilbuddene kommer geografisk tættere på borgerne Minimering af ventetid grundet udrednings- og behandlingsgaranti. Senfølgeområdet bliver underlagt det tilsyn, der i øvrigt er gældende for regionerne. 		<ul style="list-style-type: none"> Specialistviden fra CSM'erne risikerer at gå tabt. Risiko for, at de frivillige sektioner mindskes over tid. Risiko for, at behandlingsforløbene forkortes pga. effektiviseringspres. Henvisning fra egen læge til den centrale visitation kan afskrække nogle borgere fra at søge hjælp. Brugere bliver en del af det psykiatriske system, hvilket kan afskrække nogle borgere fra at søge hjælp hos centrene.

Denne model har som primære fordele, at indsatsen samles i regionerne, og der dermed er mulighed for en mere systematisk kvalitetsudvikling og forskning på området. Samtidig er der mulighed for stordriftsfordele, idet regionerne vil kunne allokere ressourcer på tværs af psykiatri og centre. I forlængelse heraf vil visitationen via den centrale visitationsenhed for det første medføre, at visitationen til alle tilbud foregår ét sted samt for det andet understøtte, at der kan foretages en samlet vurdering af det mest profitable tilbud for borgeren. Endelig vil borgerne få lettere adgang til behandling, idet tilbuddene vil komme tættere på borgerne ved oprettelse af centre i hver region og pga. minimering af ventetid. Derudover vil området blive underlagt tilsyn.

Scenariet kan have som ulempe, at specialistviden fra CSM'erne kan gå tabt, og der er risiko for, at de frivillige sektioner minimeres over tid. Hertil kommer en risiko for, at behandlingsforløbene forkortes pga. ef-

fektiviseringspres, og endelig kan det afskrække personer med senfølger fra at søge hjælp, at de dermed bliver en del af psykiatrien.

Disse ulemper vil kunne adresseres ved at centrenes frivilligt tilbud, herunder chatrådgivning og åben stue anvendes til at forberede personerne til at tage kontakt via lægen. Hertil kan det overvejes, om der skal indføres et krav om, at regionerne ikke kan ændre centrenes konstruktion de første fem år for så vidt angår samarbejde med frivilligsektion, socialrådgivningstilbud og den maksimale varighed af behandlingsforløbene. På den måde sikres, at centrenes nuværende viden, behandlingsvarighed mv. bevares på kort og mellem lang sigt. Herefter vil der kunne foretages eventuelle tilpasninger.

1.4.3 Kommunal model



I dette scenarie er kommunerne ansvarlige for driften af senfølgecentre og midlerne de nuværende centre overføres til kommunerne. Modellen indebærer ikke, at der opbygges behandlingskapacitet i hver kommune, men at kommunerne skal gå sammen og drive centrene *i fællesskab*, jf. den tilsvarende konstruktion for de nuværende Børnehuse. Denne konstruktion er valgt, idet det vurderes relativt omkostningsfuldt og fagligt vanskeligt, hvis hver kommune hver for sig skal oprette en sådan behandlingsfunktion. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at målgruppen af senfølger i nogle kommuner vurderes at være relativt begrænset.

Scenariet indebærer endvidere, at målgruppen indskrænkes til at være borgere med senfølger, som *ikke* har en psykiatrisk diagnose. Dette skyldes, at behandling af borgere med psykiatrisk diagnose vurderes at være uden for kommunernes kompetenceområde og en vanskelig en opgave at løfte for kommunerne.

Som led i modellen etableres centre i regioner, hvor der ikke er dækning i dag. Visitationen til centrene vil ske gennem kommunens egne forvaltninger. Målgruppen for behandling i centrene er voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen *uden* en psykiatrisk diagnose.

De primære fordele og ulemper ved denne model er skitseret i nedenstående tabel:

Tabel 1.4 Fordele og ulemper ved kommunal model

 Primære fordele	 Primære ulemper
<ul style="list-style-type: none">• Øget viden til kommunale medarbejdere om senfølger forbedrer tværfaglig og helhedsorienteret indsats.• Mulighed for erfaringsudveksling i centrene på tværs af psykologer og kommunale medarbejdere.• Tæt kobling til frivillig indsats.• Indsatsen kommer geografisk tættere på borgerne sammenlignet med CSM-modellen.• Der vil forventeligt være mindre ventetid på behandling sammenlignet med CMS-modellen.• Senfølgeområdet bliver underlagt den kommunale tilsynsforpligtelse.	<ul style="list-style-type: none">• Risiko for, at kommunerne ikke har rette kompetencer til drift af behandlingstilbud.• Visitation i kommunerne kræver stor viden. Risiko for fejlvisitation. Der er dermed risiko for en tilfældighed i, hvornår en borger henvises til behandling for senfølger i kommunerne.• Risiko for fragmenteret behandling og at borgeren bliver kastebold mellem region og kommune. Scenariet indebærer, at kommunerne alene behandler den del af målgruppen, som <i>ikke</i> har en psykiatrisk diagnose. I praksis kan det være vanskeligt at foretage denne sontring, idet diagnoserne kan være vanskelige at udrede, og borgerens situation ofte udvikler sig under behandling. Borgere risikerer at blive sendt frem og tilbage mellem sektorerne. Risiko for utilstrækkelig faglig videndeling og evidensbaseret tilgang.• Risiko for videnstab som følge af omorganisering af centrene.• Potentielle kommunale samarbejdsproblemer.• Udgifter til etablering af nye centre.• Henvisning gennem kommunen kan afskrække nogle borgere fra at søge hjælp.

Således har modellen som primære fordele, at en forankring af indsatsen i kommunerne vil øge viden i kommunerne om området og skabe bedre muligheder for videndeling, hvilket generelt kan styrke og fremme en helhedsorienteret indsats til borgerne. Hertil vurderes det, at kommunerne har større erfaring med at inddrage frivillige tilbud, hvilket kan fremme en opretholdelse af den nuværende sammenhæng mellem behandling og frivillige tilbud. Endelig kommer tilbuddene geografisk tættere på borgerne, idet der oprettes centre i hver region, ventetiden vil blive forkortet, og området vil blive underlagt tilsyn
















Imidlertid er der en risiko for, at kommunerne ikke har de rette kompetencer til hverken visitationen af borgerne eller driften af tilbuddene. Visitationen vil være en kompleks opgave, idet kommunen vil skulle kunne afklare, om borgeren har en psykiatrisk diagnose, og dermed skal behandles i regionalt regi. Dette kan være en yderst vanskelig opgave og risikere at føre til tilfældighed i, hvem der visiteres til behandling. Samtidig vil der løbende kunne opstå snitfladeproblematikker, hvis en borger udvikler psykiatrisk diagnose under behandlingsforløb i kommunen og dermed skal afbryde sit forløb i kommunen og i stedet – via den praktiserende læge – visiteres til psykiatrien. Samlet set er der risiko for, at borgerne bliver kastebold mellem kommunens forvaltninger, den praktiserende læge og den regionale psykiatri.

Hertil kommer risiko for utilstrækkelig faglig videndeling og evidensbaseret tilgang, idet behandlingen placeres uden for tilsvarende behandlinger i regionen. Fra et brugerperspektiv kan det endvidere være en ulempe, at der søges kontakt til kommunen for visitation, og der kan være risiko for, at forløbene forkortes grundet effektiviseringspres.

1.4.4 Scenariernes adressering af centrale udfordringer

Baggrunden for arbejdet med at undersøge indsatsen til mennesker med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen er, at der i dag eksisterer en række centrale udfordringer i forhold til indsatsen til voksne med senfølger. I tabellen nedenfor ses et overblik over fem centrale udfordringer på området i dag samt en angivelse af, i hvor høj grad de tre scenarier adresserer den pågældende udfordring. Det skal retteligt nævnes, at valget af en given model vil være ensbetydende med en række ulemper som præsenteret ovenfor.

Tabel 1.5 Scenariernes adressering af centrale udfordringer på senfølgeområdet

Udfordring	CSM-model	Regional centermodel	Kommunal centermodel
Lang venteliste			
Tilfældighed og fragmentering i behandling			
Manglende helhedsorientering			
Geografisk skævhed			
Intet tilsyn			

Note: Udfordringerne er vurderet ud fra en skala fra 1-4, hvor 1 adresserer udfordringen mindst og 4 adresserer udfordringen mest. 4 er markeret med en helt sort cirkel og 1 er markeret med en enkelt sort andel i cirklen.

Det ses af tabellen, at **den regionale centermodel** adresserer flest af de eksisterende udfordringer. Ventelisten vil kunne nedbringes mest på grund af udrednings- og behandlingsgarantien i regionerne, samt udvidelse af behandlingskapacitet til hver region. Tilfældighed og fragmentering i behandlingstilbud vil blive reduceret, fordi man visiterer centralt og skal henvises til behandling via en læge. Der vil være en større helhedsorientering, idet regionerne har en tværfaglig medarbejdersammensætning og er vant til at samarbejde med kommunerne om borgernes øvrige problemstillinger. Den geografiske skævhed vil blive reduceret, da alle regioner skal tilbyde behandling for senfølger, og endelig vil centrene være underlagt tilsyn, som det i øvrigt er gældende for tilbud i sundhedsvæsnet.

Den kommunale model adresserer lidt færre af de eksisterende udfordringer. Ventelister vil kunne nedbringes, da kommunerne ikke som CSM'erne kan lade borgere vente længe på behandling. Der vil være en vis tilfældighed og fragmentering i behandlingen, idet indgangen til behandling både kan være de kommunale forvaltninger eller praktiserende læge (til regional behandling). Der vil være en større helhedsorientering, idet der i princippet kan gives indsats på tværs af kommunens forvaltninger afhængigt af borgers funktionsevne og behov. Den geografiske skævhed mindskes, da der forventeligt vil blive flere end tre

kommunale centre, og endelig vil centrene være underlagt den kommunale tilsynsforpligtelse, hvilket imødegår udfordringen med manglende tilsyn.

CSM-modellen adresserer de nuværende udfordringer i lavest grad, da modellen indebærer færrest ændringer fra status quo. Ventelister vil således fortsat være en udfordring. Tilfældighed og fragmentering i behandlingen vil blive reduceret, idet læger skal henvise borgere til behandling i CSM'erne. Den manglende helhedsorientering vil fortsat være en udfordring, da behandlingen tilrettelægges uden for det kommunale og regionale system. CSM-modellen arbejder med en antagelse om, at der ikke etableres nye centre, og dermed adresseres udfordringen med geografisk skævhed ikke. Der vil i CSM-modellen blive indført et fagligt tilsyn, hvilket adresserer den sidste udfordring med mangel på tilsyn.

De tre scenarier adresserer således i varierende grader de eksisterende udfordringer. Det er dog væsentligt at understrege, at de opridsede modeller alle skaber en række nye udfordringer. Derfor skal ovenstående ikke ses som en anbefaling af den regionale model, men alene som en oversigt over, hvordan eksisterende udfordringer adresseres af modellerne.

1.4.5 Gennemførbarhedsanalyse

Vi har foretaget en gennemførbarhedsanalyse på tværs af de tre scenarier. Gennemførbarhedsanalysen er foretaget ud fra en vurdering af scenariernes realisering målt på tre kriterier: om scenariet er økonomisk gennemførbart, juridisk gennemførbart og operationelt muligt. For hvert af de tre kriterier er der foretaget en vurdering ift. henholdsvis etablering og drift. Analysen er alene et udtryk for en vurdering af, hvor "nemt" scenariet er at implementere. Analysen viser ikke, hvilket scenarie som vurderes mest hensigtsmæssigt.

I tabellen nedenfor ses resultatet af gennemførbarhedsanalysen for de tre scenarier

Tabel 1.6 Gennemførbarhedsanalyse

Dimension	CSM-model		Regional centermodel		Kommunal centermodel	
	Etablering	Drift	Etablering	Drift	Etablering	Drift
Økonomisk						
Juridisk						
Operationel						

Note: Dimensionerne er vurderet ud fra en skala fra 1-4, hvor 4 er sværest at gennemføre og markeret med en helt sort cirkel og 1 er nemmest at gennemføre markeret med en enkelt sort andel i cirklen.

Tabellen illustrerer, at CSM-modellen er den model, der vil være nemmest at gennemføre, da der skal foretages færrest ændringer fra status quo. Den regionale centermodel kræver flere forandringer og vil derfor være mere kompliceret at gennemføre. Dette scenarie vurderes at være mere omkostningsfyldt end CSM-modellen, men mindre omkostningsfyldt end den kommunale model. Dette skyldes, at regionerne har et system for visitation og behandling, som centrene vil kunne falde ind under. Desuden er det forudsat, at der etableres centre i alle fem regioner. For den kommunale model forventer vi større omkostninger, da der ligeledes skal etableres nye centre, samtidig med at der skal investeres i kompetencer hos en stor gruppe kommunale medarbejdere på tværs af forvaltninger i samtlige 98 kommuner.

Det er således CSM-modellen, der er mest gennemførbart i forhold til etablering efterfulgt af den regionale centermodel. CSM-modellen og den regionale centermodel forventes dog at være lige gennemførbare i forhold til drift. Den kommunale model er både i forhold til etablering og drift den mest krævende at gennemføre.

Overvejelserne om gennemførbarhed i forhold til etablering og drift skal naturligvis vurderes mod de fordele, der er ved hver af de enkelte modeller.

2 Introduktion

2.1 Analysens formål

Seksuelt misbrug af børn er et alvorligt samfundsmæssigt problem, der menes at have store konsekvenser for det misbrugte barn på både kort og lang sigt. I Danmark estimeres det, at ca. 2 % af en årgang oplever seksuelt misbrug i barndommen.ⁱⁱ

Estimatet af, hvor mange der oplever seksuelle overgreb i barndommen, er usikkert, bl.a. på grund af det tabu og den stigmatisering, der er forbundet med overgrebene. Mange ofre for seksuelle overgreb beretter derfor først om overgreb sent i behandlingsforløb for andre symptomer. Dette er ensbetydende med, at identifikation af ofrene i regionale og kommunale klientjournaler er en reel udfordring.

Der har tidligere i forskningen været uenighed om, hvorvidt seksuelle overgreb i barndommen medfører senfølger i voksenlivet. Nyere forskning peger dog på, at der er en sammenhæng mellem seksuelle overgreb i barndommen og traumerelaterede psykiske lidelser som PTSD, angst og depression og derudover en række andre problemer som personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, misbrug osv. og fysiske sygdomme. Der er derudover påvist sammenhænge med mere komplekse sociale senfølger som fx seksuel risikoadfærd, seksuelle forstyrrelser og reviktimisering.ⁱⁱⁱ Seksuelle overgreb i barndommen er således en risikofaktor for både psykiske og sociale problemer i voksenlivet.

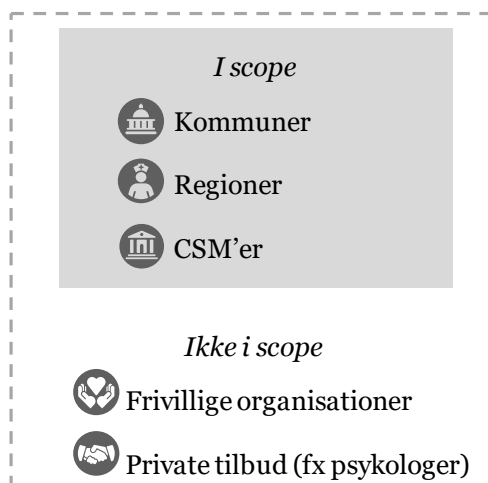
Indsatsen til voksne med senfølger varetages i dag i flere sektorer, jf. boksen til højre. Personer med senfølger efter seksuelle overgreb kan modtage behandling i psykiatrien, herunder fx i form af et pakkeforløb for depression eller lignende. Herudover kan personerne henvende sig til de tre Centre for Seksuelt Misbrugte (CSM'erne), som tilbyder behandling til målgruppen. Hertil kommer tilbud ydet af en lang række almennyttige og/eller frivillige organisationer på området, såsom Kvisten, Liva Rehab, Kolding Selvhjælp, Freja Centret og Joan-Søstrene mv. Disse organisationer består af frivillige, men kan ligeledes have psykologer ansat og en enkelt organisation har en psykiater ansat, som varetager behandling. Endelig kan kommunerne give indsats til målgruppen.

Senfølgeområdet er i dag præget af en række udfordringer, som bl.a. har dannet baggrund for oprettelse af kommissoriet for undersøgelse af indsatsen til mennesker med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Disse udfordringer vedrører for det første, at der er **lang venteliste** på CSM'ernes tilbud. Mennesker med senfølger er en udsat gruppe af voksne, hvor ventetid kan have alvorlige konsekvenser for deres sundhedstilstand. Derudover er området præget af en **fragmentering og tilfældighed** i hvem, der får behandling. En del af behandlingen i CSM'erne har et overlap til psykiatrien, og det er ofte tilfældigt, om man modtager behandling i et CSM eller i psykiatrien afhængigt af enkeltpersoner, man har mødt gennem sit forløb. Der mangler desuden en **helhedsorientering** på området. Patienter i psykiatrien bliver behandlet med udgangspunkt i deres hoveddiagnose, og baggrunden for hoveddiagnosen (at seksuelle overgreb i barndommen leder til fx PTSD) får ikke i samme grad opmærksomhed. Desuden oplever kommunerne at have svært ved at forholde sig til de øvrige sociale problemer, som senfølger kan medføre. En anden udfordring er, at der er **geografisk skævhed** i, hvem der modtager behandling. CSM'erne er placeret tre steder i landet, og de mennesker, der er bosiddende langt fra et center, er i nogen grad afskåret fra behandlingstilbuddet på grund af afstanden. Endelig har der ikke eksisteret et **tilsyn** med centrene, hvilket kan hæmme den faglige udvikling af området.

Sektorer/regi med indsatser til voksne med senfølger

- Regioner (psykiatrien)
- Centre for Seksuelt Misbrugte (CSM'erne)
- Kommuner
- Frivillige organisationer
- Privatpraktiserende psykologer

Figur 2.1 Scope for analysen



Området er desuden præget af efterspørgsel på yderligere viden og forskning. Der er således efterspørgsel efter yderligere viden om evidens for de metoder, der benyttes i indsatser til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb, og der findes ikke officielle retningslinjer for behandlingstilgang til målgruppen.

Denne analyse har til formål at analysere indsatsen til voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen, med henblik på at opstille scenarier for en fremtidig organisering og forankring af indsatsen. Analysen fokuserer på indsatsen i kommuner, regioner og CSM'erne, jf. figuren ovenfor. Som led i analysen er de frivillige organisationer interviewet, men der er ikke foretaget en særskilt analyse af deres indsatser.

2.2 Metodisk tilgang

Vi anvender en række forskellige metodiske tilgange i analysen for bedst muligt at kunne afdække senfølgeområdet. Fire primære metoder er anvendt i dataindsamlingen; spørgeskema, interview, dokumentstudier og registerdata. Disse fire metoder er anvendt på tværs af forskellige kilder, herunder kommuner, regioner, CSM'er, eksperter, interessenter og brugere.

På baggrund af dataindsamlingen har vi gennemført en række analyser, herunder en kortlægning af indsatser i kommuner, regioner (delanalyse 1) og CSM'er (delanalyse 3), en målgruppeanalyse (delanalyse 2), en kompetenceanalyse (delanalyse 4) og en scenarieanalyse (delanalyse 5). Analysernes fund beskrives i dybden i de kommende afsnit.

Nedenstående tabel illustrerer metode- og kilde-trianguleringen, der er anvendt i analysen. Derudover giver tabellen et overblik over antal af interviews, der er gennemført samt omfanget af spørgeskemabesvarelser.

Tabel 2.1 Oversigt over kilde- og metodetriangulering

Kilder	Spørgeskema	Interview	Dokumentstudier
Kommuner	78 kommuner har besvaret (80 %) 1-4 besvarelser per kommune 151 påbegyndte besvarelser Ingen indikationer på systematisk frafald	12 kommuner udvalgt til interview på baggrund af: Én eller flere relevante funktioner i forhold til senfølger Variation på størrelse Variation på yder-, land-, mellem- og bykommune 10 interviews gennemført 1 afviser at deltage 1 har ikke besvaret henvendelse	Kommunerne er ikke i besiddelse af relevante dokumenter
Regioner		13 interviews gennemført med 1-5 deltagere pr. interview 2-3 interviews pr. region 9 faggrupper repræsenterer i interviews, herunder psykologer, læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.fl. Interviewpersoner identificeret vha. snowball-metoden	Regionerne har bl.a. fremsendt kursus- og undervisningsmateriale, rapporter og stillingsopslag
CSM'er		Følgende personer er interviewet fra CSM'erne: <ul style="list-style-type: none"> - Leder af hvert center - Bestyrelsesformand for hvert center (for CSM Syd er hele bestyrelsen interviewet, ligesom repræsentanter for bestyrelsen for CSM Syd frivilligsektion er interviewet) - Behandlere fra hvert center - Leder/koordinator for hver frivilligsektion - Frivillige for hver frivilligsektion - Socialrådgiver for hvert center - Brugere af hvert center 	
Ekspertter		Fem ekspertinterviews gennemført med danske eksperter og en norsk ekspert på senfølgeområdet	
Interessenter	16 interessenter har besvaret spørgeskema med henblik på prioritering af kompetencer	Interviews gennemført med interessenter på senfølgeområdet. Der er udført to interviews med hver interessent: <ul style="list-style-type: none"> - KL - Danske Regioner - Landsforeningen SPOR - Landsforeningen mod Seksuelle Overgreb 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Kvisten - Liva Rehab - Red Barnet - Dansk Psykiatrisk Selskab - Freja Centret Esbjerg - Joan Søstrene (København) - Kolding Selvhjælp - Kirkens Korshærs Udviklings- og Behandlingscenter. - Landsorganisationen KRIS - CSM'erne - Henriette Berthelsen (ét interview).
Brugere	<p>23 interviews med brugere. Ét interview er gennemført som et gruppeinterview med seks brugere. I alt er 29 personer interviewet. Brugere er identificeret gennem SPOR, Kvisten, regionerne og CSM'erne.</p> <p>25 kvinder og 4 mænd</p> <p>Aldersspænd fra 27-65 år</p>

Som overstående tabel viser, er undersøgelsens resultater baseret på et bredt datagrundlag, hvor flere forskellige kilder bidrager til undersøgelsens validitet.

3 Delanalyse 1. Kortlægning af de kommunale og regionale tilbud

3.1 Typer tilbud til personer med senfølger efter seksuelt misbrug

Der findes en række forskellige tilbud til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i kommuner og regioner i Danmark. Langt størstedelen af tilbuddene findes i regionalt regi. Det skyldes primært, at de tilbud, som voksne med senfølger efter seksuelle overgreb har behov for, kræver en specialiseret viden og tilgang til behandling.










Kommunernes rolle i forhold til behandling af voksne med senfølger er på nuværende tidspunkt primært at identificere og henvise voksne med senfølger til relevante tilbud og tage sig af borgernes øvrige sociale problemstillinger, som fx ledighed.

3.1.1 Typologi over tilbud i henholdsvis kommuner og regioner

I kommunalt regi findes der på nuværende tidspunkt ingen specialiserede tilbud til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Kommunerne anskuer ofte gruppen med senfølger af seksuelt misbrug som en delmængde af den samlede gruppe socialt udsatte, der er i kontakt med kommunen.

Derfor vil de tilbud, der tilbydes til voksne med senfølger i kommunerne være betinget af borgerens funktionsniveau og støttebehov inden for servicelovens rammer. Nogle kommuner har dog særlige teams, der i højere eller mindre grad har en specialiseret viden, der bl.a. omfatter senfølger. Derudover har nogle kommuner informationsmateriale til borgere, en opsøgende indsats eller et samarbejde med eksterne parter om målgruppen af voksne med senfølger.

Tabel 3.1 Typologi over funktioner i kommuner og regioner

Funktion	Kommuner		Regioner	
	Antal	Andel	Antal	Andel
 Særlig person, enhed eller team til at tage sig af henvendelser vedrørende senfølger	7	9,1%		
 Særligt uddannede	14	18,4%		
 Har en opsøgende indsats	4	5,6%		
 Informationsmateriale til borgere	5	7,0%		
 Informationsmateriale til ansatte	2	2,8%		
 Specialiseret behandlingstilbud			2	40%
 Gruppeforløb på baggrund af hoveddiagnose			5	100%
 Individuelle forløb efter behov			5	100%
 Udvidet tværfagligt behandlerteam			3	60%

Note: Andelen for kommunerne er udregnet ud fra, hvor mange kommuner der har besvaret det pågældende spørgsmål. Andelen for regionerne angiver, at regionen har funktionen mindst ét sted. Det er således ikke ensbetydende med, at alle patienter i den pågældende region har adgang til funktionen.

I regionerne findes forskellige typer tilbud til voksne med senfølger. I regionernes psykiatri er behandlingstilbud tæt knyttet til diagnose, og voksne med senfølger vil således modtage behandling afhængigt af, hvil-

ken diagnose de har fået. I det følgende beskrives tilbuddene i henholdsvis kommuner og regioner yderligere.

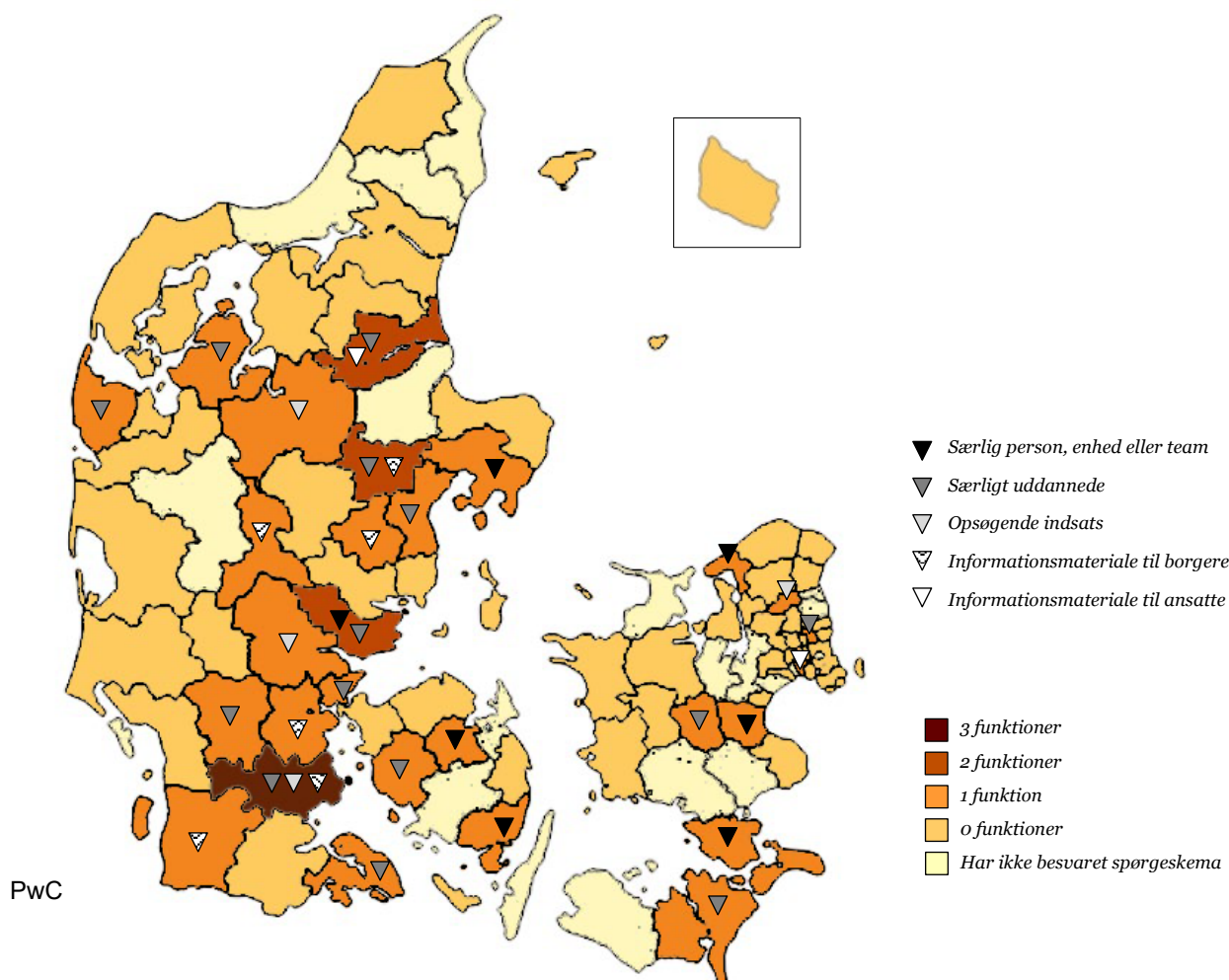
3.2 Tilbud i kommunerne

Som tidligere fremhævet indikerer vores spørgeskemaundersøgelse og interviews, at ingen af kommunerne har specialiserede funktioner udelukkende til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb. De færreste kommuner har særligt uddannet personale til at tage sig af henvendelser fra borgere med senfølger. Indsætser og behandling til borgere med senfølger efter seksuelle overgreb afgøres derfor ofte af deres øvrige problemstillinger uden fokus på overgrebene.

Vores interviews peger på, at kommunens medarbejdere ofte sent i et forløb opdager, at en borger har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, da det kræver en tæt relation med borgeren. Der er generelt en begrænset viden om, hvordan senfølger efter seksuelle overgreb kommer til udtryk hos en borger, og derfor kan kommunerne have svært ved at identificere borgerne og henvise dem til relevante behandlingstilbud. Indsatsen til voksne med senfølger i kommunalt regi ligger ofte både i social-, beskæftigelses- og eventuelt andre forvaltninger, hvor borgere med problemer henvender sig.

På trods af at kommunerne ikke har indsætser særligt målrettet målgruppen, har nogle kommuner forskellige funktioner, der bidrager til at understøtte voksne med senfølger. Figuren nedenfor viser, hvilke kommuner, der i spørgeskemaet har svaret "ja" til at have 1) en særlig person, enhed eller team til at tage sig af henvendelser om senfølger, 2) særligt uddannet personale, 3) en opsøgende indsats, 4) informationsmateriale til borgere og 5) informationsmateriale til ansatte på senfølgeområdet.

Figur 3.1 Oversigt over kommunernes funktioner



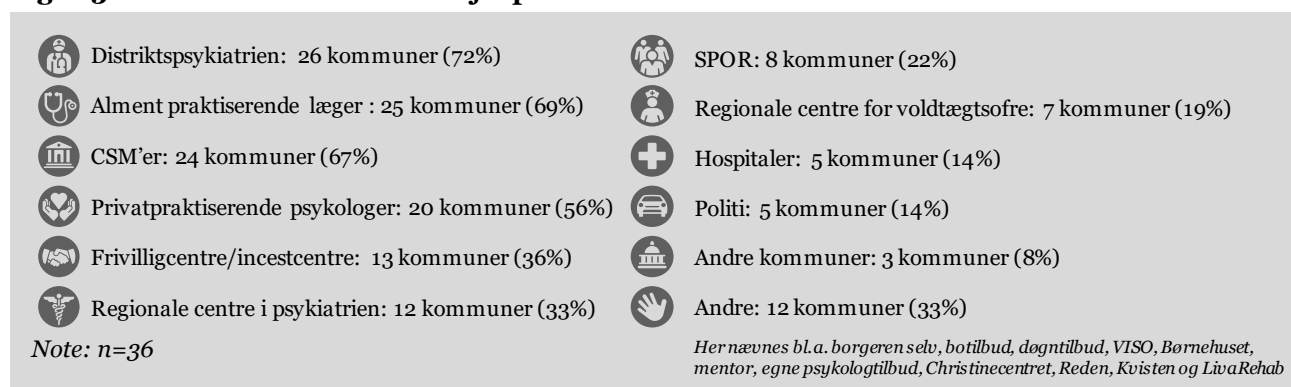
Note: Antal af funktioner dækker over en optælling af, om kommunerne har svaret "ja" til at have 1) en særlig person, enhed eller team til at tage sig af henvendelser om senfølger, 2) særligt uddannet personale, 3) en opsøgende indsats, 4) informationsmateriale til borgere og 5) informationsmateriale til ansatte på senfølgeområdet.

Det ses af figuren, at kun en enkelt kommune, Haderslev, har tre ud af de fem funktioner i forhold til voksne med senfølger. Tre kommuner, Mariagerfjord, Hedensted og Favrskov har to funktioner, mens 24 kommuner har én funktion. 50 kommuner har ingen af de fem funktioner, og 20 kommuner har ikke besvaret spørgeskemaet.

Der er primært kommuner i den østlige del af Midt- og Sønderjylland, Fyn samt den østlige del af Sjælland, der har funktioner i forhold til senfølger, mens kommuner i Vest- og Nordjylland samt det vestlige af Sjælland i mindre grad har funktioner med særligt fokus på voksne med senfølger. Vi har ikke kunnet finde statistisk sammenhæng mellem kommunistørrelse og antallet af funktioner i forhold til voksne med senfølger. Derudover har vi undersøgt, om der er sammenhæng mellem, at en region har et CSM-center og antallet af funktioner i kommunerne. Her er der ligeledes ikke en statistisk sammenhæng.

Mere end halvdelen af kommunerne (52 %) samarbejder med eksterne parter i forhold til konkrete sager eller henvendelser om voksne borgere med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Dette kan være med til at forklare, at kommuner i lav grad internt har relevante funktioner, da eksterne parter varetager dele af behandlingen. Nedenstående figur illustrerer, hvilke samarbejdspartnere kommunerne har i forhold til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen.

Figur 3.2 Kommunernes samarbejdspartnere



Det ses af figur 3.2, at distriktspsykiatrien, alment praktiserende læger og CSM'erne er kommunernes primære samarbejdspartnere på senfølgeområdet.

Enkelte kommuner har etableret formelle samarbejder, men for de fleste kommuner foregår samarbejdet på ad hoc-basis. Af formaliserede samarbejder kan Haderslev kommune fremhæves, idet kommunen har et formaliseret generelt samarbejde med psykiatrien i Region Syddanmark. Et andet formaliseret samarbejde er Odense kommune, der samarbejder med CSM Syd. Odense kommunes tilgang er beskrevet i casebeskrivelsen til højre. Et tredje samarbejde, der dog er mindre formaliseret, er Viborg Kommune, der er i kontakt med den lokale afdeling af Kvisten, hvor borgere med senfølger ofte sendes til. Det fremgår af interviews med kommunerne, at det især er afstanden til et relevant behandlingssted, der har betydning for, om kommunen er bekendt med behandlingsstedet og henviser borgere til det.

Casebeskrivelse: Odense kommune





Odense kommune har ikke internt en indsats til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb. Der er dog etableret et **samarbejde med CSM Syd**, hvor Odense kommune har **købt 15 pladser**. Dette giver kommunen mulighed for at **"fast track"** de borgere, der identificeres med senfølger.

På trods af "fast track"-ordningen er der dog stadig op til **halvandet års ventetid** for borgere fra Odense kommune til CSM Syd. Kommunen er i dialog med CSM Syd om, hvordan udfordringen kan løses. Der er bl.a. diskussioner om at indføre en mere **dynamisk venteliste** og **differentierede behandlingsforløb**.

Odense kommune har ikke medarbejdere, der er særligt uddannede til at håndtere gruppen af voksne med senfølger. Der er dog socialrådgivere, som kontinuerligt bliver **efteruddannede** til at **håndtere gruppen af socialt udsatte**, hvor voksne med senfølger ofte falder under.

Odense kommune efterlyser screenings- og opsporingsværktøjer i forhold til identifikation af, at en borger lider af senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Desuden efterspørger kommunen **behandlingsstilbud**. Hvis de kommunale medarbejdere bliver bedre til at screene for senfølger, er det vigtigt, at der er et sted, de kan sende borgerne hen.

I både spørgeskemaet og interviews med kommunerne fremhæves en række udfordringer i den nuværende indsats til voksne med senfølger. Kommunerne pointerer, at følgende elementer kan forbedres/udvikles:

-  Et konkret tilbud/indsats til voksne med senfølger i kommunen
-  Viden til borgere om senfølger– fx informationsmateriale
-  Viden til fagpersoner, herunder formidling fra Socialstyrelsen og retningslinjer for indsats
-  Mere tværfagligt samarbejde

Det skal i forbindelse med listen over mangler fremhæves, at der blandt kommunerne er delte meninger om, hvorvidt kommunerne skal tilbyde en specifik indsats til voksne med senfølger. De kommuner, der taler for, fremhæver, at der med denne type problemer er behov for en lokalt forankret indsats, som er let tilgængelig for borgeren. Derudover er det helt centralt, at der ikke er ventetid, idet ventetid kan være med til at forværre borgerens situation. Yderligere har kommunerne mulighed for at gå helhedsorienteret til borgeren og skabe sammenhæng mellem fx social- og behandlingsindsats og beskæftigelsestiltag i jobcenterregi.

Kommuner, der taler imod et målrettet kommunalt tilbud, fremhæver, at voksne med senfølger ofte udgør en meget lille del af den samlede gruppe af socialt udsatte, hvor der ofte er flere problemstillinger end blot seksuelt misbrug. Kommunerne fremhæver her, at det ikke praktisk ville være muligt at lave tilbud og indsatser for så få borgere. Derudover vurderer disse kommuner ikke, at kommunerne kan påtage sig en opgave, der kræver en så specialiseret tilgang og viden, som en indsats over for voksne med senfølger kræver.

3.2.1 Udviklingen fra 2011-2019

Socialstyrelsen (dengang Servicestyrelsen) udarbejdede i 2011 en rapport med titlen ”Kommunernes beredskab til voksne med senfølger af seksuelle overgreb”. Vi har i vores analyse gentaget en række af de spørgsmål, som Socialstyrelsen stillede under dataindsamlingen, der foregik i 2010. Nedenfor fremgår to tabeller, der illustrerer fundene fra vores 2019-analyse med pile i henholdsvis rød og grøn, der markerer udviklingen siden 2010.

Tablet 3.2 Andel kommuner, der har følgende funktioner

	Særlig person		Særligt uddannede		Opsøgende indsats		Informationsmateriale borgere		Informationsmateriale ansatte	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Ja	7	↓ 9,1%	14	↑ 18,4%	4	↑ 5,6%	5	↑ 7,0%	2	↓ 2,8%
Nej	59	↑ 76,6%	36	↓ 47,4%	34	↓ 47,2%	38	↓ 53,5%	47	↓ 66,2%
Ved ikke	11	↑ 14,3%	26	↓ 34,2%	34	↑ 47,2%	28	↑ 39,4%	22	↑ 31,0%
Total	77	100%	76	100%	72	100%	71	100%	71	100%

2010: n = 70, 2019: n = 77

Note: Pile op og ned indikerer henholdsvis stigninger og fald i andele sammenlignet med Servicestyrelsens analyse af kommunernes beredskab på senfølgeområdet fra 2011 (dataindsamling i 2010).

Det ses af ovenstående tabel, at andelen af kommuner, der har særligt uddannede til at tage sig af henvendelser vedrørende senfølger, har en opfølgende indsats samt et informationsmateriale til borgere er vokset siden 2010. Dette kunne tyde på, at kommunerne i højere grad er blevet opmærksomme på problematikkerne omkring senfølger. Omvendt har en mindre andel af kommunerne en særlig person og et informationsmateriale til ansatte i 2019 sammenlignet med 2010.

Både i 2011-rapporten og nu fandt vi, at ”en særlig person” dækker over en funktion, der ikke alene er specialiseret i forhold til senfølger, men dækker en bred vifte af sociale problemer.

Tabel 3.3 Andel kommuner, der yder økonomisk hjælp og henviser til CSM'er

	Tilskud af behandlingsmæssig karakter, herunder tilskud til psykologbehandling (§ 102, serviceloven)		Hjælp til betaling af udgifter til sygebehandling (§ 82, aktivloven)		Økonomisk støtte til borgere, der efter lægelig henvisning er berettiget til psykologbehandling (§ 69, sSundhedsloven)		Henvisning af borgere til at søge om gratis psykologbehandling i et CSM	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Ja	20	↓ 27,4%	19	↓ 26,0%	15	↓ 20,0%	24	32,9%
Nej	16	↓ 21,9%	4	↑ 5,5%	6	↓ 8,0%	11	15,1%
Ved ikke	37	↑ 50,7%	50	↑ 68,5%	54	↑ 72,0%	38	52,1%
Total	73	100%	73	100%	75	100%	73	100%

2010: n = 70, 2019: n = 77

Note: Pile op og ned indikerer henholdsvis stigninger og fald i andele sammenlignet med Servicestyrelsens analyse af kommunernes beredskab på senfølgeområdet fra 2011 (dataindsamling i 2010). Der er ikke angivet pile for spørgsmålet om henvisning af borgere til at søge om gratis psykologbehandling i et CSM, da dette spørgsmål ikke optrådte i Servicestyrelsens analyse fra 2011.

Det ses af ovenstående tabel, at færre kommuner giver forskellige former for økonomisk støtte i 2019 sammenlignet med 2010. Det gælder både tilskud af behandlingsmæssig karakter, herunder tilskud til psykologbehandling efter § 102 i serviceloven, hjælp til betaling af udgifter til sygebehandling efter § 82 i aktivloven og økonomisk støtte til borgere, der efter lægelig henvisning er berettiget til psykologbehandling efter § 69 i sundhedsloven. Dette kan være indikation på en tilbageholdenhed i lyset af kommunernes generelle økonomiske udfordringer på det specialiserede voksenområde.

Både i 2010 og nu er der en usædvanlig høj andel af "ved ikke"-svar. Samme metode er anvendt i de to undersøgelser, hvorfor forklaringen måske ligger i, at det er et område, der som særskilt problematik har begrænset kommunal bevågenhed

3.2.2 Delkonklusion

Samlet set er der ikke sket en markant udvikling i tilbuddene i kommunerne til målgruppen af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen siden 2010. En meget stor andel af kommunerne svarer "ved ikke" til en lang række spørgsmål, hvilket kan indikere, at området har lav bevågenhed i kommunerne. Derudover har ingen kommuner indsats eller tilbud målrettet voksne med senfølger, og få har funktioner med specialviden på myndighedssiden. Desuden har kun én kommune et formaliseret samarbejde med et CSM.

3.3 Tilbud i regionerne

Der findes en række forskellige tilbud til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i regionalt regi. For at modtage behandling i den regionale psykiatri skal borgeren være diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose. Det er enten praktiserende læger eller speciallæger, der kan henvise til den regionale psykiatri centrale visitation, hvorfra patienter bliver videresendt til et relevant behandlingsforløb i regionen. Behandlingen i regionernes psykiatri bliver varetaget i tre overordnede funktioner.

- *Hovedfunktion:* Hospitalernes mest basale opgaver kaldes hovedfunktioner. De fleste patienter begynder forløb med at modtage behandling under hovedfunktionen.
- *Regionsfunktion:* En regionsfunktion er en specialfunktion, som håndterer forløb, der har en vis kompleksitet, er relativt sjældent forekommende og/eller kræver en del ressourcer, herunder fx samarbejde med flere andre specialer.
- *Højt specialiseret funktion:* En højt specialiseret funktion er en funktion, som varetager behandling af stor kompleksitet, er sjældent forekommende og/eller kræver mange ressourcer, fx samarbejde med flere andre specialer, fx behandling af veteraner med PTSD. En højt specialiseret funktion varetages typisk 1-3 steder i landet¹.

Behandlingen af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb vil ofte blive udført på hovedfunktionsniveau eller regionsfunktionsniveau.

Der anvendes fire kriterier til at vurdere, om en patient skal behandles på hovedfunktionsniveau eller henvises til enten regionsfunktion eller videre til en højt specialiseret funktion. De fire kriterier for at blive henvist fra en hovedfunktion til en regionsfunktion er:

Kriterier for vurdering

1. En samlet vurdering af **patientens sygdomsgrad** tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau.
2. Patienten er **diagnostisk uafklaret** trods grundig klinisk udredning. Patienter med en uafklaret diagnose henvises til den regionsfunktion, som passer bedst til de symptomer, de har.
3. Der er gennemført **mindst to behandlingsforløb** efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med **utilstrækkelig behandlingseffekt**.
4. Patienten har **somatisk komorbiditet**, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige vanskeligheder, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau.

Kilde: Region Nordjylland (<https://psykiatri.rm.dk/forsundhedsfaglige/specialeplanlaegning/hovedfunktion-eller-regionsfunktion-nationale-kriterier-for-henvisning>)

Som det fremgår af kriterierne ovenfor, er det de patienter, der enten er meget syge, er diagnostisk uafklarede, har gennemført behandlingsforløb uden effekt eller har komorbiditet, der henvises til regionsfunktioner. Det vil således være de mest belastede voksne med senfølger, der behandles i regionsfunktioner, mens de mere "typiske" forløb behandles i hovedfunktioner.

I psykiatrien tilbydes for de fleste diagnoser et *pakkeforløb*, hvor patienten modtager behandling under en fastlagt ramme. Da der ikke eksisterer en hoveddiagnose for senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen, vil voksne med senfølger blive behandlet under en anden diagnose i psykiatrien, fx PTSD, angst, depression eller personlighedsforstyrrelse.

Betegnelsen pakkeforløb dækker over de nationale behandlingspakker, der er udarbejdet af Danske Regioner. Pakkeforløbene tager afsæt i regionernes fælles målgruppebeskrivelse for behandling i den regionale psykiatri og skal medvirke til at sikre en mere ensartet behandling mellem regionerne. Pakkeforløbene er fastlagte behandlingsforløb med planlagte undersøgelser og behandlinger, men pakkeforløbene kan justeres, så de passer til den enkelte patients behov. Pakkeforløbene skal således forstås som overordnede anvisninger, som forventes at blive anvendt til hovedparten af patienter med en bestemt diagnose.^{iv}

Nedenfor ses en tabel, der illustrerer rammerne for de pakkeforløb, som borgere med senfølger typisk bliver behandlet i

Tabel 3.4 Eksempler på relevante pakkeforløb for voksne med senfølger

Pakkeforløb	Behandling		Tidsforbrug i alt
	Individuelt	Gruppebaseret	
PTSD	20 sessioner af 45 minutter	40 sessioner af 90 minutter med 8 deltagere og 2 behandlere	29 timer
Angst	7 timer i alt individuelt eller fx 14 sessioner af 2 timer i gruppe på 8 med 2 behandlere		15 timer
Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse	Individuelle forløb eller gruppeforløb – 52 timer		59 timer
Evasiv personlighedsforstyrrelse	11 timer, inklusive pårørende-samtale	14 timer	34 timer
Periodisk depression	Individuelt eller i gruppe efter behov. Fx 6 timer individuelt eller 12 sessioner af 2 timer i gruppe på 8		18 timer

Kilde: Danske Regioners beskrivelse af pakkeforløb – voksenpsykiatri (2017)

Note: Pakkeforløbene monitoreres via 1) Nationale mål for sundhedsvæsenet udarbejdet af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL, 2) LUP: Landsdækkende undersøgelser af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien og 3) RKKP: Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Til trods for at der ikke eksisterer en hoveddiagnose for senfølger efter seksuelle overgreb, findes der i WHO's ICD-10-register en liste over diagnoser, der klassificerer sociale problemer, såkaldte z-diagnoser. To af disse refererer til overgreb i barndommen som årsag til sociale problemer:

- Z61.4: Problem på grund af påstået seksuelt overgreb fra nær person i barndommen
- Z61.5: Problem på grund af påstået seksuelt overgreb fra fjern person i barndommen

Disse z-diagnoser kan anvendes i psykiatrien til at klassificere, at patientens problemer kan relatere sig til seksuelle overgreb i barndommen. På trods af at regionerne i Danmark via EPJ-systemerne har adgang til z-diagnosen, anvendes den de fleste steder ikke systematisk til klassifikation af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb.

Det skal dog fremhæves, at Region Hovedstaden, Midtjylland og Nordjylland i nogen grad anvender z-diagnosekoden til patienter med senfølger efter seksuelle overgreb. Stolpegården i Region Hovedstaden og Regionspsykiatrien i Randers anvender z-diagnosekoden forholdsvis systematisk, mens Psykiatrisk Center Nordsjælland, Psykiatrisk Center København og Region Nordjylland anvender z-diagnosen en gang i mellem.^v

3.3.1 Indsatser og tilbud i de fem regioner

Nedenfor ses en oversigt over, hvilke indsatser de fem regioner har. Tabellen uddybes i det efterfølgende.

Table 3.5: Overview of regional initiatives

Region	Specialisere- de behand- lingstilbud	Centralis- eret visi- tation	Systema- tisk resul- tatmåling	Anvendel- se af z- diagnose- kode	Gruppefor- løb på bag- grund af hoved- diagnose	Individuel- le forløb efter behov	Andre tilbud	Udvidet tværfagligt behandler- team	Formalis- eret samar- bejde med kommuner	Formaliseret samarbejder med andre behand- lingstilbud (fx CSM eller frivil- lige tilbud)
Hovedstaden	✓	✓	(✓)	(✓)	✓	✓	✓	✓	(✓)	
Sjælland		✓			✓	✓		(✓)		
Midtjylland	(✓)	✓	(✓)	(✓)	✓	✓		(✓)	(✓)	
Nordjylland		✓		(✓)	✓	✓		(✓)		
Syddanmark		(✓)			✓	✓				

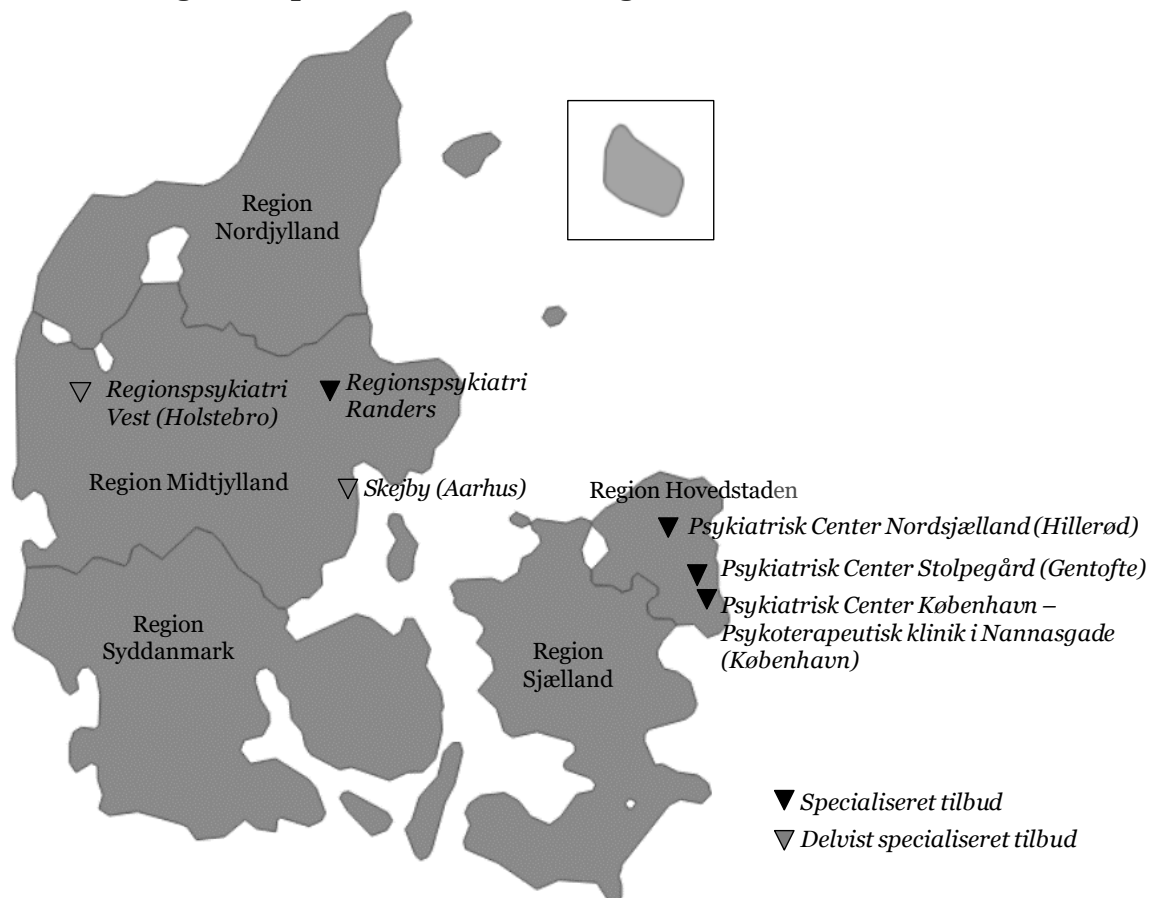
Note: The table is filled based on interviews with representatives from the regions and validated by the sources.

Det ses først og fremmest af tabellen, at det primært er Region Hovedstaden, der har specialiserede behandlingsforløb målrettet til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb.

I Region Hovedstaden findes de specialiserede tilbud i tre psykiatriske centre; Psykiatrisk Center Nordsjælland, Psykiatrisk Center København (Psykoterapeutisk klinik) og Psykiatrisk Center Stolpegården. Disse centre tilbyder gruppeforløb og individuelle forløb, hvor senfølger behandles enten i kombination med PTSD eller personlighedsforstyrrelse. Hvis patienten har en anden psykiatrisk diagnose og desuden har senfølger, kan patienten også godt modtage behandling målrettet senfølger.

Region Midtjylland har også tilbud til voksne med senfølger. I Skejby findes et tilbud til patienter med kompleks PTSD. I Regionspsykiatrien i Randers har man et specialiseret behandlingstilbud til patienter med personlighedsforstyrrelser og senfølger af seksuelle overgreb i barndommen, mens der i regionspsykiatrien Vest findes en nyligt opstartet gruppe for behandling af kompleks PTSD, hvor alle patienter i gruppen har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Nedenstående kort illustrerer behandlingsstedernes geografiske placering.

Figur 3.3 Oversigt over specialiserede behandlingstilbud



Kilde: Indtegningerne på kortet er baseret på interviews med repræsentanter for regionerne

Det ses yderligere af tabellen, at alle regionerne har en centraliseret visitation. Det betyder, at en central enhed visiterer patienterne mellem tilbud i regionen på baggrund af diagnose og yderligere informationer fra praktiserende læger eller speciallæger. I Region Hovedstaden kan samtaler med patienter være en del af den centrale visitation, mens den for de andre regioner foregår fortrinsvis på baggrund af skriftligt materiale.

Region Hovedstaden og Region Midtjylland anvender i nogle centre og afdelinger systematisk resultatmåling. På Stolpegården i Region Hovedstaden besvarer alle patienter et spørgeskema (valideret instrument afhængigt af psykiatrisk problematik) ved start og slutning af et behandlingsforløb. I Skejby anvendes sy-

stematisk resultatmåling i form af test til at måle base- og endline. I Regionspsykiatrien Vest anvendes validerede instrumenter i nogle klinikker, mens Regionspsykiatrien i Randers på nuværende tidspunkt arbejder på at få genoptaget arbejdet med specifikke validerede instrumenter for at implementere systematisk resultatmåling.

Alle regioner tilbyder behandlingsforløb i pakker efter hoveddiagnose. Desuden tilbyder alle regioner individuelle forløb efter behov. Af andre tilbud kan fremhæves, at alle regioner skal tilbyde pårørendesamtaler som del af pakkeforløb. Derudover tilbyder Stolpegården i Region Hovedstaden mindfulness som en del af behandling for senfølger efter seksuelle overgreb, og Psykiatrisk Center København tilbyder parsamtaler og børnesamtaler.

Alle regionerne sikrer en vis tværfaglighed i behandlingsteamet. I de fleste teams indgår en læge/psykiater, en psykolog og en sygeplejerske. Et udvidet tværfagligt behandlingsteam defineres derfor i denne sammenhæng som et team, der ud over disse tre faggrupper har eksempelvis fysioterapeuter, ergoterapeuter og lignende ansat.

I Region Hovedstadens psykiatriske centre er der fysio- og ergoterapeuter ansat til at varetage dele af behandlingen.

I Region Sjælland er fysio- og ergoterapeuter ansat i distriktspsykiatrien og kan således også varetage dele af behandlingen, der foregår der.

I Region Midtjylland er der i Regionspsykiatrien Vest ansat en fysioterapeut i traumeklinikken, og i Randers er der ansat ergoterapeuter med specialistuddannelse.

I Region Nordjylland er der mulighed for at koble en fysioterapeut på pakkeforløbene. Desuden er der ansat socialrådgivere til at varetage behandlingsforløb.

Ingen af regionerne fremhæver, at de har direkte formaliserede samarbejder med kommunerne. Dog har Haderslev kommune et relativt formaliseret samarbejde med Region Syddanmark. I Region Hovedstaden er der i Psykiatrisk Center København et samarbejde med Københavns kommune, hvor den kommunale medarbejder på papiret skal sætte to timer af til borgeren. På Skejby i Aarhus i Region Midtjylland er der to socialrådgivere ansat til at varetage samarbejdet med kommunen. Regionspsykiatrien i Randers fremhæver desuden, at der er lavet en aftale om fordeling af opgaver og kommunikation om muligheden for at henvise på tværs af kommune og psykiatri.

Ingen af regionerne har et formaliseret samarbejde med andre behandlingstilbud. Regionerne kan gøre opmærksom på CSM'erne eller frivillige tilbud som Kvisten, men ingen af regionerne har etableret et egentligt formaliseret samarbejde. En årsag, som regionerne fremhæver til dette, er, at CSM'erne har meget lang ventetid på behandling, og at det derfor ikke giver mening at henvise borgerne til flere års ventetid.

3.3.2 Delkonklusion

På tværs af regionerne ses en forskellighed i de tilbud, som målgruppen med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen kan modtage. Det ses, at Region Hovedstaden og til dels Region Midtjylland har enkelte skræddersyede og specialiserede tilbud, mens de resterende regioner ikke har særlige tilbud. Alle regioner har organiseret sig med centraliserede visitationsenheder. Alle regioner har desuden mulighed for at arbejde tværfagligt med behandlingen. Regionerne registrerer ikke systematisk z-diagnosekoder, hvilket udfordrer muligheder for at se på behandlingseffekter for klientgruppen. Desuden anvender ingen af regionerne systematiske resultatmålinger.



Anbefalinger fra brugerne

- Et tværfagligt behandlingsteam, der kan fokusere både psykisk og kropsligt
- Intensivt, forudsigeligt og regelmæssigt behandlingsforløb
- Udbredelse af viden om senfølger til læger og behandlere
- Ikke ensrette behandlingen – tage højde for målgruppens forskellighed
- Forståelse for, at senfølger er en livslang tilstand

Der anvendes en række forskellige terapiformer til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i Danmark. Boksen nedenfor giver et ikke-udtømmende overblik over terapiformer, der anvendes i forskellige behandlingstilbud

Tabel 3.6: Eksempler på terapiformer til voksne med senfølger^{vi}

- 1. Prolonged Exposure (PE):** Prolonged exposure er en psykoterapi, der ofte anvendes til patienter med PTSD. I PE arbejder man med gradvist at blive konfronteret med traumerelaterede erindringer, følelser og situationer, som man har forsøgt at undgå siden traumet. Ved at arbejde med disse udfordringer kan PTSD-symptomer reduceres.
- 2. Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (CAT):** Kognitiv adfærdsterapi fokuserer på, hvad patienten tænker om sig selv og sine vanskeligheder. Metoden anvendes især ved depression og angst. Terapien tager udgangspunkt i at udforske, hvilke tanker eller forestillingsbilleder der udløser de negative reaktioner. Der lægges vægt på at finde alternative fortolkningsmuligheder, som kan erstatte dem, der udløser de negative følelser. Man tager udgangspunkt i de positive sider og færdigheder, patienten har, men som ikke fremstår klart på grund af alt det negative. De negative tanker, patienten har om sig selv, har ofte rod i tidligere oplevelser og erfaringer.
- 3. Cognitive Processing Therapy (CPT):** CPT giver patienten færdigheder til at forholde sig til og håndtere traumet. Man fokuserer gennem terapien på, hvad patienten er gået igennem i forbindelse med traumet, og hvordan traumet har påvirket den måde, man anskuer verden og sig selv og andre mennesker på. Man arbejder med at undersøge og udfordre patientens tanker om traumet med henblik på at ændre tanker og følelser omkring det.
- 4. Mentaliseringsbaseret terapi (MBT):** Mentaliseringsbaseret terapi er en terapiform, der gennem individuel terapi, gruppeterapi og psykoekudation kan øge den enkeltes evne til at mentalisere: at fortolke og forstå egne og andres udtalelser og adfærd som meningsfulde på baggrund af indre mentale tilstande. Mentalisering handler om at kunne forestille sig sine egne og andre menneskers tanker, følelser, behov og antagelser, og at disse hænger sammen med ens egne og andres handlinger. Forskningen peger på, at MBT har en positiv virkning i behandlingen af voksne med personlighedsforstyrrelser.
- 5. Psykodynamisk terapi:** Terapien lægger stor vægt på ubevidste fortrængninger, dvs. selektiv forglemmelse af oplysninger og situationer, der findes pinlige og ubehagelige. De fortrængte oplevelser fortsætter dog ud fra denne synsvinkel med at påvirke personens liv og beslutninger. Formålet med terapien er at hæve fortrængningerne, hvorved ressourcer bliver frigjort. Terapien er anvendelig til eksempelvis lette depressioner.
- 6. Acceptance and Commitment Therapy (ACT):** ACT er en terapiform, som har fokus på tanker, følelser, opmærksomhed, værdier, identitet og adfærd. Der arbejdes med, at patienten skal stoppe med at bekæmpe tilbagevendende tanker og følelser, men i stedet lære at forholde sig til både tanker og følelser på en måde, så det fylder mindre i hverdagen.
- 7. EMDR:** Forkortelse for Eye Movement Desensitisation and Reprocessing, der bl.a. benyttes til behandling af PTSD. Terapeuten fremkalder en serie hurtige og rytmiske øjenbevægelser, for eksempel ved at bede patienten om at følge terapeutens finger med øjnene eller følge et lys, der bevæges frem og tilbage. Disse øjenbevægelser skulle lette de kognitive eller bevidsthedsmæssige forandringer, som bliver introduceret gennem terapien samt mindske angsten.
- 8. Somatic Experiencing:** Somatic Experiencing er en terapeutisk metode, som er virksom til at mindske og opløse stressreaktioner fra chok og traumer. Metoden bygger på en fokuseret opmærksomhed på kropsfornemmelser, hvorved kroppens iboende og helende ressourcer aktiveres, så der genetableres en balance i nervesystemet, og stressreaktionerne opløses.

4 Delanalyse 2. Analyse af målgruppen

Dette afsnit består af tre dele: *For det første* giver det et overblik over, hvad vi ved omkring målgruppen baseret på tidligere, repræsentative studier og registerdataanalyser, hvor senfølgeramte i behandling sammenlignes med en matchet kontrolgruppe. Her fremlægges viden om prævalens, incidens, målgruppens karakteristika, symptomer, komorbiditet mv. Kontrolgruppen er tilfældig udvalgt med samme køn, alder og kommune, som den person, der modtog behandling. For hver person med senfølger i undersøgelsespopulationen er der ti personer i kontrolgruppen.

For det andet analyseres behandlingseffekten for de to behandlingsmodaliteter, der pt. findes et datagrundlag for: (1) Psykologordningen under Socialstyrelsen og (2) de regionale Centre for Seksuelt Misbrugte (CSM). Begge interventioner er karakteriseret ved at være terapeutiske interventioner forestået af psykologer. Socialstyrelsens psykologordning er evalueret to tidligere gange (Barlach 2007; Olsen & Stenager, 2013). I det følgende benævnes psykologordningen under Socialstyrelsen blot "Psykologordningen".

Der findes yderligere to behandlingsmodaliteter: (3) Behandling i den regionale psykiatri for en række hovedsymptomer (angst, depression, personlighedsforstyrrelse mv. som beskrevet i kapitel 2) og (4) psykologbehandling i regi af den offentlige sygesikringsordning (henvisningsårsag 9). Som beskrevet i foregående kapitel er det ikke muligt at fremskaffe data for den regionale behandling, da population ikke er systematisk registreret, og derved identificerbar, under z-diagnoser (dvs. sekundære diagnoser). Ydermere har det ikke inden for tidsrammen været muligt at få adgang til sygesikringsdata vedr. incestbehandling. Sygesikringsordningen omfatter 12 behandlinger hos en psykolog med ydernummer; klienten betaler selv 40% af honoraret. Ordningen bruges af 14-1500 om året.

For det tredje analyseres data fra CSM-populationen for at vurdere, om der er særlige karakteristika ved grupper af borgere, der kræver særlig hensyntagen eller som profiterer mere af behandlingen end andre. Der findes kun data fra CSM, der kan belyse de terapeutiske forløb, idet regelmæssig evaluering (kaldet 'assessment') hver 6. måned er en fast del af deres arbejdsform, som guider behandlingen. CSM's behandlingsarbejde er kortlagt og analyseret i 15 videnskabelige artikler (se særskilt referenceliste).

Via de tre delafsnit har vi både vigtige terapidata og en stærk sammenligningsgruppe til undersøgelse af registerforhold, som sætter personer med senfølgers problemer i relief.

4.1 Målgruppen samlet set

4.1.1 Befolkningsundersøgelser

En række befolkningsundersøgelser har undersøgt seksuelle overgreb. I denne analyse tager vi udgangspunkt i undersøgelser, der indikerer, at omkring 2% af en årgang udsættes for seksuelle overgreb i barndommen. Det svarer til 1200 børn i en gennemsnitsårgang på 60.000 personer.^{vii}

4.1.2 Sammenhæng med hidtidige estimater af målgruppens størrelse

Tidligere danske repræsentative undersøgelser har forskellige estimater afhængig af sample, metode og definition. Overordnet set ligger alle undersøgelser på omkring et par procent. Oldrup et al. (2016) fandt, at 1,2 % af drengene og 1,75% af pigerne i 8. klasse har haft sex (blottelse, berøring eller samleje) med en voksen (≥ 5 år ældre). For samleje var tallene hhv. 0,2% og 1,1%. Helweg-Larsen & Bøving Larsen (2002) fandt i 9. klasse, at 2,7% af pigerne og 0,7% af drengene havde oplevet seksuelle overgreb med en voksen (≥ 5 år ældre). Helweg-Larsen & Bøving Larsen (2009) anvendte samme slags sample, men spørgsmålene var ændrede, så en direkte sammenligning ikke er mulig. 1 promille af drengene og 1% af pigerne svarer 'ja' eller 'måske' til, at et seksuel samvær med en ældre har været et overgreb.

Christoffersen et al. (2013) fandt i en undersøgelse af 24-årige, at 0,7% af mændene og 6,4% af kvinderne har oplevet seksuelle overgreb i barndommen begået af forældre eller andre i forældres sted. Definitionen omfatter både berøring, blottelse, samleje og samlejeforsøg samt "andre" typer seksuel adfærd.

4.1.3 Fordeling i forhold til alder og køn

I forhold til **alder**, må vi antage, at antallet af krænkede børn fremover vil være aftagende pga. den stigende offentlige opmærksomhed på de mange skadevirkninger, der er forbundet med seksuelt misbrug. Blandt de voksne, som har senfølger, må det antages, at antallet mindst udgør 2% i hver årgang og at der vil være det samme eller et højere antal med stigende alder. Vi antager, at ønsket om behandling mindskes med stigende alder.

I forhold til **køn** er forholdet mellem seksuelt krænkede drenge og piger forbundet med nogen usikkerhed som det ses ovenfor, men i alle undersøgelser ses en 5-10 gange større udsathed hos kvinder. I de repræsentative SFI-data fra 2009 om de 24-årige udgør mændene 12% af seksuelt krænkede i barndommen (Christoffersen, 2010). Usikkerheden har til dels sin årsag i stærke tabuer omkring krænkelse af mænd og deres ulyst til at opsøge hjælp.

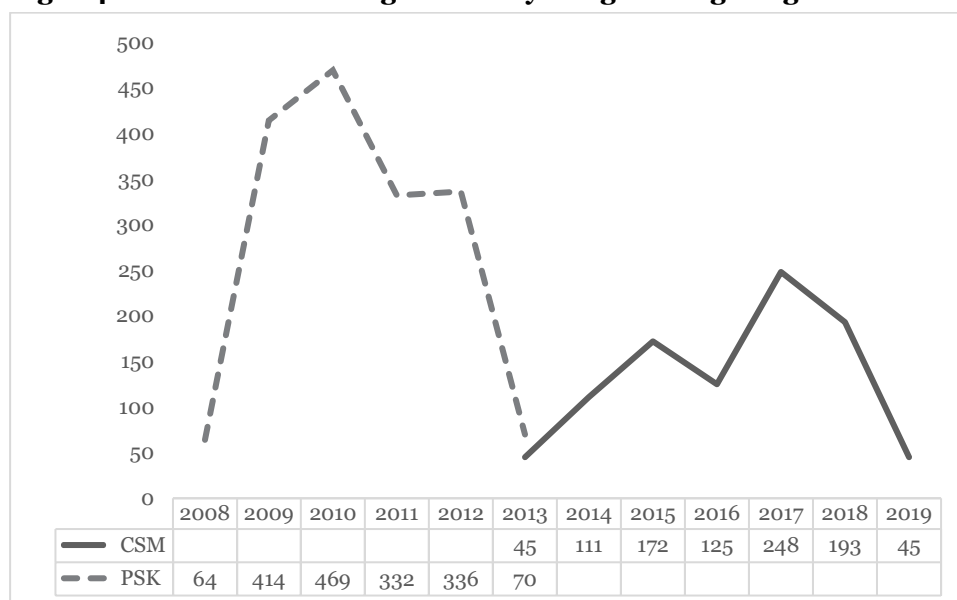
4.2 Behandlingen i Psykologordningen og CSM og de senfølgeramtes fysiske og psykiske problemer sammenholdt med en kontrolgruppe

I en evaluering fra Psykologordningen (Olsen & Stenager, 2013) baseret på 525 personer er behandlingseffekten opgjort til Cohen's d 0,56, mens Elklit et al. (2015) fandt, at effektstørrelsen for CSM'ernes behandling af 480 personer var Cohen's d = 0,87. Cohen's d på 0,2 betyder lav effekt; d = 0,5 er en moderat effekt og d = 0,8 eller højere er en stor effekt.

4.2.1 Fra Socialstyrelsens psykologordning til CSM

Psykologordningen var en model med central visitation i Socialstyrelsen til psykologer fordelt over hele Danmark. I 2013 blev CSM'erne etableret, og de overtog ordningen inden psykologordningen ophørte. Figur 4.1 nedenfor viser antallet af borgere, der er påbegyndt behandling i de to ordninger i perioden 2008-2019.

Figur 4.1 Antal i behandling under Psykologordningen og ved CSM 2008-2019

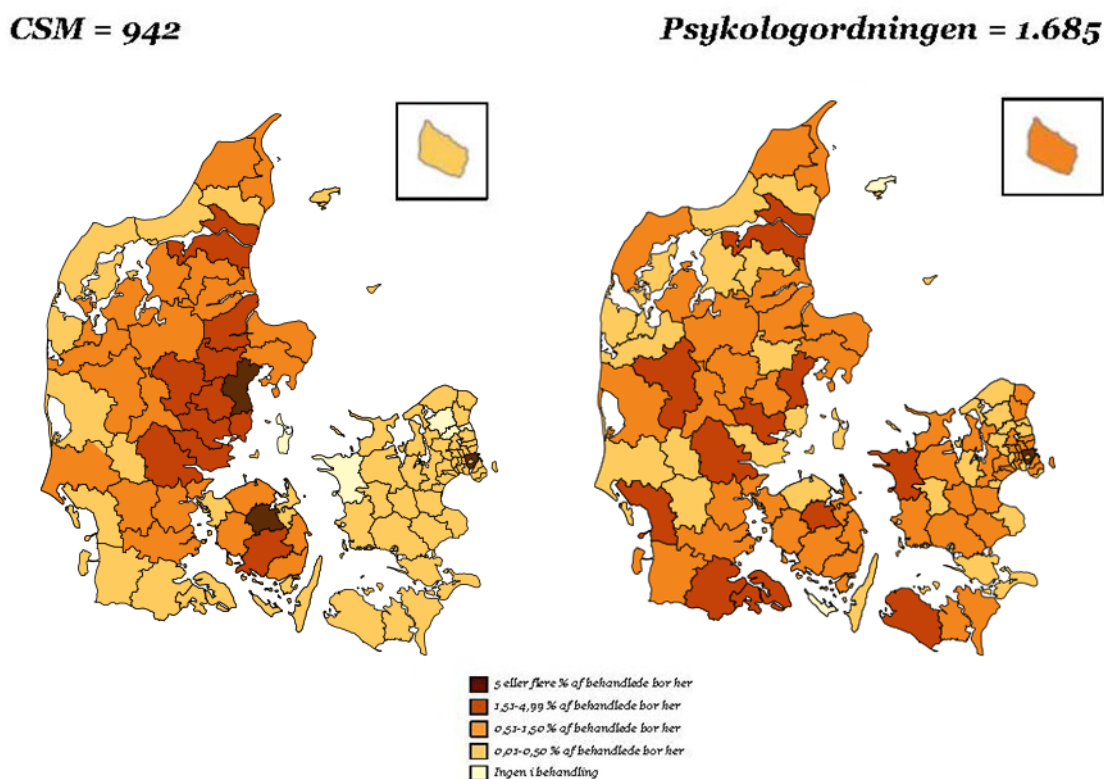


4.2.2 Geografisk afstand til behandling

Ændringen af de nationale ordninger har haft en betydning for geografien i behandlingspopulationerne. I CSM-regi er mere end 75% af de behandlede bosiddende inden for en radius af 50 km fra det CSM, hvor de modtager behandling. Til sammenligning boede ca. 40% af Psykologordningens brugere mere end 50 km væk fra landets tre største byer (tabel 4.1). Sidstnævnte ordning tilgodeså således et geografisk og tilgænge-

lighedshensyn bedre end CSM'erne hidtidigt har haft mulighed for. Analysen inddrager dog ikke det satellitcenter, som eksisterer i Vojens (og tidligere i Kolding) og skal derfor tages med det forbehold.

Figur 4.2 Andele behandlede ift. den kommune, de kommer fra



Tabel 4.1 Afstand fra bopæl til CSM/de tre største byer

Afstande fra bopæl til CSM/de tre største byer (n = 942)			
	Aarhus	København	Odense
Inden for 50 km radius	71,7%	87,4 %	74,1%
Uden for 50 km radius	28,3%	12,6%	25,9%
Antal behandlede fra Psykologordningen, der bor (n = 1685)			
Inden for 50 km radius af et CSM	12,9%	38,6%	9,0%

4.2.3 Sociodemografiske forskelle mellem CSM og Psykologordningen.

Tabel 4.2 viser alle, der modtog behandling under de to ordninger, og om hvem der findes registeroplysninger fem år før og to år efter behandlingen. De to grupper har en række **lighedspunkter**:

Langt hovedparten af dem, der har modtaget behandling, er *kvinder, etniske danskere, singler*, gennemsnitsalderen er midt tredive og omkring en tredjedel er *forældre*. Mindre end en tredjedel er *i arbejde*, 20% er under uddannelse og resten er arbejdsløse eller uden for arbejdsmarkedet. Hvad angår *uddannelse* ligner de to grupper også hinanden, idet godt halvdelen har gennemført en ungdomsuddannelse.

Der er imidlertid også signifikante **forskelle** mellem de to grupper, idet de, der kom på CSM, havde flere *fysiske sygdomme*, mens de, der var med i Psykologordningen, havde et højere antal *psykiatriske diagnoser*.

Hvad angår **ændringer efter behandlingen** ses, at de der kom på CSM i mindre grad var singler, arbejdsløse og uden for arbejdsmarkedet efter behandlingen. Imidlertid ser vi, at de i højere grad modtog overførselsindkomster, herunder førtidspension. De, der var med i Psykologordningen, havde efter afsluttet behandling en højere forekomst af fysiske sundhedsproblemer, psykiatriske diagnoser og et højere forbrug af psykofarmaka. De var også i højere grad udsat for forbrydelser. Antallet, der tidligere havde været i behandling for senfølger, var 46% i Psykologordningen. I det følgende ser vi disse ændringer sammenholdt med de ændringer, som forekommer i kontrolgruppen over en syvårig periode.

Tabel 4.2 Demografiske forhold for de to behandlingsgrupper

	CSM		Psykologordningen	
	Før behandling	Efter Behandling	Før behandling	Efter behandling
Antal kvinder	393 86,2	-	1468 87,1	-
Singlestatus	340 74,6	244 59,7	1221 72,5	1168 69,9
Alder gennemsnit*	456 36,3	-	1685 36,9	-
I arbejde	123 27,0	56 35,9	525 31,5	567 34,3
Arbejdsløse	41 9,0	6 3,8	143 8,6	96 5,8
Studerende	96 21,1	11 7,1	317 19,0	162 9,8
Kontanthjælp/førtidspension	126 27,7	80 51,3	432 25,9	692 41,9
Uden for arbejdsmarkedet	69 15,2	<5	250 15,0	135 8,2
Folkeskolens afgangseksamen	256 56,9	71 46,1	880 54,2	645 39,8
Erhvervsuddannelse	92 20,4	30 19,5	366 22,5	420 25,9
Universitetsuddannelse	102 22,7	53 34,4	378 23,3	555 34,3
Etnisk Minoritet	31 6,8	-	159 9,5	-
Forældre	132 28,9	-	610 36,2	-
Oprettet børnesag	100 21,9	-	361 21,4	-
Offer for kriminalitet	70 15,4	25 5,5	236 14,0	184 11,0
Fysisk Diagnose	94 20,6	125 27,5	254 15,1	810 48,3
Psykiatrisk Diagnose	71 15,6	38 8,4	386 22,9	194 11,6
Psykofarmaka	291 63,8	228 50,3	925 54,2	1036 61,9

Note: Fed skrift viser statistisk signifikante forskelle mellem værdierne henholdsvis før og efter behandling.

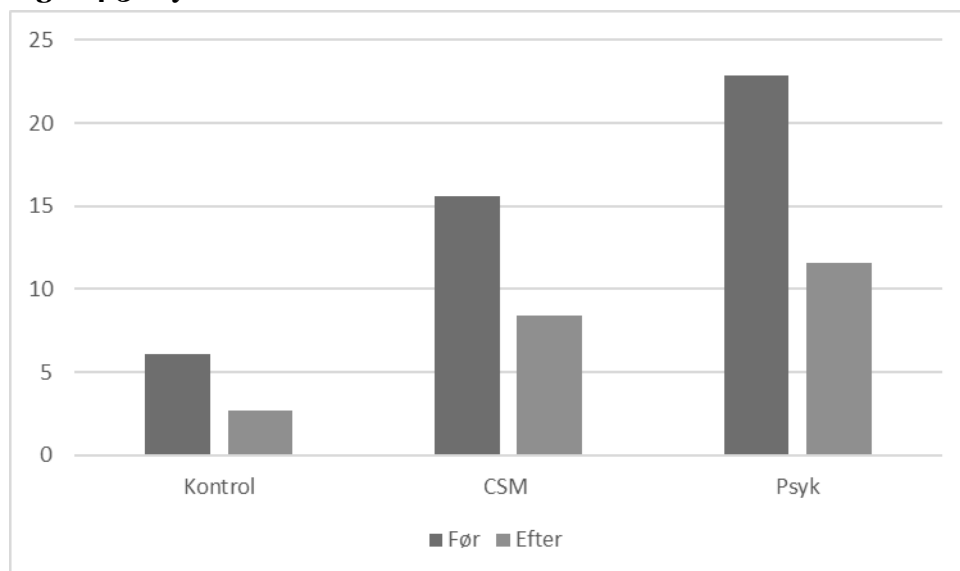
4.2.4 Senfølgeramte er en heterogen gruppe

Personer med senfølger er ikke en homogen gruppe. De har været udsat for mange forskellige slags overgreb, og de senfølger, som de lider under, varierer ligeledes. Nogle personer har senfølger i form af mange

fysiske, psykiske og sociale problemer, mens andre har været mere modstandsdygtige og været bedre i stand til at tilpasse sig og klare sig i livet. Nedenfor beskriver vi karakteristika ved gruppernes fysiske og psykiske sundhed.

Psykiatriske lidelser

Figur 4.3 Psykiatriske lidelser

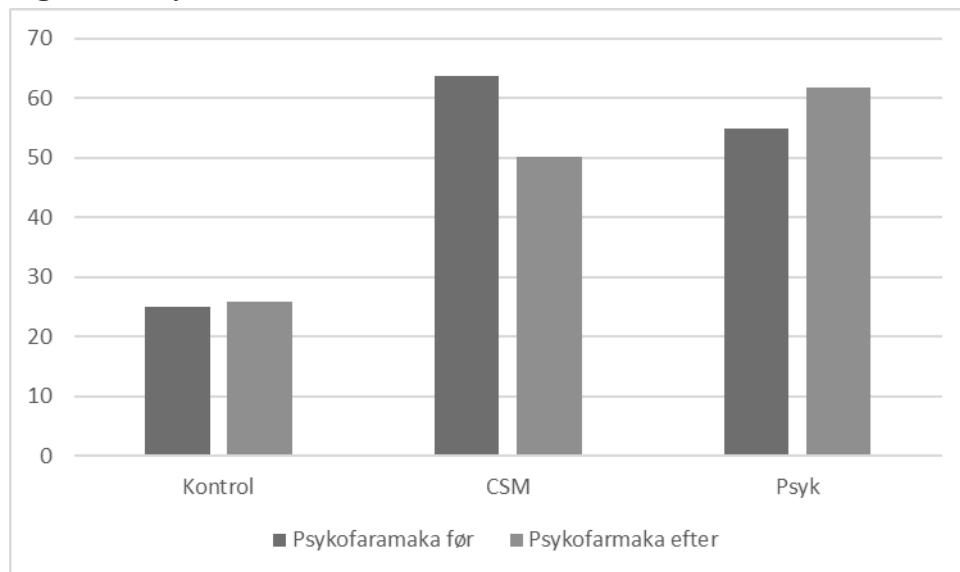


15,6% i CSM-gruppen havde en psykiatrisk diagnose i perioden fem år før behandlingen og 8,4% havde modtaget en diagnose i løbet af to år efter behandlingen. I Psykologordningen havde 22,9% en psykiatrisk diagnose i de fem år før behandlingen og 11,6% modtog en diagnose inden for to år efter behandlingen. I kontrolgruppen var de tilsvarende tal 6,1% og 2,7%. Antallet af psykiatriske diagnoser er 2,5-3,5 gange højere end i normalbefolkningen. Behandlingen i begge ordninger er forbundet med en signifikant nedgang af psykiatriske diagnoser.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at diagnoserne i registrene er baseret på hospitalskontakt i form af indlæggelse eller ambulant behandling. Dvs. at disse diagnoser repræsenterer mere tunge psykiatriske lidelser, eftersom mange personer med psykiske vanskeligheder undgår de psykiatriske afdelinger længst muligt og søger hjælp andre steder. Derfor er tallene næppe en entydig indikator for omfanget af de senfølgeramtes psykiske vanskeligheder for den samlede population. Trods dette ser vi, at begge slags behandlinger har en positiv effekt på svære psykiatriske lidelser.

Psykofarmaka

Figur 4.4 Psykofarmaka

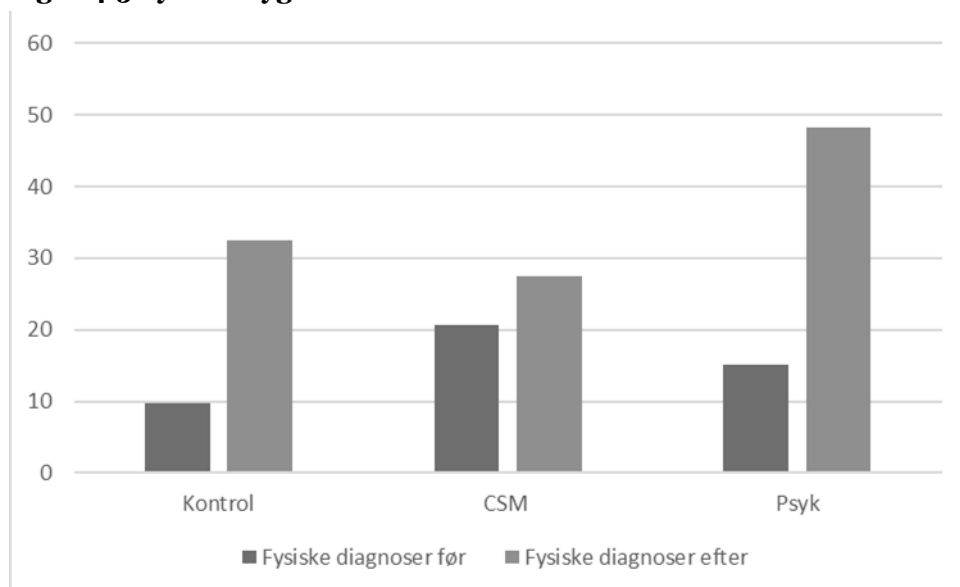


Da adgangen til de psykiatriske hospitaler i praksis er reserveret de sværeste psykiatriske lidelser, har vi valgt at undersøge forbruget af ordineret psykofarmaka som en potentielt mere pålidelig indikator for psykiske lidelser. I CSM-gruppen brugte 63,4% ordineret psykofarmaka i årene før behandlingsstart og dette tal faldt til 50,2% efter behandling. Lidt færre i Psykologordningen fik ordineret psykofarmaka (54,9%) før behandlingen, men dette tal steg til 62% efter behandlingen. Kontrolgruppens forbrug af psykofarmaka var uændret i perioden (hhv. 25% og 26%).

Disse tal peger på, at CSM-gruppen responderer bedst på den tilbudte behandling. En forklaring herpå kan være, at Psykologordning var et væsentligt kortere forløb (11 timer) og mindre behandlingsintensivt. Det er muligt, at det korte forløb kan have åbnet op for en erkendelse af, hvor dybtgående og omfattende følger-virkninger overgrebene har haft og at medicinering derfor har været en metode til at udholde de psykiske smerter.

Fysiske sygdomme

Figur 4.5 Fysiske sygdomme



I CSM-gruppen havde 20,6% en fysisk sygdomsdiagnose, før de begyndte i behandlingen, og 27,5% fik en ny diagnose i de to år, der fulgte efter behandlingen. For Psykologordningen var tallene hhv. 15,1% og 48,3%. De tilsvarende tal for kontrolgruppen var 9,7% og 32,4%. Alle tre grupper havde en betydelig stigning, som var særligt udtalt for Psykologordningen, mens CSM-gruppens stigning var mindre end kontrolgruppens.

En forklaring på de relativt store stigninger kan tage udgangspunkt i aldersgruppen og det forhold, at langt de fleste er kvinder. Gennemsnitsalderen var 36 år ved behandlingsstart, hvorfor en stor del i årene efter behandlingen er i fyrrerne, hvor bestemte fysiske sundhedsproblemer bliver mere udtalte og kræver behandling. Der er også betydelig evidens for, at tidlige overgreb og traumer i opvæksten bliver indlejrede i mange biologiske systemer og ændrer visse hjernefunktioner, neuroendokrinologiske reaktioner på stress samt påvirker immunsystemet. Heraf følger, at mange sundhedsproblemer i voksenlivet kan have deres oprindelse i sensitive udviklingsperioder, hvor de biologiske systemer er sårbare overfor fysiologiske og omgivelsesmæssige (epigenetiske) faktorer, selv om de måske først manifesterer sig flere årtier senere (Gonzalez, 2013). En anden mulig forklaring er, at der er mekanismer, der indirekte påvirker helbredet ved sundhedsskadelende adfærd i form af alkohol, stoffer, spiseadfærd, rygning og mangel på motion.

4.3 Analyse af kliniske diagnoser (CSM-data)

Som nævnt i indledningen er det kun muligt at få viden om særlige subgrupper og ændringer i behandlingen over tid ved hjælp af data fra CSM'erne, idet tilsvarende kliniske data ikke findes for de andre behandlingsmodaliteter. Til gengæld er det muligt at lave relativt dybtgående analyser, idet datamaterialet er stort. Da behandlingen i alle tre CSM'er er baseret på en halvårlig assessment af symptomer og ændringer over tid, har det været muligt at lave analyser, der kan identificere særlige grupper af de senfølgeramte. Der anvendes et særligt spørgeskemabatteri, som foruden demografiske forhold kortlægger en række detaljer i forbindelse med overgrebene. Herefter udfylder brugerne ni forskellige spørgeskemaer, hvor af det største, MCMI-III, anvendes til at afdække kliniske lidelser og personlighedsforstyrrelser. Vi har valgt at fokusere på 1) forekomsten af psykiatriske lidelser og 2) forskellige former for seksuelle overgreb. Herefter vil vi undersøge, hvordan disse undergrupper responderer på behandlingen ved at se på deres symptomatologi ved behandlingsstart og henholdsvis seks og 12 måneder senere.

4.3.1 Komorbiditet

Psykiiske lidelser forekommer ofte samtidig (komorbiditet), og den foreliggende forskning viser, at den psykiatriske komorbiditet er høj ved senfølgeramte. De psykologiske virkninger af seksuelle overgreb i barndommen er veldokumenterede. Fund fra et case-control studie, der strakte sig over 23 år, viste at seksuelt misbrugte piger led under skadelige konsekvenser inden for en række områder: depression, angst, dissociation, PTSD, stof- og alkoholmisbrug sammen med fysiske sygdomme, lavt uddannelsesniveau og fysisk og seksuel revictimisering (Trickett, Noll, & Putnam, 2011).

I CSM-gruppen er der kun en lille undergruppe, som ikke møder kriterierne for en klinisk lidelse/diagnose ($n = 118$; 14,7%) og 28,7%; $n = 231$) har kun én klinisk lidelse. Knap halvdelen ($n=368$; 45,8%) har mellem to og fire lidelser og en mindre gruppe har fem eller flere lidelser ($n = 87$; 10,8%). Langt over halvdelen af de senfølgeramte har dobbeltdiagnoser eller flere end to diagnoser, dvs. de har betydelige og sammensatte psykiiske lidelser, som kræver en meget kompetent behandling. I det følgende har derfor vi analyseret kombinationer af kliniske lidelser og symptomniveauer.

4.3.2 Analyser af profiler baseret på forekomsten af diagnoser ved behandlingsstart

Ud over den komorbide gruppering baseret på antal diagnoser, som nævnt ovenfor, valgte vi at lave en profilanalyse af kombinationen af forskellige diagnoser. Det resulterede i fire grupper (se figur 4.6).

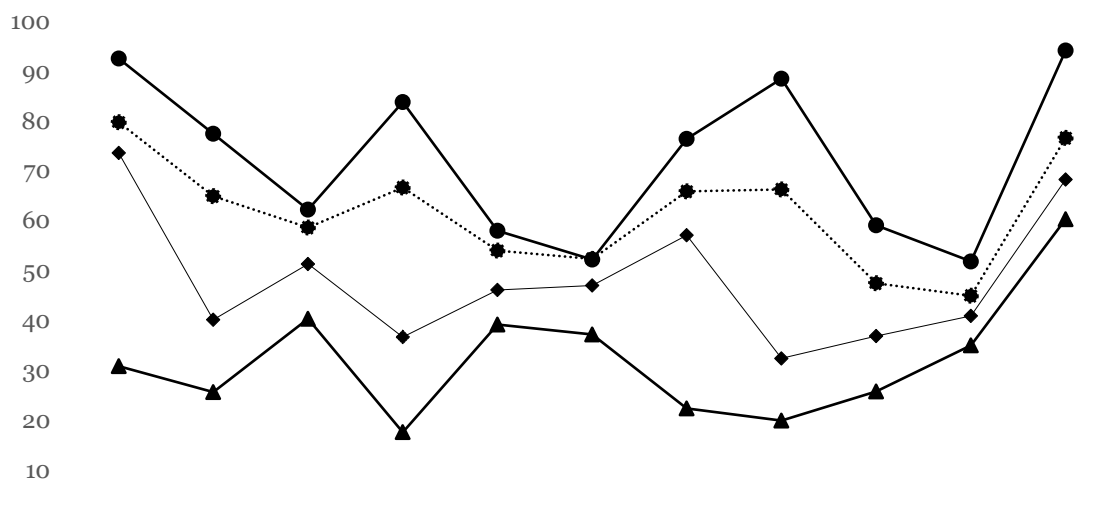
Lav symptom ($n = 72$; 9,0%). Denne gruppe var den mindste og var kendetegnet ved lavt symptomniveau på tværs af alle de kliniske lidelser. De mest almindelig forhøjede symptomer i denne gruppe var bipolar lidelse, stof- og alkohollidelser.

Moderat, lav depression (163; 20,3%). Denne gruppe var kendetegnet ved moderate symptom niveauer med undtagelse af angst, der lå på et højt niveau, mens der en samtidig var lav grad af depression.

Moderat, høj depression (316; 39,4%). Dette var den største gruppe og den var karakteriseret ved moderate niveauer inden for alle de kliniske lidelser, men med særligt høj forekomst af angst og både dystymi (kronisk sænket stemningsleje) og svær depression.

Høj symptom (252; 31,4%). Denne gruppe var kendetegnet ved en høj forekomst af alle kliniske lidelser, især angst, depression, PTSD og traume symptomer.

Figur 4.6 Kombination af kliniske lidelser og symptomniveauer for de fire profilgrupper ved behandlingsstart



	Angst	Somatoform	Bipolar	Dystymi	Alkoholmisbrug	Stofmisbrug	Tankeforstyrrelse	Svær depression	Vrangforestillinger	PTSD	Traume symptom
—▲— Lav Symptom	30,81	25,61	40,29	17,55	39,15	37,15	22,35	19,92	25,74	34,99	60,3
—◆— Mod_Lav_Depress	73,57	40,14	51,32	36,64	46,07	47,02	57,04	32,38	36,85	40,88	68,25
.....■..... Mod_Høj_Depress	79,75	64,88	58,63	66,66	54,02	52,35	65,84	66,28	47,45	44,93	76,58
—●— Høj Symptom	92,51	77,46	62,22	83,78	57,96	52,19	76,43	88,5	59,09	51,83	94,13

Note: De første ni diagnoser er målt med Million Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). Scores kan spænde fra 1-115, median > 60. PTSD er målt med Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). Scores spænder fra 0-64; scores > 40 er en indikation på PTSD. Traumesymptomer er målt med Trauma Symptom Checklist (TSC), som spænder fra 33-132; høje scores indikerer høje belastningsniveauer.

Vi undersøgte hver gruppe for sig selv for at se, hvordan deres symptomatologi ændrede sig i løbet af de første 12 måneders behandling (tabel 4.3). Vi valgte de mest almindelige diagnoser og så på hvor store procentuelle ændringer, der var i to halvår og for perioden samlet. Da det er ændringer ift. et forskelligt udgangspunkt, kan procenttallene for de to perioder ikke bare lægges sammen. Høj Symptom-gruppen havde den største reduktion i symptomer i de første seks måneder. Nedgangen var mest udtalt for dystymi og svær depression. Et lignende mønster viste sig hos den Moderate-høje depression-gruppe. Lav Symptom og den Moderate-Lave depression-gruppe frembød en anden udvikling end de to førstnævnte grupper. Eksempelvis sker de største reduktioner inden for angst, og denne nedgang er størst i perioden fra 6 til 12 måneder. Der sker også en lille stigning i forekomsten af dystymi i Lav Symptomgruppen i det først halve år, som i det næste halve år ændres til et fald i symptomer.

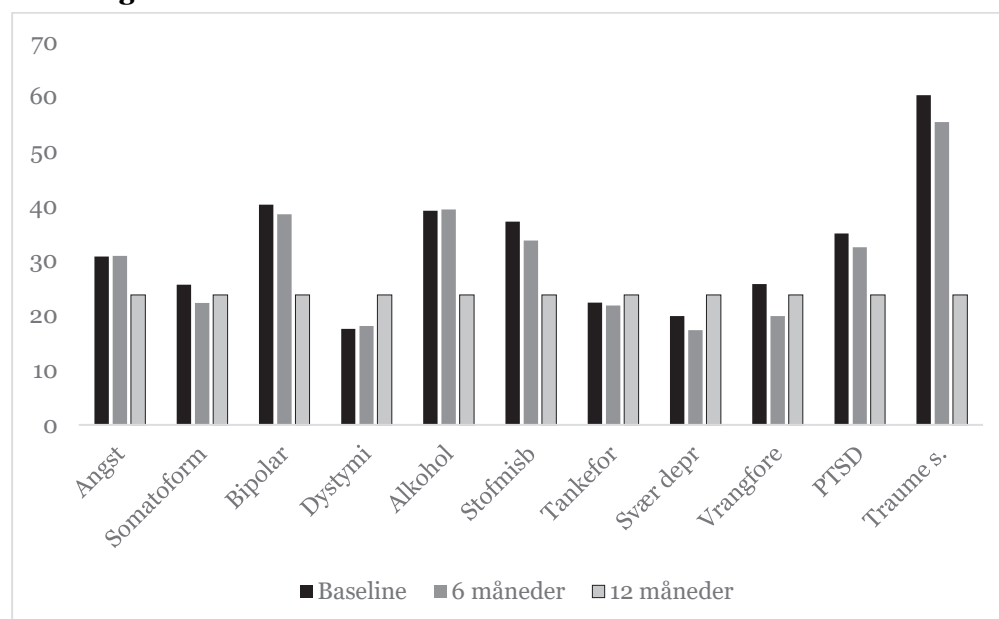
Tabel 4.3 Symptomnedgang for de fire kombinerede grupper i løbet af 12 måneders behandling

Psykologiske lidelser	Lav Symptom			Moderate-Lav Depression			Moderate-Høj Depression			Høj Symptom		
	0-6	6-12	0-12	0-6	6-12	0-12	0-6	6-12	0-12	0-6	6-12	0-12
Måneder												
Angst	0,3	23	23,1	13,3	16	27	14,5	10,1	13,9	9,4	5,1	14
Dystymi	+3,4	16	13,7	15	8	21,8	18,3	6,7	23,8	20	4,4	23,5
Svær depression	13	+4	9	14,7	1,8	16,3	19,6	13,7	30,7	24,6	5,5	28,8
PTSD	7	3,7	10	9	6,7	15,1	7,6	5,1	12,2	10,2	2,4	12,4

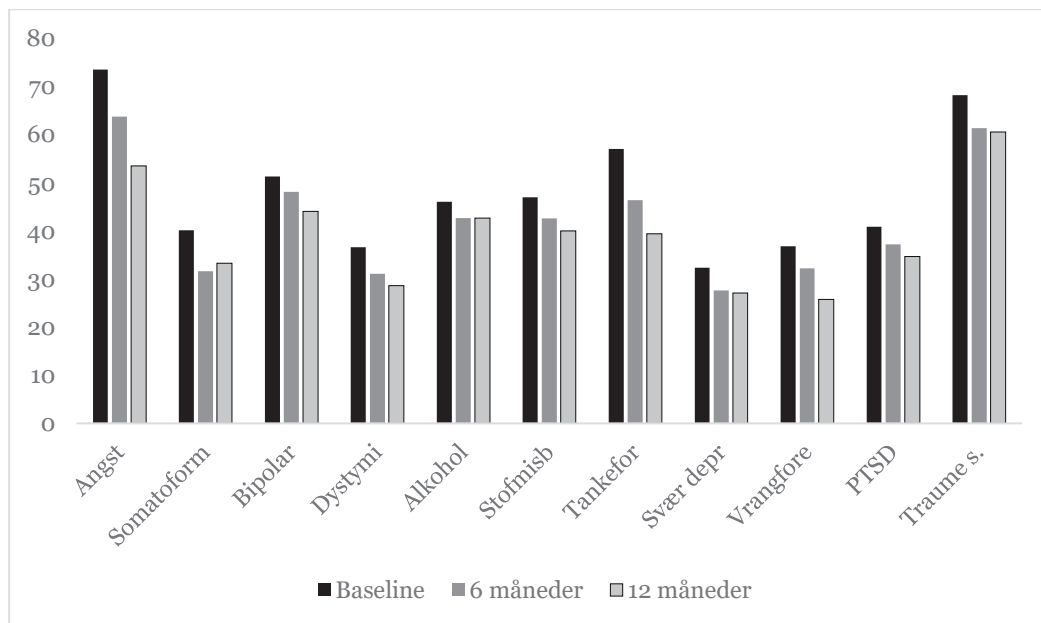
4.3.3 Udviklingen over tid for de fire profilgrupper

For hver af de fire symptomgrupper undersøgte vi derefter forekomsten af psykiatriske lidelser efter 6 og 12 måneders behandling (se figur 4.7-4.10). Samlet set udviser alle fire grupper en reduktion i symptomer over de 12 måneder inden for de fleste kliniske syndromer. Høj symptomgruppen og moderat, høj depressiongruppen har naturligt nok et noget højere symptomniveau på alle tre måletidspunkter, men deres symptomer fortsætter med at aftage, ligesom Lav symptom-gruppen gør det. Figurerne illustrerer, at der er tale om klientgrupper, som 1) har mange psykiske problemer, idet forekomsten af komorbide lidelser er høj, og 2) hvor alle fire symptomgrupper responderer godt på behandlingen. De senfølgeramte med flest problemer har tidligere et flerårigt forløb, hvor det var muligt at se fortsatte symptomreduktioner; i dag er behandlingsgennemsnittet fastlagt til 1,5 år.

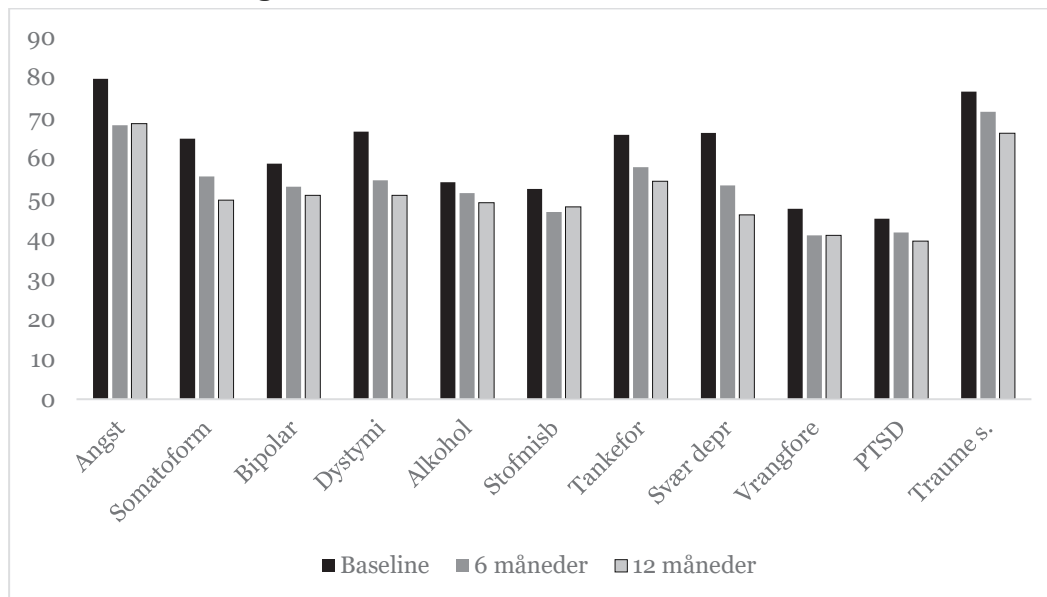
Figur 4.7 Gennemsnitlig score for psykiske lidelser i Lav Symptom-gruppen i løbet af behandlingen



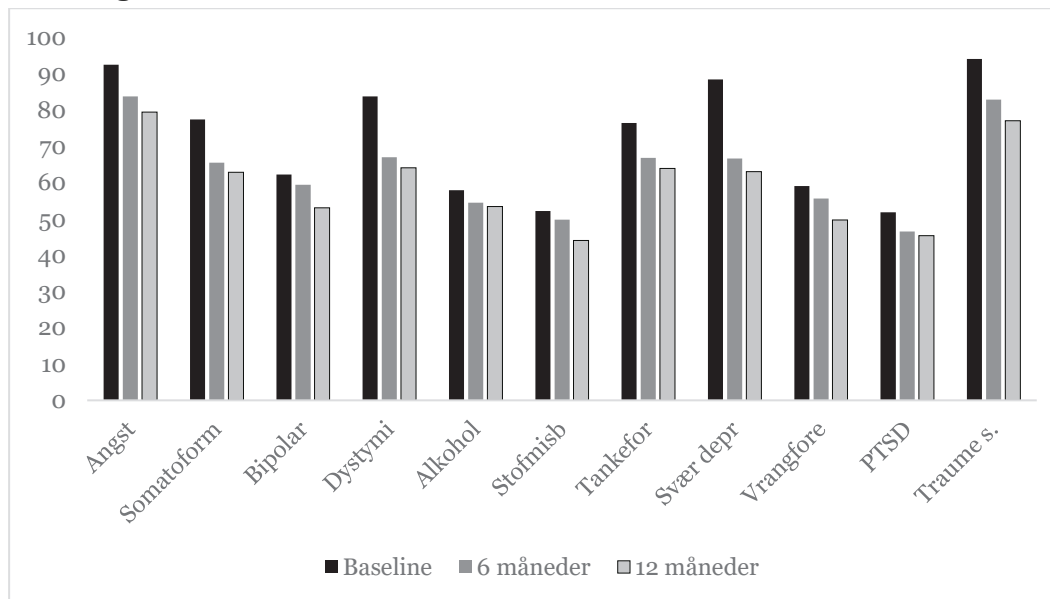
Figur 4.8 Gennemsnitlig score for psykiske lidelser i Moderat-Lav Depression-gruppen i løbet af behandlingen



Figur 4.9 Gennemsnitlig score for psykiske lidelser i Moderat-Høj Depression-gruppen i løbet af behandlingen



Figur 4.10 Gennemsnitlig score for psykiske lidelser i Høj Symptom gruppen i løbet af behandlingen



4.3.4 Betydningen af de forskellige former for overgreb

De senfølgeramte kan ud over deres psykiatriske profiler også undersøges ud fra hvilke typer af seksuelle overgreb, de har været udsat for i barndommen. Den anden subgruppeanalyse er baseret på en latent klasseanalyse, der identificerede 4 forskellige grupper (se figur 4.11):

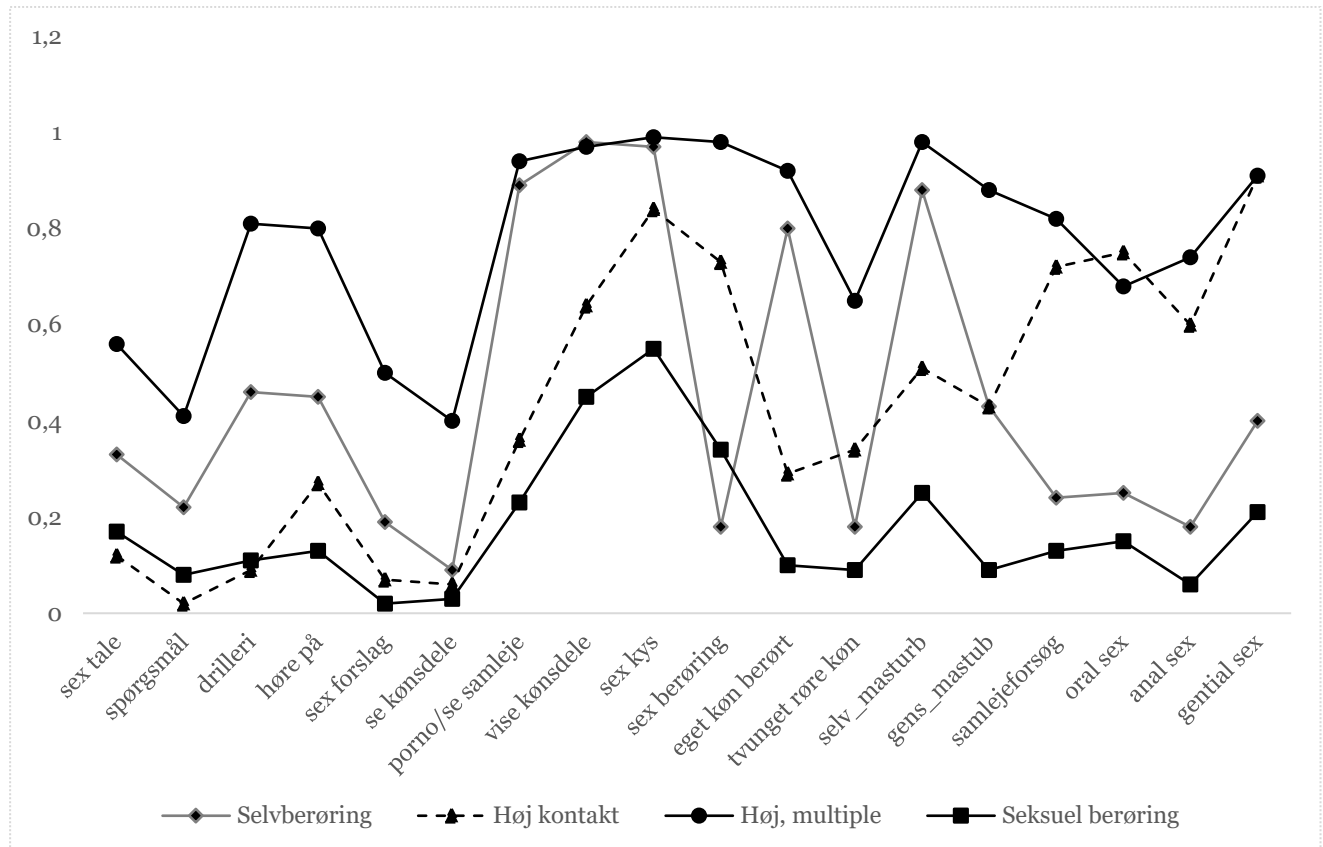
Selv-berøring (n = 263; 29%) var kendetegnet ved at være tvunget til seksuelle handlinger, som at vise sig frem og masturbere, mens gerningsmanden kiggede på. I denne gruppe var der relativt færre tilfælde af penetration.

Høj kontakt (n = 134; 14,7%) var kendetegnet ved høj forekomst af overgreb med fysisk kontakt og penetration, men relativt lavt niveau af seksuelt drilleri og være tvunget til at lytte til andres seksuelle oplevelser.

Høj, multiple (n = 178; 19,6%) var kendetegnet ved relativt høj sandsynlighed for alle former for seksuelle overgreb, inklusiv seksuel tale og drilleri, genital og ikke-genital kontakt samt penetration.

Seksuel berøring (n = 333; 36,6%) var kendetegnet ved de laveste sandsynligheder for de forskellige slags overgreb med undtagelse af forekomsten af selv-eksponering og seksuelle kys.

Figur 4.11 De fire grupper baseret på hyppigheden og arten af de seksuelle overgreb



Hvilke andre kendetegn knyttede sig til de fire eksponeringsgrupper?

Der ses kønsforskelle i de fire eksponeringsgrupper, idet der var relativt flere mænd end kvinder i selvberøringsgruppen (33,6% versus 28,1%) og i den høje, multiple gruppe (23,1% versus 18,8%). Der var også forskel mht. overgrebene. Personer i den høje, multiple gruppe var oftere udsat for flere gerningsmænd, havde en højere forekomst af andre, traumatiske begivenheder og overgrebene stod på i et længere tidsrum end i de tre andre grupper. Hyppigheden af overgreb, de senfølgeramte havde været udsat for, varierede også mellem grupperne. Den høje, multiple gruppe havde den højeste forekomst af mere end 51 overgreb (46%), fulgt af selv-berøringsgruppen (30%). Sidstnævnte gruppe havde også den højeste forekomst af enkeltstående overgreb (13,3%) og mellem 2-5 overgreb (33,7%). Fædre var oftere gerningsmænd i grupperne med seksuel berøring, multiple overgreb og høj kontakt sammenlignet med selvberøringsgruppen.

Overordnet set udviser den høje, multiple gruppe den højeste forekomst af psykiske lidelser på tværs af alle lidelser og selv-berøringsgruppen den laveste forekomst. Imidlertid ser vi, at grupperne med høj kontakt og selv-berøring udviser relativt ensartede symptomatologi på tværs af de fleste lidelser, hvor selv-berøringsgruppen har højere værdier hvad angår angst, funktionelle lidelser (somatoforme), dystymi og svær depression. Dette er et interessant fund, da man kunne forvente, at de begrænsede oplevelser med fysisk kontakt med gerningsmanden i forhold til høj kontakt-gruppen ville betyde, at symptom-billederne i de to grupper ville være ret forskellige. En mulig forklaring kan være, at de to grupper lignede hinanden på nogle områder, fx havde de sammenlignet med seksuel kontakt-gruppen i højere grad fædre som gerningsmænd og oplevede overgreb hyppigere. Dette fund understreger, at overgrebsfaktorer fortjener opmærksomhed i den terapeutiske proces, for at man bedre kan forstå og behandle de psykologiske problemer.

Hvilken udvikling var der i behandlingen af de fire eksponeringsgrupper?

Vi undersøgte hver af de fire grupper ved at vælge de mest hyppigt forekommende lidelser og se på de procentvise ændringer fra behandlingsstart og i de følgende 12 måneder (se tabel 4.4). Da vi ser på ændringer ud fra hhv. baseline og 6 måneder er summen for de 12 måneder ikke lig med summen af de to delperioder.

Den høje multiple gruppe udviste de mindste forbedringer i løbet af de 12 måneder. Et lignende mønster fremkom for seksuel kontakt-gruppen. Selv-berørings og høj kontakt-grupperne responderer bedre på behandlingen. Imidlertid er der her forskel i behandlingsperioderne, idet selvberøringsgruppen responderer

bedst i de første seks måneder af behandlingen, mens høj kontaktgruppen responderer bedre i perioden fra 6-12 måneder med undtagelsen af PTSD. På tværs af alle grupper lå den højeste reduktion i forekomsten af svær depression og lavest for PTSD.

Table 4.4 Symptomnedgang i procent for de fire eksponeringsgrupper i løbet af 12 måneders behandling

Psykologiske lidelser	Høj, multiple			Selvberøring			Høj kontakt			Seksuel berøring		
	0-6	6-12	0-12	0-6	6-12	0-12	0-6	6-12	0-12	0-6	6-12	0-12
<i>Måneder</i>												
Angst	6	6	12	18	1	19	9	11	20	9	7	15
Dystymi	10	3	13	21	12	30	18	24	37	16	1	18
Svær depression	12	8	21	23	7	29	23	22	41	22	2	23
PTSD	4	8	12	12	1	15	11	7	17	9	3	11

4.3.5 Opsamling

Forekomsten af seksuelle overgreb anslås i flere undersøgelser at være 2% af en årgang, svarende til omkring 1200 børn. Knap hvert 10. af disse børn er en dreng.

CSM overtog i 2013 Socialstyrelsens psykologordning, som havde en ramme på 11 timers gratis behandling, og hvor Socialstyrelsen henviste til et netværk af psykologer over hele landet. CSM'erne dækker primært de store byer og deres opland. I dag betjener Sygesikringsordningen omkring 1400 senfølgeramte hvert år, den dækker hele landet og tilbyder et 12 timers forløb med egenbetaling. Det har ikke været muligt at få adgang til sygesikringsdata og inddrage dem i ovenstående registeranalyser.

Hovedparten af de behandlede er kvinder, etniske danskere, singler, midt i trediverne. En tredjedel er forældre, mindre end en tredjedel er i arbejde og knap halvdelen er arbejdsløse eller uden for arbejdsmarkedet. Godt halvdelen har gennemført en ungdomsuddannelse. De, der brugte Socialstyrelsens psykologordning havde et højere antal psykiatriske diagnoser, mens brugerne af CSM havde et højere antal fysiske sygdomme.

Behandlingen i Psykologordningen under Socialstyrelsen havde en moderat effekt, mens effekten af behandlingen i CSM var stor. Antallet af psykiatriske diagnoser falder markant i begge ordninger i de to år, der følger behandlingens start. Forbruget af psykofarmaka falder hos CSM-brugerne, men stiger betydeligt hos brugerne af Psykologordningen. Disse har også en tredobling af fysiske sygdomme i de to år efter behandlingen, hvor antallet af fysiske sygdomme kun stiger med en tredjedel hos brugerne af CSM, hvad der er meget mindre end hos kontrolgruppen.

CSM'ernes behandling er styret af en grundig evaluering af hver enkelt klient, som gentages hvert halve år. Det har givet mulighed for lave to separate subgruppeanalyser baseret på hhv. symptombilleder og eksponering for overgreb. Samtidige, psykiske lidelser (komorbiditet) er et markant problem for de senfølgeramte, idet mere end halvdelen havde to eller flere diagnoser. Dobbeldiagnoser anses for at være en særlig udfordring i behandlingsarbejde. Den første subgruppeanalyse afdækkede fire symptomgrupper. De to mest belastede symptomgrupper udgjorde ca. 70%. Alle fire symptomgrupper havde signifikante symptomreduktioner; nogle af grupperne ser ud til at have forskellige udviklingsforløb i behandlingen.

Den anden subgruppeanalyse afdækkede ligeledes fire grupper, der skilte sig ud fra hinanden i forhold til omfang af penetration, seksuel tale og drilleri, masturbation mens gerningsmanden kigger på o.l. Grupperne adskilte sig fra hinanden mht. kønsfordeling, antal gerningsmænd, antal overgreb og varigheden af overgrebene. Gruppen Høj, multipel havde den højeste forekomst af psykiske diagnoser, og selvberøringsgruppen den laveste forekomst. Sidstnævnte havde en relativt ensartet symptomatologi med gruppen Høj kontakt-gruppen. Igen ser vi forskellige udviklingsforløb i behandlingen. Overordnet er der en betydelig symptomnedgang i løbet af et års behandling, dog mindst for den mest belastede gruppe.

Begge behandlinger har været virksomme, og behandlingen i CSM har haft en stor effekt. Der er subgrupper blandt de senfølgeramte, som kræver omfattende og velkvalificerede behandlingskompetencer. CSM'ernes brug af systematisk assessment og deltagelse i forskning har betydet, at de har bidraget til at skabe en stærk videnskabelig dokumentation for effekten af arbejdet og at kliniske relevante subgrupper er blevet afdækket.

5 Delanalyse 3. Indsatsen i de tre centre for seksuelt misbrugte

5.1 De tre centres rammevilkår

De tre Centre for Seksuelt Misbrugte (CSM'erne) er et landsdækkende gratis behandlings- og rådgivnings-tilbud til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Centrene blev oprettet i 2013 som følge af en politisk beslutning om, at der skulle etableres en landsdækkende behandlings- og rådgivningsindsats til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen, bestående af tre regionale centre, der dækker henholdsvis Region Hovedstaden og Sjælland (Øst), Region Syddanmark (Syd) og Region Midt- og Nordjylland (Midt/Nord). Hertil har CSM Syd en satellit i Vojens.

Frivilligsektionen i CSM Syd blev oprettet i 1995 af en gruppe mennesker, som selv havde været udsat for seksuelle overgreb. Initiativtagere fra CSM Syd Frivilligsektionen skaffede midler til at etablere et behandlingstilbud – Incestcenter Fyn – i 2000. I 2013 valgte man i en samlet politisk proces at bruge samme navn, men centrene har altid eksisteret som to adskilte institutioner i tæt samarbejde. CSM Øst blev oprettet som en fusion af Albahus og Støtteceter mod Incest. Tilsvarende er Christinecentret lagt sammen med CSM Midt Nord.

Centrene er finansieret af satspuljemidler under Socialministeriet, og deres tilbud omfatter psykologbehandling, socialt støttende indsatser ved frivillige og socialrådgivning. Da centrene er leverandør hos den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område (VISO), tilbyder de tillige specialrådgivning- og udredning.

Hvert center består af henholdsvis en behandlingssektion og en frivilligsektion. *Behandlingssektionerne* består af 8-11 ansatte pr. center, herunder en leder og 6-9 psykologer. Der gennemføres ca. 90-110 behandlingsforløb om året på hver behandlingssektion. Hertil gennemføres visitation til venteliste og senfølgegrupper. *Frivilligsektionerne* består af fastansatte og mellem 14 og +40 frivillige pr. center. CSM Midt Nord har en aftale med Aarhus Kommune, som årligt bidrager med tilskud til huslejen for frivilligsektionen. Tilsvarende bidrager Odense Kommune med finansiering til driften af CSM Syd frivilligsektion.

Hvert center har for 2019 et budget på mellem 6,6-9,6 mio. kr., jf. nedenstående tabel.

Tabel 5.1 Nøgletal for CSM'erne

Center	Sektion	Antal medarbejdere	Behandlingsforløb/brugere 2018	Udgifter (budget 2019)
CSM Syd	Behandlingssektion	<ul style="list-style-type: none">1 leder9 psykologer1 administrativ medarbejder	~ 113 behandlingsforløb	7,9 mio. kr.
	Frivilligsektion (særskilt institution med egen bestyrelse)	<ul style="list-style-type: none">1 leder1 ansat socialrådgiver1 deltidsansat koordinator for gruppetilbud1 deltidsansat administrativ medarbejder1 deltidsansat teamlederOver 40 frivillige, heriblandt 30-35 frivillige rådgivere, som står for personlig rådgivning.	~ 200 brugere årligt	1,7 mio. kr.
CSM Øst	Behandlingssektion	<ul style="list-style-type: none">1 leder6 psykologer1 administrativ medarbejder	~ 95 behandlingsforløb	8 mio. kr.
	Frivilligsektion	<ul style="list-style-type: none">1 ansat koordinator	320 henvendelser i	

		<ul style="list-style-type: none"> • 1 ansat socialrådgiver • 1 psykoterapeut • 14 frivillige 	chat- og rådgivningstelefon 576 henvendelser til socialrådgiver 330 deltagelser i frirummet	
CSM Midt Nord	Behandlingssektion	<ul style="list-style-type: none"> • 1 leder • 7 psykologer • 1 administrativ medarbejder 	~ 86 behandlingsforløb	6,6 mio. kr.
	Frivilligsektion	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ansat frivilligkoordinator • 1 ansat socialrådgiver • 1 ansat projektleder • ~ 30 frivillige 	~ 188 brugere i alt	

Note: Det bemærkes, at centrene har forskellige metoder til opgørelse af behandlingsforløb, og tallene er derfor ikke direkte sammenlignelige.

Centrene er organiseret som selvejende institutioner med hver sin bestyrelse. Derudover udgør frivilligsektionen i Odense en selvstændig selvejende institution med egen bestyrelse. Centrene har ophæng i satspuljeaftalen for 2012 og er ikke reguleret via anden lovgivning eller bekendtgørelse. Centrene kan inden for rammerne af de politisk aftalte målsætninger definere deres tilbud, herunder fastlægge målgruppekriterier, behandlingsformer og medarbejdersammensætning mv.

Hvert center skal – som følge af Socialstyrelsens generelle krav til modtagere af satspuljemidler – årligt indsende en målplan mv. med uddybning af, hvordan centeret opfylder centerets målsætninger samt indsende regnskab for hvert afsluttet regnskabsår til Socialstyrelsen. Centrene er ikke underlagt et særskilt fagligt tilsyn. Centrene har et forskningssamarbejde med Videnscenter for Psykotraumatologi ved Syddansk Universitet.

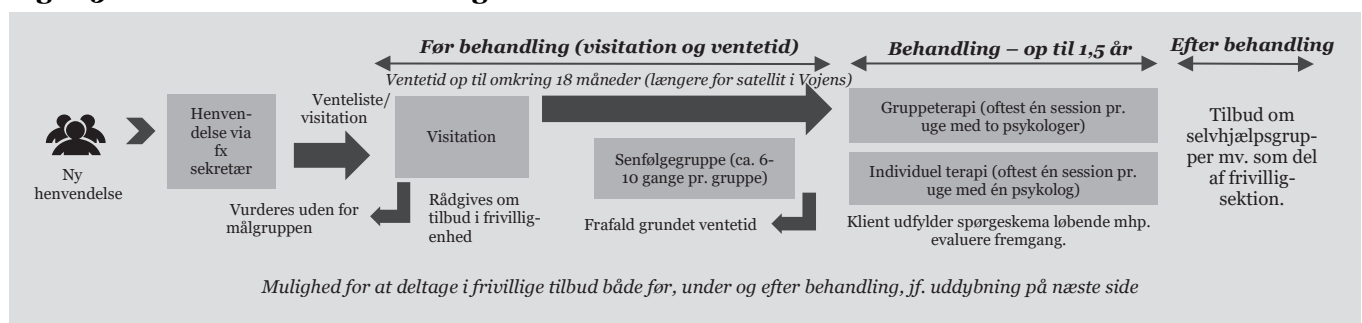
5.2 Patientflow

I det følgende skitseres patientflowet for henholdsvis behandlingssektionen og frivilligsektionen, herunder de forskellige faser og tilbud.

5.2.1 Behandlingssektionen

De tre centre tilbyder behandling i form af enten gruppebehandling eller individuel terapi. Patientflowet består af tre overordnede faser: 1) før behandling (visitation og ventetid), 2) behandling og 3) efter behandling. Nedenstående figur illustrerer dette forløb.

Figur 5.1 Illustration af behandlingsforløb for CSM'erne



Note: Figuren viser patientflowet på tværs af de tre centre. Der er mindre forskelle i processen på tværs af centrene.

Patientflowet igangsættes ved, at en borger henvender sig til centeret (typisk telefonisk). Borgerne skal ikke have henvisning fra læge, men kan selv henvende sig til centrene.

Herefter igangsættes en *visitationsproces*, hvor centerets psykologer vurderer, om borgeren er i målgruppen for behandling hos centeret, og om borgeren skal tilbydes behandling i gruppe eller individuel behandling. Ved visitationen foretages en individuel og faglig vurdering i forhold til den enkeltes aktuelle livssituation og mulighed for at få udbytte af et terapiforløb, og hvad der ellers kan anbefales borgeren. Konkret består visitationsprocessen i, at borgeren kommer til 1-2 visitationssamtaler hos en psykolog. Hos CSM Øst

og Midt Nord anvender psykologerne et spørgeskema udviklet af Videnscenter for Psykotraumatologi ved Syddansk Universitet i visitationsprocessen.

Hvis personen vurderes at være i målgruppen for behandling, kommer personen på *venteliste* hertil. Grundet en nuværende lang venteliste til at komme i behandling kan der i gennemsnit gå op til 18 måneder, før personens behandling igangsættes. Ventetiden til gruppebehandling er ofte kortere (ventetid på ca. ét år), da efterspørgslen efter individuel behandling er størst. Under ventetiden får brugerne tilbud om at deltage i en senfølgegruppe som forberedelse til terapien. Senfølgegrupperne klæder deltagerne på til at forstå deres fysiske, psykiske og sociale senfølger og giver deltagerne viden om, hvordan overgrebstraumer og tilknytning er grundlæggende for udviklingen af senfølger. Senfølgegruppen varetages af psykologer og består af 6-10 sessioner.

Efter ventetiden igangsættes *behandlingen*. Alle tre centre tilbyder enten et individuelt behandlingsforløb eller gruppeterapiforløb. Det individuelle behandlingsforløb består typisk af ca. én times samtale pr. uge med én psykolog. Gruppeterapien består af én session pr. uge med to psykologer. I begge behandlingsformer kan behandlingsforløbet som udgangspunkt maksimalt vare 1,5 år. I gennemsnit varer behandlingsforløbene ét år.

Efter behandlingen tilbyder centrene selvhjælpsgrupper, hvor brugerne har mulighed for at mødes og tale om deres situation og andre tilbud i regi af frivilligsektionen, jf. nedenfor.

Centrene anvender samme assessment-modul til hver halve år at evaluere den enkelte persons udvikling i behandlingen. Dette modul er udarbejdet i samarbejde med Syddansk Universitet.

5.2.2 Frivilligsektionen

De tre frivilligsektioner har tre forskellige profiler og størrelser, og de tilbyder forskellige frivillige tilbud.

Tabel 5.2 Nøgletal for frivilligheden

	Størrelse		Tilbud				
	Antal frivillige	Telefonrådgivning	Chatrådgivning	Åben stue og sociale aktiviteter	Individuel støtte og rådgivning	Rådgivning i gruppe/selvhjælpsgruppe	Socialrådgivning
CSM Syd	~ 35-40	✓		✓	✓	✓	✓
CSM Øst	~ 14	✓	✓	✓		✓	✓
CSM Midt Nord	~ 30	✓	✓	✓	✓	✓	✓

CSM Syd er den største frivillige enhed og tilbyder både rådgivning via telefon, åben stue, individuel rådgivning samt rådgivning i gruppe. CSM Midt Nord tilbyder ligeledes individuel støtte og rådgivning, mens CSM Østs frivilligsektion ikke tilbyder individuel rådgivning eller grupperådgivning.

De tre frivilligsektioner supplerer behandlingssektionen ved, at brugere kan anvende deres tilbud både før, under og efter behandling. Derudover er der også brugere i frivilligsektionen, som ikke har været i kontakt med behandlingssektionen. De frivillige tilbud er ikke terapi eller behandling, men udgør en hjælp og støtte til brugerne. De frivillige er ofte kendetegnet ved at have kompetencer på området i form af fx at være psykologistuderende, tidligere praktiserende psykologer eller tidligere ansatte i en socialforvaltning. De frivillige tilbud for CSM Midt Nord og CSM Øst bl.a. kendetegnet ved en peer to peer-tilgang, hvor fokus er på at



Anbefalinger fra brugere

- De adspurgte brugerne af CSM udtrykker det som positivt, at de ansatte har stor viden om senfølger, og at der er tid til behandling.
- De anbefaler flere ressourcer til behandling, så ventetiderne mindskes.
- De anbefaler, at almen praksis og psykiatri får et bedre kendskab til CSM'erne. Det kan medvirke til, at man kan komme hurtigere i gang.
- De anbefaler en bredere geografisk dækning, så flere kan få adgang til behandling.

blive mødt menneske til menneske i øjenhøjde, og nogle frivillige selv været udsat for seksuelt misbrug i deres barndom og har derfor konkret erfaring med bearbejdning af traumerne, som de kan bringe videre til brugere i centeret^{viii}.

Alle tre frivilligsektioner arbejder målrettet med kompetenceudvikling af de frivillige. Eksempelvis arbejder centrene med supervision af de frivillige varetaget af bl.a. psykologerne i behandlingssektionen, ligesom de frivillige deltager på kurser for at dygtiggøre sig inden for området.^{ix}

Frivilligsektionerne og socialrådgiveraktiviteterne blev positivt evalueret i 2015. Heraf fremgik det, at brugerne af de frivillige rådgivningstilbud i de tre centre oplevede længevarende effekter i form af bl.a. større tryghed og hjælp til at håndtere svære tanker og følelser, bl.a. havde den personlige rådgivning, den åbne stue og caféen reduceret forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg.^x

I det følgende beskrives de forskellige tilbud i frivilligsektionerne.

Kompetenceudvikling af frivillige ved CSM Syd

- Interview i to omgange med nye frivillige, hvor der udleveres et skriftligt materiale
- Inden for få måneder deltager den nye frivillige i et indledende kursus
- Løbende kurser for at dygtiggøre, specialisere og fastholde frivillige
- Supervision/debriefing i det daglige
- Supervision med ekstern supervisor
- To årlige sociale arrangementer

5.2.2.1 Telefon- og chatrådgivning

CSM Midt Nord og CSM Øst tilbyder chatrådgivning via deres hjemmesider. Chatten er henvendt til personer, der har været udsat for overgreb, eller pårørende hertil. Chatrådgivningen anvendes bl.a. af personer, som "tager tilløb" til at kontakte behandlingssektionen. Her kan de få mere viden om behandlingsmulighederne og samle mod til at tage den første kontakt. CSM'erne har besluttet at gøre chatfunktionen landsdækkende fra efteråret 2019, således at CSM Syd også bliver dækket af ordningen.

Alle tre frivilligheder tilbyder endvidere telefonrådgivning, hvor personer, der har været udsat for overgreb eller pårørende, kan ringe ind og tale med en frivillig.

5.2.2.2 Åben stue og sociale/fysiske aktiviteter

Alle tre frivilligsektioner har en åben stue, hvor personer, der har været udsat for overgreb eller pårørende, kan mødes til socialt samvær og kan deltage i en række samværsaktiviteter, såsom maling, udflugter, spil og musik. Derudover har fx CSM Øst kropslige tilbud såsom yoga. Disse tilbud hjælper brugerne med at optræne sociale kompetencer og bekæmpe ensomhed. Hertil udbyder CSM Syd foredrag og kursusaktiviteter for brugerne i samarbejde med Pårup Aftenskole. CSM Midt Nord udbyder bl.a. undervisning i krop og sundhed, i at komme sig og har et musikværksted i samarbejde med FO-byen i Aarhus. Hertil tilbyder de foredrag og oplæg til målgruppen.

5.2.2.3 Individuel støtte og rådgivning

Frivilligsektionerne i CSM Syd og CSM Midt Nord tilbyder individuel rådgivning via samtaler hos deres frivillige. Eksempelvis har CSM Syd ca. 100 brugere, som har individuel rådgivning med en fast frivillig rådgiver en gang om ugen/hver 14. dag. Den frivillige rådgivning har fokus på relationsdannelse og opbygge tillid hos brugeren i forhold til at åbne sig op. Centrene oplyser, at den frivillige rådgivning kan udgøre en god forberedelse til behandling. Brugere kan som udgangspunkt ikke modtage frivillig rådgivning, mens de er i behandling i behandlingssektionen.

5.2.2.4 Rådgivning i gruppe

Centrene tilbyder endvidere rådgivning i grupper. Der tilbydes forskellige former for rådgivning i grupper. Alle tre centre tilbyder *selvhjælpsgrupper*, hvor brugerne har mulighed for at mødes og tale om deres situation. Hos CSM Øst faciliteres disse grupper af en ansat psykoterapeut, mens det hos CSM Midt Nord og CSM Syd faciliteres af frivillige i frivilligsektionen. Herudover har CSM Syd frivilligsektion en eller flere



Kommentarer fra brugere

En del brugere af CSM'erne anvender de frivillige tilbud. De adspurgte brugere udtrykker, at de frivillige tilbud er et godt og trygt sted at komme. De udtrykker bl.a., at rådgivning i gruppe og individuel rådgivning giver mulighed for at tale med nogle, som kender til senfølger, og giver en følelse af at blive forstået. Hertil udtrykker de, at chatrådgivningen kan være en god hjælp, når man skal tage den første kontakt til centeret.

åbne støttegrupper uden tidsbegrænsning, som ledes af to frivillige med en psykoterapeutisk uddannelsesbaggrund. Typisk er en bruger i gruppen i to år. Samtidig gennemfører CSM Syd frivilligsektion en række temabaserede, tidsbegrænsede gruppeforløb over 14 gange for otte deltagere i hvert forløb, som fx omhandler krop og bevægelse mv.

5.2.2.5 Socialrådgivning

Alle tre frivilligsektioner har en socialrådgiver ansat, der rådgiver om diverse sociale problemstillinger med temaer som økonomi, beskæftigelse, uddannelse, boligforhold, politianmeldelser osv. Derudover bygges bro til sagsbehandler(e) i hjemkommunen via telefonisk rådgivning og faglig drøftelse samt ved deltagelse i netværksmøder eller som bisidder.

5.3 Komparativ analyse af behandlingen

De tre behandlingssektioner tilbyder, som ovenfor beskrevet, behandling i form af enten individuelle forløb eller gruppeforløb. Behandlingen tilpasses individuelt den enkelte ud fra en psykologfaglig vurdering af senfølgerne. I det følgende sammenlignes behandlingssektionernes behandling på følgende parametre: målgruppe, visitation, indsats, evaluering og samarbejde med eksterne.

5.3.1 Målgruppe

De tre behandlingssektioner tilbyder behandling til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Det er et kriterie, at personerne erindrer eller har viden om at have været udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Målgruppen har meget forskellige funktionsniveauer. Nogle personer i målgruppen har en velfungerende tilværelse med fx arbejde og familie. Andre personer i målgruppen har komplekse problemstillinger, som kan være en kombination af psykiatriske diagnoser – såsom angst og depression – og ledighed samt begrænset jobparathed.

De tre behandlingssektioner tilbyder som udgangspunkt behandling til hele spekteret af målgruppen. De arbejder dog i varierende omfang med nogle eksklusionskriterier for, hvornår en person vurderes at være uden for målgruppen af deres behandling, jf. nedenstående tabel.

Tabel 5.3 Eksklusionskriterier for behandling CSM'erne

CSM Syd	CSM Øst	CSM Midt Nord
<p><i>"Der er ikke faste kriterier for, hvornår en person vurderes uden for målgruppen. Følgende overvejes og vurderes ved visitationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aktivt eller nyligt ophør af misbrug</i> • <i>Dominerende krænkerstruktur</i> • <i>Ubehandlet skizofreni eller lignende</i> • <i>Aktuel hjemløshed, aktuel psykiatrisk indlæggelse, indsat i fængsel."</i> 	<p><i>"Der er følgende eksklusionskriterier for, hvornår en person vurderes at være uden for målgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Alvorligt misbrug af alkohol, euforiserende stoffer eller medicin. Minimum stoffri tre måneder samt et normaliseret indtag og forhold til alkohol for at komme på venteliste</i> • <i>Autisme-spektrum-forstyrrelser</i> • <i>Utilstrækkelig evne til at reflektere/mentalisere og derved profitere af psykoterapeutisk behandling</i> • <i>Utilstrækkelig evne til at kunne forpligte sig til at indgå i et stabilt terapeutisk forløb."</i> 	<p><i>"Der er fra februar 2019 ikke eksklusionskriterier for målgruppen.</i></p> <p><i>Ved alvorlige psykiatriske lidelser indgår det i vurderingen, hvordan et behandlingsforløb kan tilrettelægges i kombination med andre indsatser fra samarbejdspartnere og gerne kombineret med støtte fra socialrådgiver og frivilligindsatsen.</i></p> <p><i>Klienter må ikke være påvirkede, når de kommer til aftaler, og der må ikke være personfarlighed. Ved misbrug kan klienten tilbydes en ny tid, når/hvis han eller hun ikke længere er påvirket. Der bliver lavet en konkret og individuel vurdering af, om behandling kan igangsættes samtidig med fx eventuel misbrugsbehandling."</i></p>

Kilde: CSM Øst, CSM Syd og CSM Midt Nord.

Til trods for ovenstående forskelligheder giver centrene udtryk for, at deres eksklusionskriterier i praksis er meget lidt forskellige, og at der aktuelt arbejdes på en yderligere ensartethed på tværs af CSM'erne.

5.3.2 Visitation

Der er endvidere forskelle i centrenes visitationsproces. Hos CSM Øst afholdes en indledende telefonisk forvisitation ved psykolog, hvor det klargøres, om klienten lever op til de overordnede visitationskriterier. Derefter afholdes enten én eller to visiterende samtale(r) med psykolog afhængig af behovet.

Hos CSM Midt Nord afholdes to visiterende samtaler (via møde). Første samtale består af et klinisk interview på 1,5 time, derefter udfylder klienten et spørgeskema bestående af validerende instrumenter udviklet af SDU, som klienten får tilbagemelding på ved anden samtale.

Hos CSM Syd afholdes som udgangspunkt én visiterende samtale med en psykolog (to samtaler ved behov). CSM Syd oplyser, at de har valgt som udgangspunkt kun at holde én visiterende samtale for i højere grad at prioritere deres ressourcer til behandlingen.

5.3.3 Indsats

De tre behandlingssektioner har en relativt ensartet indsats, herunder hvad angår deres valg af kompetencer i behandlingen og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb.

Behandlingen varetages i senfølgecentre af psykologer med autorisation. Psykologerne i senfølgecentre er (med ganske få undtagelser) autoriserede og en del er i gang med specialistuddannelser i psykoterapi eller psykotraumatologi. Psykologerne er, eller bliver, uddannet i en bred vifte af psykoterapeutiske metoder, såsom Somatic Experiencing, EMDR, ISTDP, MBT, kognitiv terapi, gruppeanalyse mv., jf. også tabel 3.6 med oversigt over terapiformer.

5.3.4 Behandlingsforløb

Hos alle tre behandlingssektioner tilpasses behandlingen individuelt til den enkelte ud fra en grundig psykologfaglig vurdering af senfølgerne. Behandlingen kan i udgangspunktet vare op til 1,5 år og kan bestå af omkring 50 sessioner. Ved igangsættelsen af forløbet laves der en faglig vurdering af forløbets varighed, herunder om det forventes at vare 3, 6, 12 eller 18 måneder. Antallet af behandlingssessioner varierer afhængig af den enkelte persons behov.

Udgangspunktet for behandlingen er en forståelse af senfølger som eftervirkninger af udsættelse for dels choktraumer og dels relationelle traumer under opvæksten. Behandlingen ansues som en personlig udviklingsproces og en bearbejdning af klientens senfølger, som de kommer til udtryk i nutiden. Det tilstræbes, at klienten får større indsigt samt udvikling og afprøvning af nye handlemuligheder i forhold til egen problematik og personlighedsstruktur.

Den overordnede behandlingstilgang hviler på antagelsen om, at der i terapien bør tilvejebringes et rum for sikkerhed imod overgreb, samt at der skabes tid og tryghed til opbygning af tillid. Det terapeutiske arbejde tager afsæt i et overvejende psykodynamisk og traumeorienteret grundlag, suppleret med andre specifikke metoder, der kan afhjælpe konkrete udfordringer hos klienten^{xi}. Alle tre centre har løbende kompetenceudvikling af og supervision til medarbejderne

5.3.5 Evaluering og opfølgning

CSM-centrene har siden opstarten i 2013 haft et løbende samarbejde med Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet. Således udfylder brugerne i behandlingssektionerne et spørgeskema udviklet af SDU ved terapiopstart og derefter hver 6. måned. Resultaterne anvendes til at informere de psykologfaglige vurderinger, resultatmåling og progression i behandlingsforløb. Brugere får en tilbagemelding efter at have udfyldt spørgeskemaet med henblik på at drøfte det terapeutiske udbytte og det videre forløb.

Anonymiserede data fra spørgeskemaerne anvendes endvidere efter gensidig aftale af SDU til forskning, for eksempel angående målgruppens psykopatologi og traumatisering.

Behandlingssektionen foretager ikke en systematisk opfølgning på brugerne, efter de har afsluttet deres behandlingsforløb.

5.3.6 Samarbejde

CSM Syds behandlingssektion har som det eneste center en formaliseret driftsaftale med en kommune (Odense Kommune), som indebærer, at centeret er forpligtet til at udøve behandling til voksne borgere i Odense Kommune med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen (15 løbende pladser). Hos Odense Kommune er det beskæftigelses- og socialforvaltningen, som indgår i samarbejdet med CSM og kommunen anvender behandlingen som en del af beskæftigelsesindsatsen (hjemlet i aktivloven). Hertil har CSM Syd et samarbejde med Haderslev Kommune om brug af lokaler til deres satellit i Vojens.

For så vidt angår de øvrige brugere hos CSM'erne er der ikke et tilsvarende formaliseret samarbejde mellem CSM og kommunen^{xii}. CSM'erne giver udtryk for, at de i arbejdet med den enkelte bruger som oftest formår at etablere et samarbejde med kommune, når det vurderes nødvendigt. Dette samarbejde igangsættes fx ved, at psykologerne hos CSM'erne – med brugerens samtykke – tager kontakt til kommune. Herudover hjælper psykologerne ved CSM'erne med at udfylde vurderinger til kommunerne.

Tilsvarende har de tre CSM'er ikke et formaliseret samarbejde med regionerne. Centrene udtrykker, at de oftest formår at etablere en kontakt og samarbejde med regionerne, når det er nødvendigt (og når brugeren har givet samtykke hertil).

CSM'erne har via en opsøgende indsats forsøgt at etablere faste samarbejder med kommune og regioner. Centrene efterspørger i den forbindelse faste rammer for gensidigt forpligtende samarbejde og koordinati-on omkring centrenes tilknyttede borgere både på regionalt og kommunalt niveau. Hertil bemærkes, at de tre centre har et tæt indbyrdes samarbejde.

5.4 Delkonklusion

De tre CSM'er yder behandling af personer med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen. De er selvejende institutioner med egen bestyrelse og tilbyder alle tre behandling, som består af gruppe- eller individuelle terapiforløb hos psykologer. Herudover tilbyder de en række frivillige tilbud, som kan anvendes til før, under og efter behandling, ligesom personer, som ikke modtager behandling, kan gøre brug af de frivillige tilbud. Centrene varierer for så vidt angår deres visitationsproces, herunder hvad angår deres målgruppekriterier, ligesom størrelsen af de frivillige sektioner er forskellig på tværs af centrene. De tre centre samarbejder på nuværende tidspunkt på at skabe en større ensartethed på tværs.

6 Delanalyse 4. Kompetenceanalyse

Vi har gennemført en analyse for at klarlægge, hvilke kompetencer, der er behov for i arbejdet med voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Kompetenceanalysen deles op i fire dele, hvor det beskrives, hvilke kompetencer, der er behov for i henholdsvis 1) opsporing, 2) behandling, 3) rådgivning og 4) frivillig indsats i forhold til voksne med senfølger.

I kompetenceanalysen har vi interviewet repræsentanter fra kommuner, regioner, CSM'er og en række eksperter. Vi har på baggrund af disse interviews udarbejdet et katalog over ønskede kompetencer på de forskellige områder (opsporing, behandling, rådgivning og frivillig indsats). Disse har vi anvendt i en efterfølgende spørgeskemaundersøgelse, hvor vi har bedt interessenterne prioritere kompetencerne. Interessenterne har hver fået 100 point at fordele mellem de oplistede kompetencer samt haft muligheden for selv at tilføje yderligere kompetencer til listerne og tildele dem point. Interessenternes prioritering af kompetencer fremgår for hver del af analysen i de kommende afsnit, hvor det ses hvor mange point hver kompetence er blevet tildelt af interessenterne. I bilag i afsnit 8.1 fremgår hvilke interessenter, der har besvaret spørgeskemaet og dermed indgår i analyserne.

6.1 Del 1: Opsporing

Det er centralt, at voksne med senfølger efter seksuelle overgreb hurtigt opspores, så de kan påbegynde behandlingsforløb og få hjælp til at håndtere deres traumer. Derfor ser vi i den første delanalyse på, hvilke kompetencer der er krævet i arbejdet med at opspore voksne med senfølger.

Kompetenceanalysen peger på, at der er to centrale aktører i forhold til opsporingen; praktiserende læger og kommuner. De praktiserende læger kommer i kontakt med voksne med senfølger, når patienterne henvender sig med både somatiske og psykiske symptomer. Her er de praktiserende læger helt centrale aktører i forhold til at identificere borgere, der kan have gavn af behandling for senfølger efter seksuelle overgreb.

Kommunerne kommer derudover også i kontakt med borgere i målgruppen, bl.a. i social-, sundheds-, og beskæftigelsesafdelingerne. I de brugerinterviews, vi har gennemført, fremgår det, at voksne, der i høj grad plages af senfølger ofte står uden for arbejdsmarkedet, er i misbrug eller i øvrigt modtager hjælp fra kommunen, hvilket stemmer overens med fundene i registeranalysen, hvor mindre end 1/3 er i arbejde og knap halvdelen er arbejdsløse eller uden for arbejdsmarkedet. Derfor er kommunerne centrale i at opspore voksne med senfølger.

Nedenstående tabel viser, hvilke kompetencer kommuner, regioner, CSM'er og eksperter fremhæver som vigtige for henholdsvis praktiserende læger og kommuner i arbejdet med voksne med senfølger efter seksuelle overgreb.



Anbefalinger fra brugerne

- Medarbejdere i kommunerne skal kende til de problematikker, som senfølger kan medføre, så de kan forholde sig hensigtsmæssigt til borgerne.
- Myter og fordomme, fx at seksuelt krænkede selv bliver krænkere, skal udryddes blandt kommunale medarbejdere og læger.
- Praktiserende læger skal have redskaber og metoder til at kunne tale med voksne med senfølger.

Tabel 6.1 Kompetencer krævet i opsporingen af voksne med senfølger

Nødvendige kompetencer	
Praktiserende læger	<ul style="list-style-type: none">• Viden og uddannelse til praktiserende læger, så symptomer kan genkendes, herunder traumer• Fjerne berøringsangsten – lægerne skal lære at reagere hensigtsmæssigt på en patient, der fortæller om overgreb i barndommen

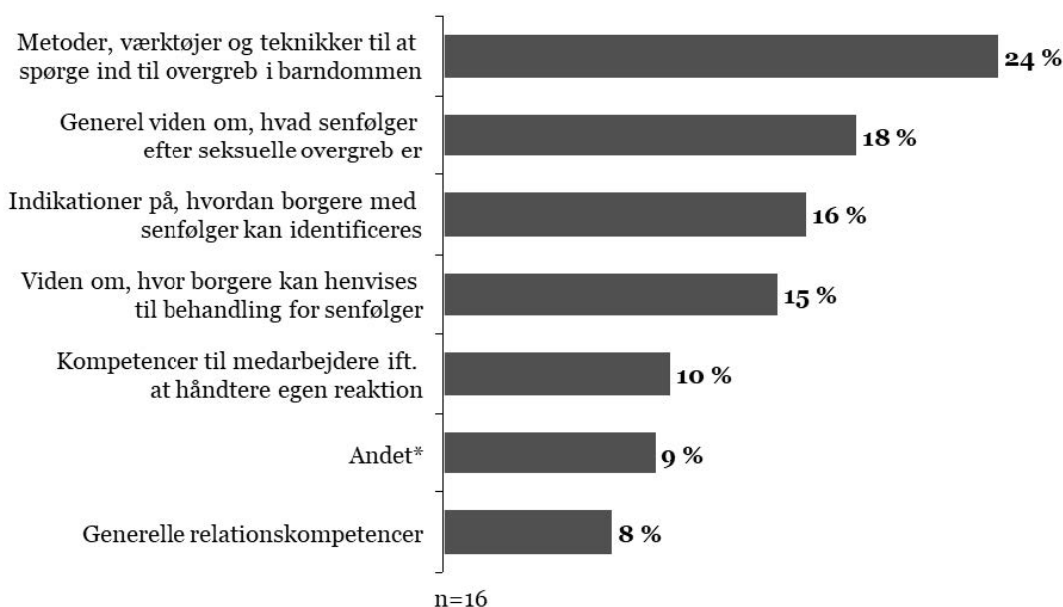
Kommuner

- Viden: Hvad er senfølger, hvordan genkendes borgere med senfølger, og hvor skal borgerne henvises til behandling
- Metoder, værktøjer og teknikker til spørge ind til overgreb i barndommen og senfølger i relevante afdelinger, fx jobcentret
- Kompetencer til medarbejdere, så de kan håndtere deres egne reaktioner på at møde traumatiserede borgere
- Kompetencer til at identificere senfølger hos socialt udsatte, fx i stofmisbrugs- og alkoholbehandling
- Kompetencer i forhold til at lave opsøgende indsatser i kommunerne.

Det ses af tabellen ovenfor, at det især er viden, der er brug for hos både praktiserende læger og kommuner for at kunne opspore voksne med senfølger. Derudover er det vigtigt at have redskaber til at spørge ind til problemerne og forstå de traumer, som borgere har.

I spørgeskemaet til interessenter beder vi interessenterne prioritere en række oplyste kompetencer inden for opsporing og giver dem derudover mulighed for at tilføje yderligere kompetencer. Prioriteringen giver en indikation af respondentens opfattelse af, hvorvidt det er kompetencer, der allerede er tilstede, og hvad der er vigtigt. I figuren nedenfor ses resultatet af interessenternes besvarelser.

Figur 6.1 Interessenternes prioritering af kompetencer: Opsporing



Note: Andet dækker over viden om, hvor borgere kan få hjælp (støtte, rådgivning, behandling eller hjælp), introduktion og videnformidling til centrale videnspersoner i den enkelte kommune, der er ansvarlige for videre udbredelse, samarbejde med de frivillige organisationer og viden om deres behandling, viden om traumas betydning for borgere med senfølger, en kultur hvor det er naturligt at stille spørgsmål til seksuelle overgreb ligesom til andre vigtige livsaspekter, viden om lovgivning, adgang og evne til at orientere offentligheden om mangler i den indsats, borgere med senfølger bliver mødt med, viden om takstfinansiering.*

Det ses af figuren, at interessenterne især vurderer, at metoder, værktøjer og teknikker til at spørge ind til overgreb i barndommen er centrale kompetencer i opsporingen af voksne med senfølger. Dernæst vurderes generel viden vigtig. I bilaget (tabel 8.2) findes en opdeling på interessenttype og det ses, hvilke interessenter, der har prioriteret hvilke kompetencer.

Der er relativt stor forskel på, hvilke kompetencer de forskellige interessenttyper prioriterer. CSM'erne prioriterer især viden om, hvor borgere kan henvises til behandling for senfølger. Brugerorganisationer placerer 40 % af deres point på "andet", hvilket her dækker over en praksis, hvori det er en integreret del af at afdække eventuelle seksuelle overgreb og viden om, hvor borgere kan få hjælp. Interesseorganisationerne prioriterer indikationer på, hvordan borgere med senfølger kan identificeres højest, og frivillige organisati-

oner vurderer, at det især er kompetencer i forhold til at have metoder, værktøjer og teknikker til at spørge ind til overgreb i barndommen, der er vigtige.

6.2 Del 2: Behandling

Det er centralt, at personale, der behandler voksne med senfølger, har de rigtige kompetencer i forhold til at varetage den komplekse behandling, der ofte er krævet. Denne delanalyse vil derfor identificere, hvilke kompetencer, der ud over grunduddannelsen er krævet af forskellige faggrupper i arbejdet med voksne med senfølger. Nedenfor ses et overblik over de kompetencer, der er blevet fremhævet som vigtige i de interessant- og borgerinterviews, vi har gennemført. Nederst i tabellen beskrives de generelle kompetencer, der er blevet fremhævet, som går på tværs af faggrupper.

Tabel 6.2 Kompetencer krævet i behandling af voksne med senfølger

Nødvendige kompetencer	
Psykiatere	<ul style="list-style-type: none"> • Kendskab til medicinbehov • Viden om og opmærksomhed på komorbiditet og sammenhæng til somatiske sygdomme • Grundlæggende sexologisk fagviden, så henvendelser kan rettes det rigtige sted hen • Kompetencer i forhold til udredning og screening for diagnostisk afklaring
Psykologer	<ul style="list-style-type: none"> • Efteruddannelser, fx inden for psykoterapi og traumer • Grundviden om fænomenet senfølger, herunder viden om sexologi og fysiotraumatologi • Kompetencer i forhold til tidlige traumer og traumeterapi med bevidsthed om kroppen • Bred psykiatrisk viden for identifikation af fx angst, PTSD, depression og lignende
Sygeplejersker	<ul style="list-style-type: none"> • Viden om og efteruddannelser inden for psykoterapi • Kendskab til medicinbehov (i samarbejde med psykiater) • Viden om sexologi og fysiotraumatologi for at kunne tale med patienter om kropslige reaktioner
Fysioterapeuter/ergoterapeuter	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetencer i forhold til at håndtere det kropslige i traumer: Viden om kropsterapi, fx Basic Body Awareness
Andre	<ul style="list-style-type: none"> • Socialrådgivere med forståelse for socialfaglige problemstillinger som bindeled mellem psykiatri og kommune • Kompetencer i forhold til familiebehandling
Generelt	<ul style="list-style-type: none"> • Generel viden om traumer • Kompetencer i forhold til at opbygge en meningsfuld behandlingsalliance med patienten: Viden om, hvordan en samtale med en seksuelt misbragt håndteres • Tværfagligt samarbejde og tilgange • Viden om hvilke tilbud, der findes • Kendskab til kompleks psykologisk teori og viden om psykiatriske symptomer • Kompetencer i forhold til at kombinere krop og psyke – kombination af en psykodynamisk tilgang med en kropslig tilgang • Kompetencer i forhold til at varetage samtaler med pårørende, børn og netværkssamtaler i forhold til kommuner

Det ses af tabellen, at der efterspørges en række forskellige kompetencer for forskellige faggrupper. For psykiatere er det primære at kende til medicinbehovet og kunne udrede patienter for forskellige psykiatriske sygdomme. Derudover er psykiaterens lægefaglige kendskab til somatiske sygdomme samt andre psykiske sygdomme centralt, da voksne med senfølger ofte har komorbiditet og dermed lider af flere sygdomme samtidig.^{xiii}

For psykologerne er det centralt, at de har de rigtige efteruddannelser og dermed en viden om traumer. Derudover skal psykologerne kunne identificere forskellige psykiske lidelser hos patienterne, fx PTSD og angst. Psykologerne skal desuden besidde viden om, hvordan traumer kan manifestere sig i kroppen og kunne behandle disse tilstande.

Sygeplejerskerne har behov for at have en række af de samme kompetencer som psykologer og psykiatere alt efter deres funktion over for patienterne med senfølger. I flere regioner er sygeplejersker med relevante efteruddannelser ansvarlige for gruppebehandling, og de skal derfor have de rette kompetencer (bl.a. psykologfaglige) til at kunne varetage behandlingen. Desuden skal sygeplejerskerne have viden om fysiotraumatologi og samtidig også kende til et eventuelt medicinbehov hos patienterne.

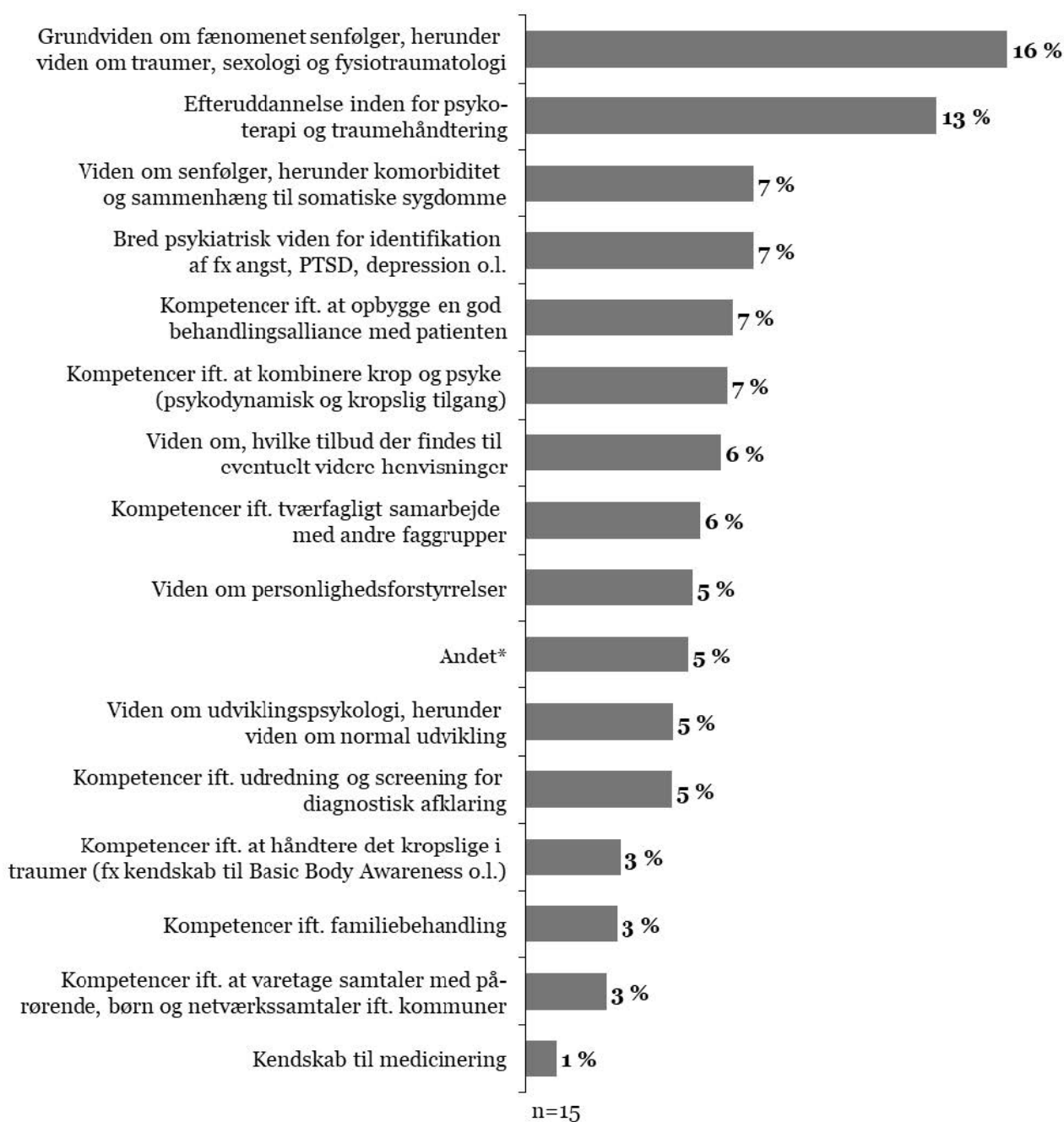
For fysioterapeuter, der arbejder med patientgruppen, er især kompetencer inden for kropsterapi vigtigt. Både sundhedspersonale i regionerne og brugerne selv peger på det centrale i at forstå, at traumer af denne type ofte bliver siddende i kroppen, og at terapiformer, hvor man både arbejder med krop og psyke derfor ofte er virksomme.

I enkelte regioner er der faggrupper ud over de ovennævnte, der varetager behandling af voksne med senfølger. Det kan eksempelvis være socialrådgivere, fysioterapeuter eller social- og sundhedsassistenter, der har taget efteruddannelser inden for traumeterapi, psykoterapi eller lignende. Socialrådgivere kan desuden have den funktion, at de fungerer som bindeled mellem psykiatri og kommune.

I interviews med regioner, kommuner, brugere m.fl. fremhæves en række generelle kompetencer, der er centrale at besidde, når man arbejder med voksne med senfølger. Det er vigtigt, at behandleren kan opbygge en relation til patienten, der skaber et rum for at tale om overgreb i barndommen. Derudover er det en vigtig kompetence at kunne samarbejde tværfagligt og vide, hvilke tilbud, der findes til patienten. Viden (om traumer, psykologi, kroppen o.l.) er også fremhævet som centralt, ligesom det er vigtigt at kunne varetage samtaler med pårørende, børn og kommunen.

Nedenfor ses, hvordan interessenterne har prioriteret kompetencer på behandlingsområdet.

Figur 6.2 Interessenternes prioritering af kompetencer: Behandling



Note: Andet dækker over egenerapi til behandlere, kompetencer til at videresende borgere til relevante tilbud, god relation mellem klient og behandler (supervision, frit valg mellem behandlere), kompetencer til tværfaglige behandlingsmuligheder for dobbeltdiagnosticerede, kompetencer til særlige udsatte for incest og henvisning til behandlingsmuligheder.*

Det optræder 15 respondenter i analysen, da 1 respondent har svaret "ved ikke" og dermed udgår af denne delanalyse.

Det ses af figuren, at interessenterne især prioriterer grundviden om fænomenet senfølger, herunder viden om traumer, sexologi og fysiotraumatologi højt. Desuden prioriteres relevant efteruddannelse højt. I bilaget (**Tabel 8.3**) ses en opdeling af, hvordan de forskellige interessenttyper prioriterer kompetencer i behandlingen. Det ses her, at CSM'erne især prioriterer efteruddannelse og grundviden om senfølger højt. Brugerorganisationer prioriterer 40 % på "andet", hvilket dækker over behandlerens egenerapi og en god relation mellem klient og behandler (supervision, frit valg mellem behandlere osv.).

Interesseorganisationerne prioriterer bred, psykiatrisk viden højt, ligesom kompetencer i forhold til udredning og screening for diagnostisk afklaring også placeres højt. De frivillige organisationer prioriterer grundviden om senfølger højest, efterfulgt af efteruddannelse inden for psykoterapi og traumehåndtering.

6.3 Del 3: Rådgivning

En del af målgruppen af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb har behov for rådgivning i forbindelse med eksempelvis forløb i psykiatrien eller på et CSM. Rådgivningen kan bl.a. være i forhold til, hvordan borgeren skal forholde sig til eventuelle krav fra kommunen eller om, hvilke rettigheder, borgeren har. Som medarbejder på området er der derfor en række kompetencer, der er centrale at besidde. Disse fremgår af tabellen nedenfor.

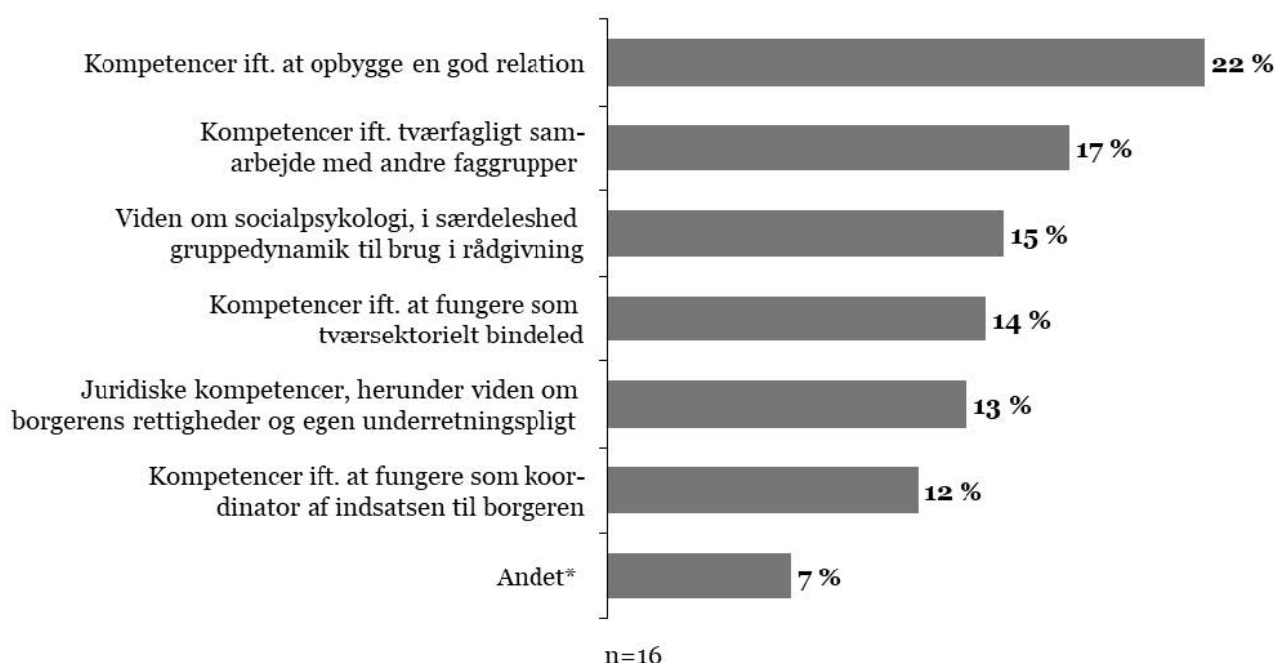
Tablet 6.3 Kompetencer krævet i rådgivning af voksne med senfølger

Nødvendige kompetencer	
Rådgivere	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetencer i forhold til at fungere som tværsektorielt bindeled • Kompetencer i forhold til at opbygge en god relation til borgeren • Kompetencer i forhold til at fungere som koordinator af indsatsen til borgeren • Kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde med andre faggrupper • Viden om socialpsykologi, i særdeleshed gruppedynamik til brug i rådgivning • Juridiske kompetencer, herunder viden om borgerens rettigheder og egen underretningspligt

Det ses af tabellen, at vigtige kompetencer for medarbejdere med en rådgivningsfunktion især er at koordinere indsatsen til borgeren ved bl.a. at være bindeled mellem flere sektorer. Som bindeled er kompetencer i forhold til at kunne samarbejde med andre faggrupper også fremhævet som vigtige. Derudover skal rådgivere besidde juridiske kompetencer for at kunne rådgive borgeren korrekt om rettigheder.

I figuren nedenfor ses interessenternes prioritering af kompetencer på rådgivningsområdet.

Figur 6.3 Interessenternes prioritering af kompetencer: Rådgivning



Note: Andet* dækker over en evne til at høre efter og være nysgerrig i forhold til, hvad problemet er, kunne yde rådgivning for særlige udsatte, fx hjemløse, tidl. anbragte, prostituerede, frivillige organisationer, der arbejder professionelt med særligt udsatte borgere med komplekse problemer og rådgivning om opbygning af netværk.

Det ses af figuren, at det især er relationelle kompetencer, der er vigtige i rådgivningen af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Herefter følger kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde, viden om socialpsykologi og kompetencer i forhold til at fungere som tværsektorielt bindeled. I bilaget (**Tabel 8.4**) ses, hvordan de forskellige interessentyper prioriterer kompetencer inden for rådgivning.

Her ses det, at CSM'erne prioriterer kompetencer i forhold til at opbygge en god relation øverst. Hernæst følger viden om socialpsykologi, hvorefter kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde og evne til at fungere som tværsektorielt bindeled følger. For brugerorganisationen er "andet" prioriteret højest, hvilket her dækker over kompetencer i forhold til at lytte til patienten og forstå, hvad problemet er, samt at være åben og nysgerrig, hvilket er forudsætninger for en god relation. Interesseorganisationerne prioriterer kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde med andre faggrupper højest, efterfulgt af kompetencer til at opbygge en god relation og viden om socialpsykologi. De frivillige organisationer prioriterer kompetencerne på et nogenlunde ensartet niveau. Dog prioriteres juridiske kompetencer en anelse over de andre listede kompetencer.

6.4 Del 4: Frivillig indsats

Frivillige i både CSM'erne og frivillige organisationer modtager og behandler en del af målgruppen af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Derfor er det centralt, at de frivillige besidder de relevante kompetencer for at kunne udføre så god en indsats som muligt. I tabellen nedenfor ses de kompetencer, der i vores analyse er blevet fremhævet som vigtige for frivillige at besidde.

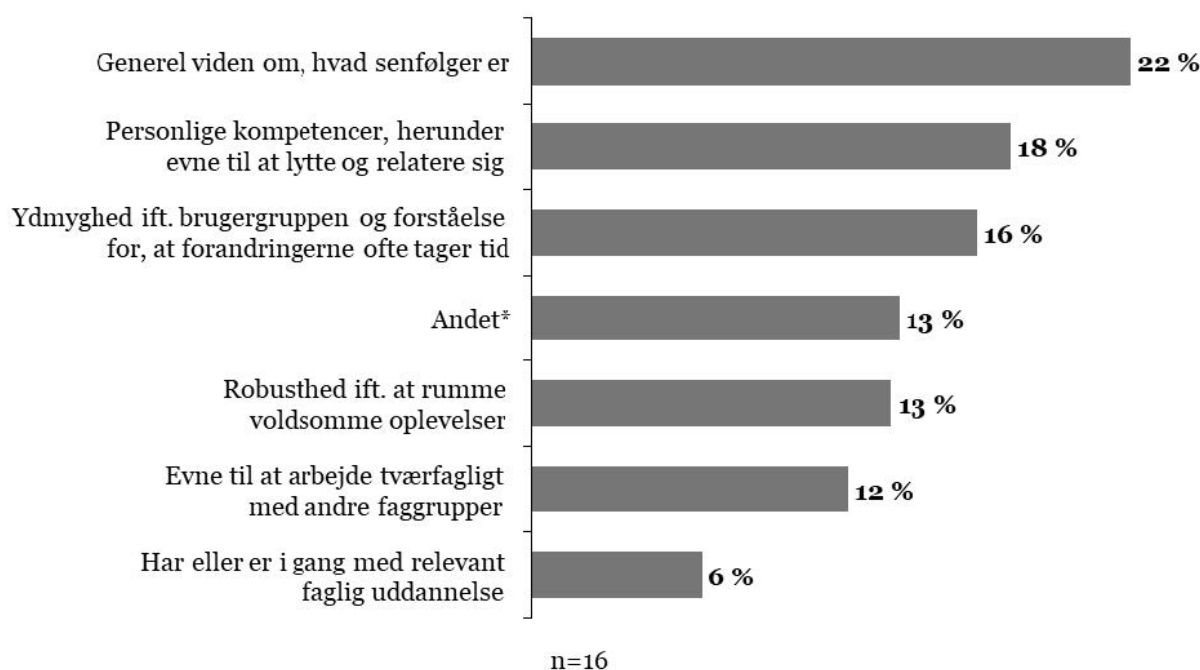
Tabel 6.4 Kompetencer krævet i frivillig indsats til voksne med senfølger

Nødvendige kompetencer	
Frivillige	<ul style="list-style-type: none">• Generel viden om, hvad senfølger er• Robusthed i forhold til at rumme voldsomme oplevelser• Ydmyghed i forhold til brugergruppen og forståelse for, at forandringerne ofte tager tid• Personlige kompetencer, herunder evne til at lytte og relatere sig• Evne til at arbejde tværfagligt med andre faggrupper• Har, eller er i gang, med relevant faglig uddannelse

Det ses af tabellen, at de frivillige, ligesom de andre grupper, skal besidde en generel viden om, hvad senfølger er. Derudover skal de frivillige have kompetencer til at kunne lytte og rumme de voldsomme oplevelser, som brugerne ofte beretter om. Mange frivillige har desuden en relevant professionel baggrund.

I figuren nedenfor ses et overblik over, hvordan interessenterne prioriterer de kompetencer, der er nødvendige i den frivillige indsats.

Figur 6.4 Interessenternes prioritering af kompetencer: Frivillig indsats



Note: Andet dækker over en evne og vilje til at skabe en relation til brugeren, supervision, tværfaglige indsatser i frivilligt regi, viden om traumer, samme kompetencer, som kræves under behandling, netværksfremmende arbejde, skabe jobmuligheder i frivilligregi med empowerment-tilgang.*

Det ses af figuren, at interessenterne prioriterer generel viden om senfølger som den vigtigste kompetence for frivillige at besidde. Herefter følger personlige kompetencer, herunder evnen til at lytte og relatere sig og ydmyghed i forhold til brugergruppen. I bilaget (**Tabel 8.5**) fremgår det, hvordan de forskellige interessenttyper prioriterer kompetencer på det frivillige område.

Her ses det, at CSM'erne prioriterer generel viden om senfølger, robusthed i forhold til at rumme voldsomme oplevelser og personlige kompetencer højt (20 % på hver). Herefter følger det at have eller være i gang med en relevant uddannelse (19 %). For brugerorganisationen er det ydmyghed i forhold til brugergruppen og personlige kompetencer, der prioriteres. Interesseorganisationerne prioriterer generel viden om senfølger højest, mens de frivillige organisationer prioriterer generel viden om, hvad senfølger er, højt. Desuden prioriteres "andet" højt, hvilket dækker over supervision, tværfaglige indsatser i frivilligt regi, viden om traumer, behandlingskompetencer, netværksfremmende arbejde samt at skabe jobmuligheder i frivilligregi med empowerment-tilgang.

6.5 Opsummering

Vi har identificeret en række centrale kompetencer inden for henholdsvis opsporing, behandling, rådgivning og frivillig indsats i forhold til at arbejde med voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Nedenfor ses et opsummerende overblik over de tre vigtigste kompetencer, interessenterne har prioriteret for fremtidig kompetenceudvikling inden for hvert af de fire områder. Det ses, at især **viden** om, hvad senfølger er, er en helt central kompetence på tværs af områder, samt at interessenterne efterspørger **redskaber til opsporing** af voksne med senfølger.

Tabel 6.5 Top 3 vigtigste kompetencer på senfølgeområdet

Opsporing	Behandling	Rådgivning	Frivillig indsats
<ul style="list-style-type: none">• Metoder og værktøjer til at spørge ind til overgreb• Generel viden om, hvad senfølger er• Indikationer på, hvordan borgere med senfølger kan identificeres	<ul style="list-style-type: none">• Grundviden om fænomenet senfølger, herunder viden om traumer, sexologi og fysiotraumatologi• Relevant efteruddannelse• Viden om senfølger, herunder komorbiditet og sammenhæng til somatiske sygdomme	<ul style="list-style-type: none">• Kompetencer i forhold til at opbygge en god relation• Kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde• Viden om socialpsykologi, i særdeleshed gruppedynamik	<ul style="list-style-type: none">• Generel viden om, hvad senfølger er• Personlige kompetencer, herunder at kunne lytte og relatere sig• Ydmyghed i forhold til brugergruppen

7 Delanalyse 5. Scenarieanalyse

7.1 Mulige scenarier

Som ovenfor beskrevet er der en række forskellige aktører, som tilbyder indsatser til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen, herunder indsatser forankret i region, kommune, centre og frivillige organisationer. Denne variation af indsatser skal bl.a. ses i lyset af, at målgruppen er kompleks og består af mange forskellige subgrupper med forskellige karakteristika, jf. også ovenstående delanalyse 2.

I det følgende præsenteres først betragtninger om, hvordan indsatsviften som helhed kan anskues og organiseres. Derefter præsenteres tre scenarier for, hvordan selve CSM'ernes indsats fremover kan indgå i denne tilbudsvifte: 1) CSM-model, 2) regional model og 3) kommunal model.

De tre scenarier er udvalgt og udviklet igennem tre faser. I afdækningsfasen har vi identificeret og foretaget en overordnet analyse af syv mulige scenarier via desk-research og interviews med relevante interessenter og eksperter på området. På baggrund heraf har arbejdsgruppen prioriteret de tre scenarier, som vi derefter har foretaget en nærmere analyse af i designfasen. Endelig har vi i valideringsfasen afholdt anden runde af interviews med relevante interessenter og eksperter og på den baggrund fået uddybet designet af de enkelte scenarier.

Vi har i arbejdet med udvikling af scenarierne haft fokus på at kortlægge, hvordan scenarierne konkret kan forankres samt at identificere de fordele og ulemper, der er tilknyttet hvert scenarie.

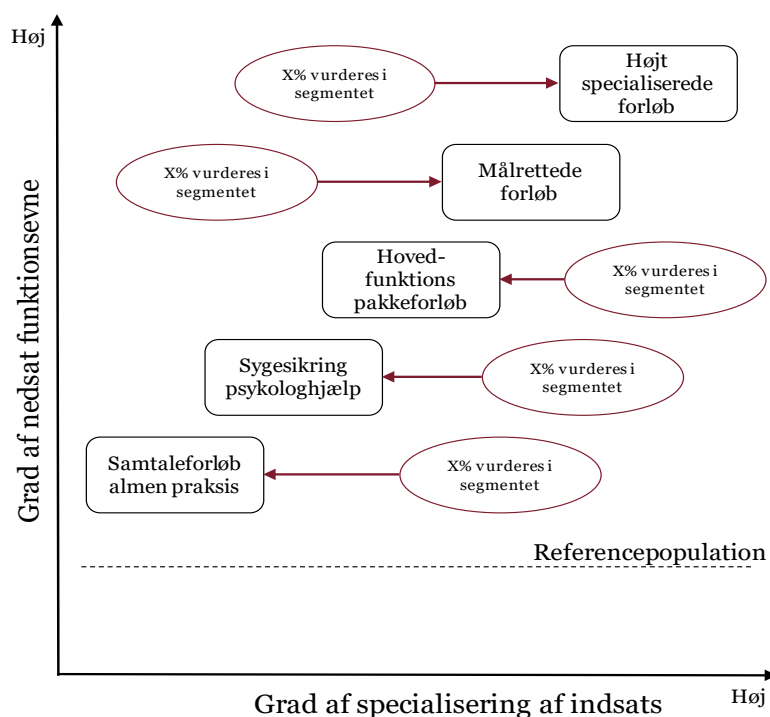
7.1.1 Tværgående betragtning om indsatsviften

Gruppen af personer med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen er differentieret, og der er derfor behov for en bred vifte af indsatser, der afspejler forskellige behandlingsbehov i målgruppen. Samtidig er den nuværende indsats for målgruppen karakteriseret ved en fragmenteret visitation, hvor (i) kommunen, (ii) det regionale sundhedsvæsen og (iii) CSM'erne alle visiterer borgere til forskellige typer indsatser. I dag er det kun i det regionale sundhedsvæsen, at der er behov for en henvisning fra en læge for at kunne blive visiteret til en indsats.

En fremtidig organisering af indsatsen for personer med senfølger kan med fordel anses som et system, hvor forskellige indsatser indgår i en samlet behandlingsvifte. Hvor når disse forløb er hensigtsmæssige, afhænger af niveauet af nedsat funktionsevne hos borgeren. Med andre ord betyder dette, at for eksempel en person med høj grad af nedsat funktionsevne og kompleks symptomlogi skal tilbydes højt specialiserede forløb.

Centrale forudsætninger for en systemisk tilgang er: 1) At der er tale om en sammenhængende behandlingsvifte, hvor de forskellige forløb er målrettet forskellige segmenter. I den forbindelse er det afgørende med en klar organisatorisk ansvarsplacering af hvilke enheder, der tilbyder bestemte typer forløb for forskellige segmenter, og 2) at der er en koordineret visitation til indsatser med en stigende specialisering.

Figur 7.1 Opdeling af målgruppen i segmenter



Ud fra denne systemiske tilgang kan indsatsen til målgruppen af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb således opdeles i forskellige forløb, der er målrettet forskellige segmenter med forskellige grader af nedsat funktionsniveau. Figuren ovenfor viser denne opdeling. Det skal understreges, at behandlingseffekten i forhold til personer med senfølger ikke er undersøgt for flere af disse tilbud.

Nederst er samtaleforløb i almen praksis, der er målrettet borgere med en nedsat funktionsevne som følge af overgreb i barndommen, men som kan profitere af denne type (lettere) forløb.

Såfremt der er behov for en mere specialiseret indsats, kan der visiteres hertil. Her vurderes det, at der med fordel kan sondres mellem følgende former for indsatser:

- Psykologhjælp via Sygesikringen
- Hovedfunktionspakkeforløb i den regionale psykiatri
- Målrettede forløb i senfølgecentre
- Højt specialiserede forløb i form af et særskilt pakkeforløb til personer med senfølger.

Det højt specialiserede forløb dækker over et særskilt pakkeforløb, som er målrettet voksne med senfølger efter seksuelle overgreb med behov for psykiatrisk behandling. Et sådant pakkeforløb vurderes at være et relevant supplement til centrene, idet det vil være henvendt til personer med en meget høj grad af nedsat funktionsevne som følge af deres senfølger, og som har brug for psykiatrisk behandling. Pakkeforløbet kan indrettes som terapi med en øvre timeramme. Varigheden af det konkrete forløb vil kunne afhænge af patientens behov og den kliniske vurdering. Det vil i et vist omfang være en omlægning af eksisterende behandling, idet en stor andel af klienterne i psykiatrien i dag har senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Samtidig oplyser CSM'erne, at omkring 65 % af deres brugere har et overlap til psykiatrien.

For så vidt angår centrene vil de kunne varetage behandling af de personer med senfølger, som ikke har behov for et højt specialiseret forløb i psykiatrien. I de følgende afsnit beskrives forskellige modeller for, hvordan centrenes indsats kan forankres – i kommune, region eller som selvejende institutioner.

Det skal bemærkes, at der vil være personer, som falder uden for målgruppen af behandling af senfølger i psykiatri og centre. Det drejer sig om personer, som pga. misbrug, hjemløshed, psykoser eller af andre årsager ikke vurderes parat til at indgå i et terapiforløb om deres senfølger. Disse personer kan modtage et hovedfunktionspakkeforløb for fx depression eller behandling for fx deres misbrug, men disse indsatser vil ikke være fokuseret på behandling af personens senfølger. Denne del af målgruppen kan i stedet opsøge behandling af deres senfølger hos frivillige organisationer. I det videre arbejde med området vil det være centralt at fokusere på, hvordan behandlingstilbuddet til også denne del af målgruppen kan styrkes.

I dag er CSM'erne bevilliget en permanent bevilling på årligt 15,4 mio. kr. på Finansloven I den første model, CSM-modellen, antages et lignende finansieringsgrundlag. I henholdsvis den regionale model og den kommunale model antages det, at midlerne fra CSM'erne følger med ind i den nye organisering.

7.1.2 Scenarie 1: Fastholdelse af CSM'erne som selvejende institutioner

I dette scenarie fastholdes de nuværende centre (CSM'er), men der foretages en videreudvikling på en række punkter. Centrenes grundlag formaliseres ved at indføre en styringsmodel, hvor der fra centralt hold sættes nogle retningslinjer for centrenes virksomhed, eksempelvis via en driftsoverenskomst med centrene. Dermed opnås adgang til at fastsætte krav om fx målgruppe og tilsyn. Hertil indføres, at læger (alment praktiserende og speciallæger) skal henvise til centrene, som herefter visiterer borgerne til relevante indsatser hvilket kan skabe en større lighed i, hvem der opnår kendskab til centrene. Endvidere skal der ske en udvikling af behandlingstilgangen i form af mere specialiserede interventioner, som er målrettet borgere med forskellige funktionsevner.

I boksen til højre ses de centrale valg, der er truffet for denne model. De gevinster, der beskrives i dette afsnit, skal ses som gevinster, der

Centrale valg

- Centrene opretholdes som selvejende institutioner, men reguleret af centralt fastsatte retningslinjer, herunder med krav om tilsyn.
- Henvisning fra læge til visitation i centret
- Central fastsættelse af målgruppe og udvikling af behandlingstilgang.

opnås ved at gennemføre modellen med de valg, der her er truffet. I bilag 8.2 findes en oversigt over alternative valg, der kan træffes for modellen, og som vil ændre fordelene og ulemperne.

Nedenfor ses en oversigt over centrale elementer i forankringen og indsatsen for CSM-modellen.

Figur 7.2 Overblik over CSM-modellen



7.1.2.1 Forventede gevinster (fordele og ulemper)

Der kan identificeres en række fordele og ulemper ved CSM-modellen. I dette afsnit præsenteres faglige, organisatoriske samt brugeroplevede fordele og ulemper.

Faglige gevinster

En central faglig *fordel* ved CSM-modellen er, at behandlingen fastholdes i enhederne, hvilket understøtter, at CSM'ernes ekspertise om målgruppen og metoder opretholdes. Samtidig opretholdes det tætte samarbejde mellem behandlings- og frivilligsektionerne, hvilket fremmer mulighederne for, at de frivillige tilbud kan understøtte behandlingen før, under og efter behandlingen. Endelig kan kravet om henvisning fra egen læge skabe en større lighed i, hvem der kan visiteres til behandling, idet henvisninger via egen læge alt andet lige må forventes at styrke det almene kendskab til tilbuddene og skabe en ensartethed i henvisningerne.

En mulig faglig *ulempe* ved CSM-modellen er, at institutionen forbliver sin egen enhed uden direkte mulighed for at inddrage fx psykiatriske kompetencer i behandlingen og generelt med mere begrænsede muligheder for at sikre videndeling med psykiatrien eller kommunen om tilrettelæggelse af behandlingen. Centrene vil fortsat varetage behandling af en meget kompleks målgruppe uden af være forankret i et system, som er vant til at behandle denne gruppe. Der vil fortsat være to parallelle systemer for behandling i hhv. CSM og psykiatri, og udfordringen om fragmentering af indsatsen løses således i mindre grad ved denne model.

Hertil er der risiko for, at kravet om henvisning fra egen læge afskrækker nogle fra at søge hjælp hos centrene pga. utryghed ved at tale om deres senfølger med egen læge. I forlængelse heraf kan henvisning via egen læge skabe risiko for, at CSM'erne får henvist borgere, som ved centrenes efterfølgende og mere dybdegående visitation viser sig ikke at være en del af målgruppen. Der er således risiko for, at disse borgere bliver tabt, idet de selv vil være ansvarlige for igen at henvende sig til deres egen læge for at afsøge andre behandlingsmuligheder.

Tabel 7.1 Faglige fordele og ulemper

Faglige fordele	Faglige ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • CSM'ernes viden om målgruppen, metoder mv. opretholdes. • Tæt kobling mellem center og frivilligsektioner giver mulighed for en alsidig indsats til borgerne og styrker de frivilliges kompetencer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke mulighed for at inddrage psykiatriske o.a. kompetencer. • Manglende videndeling med psykiatri eller kommune, hvilket kan skabe "monofaglig" behandlingstilgang. • Fortsat fragmenteret behandlingssystem, idet der vil være to parallelle systemer for behandling i henholdsvis

<ul style="list-style-type: none"> • Krav om henvisning fra læge kan skabe lige adgang til behandling. 	<p>CSM og psykiatrien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henvisning via egen læge kan afskrække nogle fra at søge behandling og kan skabe risiko for fejlhenvisninger, hvilket kan forlænge den enkelte borgers forløb. Det bemærkes, at hvis borgere fejlhenvises til centrene (idet centrene ikke vurderer borgeren i målgruppen for deres behandling) vil borgerne blive sendt tilbage til egen læge for at afsøge andre behandlingsmuligheder.
--	--

Organisatoriske gevinster

En organisatorisk *fordel* ved at fastholde CSM'erne er, at der ikke vil være et ressource- og videntab som følge af en omorganisering, og at den nuværende tætte kobling mellem behandlings- og frivilligsektionen opretholdes. Samtidig vil styringsstrukturen skabe mulighed for at opretholde centrene som selvejende institutioner, samtidig med at det fra centralt hold er muligt at skabe en større ensretning på tværs af centrene gennem målgruppekriterier, krav om tilsyn mv. Dette vil skabe større lighed på nationalt plan i, hvem der har adgang til behandlingen.

Herimod vil det være en organisatorisk *ulempe*, at behandlingen fortsat forankres uden om det kommunale og regionale system, hvilket hæmmer muligheden for samarbejde mellem enhederne om et helhedsorienteret forløb til borgeren. Hertil kommer, at der med de nuværende tre centre fortsat vil være en ulige geografisk dækning, medmindre der oprettes flere centre eller satellitter. Endelig vil centrene fortsat have en relativt ufleksibel finansieringsform, hvor de i begrænset omfang kan prioritere midler på tværs (grundet at de har én primær aktivitet). Øget efterspørgsel efter behandling vil derfor alt andet lige medføre behov for at hente finansiering fra statslige eller kommunale samarbejdspartnere. Omvendt vil centrene i mindre grad være underlagt et effektiviseringspres, som kan forekomme i kommuner og regioner.

Tabel 7.2 Organisatoriske fordele og ulemper

Organisatoriske fordele	Organisatoriske ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Den nuværende struktur opretholdes, og der er derfor ikke ressource- og videntab som følge af omorganisering. • Centralt fastsatte retningslinjer giver mulighed for at sætte fælles krav til fx definition af målgruppen, krav om tilsyn mv. 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingen er ikke en del af den almene psykiatri på trods af, at målgruppen er kendetegnet ved at være kompleks og med et stort overlap til psykiatrien. • Behandlingen er ikke en del af det kommunale område, på trods af at en stor del af målgruppen har et forløb i kommunen. • Udfordring i forhold til at arbejde helhedsorienteret med borgerens udfordringer. • Ulige geografisk dækning. Relativt ufleksibel finansieringsform, idet centrene i begrænset omfang kan prioritere midler på tværs af området (grundet de udfører én primær aktivitet).

Brugeroplevede gevinster

Set fra et brugerperspektiv vil det være en *fordel*, at behandlingen forankres "uden for systemet", idet brugere kan være tilbageholdende med at søge hjælp fra kommune og/eller region som følge af fx tidligere dårlige erfaringer eller bekymring over deres anonymitet. Hertil vil det være en brugeroplevet fordel, at brugere kan få lange behandlingsforløb, som kan være vanskelig at opretholde i kommunal/regionalt regi grundet muligt effektiviseringspres.

Omvendt vil det være en brugeroplevet *ulempe*, at der er mere begrænsede muligheder for koordination af borgernes forløb, idet centrene står uden for region/kommune og dermed selv aktivt skal opsøge et samarbejde. Derudover er det en ulempe, at der fortsat vil være ventetid på behandlingen i CSM'erne. Endelig er det ulempe, at behandlingen ikke tilrettelægges i et sundhedsfagligt system, hvilket kan betyde, at relevant viden om evidensbaserede tilgange og metoder ikke finder vej fra psykiatri til centrene. Dette vil kunne have en negativ betydning på kvaliteten af centrenes behandling.

Tabel 7.3 Brugeroplevede fordele og ulemper

Brugeroplevede fordele	Brugeroplevede ulemper
<ul style="list-style-type: none">• Behandlingen forankres ”uden for systemet”, hvilket i sig selv kan have en betydning for klienternes ønske om at komme i behandling.• Mulighed for lange behandlingsforløb (ikke samme effektiviseringspres som i kommune/region).	<ul style="list-style-type: none">• Brugere kan opleve en manglende koordination mellem psykiatri/kommune og CSM i behandlingen.• Fortsat risiko for lang ventetid på behandling.• Behandlingen tilrettelægges ikke i et sundhedsfagligt system, hvilket kan betyde at viden om evidensbaserede tilgange og metoder ikke finder vej fra psykiatri til centrene, hvilket kan hæmme kvaliteten af behandlingen.

7.1.2.2 Adressering af centrale udfordringer

Indledningsvist blev en række centrale udfordringer ved den nuværende behandling af voksne med senfølger præsenteret, herunder lange ventelister, fragmentering og tilfældighed i behandlingen, manglende helhedsorientering, geografisk skævhed samt mangel på fagligt tilsyn.

Da CSM-modellen ikke kræver afgørende forandringer fra status quo, er det også den model, der i lavest grad adresserer udfordringerne. Ventelister vil fortsat være en udfordring i den nye CSM-model. Disse vil dog kunne afhjælpes, hvis der tilføres ressourcer målrettet nedbringelse af ventetiden. Hertil vil tilfældighed i behandlingen vil blive adresseret, idet læger henviser til indsatsen i CSM’erne, og dermed giver flere borgere kendskab til CSM’erne og mulighed for behandling. Der vil dog fortsat være risiko for fragmentering i behandling og manglende helhedsorientering idet behandlingen tilrettelægges uden for det kommunale og regionale system, hvilket kan besværliggøre samarbejdet på tværs. CSM-modellen arbejder med antagelse om, at der ikke etableres nye centre, og derfor vil den geografiske skævhed i behandling således ikke blive adresseret af CSM-modellen. Dog vil der i CSM-modellen blive indført et fagligt tilsyn, og udfordringen med mangel på tilsyn bliver således adresseret i modellen. En samlet oversigt og sammenligning af de tre modeller fremgår i afsnit 1.4.4 Scenariernes adressering af centrale udfordringer.

7.1.2.3 Centrale forudsætninger

I det følgende uddybes de centrale forudsætninger for CSM-modellen. Forudsætningerne er valgt ud fra en forudsætning om at skabe en CSM-model, hvor centrenes forankring og indsats professionaliseres yderligere. Hvert element vil kunne ændres, men dette vil udløse andre fordele og ulemper. Af bilag 8.2 fremgår et overblik over, hvordan elementerne vil kunne ændres, og hvilke konsekvenser dette vil have.

Ejerskab

Centrene opretholdes som selvejende institutioner, men reguleres af centralt fastsatte retningslinjer. Disse retningslinjer kan fx udmøntes via en driftsoverenskomst med staten. En driftsoverenskomst er et aftaleretligt dokument mellem stat og den selvejende institution. Heri fastsættes overordnede indholdsmæssige og økonomiske rammer for institutionens drift og indsats.

Faktaboks 1 Socialtilsynet

Lov om socialtilsyn trådte i kraft 1. januar 2014. Med denne lov blev der etableret fem socialtilsyn, der har til opgave at godkende og føre et løbende driftsorienteret tilsyn med alle plejefamilier og tilbud på det sociale område i Danmark.

Socialtilsynet har det overordnede formål at understøtte et kvalitetsløft i såvel offentlige som private tilbud, der efter lov om social service leverer indsatser til udsatte og handicappede borgere.

Socialtilsynet fører eksempelvis tilsyn med botilbud efter §§ 107 og 108 i SEL, stofmisbrugsbehandling efter SEL § 101 og alkoholbehandlingssteder efter sundhedslovens § 141.

I denne model vil staten fortsat have et myndighedsansvar og forsyningspligt, men vil via driftsoverenskomsten kunne uddelegere denne opgave til de selvejende institutioner og samtidig sikre den fornødne kvalitet og produktivitet i institutionens opgaveløsning via de fastsatte rammer i driftsoverenskomsten. Denne konstruktion ses både på social- og sundhedsområdet. På socialområdet indgår staten driftsoverenskomster med selvejende dagtilbud og sociale tilbud, såsom Koføeds Skole. Hertil kan nævnes, at CSM Syd i dag har driftsoverenskomst med Odense kommune. På sundhedsområdet indgår regionerne driftsoverenskomster med fx hospicer.

Der vil skulle tages konkret stilling til, om det vil være Børne- og Socialministeriet eller Sundheds- og Ældreministeriet, som vil have myndighedsansvaret og dermed være aftalepart med centrene.

Tilsyn

Staten vil være overordnet myndighedsansvarlig for behandlingsindsatsen og vil derfor have ansvar for behandlingens kvalitet. Centrene vil være underlagt et statsligt eller kommunalt tilsyn. Tilsynet vil kunne føres af Socialtilsynet, som er kommunalt forankret og fører tilsyn med sociale tilbud i regi af serviceloven og sundhedsloven. Såfremt opgaven falder under Sundheds- og Ældreministeriets område, vil tilsynet kunne varetages af Styrelsen for Patientsikkerhed, som fører tilsyn med behandlingssteder og sundhedspersoner^{xiv}. Hertil bemærkes, at centrene under alle omstændigheder vil være underlagt tilsyn via Psykolognævnet, som generelt fører tilsyn med autoriserede psykologers virke. Psykolognævnet kan optage sager til behandling som følge af konkrete henvendelser eller efter egen drift. Således fører Psykolognævnet et relativt reaktivt tilsyn og ikke et systematisk årligt tilsyn.

Governance

CSM'erne opretholdes som selvejende institutioner, der drives af en bestyrelse og ledelse. Som en del af de centralt fastsatte retningslinjer kan der indføres krav til bestyrelsens sammensætning, herunder krav om at der skal være en repræsentant fra kommune og region i bestyrelsen. Dette vil kunne styrke sammenhængskraften på tværs af center, kommune og region.

Finansiering

Centrene finansieres af staten via midler afsat på de årlige finanslove.

Visitation

Visitationen centraliseres og systematiseres. Således indebærer modellen, at visitationen til centrene sker ved, at læger (praktiserende læger, læger på somatiske og psykiatriske skadestuer, speciallæger, psykiatere osv.) henviser. Disse læger vurderer, om personen skal henvises til behandling i CSM, psykologhjælp via sygesikringsordningen eller den regionale psykiatri, jf. figuren ovenfor, hvorefter selve visitationen til behandling sker i de enkelte CSM'er.

Faktaboks 2 Styrelsen for Patientsikkerhed

Styrelsen for Patientsikkerhed fører, jf. sundhedsloven, tilsyn med faglig virksomhed, der udøves af autoriserede sundhedspersoner og sundhedspersoner, der handler på disses ansvar. Hertil fører styrelsen tilsyn med andre personer end sundhedspersoner, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

Styrelsen for Patientsikkerhed fører to forskellige former for sundhedsfagligt tilsyn med behandlingssteder: planlagte og reaktive. De gennemføres på basis af sundhedslovens § 213.

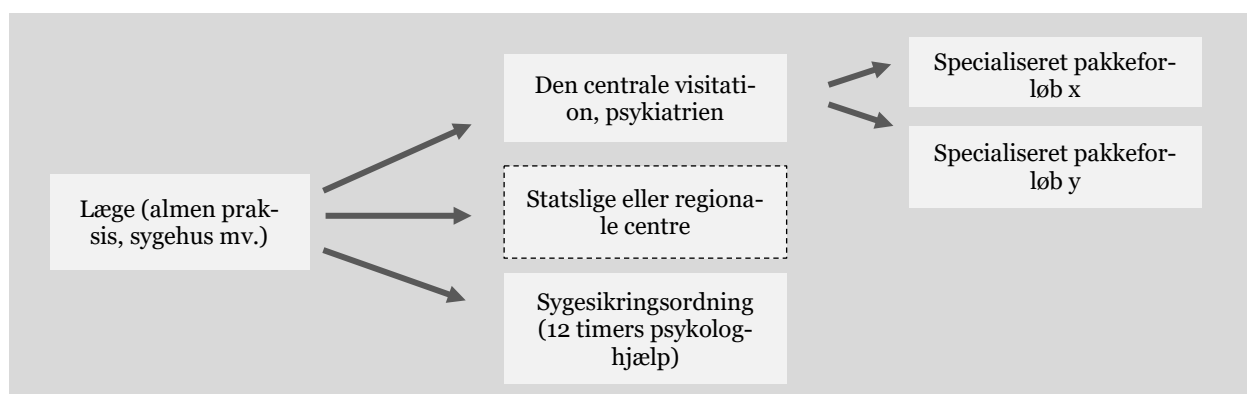
Det planlagte tilsyn: Styrelsen vil hvert år føre tilsyn på baggrund af en vurdering af, hvor de største risici for patienterne kan være. Der vælges årligt temaer for de planlagte tilsyn, og behandlingsstederne udvælges ud fra en stikprøve.

Det reaktive tilsyn: Hvis Styrelsen for Patientsikkerhed får direkte kendskab til omstændigheder, der udgør en fare eller begrundet mulig fare for patientsikkerheden, skal styrelsen reagere ved at undersøge forholdene og træffe de nødvendige foranstaltninger for at sikre patientsikkerheden.

Faktaboks 3 Psykologhjælp via sygesikringsordningen

Borgere kan i dag få tilskud til 11 timers psykologbehandling, hvis de har fået henvisning fra deres læge. Tilskuddet udgør 60 % af psykologens honorar.

Figur 7.3 Illustration af visitationsmodel



Således vil borgerne ikke kunne henvende sig til centrene uden henvisning fra læge. Hensigten hermed er at skabe en større lighed i behandling, idet lægerne med denne nye opgave vil få et bredere kendskab til behandlingstilbuddene på området, og der vil skabes en større lighed i, hvornår en person henvises til fx psykologordning, psykiatri og CSM'erne.

Målgruppe

Målgruppen er voksne med senfølger efter seksuelle overgreb både med og uden psykiatriske diagnoser. Det vil være væsentligt, at der etableres centralt fastsatte kriterier for, hvornår en person er i målgruppen for henholdsvis psykiatri og CSM'erne. I den forbindelse vil det skulle vurderes, om personer med bl.a. følgende kendetegn vil være inden for målgruppen: 1) misbrug, 2) psykiatrisk diagnose, herunder psykose, 3) utilstrækkelig evne til at reflektere/indgå i et terapeutisk forløb, 4) aktuell hjemløshed mv.

Indsats

Indsatsen bygges op som specialiserede interventioner, der er målrettet forskellige funktionsniveauer hos delmålgrupperne. Dvs. der udvikles og arbejdes med behandlingsforløb, som er målrettet forskellige delmålgrupper. I udviklingen af disse forløb kan følgende bl.a. overvejes:

- Opdeling af målgruppen i delmålgrupper, herunder fx en ungegruppe, mandegruppe mv.
- Faseopdeling af indsatser. I dag starter alle personer i det samme behandlingsspor, og variationen består primært i, hvor langt forløbet er. Det kan overvejes, om behandlingen meningsfuldt kan designes som en trappemodel, hvor der ved afslutning af hvert trin foretages en vurdering af, hvorvidt behandlingen skal fortsætte eller stoppe.
- Virksomme terapiformer. En række interessenter har problematiseret centrenes tilgang, herunder brug af mentaliseringsbaseret terapitilgang ud fra et argument om, at der ikke er tilstrækkelig evidens for, at den er virksom for målgruppen. Der kan med fordel afsøges andre virksomme tilgange.

Det foreslås, at der nedsættes en ekspertgruppe bestående af praktikere fra regioner og centre samt relevante forskere, som kan komme med anbefalinger til differentiering af behandlingen af personer med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen.

Samarbejde

CSM'erne vil kunne samarbejde med kommuner og regioner i deres arbejde med den enkelte bruger. Modellen indebærer ikke et krav til kommuner og regioner om, at de skal samarbejde med CSM'erne.

Kommuner og regioner kan dog – via fx de årlige økonomi-aftaler – opfordres til at søge samarbejde med CSM'erne. Et sådant samarbejde kan etableres ved at udarbejde et forløbsprogram for samarbejdet mellem CSM, kommuner og regioner om personer med senfølger efter seksuelle overgreb. Således vil disse parter kunne gå sammen og udarbejde en model for, hvordan de samarbejder om indsatsen til personer i denne målgruppe. Modellen vil kunne baseres på en fælles forståelse af følgende parametre:

- Hvad er formålet med samarbejde?
- Hvem er målgruppen?
- Hvilke indsatser?
- Hvordan organiseres indsatsen og samarbejdet?
- Hvordan implementeres samarbejdet?
- Hvordan følges der op på samarbejdet?

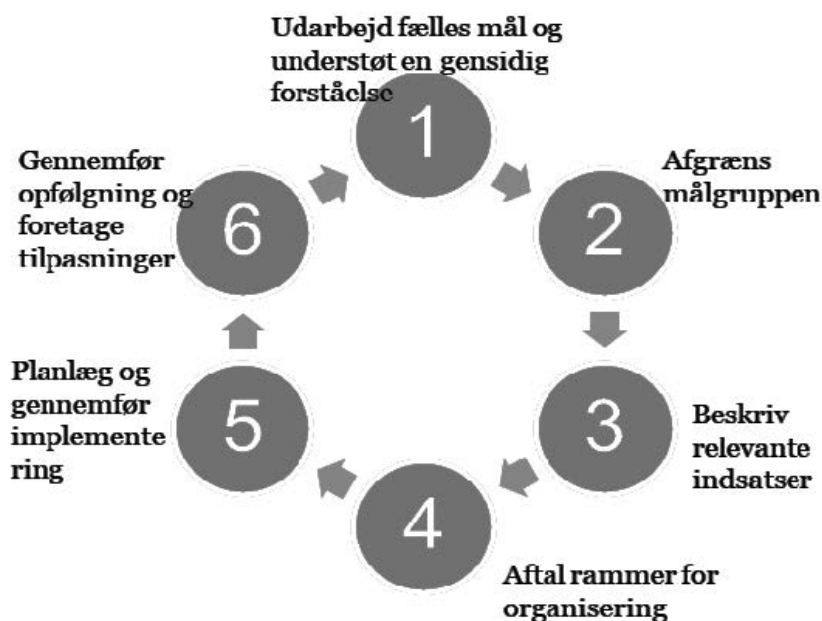
Eksempelvis kunne CSM, kommune og region gå sammen på regionsniveau og aftale sådanne principper for samarbejdet om borgeren.

Faktaboks 4 Forløbsprogrammodel

Forløbsprogrammer er et organisatorisk redskab til at understøtte kvalitet og sammenhæng i indsatsen for en specifik målgruppe af mennesker med psykiske lidelser¹. Et forløbsprogram beskriver, hvordan region, praksis-sektor og kommuner har aftalt at samarbejde og koordinere indsatsen for en målgruppe. Et forløbsprogram beskriver ikke et specifikt forløb for den enkelte borger. Et forløbsprogram er derimod et redskab, som kan hjælpe ledere og medarbejderne til at få etableret et godt samarbejde og sikre koordination af de forskellige indsatser og den behandling, som en målgruppe modtager i forskellige sektorer.

Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen og Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering har i samarbejde udviklet et generisk forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser.

Figur 7.4 Illustration af elementerne i et forløbsprogram



Kilde: Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen

7.1.2.4 Mulig håndtering af ulemper ved modellen

Den foreslåede model har en række ulemper, jf. ovenstående beskrivelse. De centrale ulemper er:

- Krav om henvisning fra praktiserende læge kan afskrække nogle brugere fra at opsøge hjælp
- Centrene fastholdes som dekoblet fra den regionale psykiatri, hvilket kan betyde, at relevant viden om evidensbaserede tilgange og metoder ikke finder vej fra psykiatri til centrene. Dette vil kunne have en negativ betydning på kvaliteten af centrene behandling.
- Centrene fastholdes som dekoblet fra den kommunale indsats, hvilket kan hæmme samarbejdet på tværs.
- Der vil fortsat være lange ventetider og en ulige geografisk dækning.

Nogle af disse ulemper vil kunne håndteres ved at justere modellen. For så vidt angår henvisninger til centrene kan centrene frivilligt tilbyde, herunder chatrådgivning og "åben stue" anvendes til at forberede personer til at tage kontakt via lægen.

Hertil kan det overvejes, om der skal indføres krav til kommuner og regioner om samarbejde med centrene for at mindske fragmentering i behandlingen og sikre en mere helhedsorienteret tilgang til borgerne. I den forbindelse kan det overvejes at pålægge kommuner at medfinansiere centrene for den måde at skabe et øget incitament til at samarbejde med centrene. Endelig kan der skabes et forum for systematisk videndeling mellem fx psykiatri og centre om evidensbaserede metoder.

For så vidt angår kapacitetsudfordringerne vil der kunne indføres brugerbetaling, som tilsvarende den nuværende brugerbetaling af psykologhjælp via sygesikringen. Behandling hos centrene vil typisk have en længere varighed end 12 timer, og derfor kan brugerbetalingen indrettes med et loft, så borgerens samlede egenudgift ikke overstiger udgiften til 12 timers psykologhjælp. Dette vil kunne skabe de samme regler for egenbetaling for psykologhjælp og behandling på centrene og dermed ens incitamentsstruktur ved valg af behandlingsform. Samtidig vil medfinansiering fra brugerne øge centrene budget og dermed behandlingskapacitet. Ulempen herved er dog, at brugerbetalingen kan afskære ressourcetsvage fra at søge behandling og dermed skabe større ulighed i behandlingen. Endelig kan der oprettes flere centre eller satellitter til de eksisterende centre med henblik på at få en bedre geografisk dækning.

7.1.3 Scenarie 2: Regional centermodel

Dette scenarie indebærer, at de nuværende CSM-centre lægges ind under regionerne, og der etableres centre i alle regioner. Det vil betyde, at driftsansvaret samt ledelse og styring af det enkelte center bliver placeret hos den pågældende region. Visitation til behandling vil ske centralt efter henvisning fra egen læge og blive systematiseret i regionens centrale psykiatriske visitationsenhed. Målgruppen for behandling er voksne med senfølger med og uden psykiatrisk diagnose. Det antages, at de nuværende midler til CSM'erne følger med ind i den regionale organisering af centrene.

Denne model skal ses i lyset af, at størstedelen af brugerne hos CSM'erne har betydelige og sammensatte psykiske lidelser. Dette ses også afspejlet i, at 16% af brugerne af CSM'erne har fået en psykiatrisk diagnose via udredning hos psykiatrien i perioden fem år før behandlingen og omkring to ud af tre (63,4%) brugte ordineret psykofarmaka i årene før behandlingsstart, jf. delanalyse 2.

Centrale valg

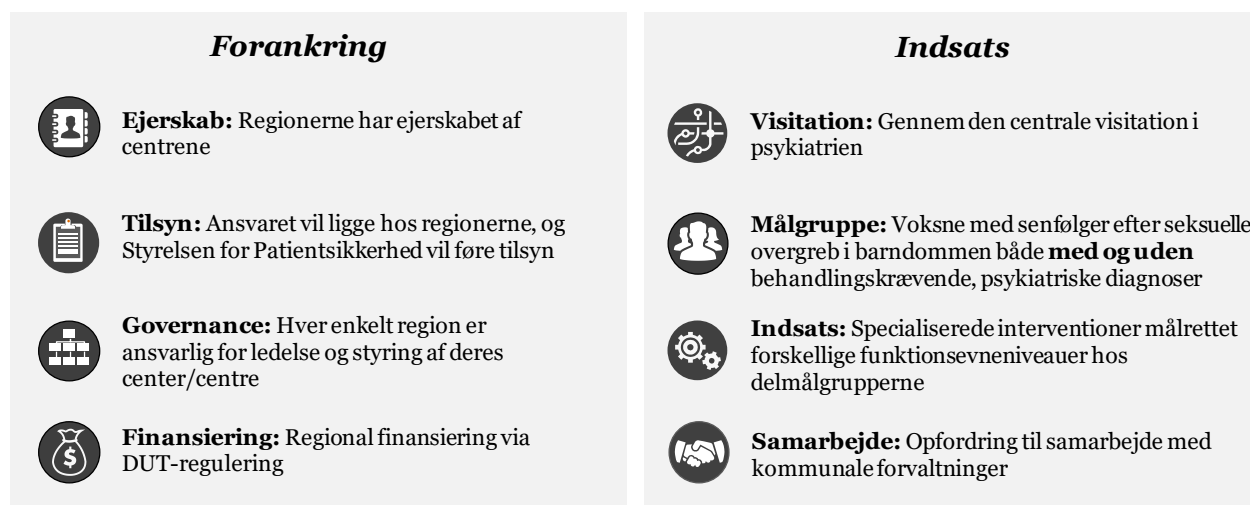
- Driftsansvar hos regionerne
- Centraliseret visitation i regionen efter henvisning fra egen læge
- Behandling af patienter både med og uden behandlingskrævende diagnose
- Hver region skal oprette mindst ét center
- Centrene bliver underlagt de aktuelle udrednings- og behandlingsgarantier i psykiatrien.

I boksen til højre ses de centrale valg, der er truffet for denne model.

De gevinster, der beskrives i dette afsnit, skal ses som gevinster, der opnås ved at gennemføre modellen med de valg, der her er truffet. I bilagets afsnit 8.2 findes en oversigt over alternative valg, der kan træffes for modellen, og som vil ændre fordelene og ulemperne.

Nedenfor ses en oversigt over centrale elementer i forankringen og indsatsen for den regionale centermodel.

Figur 7.5 Overblik over regional centermodel



7.1.3.1 Forventede gevinster (fordele og ulemper)

Der kan identificeres en række fordele og ulemper ved den regionale centermodel. I dette afsnit præsenteres fordele og ulemper inddelt i faglige, organisatoriske og brugeroplevede fordele og ulemper.

Faglige gevinster

En central faglig fordel ved at implementere den regionale centermodel er, at regionerne får ansvar for den samlede indsatsvifte til målgruppen (psykologordning, centrene og psykiatri mv.) og dermed kan regionen foretage en samlet og helhedsorienteret vurdering af, hvilket tilbud der vil være bedst for borgeren og lave en samlet koordination af tilbuddene. Derudover skal borgerne henvises til behandling via egen læge, hvilket minimerer tilfældighed og fragmentering i behandlingen. Den centraliserede visitation i regionernes psykiatri medvirker desuden til at sikre, at borgeren visiteres til det tilbud, der er mest profitabelt

for den pågældende borger. Hertil vil der være god mulighed for faglig udvikling, herunder særligt hvis centrene placeres som del af hospitalsafdelinger eller psykiatriske afdelinger i regionerne. Det giver medarbejdere mulighed for at blive en del af et bredere fagligt miljø på tværs af somatik, psykiatrisk behandling og centrene. En tredje faglig gevinst er, at oprettelse af regionale centre for senfølger vil skabe en opmærksomhed på området, der kan lede til mere viden og forskning på området.

En mulig *ulempe* ved at implementere den regionale centermodel er, at en del af den specialistviden, der er opbygget i CSM'erne om målgruppen kan gå tabt som følge af opsigelser. Erfaringsmæssigt har organisatoriske ændringer af arbejdspladser betydning for medarbejderomsætningen. Ulempen kan reduceres ved at forsøge at fastholde CSM'ernes nuværende personale i de regionale centre, men en ny organisering og ny øverste ledelse vil sandsynligvis indebære et videntab. Hertil kan modellen have som ulempe, at de frivillige indsatser svækkes over tid. Modellen indebærer, at de frivillige enheder opretholdes som en del af de regionale centre, og der er ingen umiddelbare hindringer i at fortsætte med de frivillige enheder på den måde. Det vil dog være en relativt unik konstruktion på det regionale område, og eftersom det kræver en betydelig kulturel og organisatorisk forandringsproces, er der risiko for, at frivilligsektionerne bliver mindsket over tid, hvis der ikke tilføres den nødvendige bevågenhed og finansiering.

Tablet 7.4 Faglige fordele og ulemper

Faglige fordele	Faglige ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Regionen har ansvaret for hele viften af indsatser og kan visitere til det tilbud, der vurderes mest profitabelt for borgeren. Dette sikrer desuden en helhedsorienteret tilgang til borgeren • Henvisning til behandling fra egen læge og centraliseret visitation i psykiatrien mindsker tilfældighed og fragmentering i behandlingstilbud • Mulighed for faglig sparring og kvalitetsudvikling, idet specialiseret viden samles i regionen. • Opmærksomhed på senfølgeområdet kan lede til yderligere forskning og viden på området. 	<ul style="list-style-type: none"> • Specialistviden fra CSM'erne risikerer at gå tabt • Risiko for, at de frivillige sektioner mindskes over tid.

Organisatoriske gevinster

En organisatorisk *fordel* ved at etablere regionale senfølgecentre er, at centrene kommer ind under eksisterende funktioner i regionerne. Dette vil skabe bedre muligheder for at udnytte ressourcer på tværs. En anden gevinst er, at specialistviden på senfølgeområdet samles ét sted, og regionerne vil dermed være det primære sted at henvende sig for professionel behandling af senfølger. En sidste fordel er, at centrene bliver underlagt et fagligt tilsyn, som det i øvrigt er gældende for regionerne.

En organisatorisk *ulempe* er, at der vil skulle anvendes ressourcer på at etablere centre i de to regioner, som ikke har et center i dag.

Tablet 7.5 Organisatoriske fordele og ulemper

Organisatoriske fordele	Organisatoriske ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • De regionale senfølgecentre bliver lagt under enten hospitaler eller psykiatri, hvilket kan skabe stor-driftsfordele i form af allokering af ressourcer, metoder og viden på tværs af centre og psykiatri mv. • Der føres fagligt tilsyn med centrenes aktiviteter 	<ul style="list-style-type: none"> • Udgifter til etablering af nye centre. Det antages, at den nuværende finansiering af CMS'erne følger med over til regionerne, og der forventes således alene udgifter til finansiering af nye centre.

Brugeroplevede gevinster

Brugerne vil opleve en række *fordele* ved etablering af en regional centermodel. For det første kan brugerne opleve lettere adgang til behandling, da borgeren via henvisning fra egen læge og den efterfølgende visitation i den psykiatriske visitationsenhed vil blive visiteret til det rette tilbud. Denne visitationsproces mindsker desuden den tilfældighed og fragmentering, der på nuværende tidspunkt er en udfordring. Derudover vil det være en brugeroplevet fordel, at der i højere grad vil være en helhedsorientering af indsatsen, fordi hele indsatsen lægges i regionalt regi. Borgeren risikerer således ikke at falde mellem to stole, som det kunne risikeres ved fx en afvisning i CSM'erne i CSM-scenariet. Derudover vil brugerne opleve kortere ventetid, hvis centrene underlægges de gældende udrednings- og behandlingsgarantier for psykiatrien. Behandlingen vil forventeligt også komme tættere på borgeren, da hver region skal have et tilbud til målgruppen. Borgere i Region Nordjylland, der på nuværende tidspunkt har langt til et CSM, vil således især opleve denne gevinst.

En *ulempe*, brugerne kan opleve ved den regionale centermodel, er, at man som bruger bliver en del af det psykiatriske system. Dette kan af nogle borgere opleves som stigmatiserende og kan afskrække nogle brugere fra at søge behandling.

Derudover kan brugerne ikke henvende sig direkte ved centrene, som de kan ved de nuværende CSM'er. Brugerne skal henvises fra en læge for at kunne komme i behandling, hvilket kan gøre den første kontakt svær. Dertil kan der være risiko for, at behandlingsforløbene kortes ned grundet effektiviseringspres, og at de frivillige tilbud mindskes over tid, idet regionerne ikke i tilstrækkelig grad prioriterer at anvende de frivillige tilbud som understøttende for behandlingen.

Tabel 7.6 Brugeroplevede fordele og ulemper

Brugeroplevede fordele	Brugeroplevede ulemper
<ul style="list-style-type: none">• Lettere adgang til behandling.• Større grad af helhedsorientering i behandlingen og mere sammenhængende indsats for borgerne.• Mere lighed og mindre fragmentering, fordi henvisning sker gennem læge til en centraliseret visitationsenhed i den regionale psykiatri.• Minimering af ventetid.• Tilbud geografisk tættere på borgeren.	<ul style="list-style-type: none">• Brugere bliver en del af det psykiatriske system, hvilket kan afskrække nogle fra at søge hjælp hos centrene.• Henvisning gennem egen læge kan afskrække nogle fra at søge hjælp.• Risiko for mindre sammenhæng i indsatsen i forhold til den frivillige indsats.• Risiko for, at behandlingsforløbene forkortes grundet effektiviseringspres.

7.1.3.2 Adressering af centrale udfordringer

Indledningsvist blev en række centrale udfordringer ved den nuværende behandling af voksne med senfølger præsenteret, herunder lange ventelister, fragmentering og tilfældighed i behandlingen, manglende helhedsorientering, geografisk skævhed samt mangel på fagligt tilsyn.

Den regionale model adresserer i høj grad disse udfordringer. Såfremt området underlægges udrednings- og behandlingsgaranti, vil ventelisterne blive reduceret. Fragmentering og tilfældighed i behandlingen vil blive adresseret, idet lægerne henviser til det regionale tilbud, hvorfra den centrale visitation i psykiatrien fordeler patienterne til de mest egnede tilbud. Dette sikrer en større lighed i behandling og reducerer tilfældigheden. Derudover skabes en større helhedsorientering, idet regionerne får ansvaret for den samlede indsatsvifte til målgruppen (psykologordning, centrene og psykiatri mv.) og dermed kan regionen foretage en samlet og helhedsorienteret vurdering af, hvilket tilbud der vil være bedst for borgeren og lave en samlet koordination af tilbuddene. Den geografiske skævhed vil desuden blive reduceret, fordi alle fem regioner skal kunne tilbyde behandling for senfølger. Endelig er behandlingen i regionerne underlagt et fagligt tilsyn gennem Styrelsen for Patientsikkerhed, som det kendes fra anden sundhedsfaglig behandling.

En samlet oversigt og sammenligning af de tre modeller fremgår i afsnit 1.4.4 Scenariernes adressering af centrale udfordringer.

7.1.3.3 Centrale forudsætninger

Nedenfor uddybes de centrale forudsætninger for den regionale centermodel, der blev præsenteret i den indledende figur. I bilagets afsnit 8.2.2.1 om Forandringer ses en nærmere gennemgang af de forandringer, som modellen indebærer.

Ejerskab og governance

Med denne model får regionerne driftsansvaret og ejerskabet over centrene. Opgaven vil kunne rykkes til regionerne via en økonomiaftale, hvor der aftales retningslinjer for, hvordan kommunerne skal løfte indsatsen og tilføres konkret finansiering hertil.

Der vil ikke nødvendigvis være behov for at regulere regionernes indsats på senfølgeområdet via lovgivning. I stedet kan opgaven reguleres og koordineres via følgende modeller:

- 1) **Opgaven koordineres via specialeplanen:** Sundhedsstyrelsen har i henhold til sundhedsloven til opgave at fastsætte specialfunktioner i sygehusvæsenet og deres placeringer på sygehuse – dvs. hvilke sygehuse der må varetage de specifikke specialfunktioner. Dette sker gennem Sundhedsstyrelsens udmeldte specialeplan. Målet hermed er blandt andet at sikre ensartet behandling af høj kvalitet i hele landet.

Konkret vil Sundhedsstyrelsen kunne foretage en vurdering af, hvorvidt behandlingen af personer med senfølger efter seksuelle overgreb er en specialefunktion, som bør koordineres via specialeplanen. Den beslutning tages bl.a. på baggrund af en samlet vurdering af funktionens kompleksitet, sjældenhed og ressourceforbrug.

Såfremt Sundhedsstyrelsen vurderer, at behandlingen bør koordineres via specialeplanen, foretages herefter en vurdering af, hvilke konkrete specialfunktioner, der er brug for. Dernæst igangsættes en bred ansøgningsproces, hvor landets regioner mv. kan ansøge om at varetage specialfunktionerne. De tre centre vil kunne ansøge som del af denne udbudsrunde.

Denne model vil tilsvare Center for Voldtægtsofre, som er en del af specialeplanen. Denne funktion er således en regionsfunktion i specialet gynækologi og godkendt på syv hospitaler i landet.

- 2) **Regionerne koordinerer selv opgaven:** Såfremt Sundhedsstyrelsen vurderer, at funktionen falder uden for specialeplanen, kan regionerne selv organisere indsatsen, herunder beslutte hvordan indsatsen skal forankres. Dette vil kunne tilsvare overdragelsen af Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri til Region Hovedstaden i 2008. Det vil i forlængelse af en økonomiaftale kunne aftales, at regionerne skal oprette et center i hver region, således at den geografiske dækning styrkes.

Det lægevidenskabelige selskab 'Dansk Psykiatrisk Selskab' vil kunne bidrage til den faglige vurdering af, hvorvidt funktionen falder ind under specialeplanlægningen, eller om opgaven skal koordineres internt af regionerne, herunder hvordan dette i så fald vil kunne gøres.

Tilsyn

Ansvar for patientsikkerheden vil ligge hos regionerne, og Styrelsen for Patientsikkerhed vil kunne føre et risikobaseret tilsyn med centrene. Tilsynet vil tilsvare det tilsyn, som Styrelsen for Patientsikkerhed generelt foretager på det regionale område, jf. ovenstående faktaboks 2.

Faktaboks 5 Kompetencecenter for transkulturel Psykiatri (CTP)

CTP er en højt specialiseret funktion i Region Hovedstadens Psykiatri beliggende på Psykiatrisk Center Ballerup. CTP behandler og forsker i traumeramte flygtninge samt andre personer med anden etnisk baggrund og psykisk sygdom. Centeret dækker:

- 1) diagnostik og vurdering af særligt komplicerede transkulturelle psykiatriske patienter, herunder særligt kompliceret psykiatrisk sygdom hos etniske minoriteter, samt
- 2) diagnostik og behandling af særligt komplicerede traumatiserede flygtninge.

CTP blev lagt ind under Region Hovedstaden i 2008. Centeret var tidligere et privat tilbud.

Faktaboks 6 Den centrale visitation i psykiatrien

Hver region har en central visitation i psykiatrien, som henviser til forskellige behandlingsforløb i psykiatrien. Konkret foregår visitationen ved, at den centrale visitation modtager en henvisning fra læge (fx almen praksis). Herefter foretager enheden en vurdering af, hvilket tilbud personen kan henvises til. Denne visitation foretages som udgangspunkt ud fra den skriftlige henvisning, som enheden modtager fra lægen og med indhentelse af eventuelt yderligere materiale fra læge. I Region Hovedstaden kan den centrale enhed derudover kalde personen ind til en visiterende samtale med sygeplejerske eller læge, hvis de har brug for yderligere information.

Finansiering

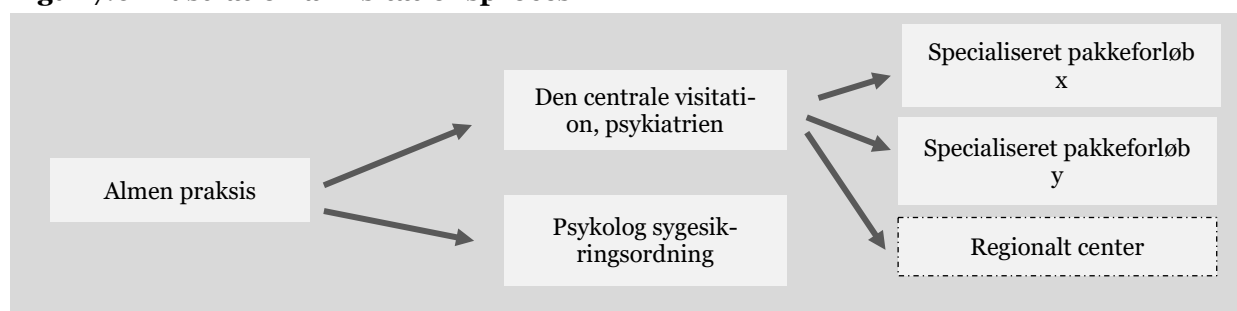
Centrene vil skulle finansieres af regionerne via det regionale bloktilskud. Midlerne kan tilføres regionerne via DUT-regulering i forbindelse med økonomaftalen. Desuden allokeres de nuværende midler til CSM'erne til de regionale centre.

Visitation

Visitationen centraliseres og systematiseres. Der lægges op til, at visitationen sker efter henvisning fra egen læge via den centrale visitation i psykiatrien. Dette skal ses i lyset af, at målgruppeanalysen viser, jf. kapitel 4, at størstedelen af brugerne hos CSM'erne har moderate (39 %) eller høje symptomer (31,4 %) på psykiatriske lidelser. Det vurderes derfor hensigtsmæssigt, at der foretages en central og ensartet koordination af, hvilket tilbud som vil være bedst for borgeren.

Modellen indebærer, at læger (praktiserende læger, læger på somatiske og psykiatriske skadestuer, speciallæger, psykiatere osv.) henviser borgere til en central visitationsenhed i regionen, som derefter vurderer, hvilket tilbud, der vil være bedst til den pågældende borger.

Figur 7.6 Illustration af visitationsproces



Hensigten med denne visitationsproces er at skabe en større lighed og ensartethed i, hvornår og hvordan en person henvises til psykiatri, regionale centre og psykologordning.

Målgruppe

Målgruppen er voksne med senfølger efter seksuelle overgreb både med og uden psykiatriske diagnoser. Det vil være væsentligt, at der etableres centralt fastsatte kriterier for, hvornår en person er i målgruppen for henholdsvis psykiatri og center. I den forbindelse vil det skulle vurderes, om personer med bl.a. følgende kendetegn vil være inden for målgruppen for behandling hos centrene: 1) misbrug, 2) aktiv psykose, 3) utilstrækkelig evne til at reflektere/indgå i et terapeutisk forløb, 4) aktuell hjemløshed mv.

Indsats

Det foreslås, at centrenes nuværende behandling videreudvikles. Konkret foreslås det, at behandlingen i højere grad bygges op som specialiserede interventioner, der er målrettet forskellige funktionsniveauer blandt målgruppen. Der kan med fordel nedsættes en ekspertgruppe bestående af praktikere fra regioner og centre samt relevante forskere, som kan komme med konkrete anbefalinger til, hvordan behandlingen af personer med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen bedst opbygges.

Modellen indebærer, at centrenes frivilligsektion opretholdes i deres nuværende form. Således vil centrene fortsat skulle have frivillige, der tilbyder fx åben stue, rådgivning i gruppe og individuelt, chatfunktion og socialrådgivning. Dette krav om at opretholde frivilligsektionen vil kunne fremgå af den økonomaftale, der indgås med regionerne. I den forbindelse vil der skulle tages stilling, om frivilligsektionen i CSM Syd fortsat vil kunne fungere som en selvstændig selvejende institution, eller om den vil skulle falde under centerets generelle ledelse.

Samarbejde

Modellen indebærer ikke krav om samarbejde, men der lægges op til at kommunerne og regioner – via fx de årlige økonomaftaler – opfordres til at samarbejde om målgruppen. Samarbejdet kan etableres som et forløbsprogram, hvor region og kommuner går sammen og udarbejder en model for, hvordan de samarbejder om indsatsen til personer i denne målgruppe, jf. ovenstående afsnit om samarbejde via forløbsprogram under CSM-modellen.

7.1.3.4 Mulig håndtering af ulemper ved modellen

Den foreslåede model har en række ulemper, jf. ovenstående beskrivelse. De centrale ulemper er:

- Krav om henvisning fra egen læge til central visitation kan afskrække nogle brugere fra at opsøge hjælp
- Risiko for, at den frivillige indsats nedprioriteres over tid
- Risiko for, at behandlingsforløbene forkortes som følge af effektiviseringspres.

Nogle af disse ulemper vil kunne håndteres ved at justere modellen. For så vidt angår kravet om henvisning fra egen læge kan centrenes frivilligtilbud, herunder chatrådgivning og åben stue anvendes til at forberede personerne til at tage kontakt via lægen.

Hertil kan det overvejes, om der skal indføres et krav om, at regionerne ikke kan ændre centrenes konstruktion de første fem år for så vidt angår samarbejde med frivilligsektion, socialrådgivningstilbud og den maksimale varighed af behandlingsforløbene. På den måde sikres, at centrenes nuværende viden, behandlingsvarighed mv. bevares de første år. Herefter vil der kunne foretages eventuelle tilpasninger.

For så vidt angår driften af de frivillige tilbud kan det derudover overvejes, om kommunen skal have en rolle. Eksempelvis kunne kommunen få til ansvar at drive frivilligsektionerne og de tilhørende socialrådgivningstilbud i samarbejde med regionerne. Alternativt kan frivilligsektionerne gøres selvstændige med egen fast bevilling og krav om samarbejde mellem disse frivilligheder og region (særligt de regionale centre) /kommune.

7.1.4 Scenarie 3: Kommunal drift af senfølgecentre

I dette scenarie er kommunerne ansvarlige for driften af senfølgecentre. Det antages, at de nuværende midler til CSM'erne følger med ind i den kommunale organisering af centrene.

Modellen indebærer ikke, at hver kommune opretter egen behandlingsindsats, idet en sådan konstruktion vurderes at være for omfattende og omkostningsfyldt. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at målgruppen af voksne med senfølger i hver af de 98 kommuner er relativt lille, og det vil derfor være en udfordring for hver kommune at levere en indsats, der er specialiseret nok i enkeltstående centre.

I stedet baseres modellen på, at kommunerne i hver region går sammen og driver centrene i *fællesskab*, jf. den tilsvarende konstruktion for de nuværende Børnehuse. Visitationen til centrene vil ske gennem kommunens egne forvaltninger. Målgruppen for behandling i centrene er voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen *uden* en psykiatrisk diagnose. Denne model forudsætter således, at regionerne varetager behandling af personer med senfølger med en psykiatrisk diagnose, gennem fx særskilt pakkeforløb til denne målgruppe. Dette skyldes, at behandling af borgere med psykiatrisk diagnose vurderes at være uden for kommunerne kompetenceområde og en vanskelig en opgave at løfte for kommunerne.

Denne model skal ses i lyset af, at en stor del af målgruppen ikke er i arbejde og dermed må forventes at have kontakt med kommunen. Således viser målgruppeanalysen, jf. delanalyse 2, at mindre end en tredjedel er i arbejde og at knap halvdelen er arbejdsløse eller uden for arbejdsmarkedet.

I boksen til højre ses de centrale valg, der er truffet for denne model. De gevinster, der beskrives i dette afsnit, skal ses som gevinster, der opnås ved at gennemføre modellen med de valg, der her er truffet. I bilag 8.2. findes en oversigt over alternative valg, der kan træffes for modellen, og som vil ændre fordelene og ulemperne

Nedenfor ses en oversigt over centrale elementer i forankringen og indsatsen for den kommunale centermodel.

Der kan identificeres en række fordele og ulemper ved den kommunale model. I dette afsnit præsenteres fordele og ulemper inddelt i faglige, organisatoriske og brugeroplevede fordele og ulemper.

Centrale valg

- Driftsansvar hos kommunerne
- Kommunerne opretter og driver centrene som det kendes fra Børnehuse
- Visitation gennem kommunens forvaltninger
- Behandling af patienter uden behandlingskrævende psykiatrisk diagnose
- Alle kommuner forpligter sig til at bistå i driften af et center

Figur 7.7 Overblik over kommunal centermodel



7.1.4.1 Forventede gevinster

Faglige gevinster

En central faglig *fordel* ved den kommunale model er, at medarbejdere i de kommunale forvaltninger har mulighed for at opnå en større viden om målgruppen af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Denne viden kan med fordel anvendes, når der arbejdes helhedsorienteret med borgerne på tværs af forvaltninger i kommunerne. En anden fordel er, at de kommunale senfølgecentre kan fungere som lokationer, hvor specialiseret personale samles og kan udveksle erfaring og viden. Hertil har kommunerne erfaring med at drive frivillige tilbud og – sammenlignet med det regionale scenarie – så kan den kommunale model indebære en bedre udnyttelse af de frivillige tilbud.

En mulig *ulempe* ved at oprette kommunale senfølgecentre er, at kommunerne ikke har erfaring med at drive behandlingstilbud på området. Behandlingen af borgere med senfølger efter seksuelle overgreb er kompleks, og dermed vil kommunen få ansvar for en relativt tung behandlingsindsats.

Der er desuden en risiko for, at kommunernes medarbejdere i forskellige forvaltninger ikke har de rette kompetencer i forhold til at opspore og visitere borgere til senfølgecentre. Visitationen vil være en kompleks opgave, idet kommunen vil skulle kunne afklare, om borgeren har en psykiatrisk diagnose, og dermed skal behandles i regionalt regi. Dette kan være en yderst vanskelig opgave og risikere at føre til tilfældighed i, hvem der visiteres til behandling. Samtidig vil der løbende kunne opstå snitfladeproblematikker, hvis en borger udvikler en psykiatrisk diagnose under et behandlingsforløb i kommunen og dermed skal afbryde sit forløb i kommunen og i stedet – via den praktiserende læge – visiteres til psykiatrien. Samlet set er der risiko for, at borgerne bliver kastebold mellem kommunens forvaltninger, den praktiserende læge og den regionale psykiatri.

Modellen medfører desuden, at behandlingen kommer længere væk fra den primære behandlingssektor (regionen), hvilket kan hæmme muligheden for faglig videndeling og udveksling med fx psykiatri om målgruppen, forskningsmiljøer mv. Der er således en risiko for, at centrenes behandling bliver dekoblet og udviklet sig til ikke at være tilstrækkelig evidensbaseret.

Endelig er der risiko for, at en del af den specialistviden, der er opbygget i CSM'erne om målgruppen kan gå tabt som følge af opsigelser. Erfaringsmæssigt har organisatoriske ændringer af arbejdspladser betydning for medarbejderomsætningen. Ulempen kan reduceres ved at forsøge at ansætte CSM-personale i de kommunale centre, men en ny organisering vil sandsynligvis indebære et videntab.

Tabel 7.7 Faglige fordele og ulemper

Faglige fordele	Faglige ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Øget viden til kommunale medarbejdere forbedrer tværfaglig og helhedsorienteret indsats. • Mulighed for erfaringsudveksling i centrene på tværs af psykologer og kommunale medarbejdere. • Tæt kobling til frivillig indsats. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko for, at kommunerne ikke har de rette kompetencer til drift af behandlingstilbud. • Visitation i kommunerne kræver stor viden. Risiko for fejlvisitation og dermed tilfældighed og fragmentering i behandling. • Målgruppen af voksne med senfølger deles op mellem kommune og psykiatri alt efter om borgeren har en behandlingskrævende psykiatrisk diagnose. Borgere risikerer at blive kastebold mellem sektorerne. • Risiko for utilstrækkelig faglig videndeling og evidensbaseret tilgang. • Risiko for videntab som følge af omorganisering af centrene.

Organisatoriske gevinster

En organisatorisk *fordel* er, at kommunerne har et medansvar for behandlingen af voksne med senfølger og dermed et større økonomisk incitament til at støtte op om behandlingen og inddrage behandlingen i deres generelle arbejde med borgerne. En anden fordel er, at senfølgeområdet bliver underlagt det tilsyn, der i øvrigt er gældende for kommunerne. En organisatorisk *ulempe* er potentielle samarbejdsproblemer mellem kommunerne i forhold til etablering og drift af centrene. Hertil kommer udgifter forbundet ved at etablere centre i de regioner, som endnu ikke har et center. En yderligere organisatorisk ulempe er, at det kan være udfordrende for kommunerne at rekruttere specialiseret sundhedsfagligt personale til centrene.

Tabel 7.8 Organisatoriske fordele og ulemper

Organisatoriske fordele	Organisatoriske ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunalt medansvar for behandling. • Etablering af tilsyn via den kommunale tilsynsforpligtelse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potentielle kommunale samarbejdsproblemer. • Udgifter til etablering af nye centre. Det forudsættes at den nuværende statslige finansiering af CSM'erne følger med over i kommunerne, men der kan være en merudgift til etablering af nye centre. • Mulige problemer med rekruttering af medarbejdere.

Brugeroplevede gevinster

En central brugeroplevet *fordel* er, at tilbuddet og indsatsen geografisk kommer tættere på borgeren, da der oprettes et center i hver region. Dog skabes der ikke samme geografisk nærhed, som ved øvrige kommunale tilbud, hvor en borger kan få en specialiseret indsats i egen kommune. Derudover kan kommunal drift af tilbuddet understøtte, at center og kommune går sammen om at give en helhedsorienteret indsats til borgeren, hvor behandlingen koordineres på tværs af områder. En yderligere brugeroplevet fordel er, at ventetiden på behandling minimeres i sammenligning med den nuværende ventetid i CSM'erne.

En brugeroplevet *ulempe* er en risiko for, at centrene ikke kan rumme kompleksiteten i målgruppens problemer, idet de ikke har de rette kompetencer. Hertil kan det være en ulempe, at personer med senfølger og psykiatrisk diagnose ikke kan modtage behandling på centrene (idet de er uden for målgruppen). Derudover opnår borgeren ikke nødvendigvis en større nærhed ved, at senfølgecentre lægges under kommunerne. I kraft af, at der er tale om specialiserede behandlingstilbud med specialiserede medarbejdere, kan centrene kun oprettes få steder i landet og kommer således kun i lav grad tættere på borgerne. Derudover er der en række mulige barrierer i forhold til, at visitationen skal ske gennem kommunen. En del af målgruppen har ikke en sag i kommunen og kan derfor opleve det som en barriere at skulle søge hjælp gennem kommunen. Vores målgruppeanalyse viser dog, at størstedelen af målgruppen er uden for arbejdsmarkedet, hvilket alt andet lige indikerer, at en stor del af målgruppen er i kontakt med kommunen.

Derudover er der risiko for, at borgere vil blive afskrækkede fra at søge hjælp, fordi de ikke ønsker, at kommunale medarbejdere skal have kendskab til overgreb i deres fortid. Endelig kommer risiko for, at behandlingsforløbene forkortes grundet effektiviseringspres.

Tabel 7.9 Brugeroplevede fordele og ulemper

Brugeroplevede fordele	Brugeroplevede ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Tilbud geografisk tættere på borgerne, idet der oprettes centre i hver region. • Potentielt forbedret tværfaglig indsats. • Minimering af ventetid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning gennem kommunen kan afskrække nogle fra at søge hjælp. • Risiko for, at behandlingsforløbene forkortes grundet effektiviseringspres. • Personer med senfølger med en psykiatrisk diagnose vil ikke kunne modtage behandling via centrene, da de vil være uden for målgruppen.

7.1.4.2 Adressering af centrale udfordringer

Indledningsvist blev en række centrale udfordringer ved den nuværende behandling af voksne med senfølger præsenteret, herunder lange ventelister, fragmentering og tilfældighed i behandlingen, manglende helhedsorientering, geografisk skævhed samt mangel på fagligt tilsyn.

Den kommunale model adresserer i nogen grad disse udfordringer. Ventetiden vil blive reduceret, idet kommunerne er forpligtede til levere en indsats, hvis denne vurderes aktuel i henhold til serviceloven eller sundhedsloven. Fragmentering og tilfældighed i behandlingen vil i nogen grad blive adresseret. Kommunerne har mulighed for at opspore og henvise borgere til behandling i de kommunale centre, hvilket sikrer en vis ensretning. Dog vil gruppen af borgere med behandlingskrævende psykiatriske diagnoser fortsat blive henvist til psykiatrien gennem egen læge. Der er således to indgange til behandling afhængigt af, om borgeren har en behandlingskrævende psykiatrisk diagnose eller ikke. Behandlingsindsatsen til målgruppen er således fortsat fragmenteret. Derudover er der risiko for, at borgere sendes frem og tilbage mellem de to sektorer, hvilket kan skabe større forvirring og kompleksitet for den enkelte borger.

Den manglende helhedsorientering adresseres i højere grad i den kommunale model, hvor medarbejdere i de kommunale forvaltninger har mulighed for at opnå en større viden om målgruppen af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen og dermed kan tilgå borgerne mere helhedsorienteret på tværs af forvaltninger i kommunerne. Den geografiske skævhed reduceres i nogen grad, idet alle kommuner har medansvar for et center, og der forventeligt oprettes flere kommunale centre end de nuværende tre CSM'er. Det skal dog understreges, at der er tale om et specialiseret behandlingstilbud, hvilket gør at der ikke er en lokal nærhed, da de enkelte kommuner ikke kan, eller skal, drive behandlingstilbud, der er så specialiserede. Endelig er kommunerne underlagt kommunal tilsynsforpligtelse. Udfordringen med mangel på tilsyn vil således blive adresseret i den kommunale model.

En samlet oversigt og sammenligning af de tre modeller fremgår i afsnit 1.4.4 Scenariernes adressering af centrale udfordringer.

7.1.4.3 Centrale forudsætninger

Nedenfor uddybes de centrale forudsætninger for den kommunale model. I bilag 8.2 beskrives de forandringer, som den kommunale model vil kræve.

Faktaboks 7 Børnehuse

Børnehuse yder en koordineret, tværsektoriel og tværfaglig indsats i sager om overgreb mod børn og unge. Der er et børnehus i hver af de fem regioner i Danmark. Kommunerne i hver region har i fællesskab via samarbejdet i Kommunekontaktrådet (KKR) besluttet i hvilken kommune, børnehuset skulle placeres. Det er ikke muligt for en kommune i en region at stå uden for børnehussamarbejdet. I tre regioner er der desuden, på grund af geografiske afstande, oprettet ekstra afdelinger, så børnehuset råder over to matrikler i regionen.

Det enkelte børnehus skal have faste, formaliserede samarbejdsaftaler med samtlige kommuner og politikredse i regionen og med et retsmedicinsk institut og en sygehusafdeling. Alle fem børnehuse skal endvidere indgå i et samlet netværk, hvor der løbende udveksles erfaringer mv. med henblik på at sikre et højt fagligt niveau på landsplan.

Børnehuse har et fast personale, der er kvalificeret til at varetage sager om overgreb mod børn og unge.

Driftskommunen for hvert børnehus fastsætter det samlede driftsbudget for huset. Kommunerne i hver region betaler for driften af regionens børnehus samt eventuelt tilhørende satellit.

Kilde: Socialstyrelsen og Vejledning om særlig støtte til børn og unge og deres familier.

Ejerskab og governance

De kommunale senfølgecentre vil blive drevet af kommunerne i konstruktioner, som minder om Børnehuse. Dette indebærer, at kommunerne går sammen om at drive og finansiere centrene. Der vil kunne etableres et center i hver region, som drives af en udvalgt driftskommune. De øvrige kommuner i regionen medfinansierer driften af centret.

Tilsyn

Tilsyn med de kommunale senfølgecentre kan føres ved den kommunale tilsynsforpligtelse. Kommunerne kan vælge at udlicitere tilsynsopgaven tilsvarende kommunernes udlicitering af tilsyn med fx plejecentre. Alternativt kan kommunen indgå en aftale med Socialtilsynet, som fører tilsyn med sociale tilbud i regi af serviceloven og sundhedsloven.

Finansiering

Centrene vil skulle finansieres af kommunerne via det kommunale bloktilskud. Midlerne kan tilføres kommunerne via DUT-regulering i forbindelse med økonomiaftalen.

Kommunerne i regionen skal gå sammen om at finansiere centeret i deres region. I lighed med børnehusemodellen kan kommunerne betale et fast basisbeløb til centrene og herefter et beløb per borger, de henviser til centret. Det antages desuden, at de nuværende midler til CSM'erne allokeres til de kommunale centre.

Visitation

De enkelte kommuner (social-, sundheds-, eller beskæftigelsesforvaltningerne) kan visitere til de kommunale senfølgecentre. Således vil målgruppen skulle opsøge hjælp via kontakt til kommunen, som vil afgøre om personen falder inden for eller uden for centerets målgruppe.

Målgruppe

Målgruppen vil være voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen, der *ikke* har en psykiatrisk diagnose. Der vil skulle etableres centralt fastsatte kriterier for, hvornår en person er i målgruppen for henholdsvis psykiatri og center, som kommunerne kan anvende i deres visitation af den enkelte borger.

Indsats

Behandlingen af målgruppen vil fortsat varetages af psykologer ansat på centrene. Det foreslås, at centrene nuværende behandling videreudvikles. Konkret foreslås det, at behandlingen i højere grad bygges op som specialiserede interventioner, der er målrettet borgere med forskellige funktionsevner. Der kan med fordel nedsættes en ekspertgruppe, bestående af praktikere fra regioner og centre samt relevante forskere, som kan komme med konkrete anbefalinger til, hvordan behandlingen af personer med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen bedst opbygges.

Modellen indebærer, at centrene frivilligsektion opretholdes i deres nuværende form. Således vil centrene fortsat skulle have frivillige, der tilbyder fx åben stue, rådgivning i gruppe og individuelt, chatfunktion og socialrådgivning. Dette krav om at opretholde frivilligsektionen vil kunne fremgå af den økonomiaftale, der indgås med kommunen. I den forbindelse vil der skulle tages stilling til, om frivilligsektionen i CSM Syd fortsat vil kunne fungere som en selvstændig selvejende institution, eller om den vil skulle falde under centerets generelle ledelse.

Samarbejde

Rammerne for en helhedsorienteret indsats kan bruges i deres interne samarbejde med borgeren, jf. ministeriernes pågående arbejde med en helhedsorienteret indsats. Der vil ikke være krav om, at kommunerne skal samarbejde med regionen.

7.1.4.4 Mulig håndtering af ulemper ved modellen

Den foreslåede model har en række ulemper, jf. ovenstående beskrivelse. De centrale ulemper er:

- Visitation via kommune kan afskrække nogle brugere fra at opsøge hjælp.
- Målgruppen deles op, således at kommunerne kun varetager borgere med senfølger uden psykiatrisk diagnose. Dette kan medføre risiko for, at nogle borgere falder "mellem to stole", og at det i praksis kan være vanskeligt at lave en sådan sontring.

- Kommunerne har ikke tilstrækkelige kompetencer og erfaring med at behandle målgruppen, hvilket kan skabe fejlvisitation og risiko for en utilstrækkelig tilrettelæggelse af behandlingen samt en fortsat tilfældighed og fragmentering i behandlingen.

Nogle af disse ulemper vil kunne håndteres ved at justere modellen. Således kan det overvejes, om visitationen skal fungere som selvvisitation uden om kommunen.

Hertil kan det overvejes, om centrene fortsat skal varetage behandling af personer med psykiatriske diagnoser. Dette vil dog indebære, at kommunen får ansvar for en behandling, som har mange snitflader til psykiatrien og dermed ligger uden for deres kompetenceområde.

Endelig kan kvaliteten i den kommunale visitation og håndtering af behandlingen styrkes ved øget uddannelse af kommunale medarbejdere og ledelse. For både visitation og ledelse af centrene er det således helt centralt at investere i uddannelse, viden og kompetencer for at imødegå nogle af de ulemper, der er ved den kommunale model.







7.2 Gennemførbarhedsanalyse

Vi har på tværs af de tre scenarier lavet en analyse af scenariernes gennemførbarhed.

Gennemførbarhedsanalysen er foretaget ud en vurdering af scenariernes realisering målt på tre kriterier: om scenariet er økonomisk gennemførbart, juridisk gennemførbart og operationelt muligt. For hvert af de tre kriterier er der foretaget en vurdering ift. henholdsvis etablering og drift. Etablering vedrører den kort-sigtede indsats ved at iværksætte centrene i en enten CSM-regi, kommune eller region, og drift vedrører den langsigtede drift af centrene.

Analysen er alene et udtryk for en vurdering af, hvor ”nemt” scenariet er at implementere. Analysen viser ikke, hvilket scenarie som vurderes mest hensigtsmæssigt. Nedenfor gennemgås resultatet af gennemførbarhedsanalysen for hver af de tre scenarier.

Tabel 7.10 Gennemførbarhedsanalyse CSM-model

Dimension	CSM-model			
	Etablering		Drift	
Økonomisk		• Ikke udgifter til etablering af nye centre		• Eventuelt stigende udgifter til visitation hos almen praksis mv.
Juridisk		• Etablering af governancestruktur i form af f.eks. driftsoverenskomst, bekendtgørelser mv.		• Forvaltning af tilsyn mv.
Operationel		• Videreudvikling behandlingstilgang		• Håndtering af henvisninger fra egen læge.







Note: Dimensionerne er vurderet ud fra en skala fra 1-4, hvor 4 er sværest at gennemføre og markeret med en helt sort cirkel og 1 er nemmest at gennemføre markeret med en enkelt sort andel i cirklen.

CSM-modellen er den model, der vil være nemmest at gennemføre. Det skyldes, at der skal gennemføres relativt få forandringer i forhold til etablering, idet vi i modellen antager, at der ikke skal etableres/driftes nye centre. *Etablering* af CSM-modellen indebærer en række ændringer, som vurderes at være relativt let gennemførbare, herunder ændret governance-struktur, ændret visitationsproces og udvikling af behandlingstilgang.

For så vidt angår *drift*, sker der enkelte ændringer fra status quo. Centrene skal håndtere henvisninger fra læger i deres visitationsproces, men skal derimod ikke håndtere selvhenvendere, som de gør i dag. Samtidig underlægges centrene et tilsyn, hvilket forventeligt medfører enkelte ændringer i den daglige drift, men samtidig forventes at være gennemførbart. Operationelt sker der få forandringer fra centrene drift i dag.

Samlet set vurderes CSM-modellen således i høj grad at være gennemførbare. Samtidig vurderes dette scenarie at være mindst omkostningsfyldt, da etableringsomkostningerne er begrænsede ved fastholdelse af den eksisterende kapacitet på eksisterende lokationer.

Tabel 7.11 Gennemførbaredsanalyse regional model

Dimension	Regional model	
	Etablering	Drift
Økonomisk	 <ul style="list-style-type: none"> Udgifter til etablering af nye centre. 	 <ul style="list-style-type: none"> Såfremt behandlingen underlægges regionernes udrednings- og behandlingssgaranti, vil behandlingsskapaciteten skulle øges. Behandlingsskapaciteten vil dog muligvis kunne nedjusteres løbende i takt med afvikling af ventelisten. Eventuelt stigende udgifter til visitation hos almen praksis.
Juridisk	 <ul style="list-style-type: none"> Der skal først foretages en sundhedsfaglig vurdering af, hvordan behandlingen skal indplaceres i det regionale system. Herefter implementering af denne vurdering. 	 <ul style="list-style-type: none"> Behandlingen bliver omfattet af det eksisterende regionale system og governancestruktur.
Operationel	 <ul style="list-style-type: none"> Konstruktion af model for frivilligsektion. Videreudvikling behandlingstilgang. 	 <ul style="list-style-type: none"> Målgruppen øges, således at regionerne både får ansvar for behandling af personer <i>med</i> og <i>uden</i> behandlingsskrævende psykiatrisk diagnose.







Note: Dimensionerne er vurderet ud fra en skala fra 1-4, hvor 4 er sværest at gennemføre og markeret med en helt sort cirkel og 1 er nemmest at gennemføre markeret med en enkelt sort andel i cirklen.

Den regionale centermodel kræver flere forandringer og vil derfor være mere kompliceret at gennemføre. I forhold til *etablering* af modellen kræves det, at der etableres nye centre, så alle fem regioner kan levere behandlingstilbud. Dog har regionerne allerede et veletableret system for visitation og behandling, som centrene vil kunne integreres i. Derudover skal der konstrueres en frivilligsektion, hvilket er relativt nyt for regionerne. Juridisk skal der foretages en faglig vurdering af, hvordan behandlingen bedst reguleres, mens der kun skal foretages få forandringer operationelt, eftersom regionerne allerede behandler målgruppen og har erfaringer med centerstrukturen.

I forhold til *drift* vil regionernes målgruppe øges, idet centrene vil være ansvarlige for behandling af borgere både med og uden behandlingsskrævende psykiatriske diagnoser. Der er dog potentielle gevinster i, at regionerne får mulighed for at behandle borgere med lette senfølger og dermed har mulighed for at forebygge, at der udvikles meget behandlingsskrævende psykiatriske lidelser. Desuden forventes en smidig drift i de regionale centre, når etableringen er gennemført, idet driften lægger sig op af, hvad der allerede er kendt i regionerne i dag.

Samlet set vurderes dette scenarie at være mere omkostningsfyldt end CSM-modellen, men mindre omkostningsfyldt end den kommunale model. Det, der primært er udgiftsdrivende i den regionale centermodel forventes at være etableringen og opstarten af centrene. Efter etableringen vurderes driften i mindre grad omkostningstung, men med en højere kapacitet end CSM-modellen.

Tabel 7.12 Gennemførbarhedsanalyse kommunal model

Dimension	Kommunal model	
	Etablering	Drift
Økonomisk	 <ul style="list-style-type: none"> • Udgifter til etablering af nye centre. • Kompetenceudvikling kommunale medarbejdere 	 <ul style="list-style-type: none"> • Vedligeholdelse af kompetencer blandt kommunale medarbejdere. • Ressourcer på administration af centrene.
Juridisk	 <ul style="list-style-type: none"> • Der skal implementeres lovgivning, som forpligter kommunerne til at drive centrene i fællesskab. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Kommunerne skal i fællesskab etablere og vedligeholde samarbejdsaftaler, administrationsgrundlag for centrene.
Operationel	 <ul style="list-style-type: none"> • Kommunerne skal etablere samarbejder. • Kommunerne skal opstarte centrene. • Videreudvikling af behandlingstilgangs 	 <ul style="list-style-type: none"> • Kommunerne får ansvar for behandling inden for et komplekst og specialiseret område. • Der kan opstå tværkommunale samarbejdsproblemer i driften af centrene.

Note: Dimensionerne er vurderet ud fra en skala fra 1-4, hvor 4 er sværest at gennemføre og markeret med en helt sort cirkel og 1 er nemmest at gennemføre markeret med en enkelt sort andel i cirklen.

Den kommunale model kræver flest forandringer fra status quo og er derfor den model, der er mest kompliceret at gennemføre. Etablering af den kommunale model kræver, at der skal etableres flere nye centre. Samtidig skal der investeres i kompetencer hos en stor gruppe kommunale medarbejdere på tværs af forvaltninger i samtlige 98 kommuner med henblik på, at medarbejderne har de rette kompetencer til at kunne henvise borgere til centrene. Juridisk kræver modellen, at kommunerne via sundhedsloven forpligtes til at tilbyde en indsats til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Operationelt skal kommunerne etablere samarbejder og opstarte centrene med visitation, behandling og opfølgning. Denne nye struktur vil kræve operationelle ressourcer. Etableringen af en kommunal model forventes således at være omkostningstung og kompliceret.

I forhold til *drift* forventes det, at modellen, når den er etableret, vil være relativt dyr i drift sammenlignet med de to andre modeller. Kommunerne bliver ansvarlige for behandling af en større målgruppe, og bliver ansvarlige for visitation til de kommunale centre på tværs af kommunale forvaltninger. Den daglige drift kommer således til at kræve væsentlige ressourcer i kommunen ift. opsporing og visitation. Eftersom målgruppen af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb er relativt lille i hver af de 98 kommuner, er det store forandringer, der skal gennemføres for at tilgodese en relativt lille målgruppe. Samlet set vurderes den kommunale model at være mest kompliceret at gennemføre både i forhold til etablering og drift sammenlignet med CSM-modellen og den regionale model. Derudover forventes den kommunale model at være mest omkostningstung, idet selve etableringsprocessen er ressourcekrævende på linje med FGUernes etablering, dertil kommer udvikling af medarbejderkompetencer og etablering af centrene i høj grad er udgiftsdrivende.

Det er således CSM-modellen, der er mest gennemførbare i forhold til etablering efterfulgt af den regionale centermodel. CSM-modellen og den regionale centermodel forventes dog at være lige gennemførbare i forhold til drift. Den kommunale model er både i forhold til etablering og drift den mest krævende at gennemføre.

Overvejelserne om gennemførbare i forhold til etablering og drift skal naturligvis vurderes mod de fordele, der er ved hver af de enkelte modeller.

8 Bilag

8.1 Kompetenceanalyse

Tabel 8.1 Interessenter repræsenteret i spørgeskemaet

CSM	Brugerorganisationer	Interesseorganisationer	Frivillige organisationer
<ul style="list-style-type: none"> • CSM Midt Nord • CSM Øst • CSM Syd • CSM-syd-frivilligsektionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsforeningen SPOR 	<ul style="list-style-type: none"> • KL • Danske Regioner • Dansk Psykiatrisk Selskab 	<ul style="list-style-type: none"> • KKUC Udviklings- og behandlingscenter • Kolding Selvhjælp • Landsorganisationen KRIS • Red Barnet • LivaRehab • Joan-Søstrene • Frejacentret • Kvisten

Note: I alt 16 interessenter har besvaret spørgeskemaet.

Tabel 8.2 Opdeling på interessenttype: Opsporing

	CSM	Brugerorganisationer	Interesseorganisationer	Frivillige organisationer
Generel viden om, hvad senfølger er	24%	10%	15%	18%
Indikationer på, hvordan borgere med senfølger kan identificeres	11%	5%	40%	11%
Viden om, hvor borgere kan henvises til behandling for senfølger	11%	0%	32%	12%
Metoder, værktøjer og teknikker til at spørge ind til overgreb i barndommen	33%	0%	7%	30%
Generelle relationskompetencer	13%	20%	0%	6%
Kompetencer til medarbejdere i forhold til at håndtere egen reaktion	6%	25%	7%	11%
Andet	3%	40%	0%	13%

Note: CSM: n=4, brugerorganisationer: n=1, interesseorganisationer: n=3, frivillige organisationer: n=8

Tabel 8.3 Opdeling på interessenttype: Behandling

	CSM	Brugerorganisationer	Interesseorganisationer	Frivillige organisationer
Kendskab til medicinering	0%	0%	5%	1%
Viden om senfølger, herunder opmærksomhed på komorbiditet og sammenhæng til somatiske sygdomme	8%	0%	10%	8%
Kompetencer i forhold til udredning og screening for diagnostisk afklaring	8%	0%	13%	2%
Bred psykiatrisk viden for identifikation af fx angst, PTSD, depression o.l.	11%	0%	15%	5%
Efteruddannelse inden for psykoterapi og traumehåndtering	16%	15%	10%	13%

Grundviden om fænomenet senfølger, herunder viden om traumer, sexologi og fysio-traumatologi	16%	0%	10%	19%
Kompetencer i forhold til at håndtere det kropslige i traumer (fx kendskab til Basic Body Awareness o.l.)	0%	0%	0%	6%
Viden om personlighedsforstyrrelser	9%	0%	13%	3%
Viden om udviklingspsykologi, herunder viden om normal udvikling	9%	0%	5%	3%
Kompetencer i forhold til familiebehandling	0%	15%	10%	1%
Kompetencer i forhold til at opbygge en god behandlingsalliance med patienten	10%	0%	5%	7%
Kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde med andre faggrupper	8%	15%	0%	5%
Viden om, hvilke tilbud der findes til eventuelt videre henvisninger	3%	0%	5%	10%
Kompetencer i forhold til at kombinere krop og psyke - kombination af en psykodynamisk tilgang med en kropslig tilgang	4%	15%	0%	8%
Kompetencer i forhold til at varetage samtaler med pårørende, børn og netværks-samtaler i forhold til kommuner	0%	0%	0%	5%
Andet	0%	40%	0%	5%

Note: CSM: n=4, brugerorganisationer: n=1, interesseorganisationer: n=2, frivillige organisationer: n=8

Table 8.4 Opdeling på interessentype: Rådgivning

	CSM	Brugerorganisationer	Interesseorganisationer	Frivillige organisationer
Kompetencer i forhold til at fungere som tværsektorielt bindeled	18%	10%	15%	13%
Kompetencer i forhold til at opbygge en god relation	28%	20%	23%	19%
Kompetencer i forhold til at fungere som koordinator af indsatsen til borgeren	11%	5%	0%	17%
Kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde med andre faggrupper	19%	5%	32%	13%
Viden om socialpsykologi, i særdeleshed gruppedynamik til brug i rådgivning	20%	5%	23%	10%
Juridiske kompetencer, herunder viden om borgerens rettigheder og egen underretningspligt	5%	5%	7%	21%
Andet	0%	50%	0%	8%

Note: CSM: n=4, brugerorganisationer: n=1, interesseorganisationer: n=3, frivillige organisationer: n=8

Table 8.5 Opdeling på interessenttype: Frivillig indsats

	CSM	Brugerorganisationer	Interesseorganisationer	Frivillige organisationer
Generel viden om, hvad senfølger er	20%	0%	33%	21%
Evne til at arbejde tværfagligt med andre faggrupper	6%	0%	17%	14%
Robusthed i forhold til at rumme voldsomme oplevelser	20%	0%	15%	11%
Ydmyghed i forhold til brugergruppen og forståelse for, at forandringerne ofte tager tid	10%	50%	17%	15%
Personlige kompetencer, herunder evne til at lytte og relatere sig	20%	50%	18%	12%
Har eller er i gang med relevant faglig uddannelse	19%	0%	0%	3%
Andet	5%	0%	0%	24%

Note: CSM: n=4, brugerorganisationer: n=1, interesseorganisationer: n=3, frivillige organisationer: n=8

8.2 Uddybning af scenarierne

I det følgende uddybes de forventelige omkostninger og besparelser ved de enkelte elementer i scenarierne. Herudover uddybes de mulige alternative valg, som kan træffes for hvert scenarie, og hvilke fordele og ulemper sådanne alternative valg vil have.

I dag er CSM'erne bevilliget en permanent bevilling på årligt 15,4 mio. kr. på Finansloven, og dette udgør størstedelen af centrenes finansieringsgrundlag. Herudover modtager centrene finansiering fra samarbejde med kommuner og udførelse af VISO-aktiviteter mv. Det antages, at de eksisterende statslige midler til CSM'erne allokeres til den model, der vælges.

8.2.1 CSM-modellen

8.2.1.1 Forandringer

CSM-modellen vil kræve en række forandringer inden for både visitation, indsats og regulering. Nedenfor uddybes de omkostninger og besparelser, som disse forandringer forventes at medføre.

Visitation

Modellen indebærer, at læge (almen praksis mv.) henviser til CSM'ernes visitation. Dette vil forventeligt medføre *omkostninger* i form af, at praktiserende læger mv. skal bruge mere tid på henvisninger. Derudover vil lægerne skulle udvikle viden og kompetencer på området, så de er i stand til at vurdere, at de sidder over for en patient, der skal henvises til behandling for senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Dette vil eksempelvis kræve uddannelsesmateriale, lærings- og kursusdage og lignende for at uddanne praktiserende læger til bedre at kunne screene for senfølger samt generel viden om indsatserne på senfølgeområdet.

Besparelserne ved denne visitationsmodel vil forventeligt være, at flere patienter får en målrettet behandling fra begyndelsen og derfor ikke "cykler" rundt i forskellige tilbud i mange år. Samtidig vil visitationen via henvisning fra egen læge gøre, at centrene skal bruge mindre tid på visitation, om end at de dog fortsat vil have behov for at foretage en visitation i forhold til, hvilket konkret behandlingsbehov personen har.

Indsats

Forventede omkostninger ved fastholdelse af CSM'erne vil være udgifter til udviklingen af indsatsen. Der lægges op, at der udvikles en indsatsmodel som i højere grad bygges på som specialiserede interventioner,

der er målrettet borgere med forskellige funktionsevner. I den forbindelse vil der være udgifter til nedsættelse af en ekspertgruppe, som kan komme med konkrete anbefalinger til, hvordan behandlingen af personer med senfølger bedst opbygges. Hertil vil der være udgifter forbundet ved efterfølgende at omsætte disse anbefalinger i konkrete kliniske retningslinjer, som efterfølgende kan implementeres i centrene.

Forventede besparelser vil være, at indsatsen styrkes, hvilket kan indebære, at personerne hurtigere får effekt af behandlingen. Samtidig vil der til delmålgrupper kunne udvikles interventioner, som er mere intensive og kortere, hvilket forventeligt vil kunne frigøre ressourcer til at optage flere i behandling.

Regulering

For så vidt angår regulering vil der være *omkostninger* forbundet ved at indgå og administrere driftsoverenskomster med centrene samt ved at føre tilsyn med centrene.

8.2.1.2 Alternative valg

Som ovenfor beskrevet er scenariet for CSM-modellen baseret på en række centrale valg, som medfører en række fordele og ulemper. I tabellen nedenfor fremføres en række alternative valg og mulige konsekvenser af disse.

Tabel 8.6 Alternative valg

Valg truffet	Alternative valg	Konsekvenser af alternative valg
Henvisning gennem egen læge til visitation i centrene	Selvvisitation	<i>Fordel:</i> Brugere kan opsøge behandlingen uden at skulle kontakte "systemet" (region eller kommune). <i>Ulempe:</i> Der er risiko for uensartet visitation og ulige adgang til behandling, idet der i dag kan være en tilfældighed ift. hvem der har kendskab til centrene.
Ingen brugerbetaling	Brugerbetaling, som tilsvarende den nuværende brugerbetaling til psykologhjælp via sygesikringen. Behandling hos centrene vil typisk have en længere varighed end 12 timer, og derfor kan brugerbetalingen indrettes med et loft, så borgerens samlede egenudgift ikke overstiger udgiften til 12 timers psykologhjælp.	<i>Fordel:</i> En sådan brugerbetalingsmodel vil kunne skabe de samme regler for egenbetaling for psykologhjælp og behandling på centrene og dermed ens incitamentsstruktur ved valg af behandlingsform. Samtidig vil medfinansiering fra brugerne øge centrene budget og dermed behandlingskapacitet. <i>Ulempe:</i> Brugerbetalingen kan afskære ressourcensvage fra at søge behandling og dermed skabe større ulighed i behandlingen.
Ikke oprettelse af nye centre	Oprettelse af nye centre eller satellitter, så hver region har en enhed	<i>Fordel:</i> Der sikres en større geografisk lighed i adgang til behandlingen. <i>Ulempe:</i> Der vil være merudgifter forbundet ved oprettelse og drift af nye centre.
Ikke krav om samarbejde mellem center og kommune/region	Krav om samarbejde mellem center og kommune/region	<i>Fordel:</i> Et formaliseret og obligatorisk samarbejde vil kunne styrke samarbejdet om borgeren og dermed dennes forløb. <i>Ulempe:</i> Regioner, kommuner og centre vil skulle bruge tid og ressourcer på samarbejdet. Der vil være tale om relativt stort ressourcetræk for en mindre målgruppe.
Opretholde centrene som tre selvejende institutioner	Indføre én fælles bestyrelse og dermed opløse de tre centre som selvejende institutioner	<i>Fordel:</i> Én fælles bestyrelse vil kunne understøtte ensretning på tværs af de tre centre. Dvs. fælles tilgang til behandling, frivillig sektion, målgruppe, visitation. <i>Ulempe:</i> Der skabes en større afstand mellem bestyrelsen og behandlingssektionen.

8.2.2 Den regionale model

8.2.2.1 Forandringer

Den regionale model vil kræve en række forandringer inden for både visitation, indsats og regulering. Nedenfor uddybes de omkostninger og besparelser, som disse forandringer forventes at medføre.

Visitation

Forventede omkostninger ved at indføre den regionale centermodel er for det første, at praktiserende læger og andre læger skal bruge mere tid på at henvise borgere med senfølger. Derudover vil lægerne skulle udvikle viden og kompetencer på området, så de er i stand til at vurdere, at de sidder over for en patient, der skal henvises til behandling for senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Dette vil eksempelvis kræve uddannelsesmateriale, lærings- og kursusdage og lignende for at uddanne praktiserende læger til bedre at kunne screene for senfølger samt generel viden om indsatserne på senfølgeområdet. Hertil skal den allerede eksisterende centrale visitation under psykiatrien tage stilling til en potentielt større patientgruppe.

Forventede besparelser ved at implementere den regionale centermodel er, at flere patienter får en målrettet behandling fra begyndelsen og derfor ikke ”cykler” rundt i forskellige tilbud i mange år. Antageligvis vil hurtigere og mere effektiv behandling føre til en økonomisk besparelse på længere sigt, idet hurtigere bedring for borgeren forventeligt øger sandsynligheden for, at borgeren er selvforsørgende. Derudover vil der ikke være borgere, der både har forløb i CSM og psykiatri, hvilket skaber en besparelse i form af et mere tilrettelagt forløb og én samlet omkostning ved forløbet.

Indsats

Forventede omkostninger ved den regionale centermodel er, at der vil skulle nedsættes en ekspertgruppe/arbejdsgruppe, der kan udvikle en model, og kliniske retningslinjer, for specialiserede indsatser til forskellige målgrupper. Når de specialiserede indsatser er udviklet, skal de implementeres, hvilket også udgør en forventet omkostning. Personalet i centrene skal desuden udvikle kompetencer til at kunne udføre de specialiserede indsatser. Der vil yderligere være behov for at ansætte medarbejdere med de rigtige kompetencer, bl.a. psykiatere, psykologer og sygeplejersker med relevante efteruddannelser samt eksempelvis fysioterapeuter, der kan supplere behandlingen med viden om kropslige følger af traumer.

Forventede besparelser ved den regionale model er, at en mere differentieret behandling til voksne med senfølger potentielt kan frigøre ressourcer til behandling samlet set, idet flere får den rigtige behandling fra start.

Regulering

Reguleringen af centrene vil skulle afklares nærmere. Sundhedsstyrelsens vil bl.a. skulle tage stilling til, hvorvidt centrene vil skulle omfattes af Specialeplanen. Selve overdragelsen vil kunne aftales med regionerne, via fx økonomiaftalen.

8.2.2.2 Alternative valg

Som ovenfor beskrevet baseres scenariet for den regionale model på centrale valg, som medfører en række fordele og ulemper. I tabellen nedenfor fremføres en række alternative valg og mulige konsekvenser af disse.

Valg truffet	Alternative valg	Konsekvenser af alternative valg
Centraliseret visitation efter henvisning fra egen læge	Selvhenvendelse ved regionale centre	<i>Fordele:</i> Brugere bliver i mindre grad afskrækket fra at tage første skridt mod behandling, idet dette kan foregå uden om systemet <i>Ulempe:</i> Risiko for ulighed i visitation og ulige adgang til behandling.
Ingen brugerbetaling	Brugerbetaling	<i>Fordele:</i> Patienterne medvirker til at finansiere behandling, som det kendes fra psykologhjælp under sygesikringsordningen i dag. Dermed skabes ensrettet incitamentsstruktur ift. valg af center eller psykologhjælp via sygesikringsordningen. <i>Ulempe:</i> Brugerbetaling vil afvige fra de øvrige regionale behandlingsområder og afskære resourcesvage fra behand-

		ling. Hertil risiko for, at administrationsomkostninger vil overstige indtægt fra brugerbetalingen, da målgruppen er lille.
Hver region skal drive mindst ét center	Regionerne er ikke forpligtet til at drive centre i hver region	<i>Fordel:</i> Omkostningerne ved at etablere nye centre minimeres. <i>Ulempe:</i> Borgerne i regioner uden centre vil geografisk være placeret langt fra behandlingstilbuddene, hvilket skaber en ulige adgang til behandling.
Frivilligsektionerne opretholdes som en del af centrene	Frivilligsektionerne gøres selvstændige. Gensidigt krav om samarbejde mellem disse og regionerne	<i>Fordel:</i> Frivilligsektionerne vil have selvstændig drift, hvilket kan sikre, at tilbuddene får den rette opmærksomhed, <i>Ulempe:</i> Risiko for, at der over tid skabes en uhensigtsmæssig dekobling mellem behandling og frivilligt tilbud.

8.2.3 Den kommunale model

8.2.3.1 Forandringer

Den kommunale model vil kræve en række forandringer inden for både visitation, indsats og regulering. Nedenfor uddybes de omkostninger og besparelser, som disse forandringer forventes at medføre.

Visitation

Modellen indebærer, at kommunerne skal visitere til de kommunale senfølgecentre. Dette vil forventeligt medføre omkostninger i form af, at kommunerne skal udvikle viden og kompetencer på området for at kunne visitere borgere fra både social-, sundheds-, og beskæftigelsesforvaltningerne (m.fl.) til et tilbud i det kommunale center. Dette er en relativt stor forandring for kommunerne, som kræver, at der investeres i fx kurser, uddannelse, kompetenceudviklingsdage osv. til de kommunale medarbejdere. Derudover skal der være et kontinuerligt fokus på området i kommunerne, så medarbejderne uafhængigt af udskiftninger kender til tilbuddet i centrene. Desuden er det en forandring, at der i den kommunale model sker en dekobling fra den øvrige visitation, hvilket kan udgøre et problem.

Indsats

Forventede omkostninger ved de kommunale senfølgecentre er, at der er behov for at ansætte specialiseret personale i kommunerne, der har erfaring og viden i forhold til at arbejde med målgruppen. Derudover skal centrene etableres fysisk, og der skal afstemmes retningslinjer for et samarbejde mellem kommunerne, hvilket kan kræve ressourcer af kommunerne. Hertil kommer, at der vil skulle nedsættes en ekspertgruppe/arbejdsgruppe, der kan udvikle en model og retningslinjer, for specialiserede indsatser til forskellige målgrupper, herunder til personer uden en psykiatrisk diagnose. Når de specialiserede indsatser er udviklet, skal de implementeres, hvilket også udgør en forventet omkostning.

Forventede besparelser for kommunerne vil over tid forventeligt være, at færre borgere har brug for sociale- eller beskæftigelsesrettede ydelser og indsatser, fordi borgerne har fået den nødvendige hjælp i centrene. Omfanget af denne besparelse er dog uvist og vil forventeligt først kunne opnås efter en årrække.

Regulering

De kommunale senfølgecentre reguleres ved, at kommunerne forpligtes til at drive senfølgecentre. Konstruktionen vil minde om den nuværende drift af Børnehuse. Kommunerne vil kunne overtage de tre eksisterende CSM'er og herudover oprette to nye centre, således at der etableres et center i hver region. Der vil være en *omkostning* forbundet ved, at kommunerne via bloktilskuddet skal tilføres midler til drift af centrene. Det vurderes som afgørende for dette scenarie, at kommunerne i regionen i samarbejde udvikler et klart administrationsgrundlag og aftale for, hvordan det pågældende center skal fungere og drives.

Der vil over sigt kunne indhentes en *besparelse* ved, at færre borgere har brug for sociale- eller beskæftigelsesrettede ydelser og indsatser, fordi borgerne har fået den nødvendige hjælp i centrene. Omfanget af denne besparelse er dog uvist og vil forventeligt først kunne opnås efter en årrække.

8.2.3.2 Alternative valg

Som ovenfor beskrevet baseres den kommunale model på en række centrale valg vedrørende visitationsproces, målgruppe, governancestruktur mv. Disse valg medfører en række fordele og ulemper. I tabellen nedenfor fremføres en række alternative valg og mulige konsekvenser af disse.

Tabel 8.7 Alternative valg

Valg truffet	Alternative valg	Konsekvenser af alternative valg
Kommunerne opretter og driver centrene som det kendes fra børnehuse	Centrene drives i §60-selskaber, som indebærer at kommunerne med hjemmel i kommunestyrelseslovens § 60 på regionalt plan opretter organer/centre, der kan udføre opgaven for kommunerne.	<i>Fordel:</i> Konstruktionen kan hjemles direkte i kommunalstyrelsesloven, og der er således ikke behov for statslig lovgivning om selve konstruktionsformen. <i>Ulemper:</i> Kommunerne har begrænset erfaring med at anvende § 60-selskaber på social- og sundhedsområdet.
Visitation gennem kommunen	Henvielse fra praktiserende læge til visitation i kommunen	<i>Fordel:</i> Lægerne har erfaring med henvielse til sådanne behandlingstilbud og til psykiatri. <i>Ulempe:</i> Kommunerne mister grebet om økonomien og antallet af henviste, når de ikke selv er ansvarlige. Personer med senfølger kan opleve det som et unødigt processkridt, at de skal henvises fra lægen for at blive visiteret til den kommunale indsats.
Behandling af patienter uden psykiatrisk diagnose	Behandling af patienter både med og uden psykiatriske diagnoser	<i>Fordel:</i> Kommunerne skal ikke foretage en vurdering af, hvorvidt personen har en psykiatrisk diagnose. Samtidig forankres behandlingen af begge målgrupper ét sted. <i>Ulempe:</i> Det er usikkert, om kommunerne har de rette kompetencer til at håndtere begge målgrupper. Det vil kræve meget specialiserede kompetencer og bistand fra psykiatere for at kunne behandle patienter med psykiatriske diagnoser. Samtidig kan der komme et u hensigtsmæssigt og ukoordineret overlap til psykiatrien, som behandler samme patientgruppe.
Ingen brugerbetaling	Brugerbetaling	<i>Fordel:</i> Patienterne medvirker til at finansiere behandling som det kendes fra psykologhjælp under sygesikringsordningen i dag, hvor patienten selv betaler 40 pct. <i>Ulempe:</i> Afvigelse fra den måde, den kommunale forretningsmodel fungerer og det kan afskære ressourcensvage fra behandling. Hertil risiko for, at administrationsomkostninger vil overstige indtægt fra brugerbetalingen, da målgruppen er lille.
Alle kommuner forpligter sig til at bistå i driften af et center	Frivilligt for kommunerne at indgå i et samarbejde om drift af et center	<i>Fordel:</i> Kommunerne tvinges ikke til at skulle give et tilbud til en målgruppe, de ikke har viden om og erfaring med. <i>Ulempe:</i> Kommunerne vil af ressourcehensyn muligvis fravælge at indgå i et samarbejde.

ⁱ i Armour, C., Elklit, A. & Christoffersen, M. N. (2014). A Latent Class Analysis of Childhood Maltreatment: Identifying Abuse Typologies. *Journal of Loss and Trauma*, 19(1), 23-39. Doi: 10.1080/15325024.2012.734205

ⁱⁱ i Armour, C., Elklit, A. & Christoffersen, M. N. (2014). A Latent Class Analysis of Childhood Maltreatment: Identifying Abuse Typologies. *Journal of Loss and Trauma*, 19(1), 23-39. Doi: 10.1080/15325024.2012.734205

ⁱⁱⁱ Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003 Jun;71(3):575-86.

Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual

- abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*. 2003 Oct;27(10):1205-22
- Arata CM. Childhood sexual abuse and revictimization. *Clinical Psychology-Science and Practice*. 2002;9(2):135-64.
- ^{iv} Sundhed.dk (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/almen-praksis/patientforloeb/psykiatrien/pakkeforloeb-psykiatrien/>)
- ^v Da diagnosekoden ikke anvendes systematisk, har vi ikke kunnet identificere en population, der har modtaget pakkeforløb gennem brug af z-diagnoserne.
- ^{vi} Baseret på:
- 1: https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/prolonged_exposure.asp
- 2: <https://netdoktor.dk/sygdomme/fakta/kognitivterapi.htm>
- 3: <http://www.kompleksptsd.dk/fakta-om-ptsd/behandling-af-ptsd/behandling-af-ptsd/>
- 4: <https://vidensportal.dk/temaer/selvskadende-adfaerd/indsatser/mentaliseringsbaseret-terapi>
- 5: <https://netdoktor.dk/sygdomme/fakta/psykodynamiskterapi.htm>
- 6: <https://kognitivgruppen.dk/da/private-metoder-act>
- 7: https://netdoktor.dk/sygdomme/fakta/emdr_effektivpsykoterapeutiskteknik.htm
- 8: <https://somaticexperiencing.dk/hvad-er-se/somatic-experiencing/>,
- ^{vii} ^{vii} i Armour, C., Elklit, A. & Christoffersen, M. N. (2014). A Latent Class Analysis of Childhood Maltreatment: Identifying Abuse Typologies. *Journal of Loss and Trauma*, 19(1), 23-39. Doi: 10.1080/15325024.2012.734205
- ^{viii} Notat 'Beskrivelse af den frivillige indsats i de tre senfølgecentre'
- ^{ix} 'Beskrivelser af arbejds gange og processer', CSM Syd.
- ^x Evaluering af den landsdækkende behandlings- og rådgivningsindsats til mennersker med senfølger efter seksuelle overgreb, SDU, 2015
- ^{xi} CSM-centerledernes notat til den tværministerielle arbejdsgruppe ang. Den Nationale Handleplan på senfølgeområdet d. 26.2.2019
- ^{xii} Alle tre centre udtrykker et ønske om at udbrede denne samarbejdsform, idet de vurderer, at anvendelsen af CSM'ernes behandlingstilbud som led i den beskæftigelsesrettede indsats kan bringe borgerne tættere på målet om at komme i arbejde.
- ^{xiii} Karstoft et al (2014): Effekt af behandling – et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen, Videncenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet.
- ^{xiv} <https://stps.dk/da/udgivelser/2017/strategi-for-tilsyn/>
- ^{xiv} Styrelsen for Patientklager: <https://stpk.dk/da/behandling/klag-over-sundhedsfaglig-behandling/>

Referencer

- Christoffersen, M. (2010). Børnemishandling I hjemmet. København: SFI.
- Christoffersen, M., Armour, C., Lasgaard, M., Andersen, T. E., & Elklit, A. (2013). The Prevalence of Four Types of Childhood Maltreatment in Denmark. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 149-156.
- Gonzalez, A., 2013. The impact of childhood maltreatment on biological systems: Implications for clinical interventions. *Paediatrics & Child Health*, 18, 415-418.
- Helweg-Larsen, K. & Larsen, H. B. (2002). Unges trivsel År 2002 - En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb i barndommen. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Helweg-Larsen, K., Schütt, N.M. & Larsen, H.B.. (2009). Unges trivsel År 2008 - En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Oldrup, H., Christoffersen, M. N., Kristiansen, I. L., Østergaard, S. V. 2016. Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016. København. SFI – Vive.
- Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. (2011). The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Developmental Psychopathology*, 23, 453-76. doi: 10.1017/S0954579411000174.
- Barlach; L. (2007). Psykologbehandling til seksuelt misbrugte. København: Servicestyrelsen.
- Olsen, B.M. & Stenager, K. (2013). Vidensindsamling om Psykologordningen 2008-2011, København: Socialstyrelsen.
- Elklit, A., Christiansen D. M., Palic, S., Karsberg, S. & Eriksen, S.B. (2014). Impact of Traumatic Events on Posttraumatic Stress Disorder among Danish Survivors of Sexual Abuse in Childhood. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(8), 918-934. Doi: 10.1080/10538712.2014.964440

Shevlin, M., McElroy, E., Elklit, A., Murphy, S., Murphy, J., & Hyland, P. (2016). Prevalence and Predictors of Axis I Disorders in a Large Sample of Treatment-Seeking Victims of Sexual Abuse and Incest. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, doi:10.3402/ejpt.v7.30686.

Elklit, A. (2015). Treatment of Danish Survivors of Child Sexual Abuse – a Cohort Study. *Behavioral Sciences*, 5, 589-601. Doi:10.3390/bs40x000x

Shevlin, M., Murphy, S., Elklit, A., Hyland, P., & Murphy, J. (2017). Typologies of child sexual abuse: An analysis of multiple abuse acts among a large sample of treatment-seeking survivors of childhood sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000268>

Lahav, Y., & Elklit, A. (2016). The cycle of healing-dissociation and attachment during treatment of CSA survivors. *Child Abuse & Neglect*, 60, 67-76.

Fletcher, S., Elklit, A., Shevlin, M., & Armour, C. (In press). Predicting time spent in treatment in a sample of Danish survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(5), 535-552.

Hyland, P., Shevlin, M., Hansen, M., Vallières, F., Murphy, J., & Elklit, A. (2016). The Temporal Relations of PTSD Symptoms Among Treatment-Seeking Victims of Sexual Assault: A Longitudinal Study. *Journal of Loss and Trauma*, 21(6), 1-15.

Fletcher, S., Elklit, A., Shevlin, M. & Armour, C. (2017): Predictors of PTSD treatment response trajectories in a sample of childhood sexual abuse survivors: the roles of social support, coping and PTSD symptom clusters. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-25. Doi: 10.1177/0886260517741212

Murphy, S., Elklit, A., Hyland, P., & Shevlin, M. (2016). Insecure attachment orientations and posttraumatic stress in a female treatment-seeking sample of survivors of childhood sexual abuse: A cross-lagged panel study. *Traumatology*, 22(1), 48-55.

Murphy, S., Elklit, A., Hyland, P., Murphy, J., & Shevlin, M. (2017). A Cross-Lagged Panel Study of Dissociation and PTSD in a Treatment-Seeking Sample of Victims of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Clinical Psychology*, Advance online publication Doi: 10.1002/jclp.22439

Hansen, M., Müllerová, J., Elklit, A., & Armour, C. (2016). Can the dissociative PTSD subtype be identified across two distinct trauma samples meeting caseness for PTSD?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8), 1159-1169.

Hyland, P., Shevlin, M., McNally, S., Murphy, J., Hansen, M., & Elklit, A. (2016). Exploring differences between the ICD-11 and DSM-5 models of PTSD: Does it matter which model is used? *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 48-53.

Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert D., W., & Cloitre, M. (2016). An Assessment of the Construct Validity of the ICD-11 Proposals for Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. doi. /10.1037/tra0000114

Murphy, S., Fletcher, S., Elklit, A., Armour, C., & Shevlin, M. (submitted) Abuse specific predictors of PTSD treatment response trajectories in a sample of survivors of childhood sexual abuse.

McBride, O., Hyland, P., Murphy, J. & Elklit, A.: Network analysis of posttraumatic stress experiences of adults seeking psychological treatment for childhood sexual abuse (CSA). *Journal of Traumatic Stress*, in press. Doi:10.1002/jts.22381