

Vidensindsamling om Psykologordningen 2008-2011.

Et tilbud til voksne borgere med
senfølger efter seksuelle
overgreb i barndommen



Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Forfattere: Bente Marianne Olsen og Kirstina Stenager

Udgivet: Juni 2013

Download eller se sti til rapporten på www.socialstyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Elektronisk ISBN: 978-87-93052-19-2

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Forord	7
Resumé	8
Erfaring med administration af Psykologordningen	8
Frafald i behandlingen	9
Borgerens aktuelle livssituation	9
<i>Sociodemografiske forhold</i>	10
<i>Sociale relationer</i>	10
<i>Psykiske problemstillinger</i>	11
Fortiden	11
<i>Krænkeren og overgrebene</i>	11
<i>Opvækstfamilien</i>	11
<i>At tale om overgrebet</i>	12
Lavt uddannelsesniveau	12
Positiv udvikling hos borgerne	13
Borgeren er tilfreds med behandlingen	14
Psykologen vurderer behandlingens resultater positive	14
1. Indledning	16
Psykologordningen 2008 til 2011	16
Satspuljeprosjektets formål	16
<i>Satspuljeprosjektets målgrupper</i>	16
Vidensindsamlingens problemstillinger og afgrænsning	17
Begreber anvendt i Vidensindsamlingen	19
Kapitelintroduktion	19
2. Administration af og visitering til Psykologordningen	20
Ansøgningsprocedure	20
Visitationskriterierne	20
<i>Personbundne kriterier</i>	20
<i>Spredningskriterier</i>	21
Et tilbud afhængig af efterspørgsel	23
Visitationen	25
3. Spørgeskemaundersøgelsens design og metode	27
Spørgeskemaundersøgelsen	27
<i>Anvendte spørgsmål og test i spørgeskemaundersøgelsen</i>	28
Statistiske analyser af spørgeskemadata	29
<i>Logistisk regression</i>	29
<i>Variable, der ikke indgår i de logistiske regressioner</i>	30
<i>Effektstørrelse</i>	32
<i>Faktoranalyse</i>	32
Fravær af en kontrolgruppe	34
Sammenligningsgrundlag	34
Etik i spørgeskemaundersøgelsen	35
4. Fra ansøgning til behandling - om undersøgelsespopulationen	36
Ansøgere - databaseoplysninger	36

<i>Antal ansøgere</i>	36
<i>Visiterede ansøgere</i>	37
<i>Borgere i behandling</i>	37
<i>Ikke data fra samtlige borgere i Psykologordningen 2008-2011</i>	39
Population 1 og delpopulation 1A.....	39
<i>Sammenligning af Delpopulation 1A versus Delpopulation 1B</i>	41
Bortfaldsanalyse.....	43
<i>Forskellige tal i databasen og i spørgeskemadata om frafaldne</i>	43
<i>Forskelle mellem fremmødte og ikke-fremmødte baseret på spørgeskemadata</i> ..	44
Behandlingsforløb: Brug af timer og udeblivelser	47
Opsummering.....	47
5. Borgerens aktuelle livssituation	49
De sociodemografiske forhold	49
<i>Borgernes geografiske placering</i>	49
<i>Overvægt af kvinder</i>	50
<i>Borgernes familieliv</i>	51
<i>Mange er uden for arbejdsmarkedet</i>	52
<i>Hvilke forhold har betydning for, om borgeren er langtidssygemeldt på undersøgelsestidspunktet?</i>	55
Borgerens sociale relationer.....	57
<i>Problematiske relationer til forældre og søskende</i>	57
<i>Personer i omgangskredsen kender til overgrebet</i>	59
<i>Problemer i forhold til sociale relationer</i>	60
<i>Problemer i forhold til grænser hænger sammen med karakteren af overgrebshistorien</i>	61
Psykiske problemstillinger	62
<i>Problemer med seksualitet og psykiske lidelser</i>	62
Opsummering.....	63
<i>Socioøkonomiske forhold</i>	63
<i>Sociale relationer</i>	63
<i>Psykiske problemstillinger</i>	64
6. Fortiden	65
Krænkeren og overgrebene.....	65
<i>De fleste har haft en eller to krænker</i>	65
<i>De fleste krænker er mænd</i>	66
<i>Overgrebet starter oftest i 5-9 års alderen</i>	66
<i>Varigheden af overgrebet</i>	67
<i>Erindring om overgrebet</i>	68
Opvækst under overgrebene.....	68
<i>Krænkeren var oftest kendt</i>	68
<i>Kvinder har oftere boet sammen med deres krænker end mænd</i>	70
<i>Hårdere vilkår kendetegner mange af opvækstfamilierne – særligt hvis borgeren boede sammen med krænkeren</i>	71
<i>Forhold i barndommen</i>	73
Søgte borgeren hjælp?.....	74
<i>Få talte om overgrebet, mens det fandt sted</i>	74
<i>Hvilke forhold har betydning for, at borgeren har fortalt om overgrebet, mens det fandt sted?</i>	77
<i>Få fik hjælp, da de talte om overgrebet</i>	79
Fik borgeren en uddannelse?	80
<i>Borgernes uddannelsesniveau</i>	80
<i>Psykiske helbredsproblemer får borgerne til at opgive en uddannelse</i>	81
<i>Årsager til ikke at få en uddannelse blandt borgerne i Psykologordningen</i>	82
Opsummering.....	84

<i>Krænkeren og overgrebene</i>	84
<i>Opvækstfamilien</i>	85
<i>At tale om overgrebet</i>	85
<i>Lavt uddannelsesniveau</i>	85
7. Behandlingsforløbet	86
Trivsel blandt borgerne.....	86
Posttraumatisk stresssyndrom blandt borgerne.....	87
<i>Andre undersøgelser om PTSD blandt personer med senfølger efter seksuelle overgreb</i>	88
Angst, depression og nærtagenhed blandt borgerne.....	90
<i>Angst blandt borgerne</i>	90
<i>Depression blandt borgerne</i>	90
<i>Nærtagenhed blandt borgerne</i>	91
Effekten af behandlingen.....	92
<i>Andre undersøgelser om effekt af psykologbehandling</i>	93
Udeladte analyser.....	94
<i>Borgerens psykiske helbred ved behandlingens start</i>	94
<i>Udviklingen i psykisk helbred igennem behandlingen</i>	95
Opsummering.....	96
8. Borgerens vurdering af Psykologordningen	97
Høj tilfredshed med ordningen.....	97
Behov for yderligere hjælp.....	98
<i>Øget behov ved dårligt psykisk helbred</i>	98
<i>Overgrebshistorien har betydning for behovet for yderligere hjælp</i>	99
<i>Ønske om mere psykolog- eller psykoterapeutisk behandling</i>	99
<i>Arrangeret yderligere hjælp</i>	100
Hvad har betydning for, om borgeren er tilfreds med hjælpen?.....	100
<i>Ujusteret logistisk regressionsanalyse – borgerens tilfredshed med behandlingen</i>	101
<i>Justeret logistisk regressionsanalyse – borgerens tilfredshed med behandlingen</i>	101
Høj tilfredshed med Socialstyrelsens administration af Psykologordningen.....	103
<i>Godt tilbud, men brug for flere timer</i>	105
Opsummering.....	106
9. Psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen	107
Behandlingen.....	107
Udbytte af behandling.....	108
<i>Sammenligning med andre undersøgelser</i>	109
Hvilke forhold har betydning for psykologens vurdering af behandlingen?.....	110
<i>Ujusteret logistisk regression – psykologens vurdering af behandlingen</i>	110
<i>Justeret logistisk regression – psykologens vurdering af behandlingen</i>	111
Psykologens vurdering af borgerens behov for yderligere behandling.....	112
<i>Psykisk helbred, arbejdsmarkedstilknytning og overgrebshistorie indvirker på behovet for yderligere behandling</i>	113
<i>Særligt behov for psykologbehandling/psykoterapeutisk behandling</i>	114
<i>Arrangeret yderligere behandling til halvdelen af borgerne med behov</i>	114
Opsummering.....	116
10. Konklusion	117
Konklusion.....	117
<i>Erfaringer med administrationen af Psykologordningen</i>	117
<i>Borgerne</i>	118
<i>Udbytte af behandlingen</i>	119
Opsamlende.....	120

11. Litteraturliste.....	121
Hjemmesider.....	122
12. Bilag.....	123
Bilag 1. Oversigt over de psykometriske test.....	123
Bilag 2. Anvendte skemaer.....	125
<i>Bilag 2A. Ansøgningsskema til Psykologordningen</i>	<i>125</i>
<i>Bilag 2B. Visitationsskema</i>	<i>127</i>
<i>Bilag 2C. Spørgeskema 1 til borgeren</i>	<i>136</i>
<i>Bilag 2D. Spørgeskema 2 til borgeren</i>	<i>148</i>
<i>Bilag 2E. Spørgeskema 3 til psykologen.....</i>	<i>156</i>
Bilag 3 Fra ansøgning til behandling – om undersøgelsespopulationen	160
<i>Krydstabeller. Sammenligningen af delpopulation 1A og delpopulation 1B.....</i>	<i>160</i>
<i>Bortfaldsanalyse – dem der møder op hos psykologen, og dem der ikke gør....</i>	<i>164</i>
Bilag 4. Borgerens aktuelle livssituation	168
Bilag 5. Fortiden	169
Bilag 6. Behandlingsforløbet, logistiske regressioner.....	171
Bilag 7. Borgernes vurdering af psykologordningen	181

Forord

Psykologordningen 2008-2011 er finansieret af Satspuljen 2008. Ordningen har været drevet af Socialstyrelsen for Social- og Integrationsministeriet. Samtidig med at der blev givet satspuljemidler til, at voksne borgere med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen kunne ansøge om at blive visiteret til 11 timers gratis psykologbehandling, blev det besluttet, at der skulle gennemføres en vidensindsamling med det formål, at vurdere borgernes gavn af behandlingen og at karakterisere målgruppen. I alt blev 1.376 borgere visiteret til psykologbehandling hos de tilknyttede psykologer i Psykologordningen. Borgerne har deltaget i en spørgeskemaundersøgelse før og efter behandling, som dokumenterer deres gavn af ordningen, og indsamler viden om målgruppen.

Vidensindsamlingen har haft en følgegruppe, der har bidraget med input og kommentarer i løbet af hele projektperioden. En stor tak til Jette Lyager, daværende leder af Støttecenter mod incest, Susanne Bærentzen, privatpraktiserende psykolog, Lone W. Eriksen, leder af Incestcenter Fyn, Vibeke Møller, daværende leder af Kris Århus, Marianne Lau, overlæge på Psykoterapeutisk Center Stolpegården, Bjørn West, chefkonsulent i Social- og Integrationsministeriet, og Line Karlskov Jensen, fuldmægtig i Social- og Integrationsministeriet.

Desuden har forsker, Ph. D. Lars Benjaminsen, SFI, reviewet vidensindsamlingen.

Endelig rettes en særlig tak til Overlæge dr. med Marianne Lau for bidrag til udformning af spørgeskemaer og for læsning af en tidlig version af rapporten.

Bente Marianne Olsen har været projektleder for Psykologordningen samt stået for dataindsamling og udarbejdelse af Vidensindsamlingen. Kirstina Stenager har stået for dataanalyse og udarbejdelse af Vidensindsamlingen. Tulle Kofoed, Flemming Pedersen og Pia Nystrøm har stået for visitation til Psykologordningen. Studentermedhjælper, Lærke Fritzbøger Christensen, har stået for opsætningen af data, og studentermedhjælper Rikke Nøhr og Nadja Lodberg Andersen har hjulpet med udarbejdelse af Vidensindsamlingen.

København, februar 2013.

Resumé

Psykologordningen er et tilbud til voksne borgere, der lider af senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Borgerne har fået et gratis behandlingsforløb på 11 psykologtimer. Ordningen har været drevet i tre perioder, fra 2004-2007, medio 2008-2011 og 2012-2015, og er finansieret af Satspuljen. Indtil 1. marts 2013 har ordningen været administreret af Socialstyrelsen for Social- og Integrationsministeriet, hvorefter den administreres af Center for Seksuelt Misbrugte Øst, i København.

Denne Vidensindsamling beskriver erfaringerne med administrationen af ordningen i perioden 2008-2011 samt resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse. Undersøgelsen er baseret på spørgeskemadata indsamlet i projektperioden 2008-2011. I alt er 1.376 borgere blevet visiteret og godkendt til psykologbehandling i denne periode, hvoraf 1.309 borgere mødte op hos psykologen. Der er data på 84 procent af de 1.309 borgere, der har været ved psykologen, svarende til 1.104 borgere. Der er blevet udfyldt fire spørgeskemaer pr. borger. Visitator har udfyldt et spørgeskema ved visitationssamtalen, borgeren har udfyldt et selvudfyldelseskema ved behandlingens start og et ved behandlingens afslutning, og endelig har psykologen udfyldt et spørgeskema ved behandlingens afslutning.

Erfaring med administration af Psykologordningen

Antallet af ansøgere i Psykologordningens anden periode 2008-2011 har svinget over årene. Det er Socialstyrelsens erfaring med at drive ordningen, at flere forhold påvirker antallet af ansøgere:

- Efter en periode, hvor ordningen¹ har været stoppet midlertidigt, grundet for mange ansøgere til ordningen stiger antallet af ansøgere markant efterfølgende, hvorefter ansøgerantallet igen falder til et mere gennemsnitligt niveau.
- I perioder med massiv mediedækning af sager vedrørende seksuelle overgreb stiger antallet af ansøgninger til et lidt højere niveau end ellers.
- Mod slutningen af projektperioden stiger antallet af ansøgere markant.

Det er således Socialstyrelsens erfaring fra de sidste to ordninger 2004-2007 og 2008-2011, at antallet af ansøgere, og dermed den mest rolige forvaltning af en ordning, opnås ved, at ordningen kører uden lange pauser. Dette giver et ansøgerfelt, der rummer færrest udsving, og ansøgerne kan derfor behandles med en nogenlunde konstant ventetid over projektperioden på ½ -1 måned til visitation til behandling. I de perioder hvor ordningen har kørt mest kontinuerligt, finder antallet af ansøgere et ret stabilt leje, og der er ikke noget, der tyder på, at den gratis psykologbehandling således generelt anvendes af et stigende antal personer, over de år ordningen har kørt.

¹ Der har været perioder med midlertidige stop for ansøgninger pga. for mange ansøgere til ordningen, men der har været visiteret til ordningen i hele perioden.

Det kan tilføjes, at der anvendes en del tid i ordningen på at følge op på ansøgere og visiterede, som falder ud af ordningen, da der er mange ressourcer bundet i at behandle ansøgerne og visitere. Det er i alt 19 procent, der fra ansøgning til endt behandling falder ud af ordningen. I nogle tilfælde vil ansøgere og visiterede gerne i behandling, men de skal have en håndsrækning for at overkomme at gå videre i processen. I andre tilfælde har ansøgere og visiterede truffet deres beslutning om ikke at deltage, men har glemt at meddele det til ordningen, og det tages så til efterretning, når ordningen kontakter borgeren og får den besked.

Frafald i behandlingen

Det var 1.610 borgere, der ansøgte Psykologordningen, og i alt 1.376 borgere blev visiteret og godkendt til ordningen i projektperioden. Det var 1.004 borgere, der færdiggjorde deres behandling, ud af de i alt 1.610 ansøgende borgere, svarende til 62 procent.

Ud af de 1.376 visiterede og godkendte borgere fuldførte 73 procent behandlingen (1.004 borgere), mens 5 procent ikke mødte op hos psykologen og 22 procent stoppede i utide.

Frafaldet af borgere i behandling i Psykologordningen kan sammenlignes med en undersøgelse af fremmødet blandt ikke-psykotiske patienter på Psykoterapeutisk Center Stolpegården. Her var 80 procent af patienterne ambulante og 20 procent indlagte. Patienterne blev tilbudt et gruppebehandlingsforløb på 16-20 timer. Det var 27 procent af patienterne, der ikke mødte op til behandlingen (Fenger et al., 2011). Fremmødet i Psykologordningen har således været betydeligt større end tilfældet har været i undersøgelsen fra Psykoterapeutisk Center Stolpegården, hvor 27 procent ikke mødte op mod 5 procent i Psykologordningen. Det kunne tyde på, at gruppen af visiterede borgere til Psykologordningen er særligt motiveret for at modtage behandlingen. Dette skal sandsynligvis ses i lyset af det faktum, at borgerne i visitationen bliver sporet ind på hvilke problemstillinger, de kan arbejde med i behandlingen, og at borgerne gennem administrationen af Psykologordningen understøttes i deres proces fra ansøgning til behandling. Der er således noget, der tyder på, at man kan flytte baren for, hvornår sårbare borgere kan motiveres til at modtage hjælp ved at give dem en særlig støtte i forløbet. De borgere, der mødte op hos psykologen, er dog stadig generelt mere ressourcestærke, end de borgere, der aldrig mødte op os psykologen. Til gengæld er der flere af borgerne i Psykologordningen, der er stoppet i utide, end blandt de ikke-psykotiske patienter i undersøgelsen på Psykoterapeutisk Center Stolpegården. Det var således 22 procent mod 11,7 procent.

I Psykologordningen er der dermed større fremmøde af visiterede borgere til behandlingen, men flere, der falder fra undervejs i denne, sammenholdt med en lignende patientgruppe i den danske psykiatri. Fremadrettet kan der derfor i Psykologordningen være behov for fortsat at arbejde med fastholdelse af borgerne i behandlingen.

Blandt de borgere, der mødte op hos psykologen, er det gennemsnitlige antal udeblivelser 0,5 pr. borger. Særligt unge og mænd udebliver fra behandlingen.

Borgerens aktuelle livssituation

I spørgeskemaundersøgelsen er der spurgt til forhold, der karakteriserer borgernes nuværende situation.

Sociodemografiske forhold

Der er en overrepræsentation af borgere fra Hovedstadsregionen, der har ansøgt om hjælp via Psykologordningen, set i relation til indbyggertallet i de fem regioner samlet set, mens der er en signifikant underrepræsentation af borgere fra Region Midtjylland. Størstedelen af borgerne i Psykologordningen er kvinder (89 procent). Overordnet set er både mændene og kvinderne i Psykologordningen yngre end den almene befolkning som helhed. Der er 61 procent af kvinderne i Psykologordningen, der lever i et parforhold, mens andelen blandt mænd i parforhold i ordningen er 67 procent. Det er formentligt en mindre andel af både kvindelige og mandlige borgere i Psykologordningen, som er i et parforhold, end det er tilfældet i den samlede befolkning. I forhold til børn, så har 59 procent egne eller adoptivbørn, mens 39 procent ingen børn har. 1 procent af borgerne har sammenbragte børn, og 1 procent har både egne/adoptivbørn og sammenbragte børn. Det mest almindelige er at bo alene uden børn, hvilket gælder for 38 procent af borgerne. Mændene bor oftere alene *uden* børn end kvinderne, mens kvinderne oftere end mænd bor alene *med* børn. Det er 26 procent af borgerne, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, og 20 procent af borgerne er langtidssygemeldte. Her er der igen en kønsforskel. Mændene er i signifikant højere grad i arbejde end kvinderne, mens kvinderne i højere grad end mændene er langtidssygemeldte eller under uddannelse. Risikoen for langtidssygemelding er størst blandt kvinder og borgere under 50 år, særligt de 30-39-årige. Endvidere øger symptomer på PTSD borgerens risiko for langtidssygemelding. I forlængelse heraf tegner der sig et billede af, at borgerne i Psykologordningen generelt set er i en mindre god eller decideret dårlig økonomisk situation. Det gælder for 48 procent af borgerne i ordningen.

Sociale relationer

I forhold til sociale relationer, så har borgerne i Psykologordningen generelt et dårligere forhold til deres søskende og deres forældre, hvis de også har en biologisk relation til deres krænker. Blandt de 60 procent af borgerne, der har en biologisk relation til deres krænker, og som samtidig har en dårlig eller meget dårlig relation til deres søskende, er 55 procent heraf blevet krænket af netop deres bror eller søster.

Blandt de borgere, der har en biologisk relation til deres krænker, og som har en dårlig eller meget dårlig relation til deres forældre, er 62 procent heraf blevet krænket af netop deres biologiske mor eller far.

Det er et fåtal af borgerne (3 procent), der har en omgangskreds, hvor *ingen* har kendskab til de seksuelle overgreb. Det hyppigste er, at det er partneren, der kender til overgrebet – såfremt borgeren har en partner. Det næst hyppigste er, at det er en tæt ven eller veninde, der kender til overgrebet. Andelene er henholdsvis 78 procent og 68 procent. Kendskabet til overgrebet blandt partner eller venner hænger ikke sammen med, om borgeren biologisk var i familie med krænkeren. Borgerens barn eller søskende har derimod *oftere* kendskab til overgrebet, hvis krænkeren var et biologisk familiemedlem.

Borgerne i Psykologordningen oplever generelt set problemer i forhold til sociale relationer, eksempelvis angiver hele 42 procent at have problemer i forhold til venner. I forlængelse heraf oplever 62 procent problemer i forbindelse med at sætte grænser, mens 26 procent har vanskeligheder med at mærke andres grænser. Der tegner sig dermed et klart billede af, at borgerne i Psykologordningen har væsentlige problemer i forhold til grænsesætning, hvilket givet skal ses i lyset af, at et overgreb er en vold-

som grænseoverskridelse. Problemerne med grænser er udtalte for borgere med en særlig grov overgrebshistorie, eksempelvis hvis borgeren har haft flere krænkerere.

Psykiske problemstillinger

Derudover har mange af borgerne i Psykologordningen en række psykiske problemstillinger. Mest udbredt er problemer i forhold til seksualitet, hvilket gælder 67 procent af borgerne. Desuden oplever 65 procent af borgerne store følelsesudsving, mens 56 procent har koncentrationsbesvær, 53 procent har søvnbesvær, og 53 procent har angst. Endeligt synes der at være en overhyppighed af selvmordsforsøg blandt borgerne i Psykologordningen (9 procent) sammenholdt med den almene befolkning (under 0,5 procent).

Fortiden

Vidensindsamlingen har afdækket en række forhold, som karakteriserer omstændighederne ved overgrebene i barndommen.

Krænkeren og overgrebene

Den typiske borger i Psykologordningen har haft en eller to krænkerere. Der er imidlertid en forskel på mænd og kvinder, idet kvinderne har haft signifikant flere krænkerere end mænd. Det er 8 procent af kvinderne, der har haft 3 krænkerere mod 4 procent af mændene, og 12 procent af kvinderne har haft flere end tre krænkerere mod 6 procent af mændene.

Størstedelen af både mænd og kvinder er blevet krænket af en mand, men der er forskel på mænd og kvinder i forhold til krænkerens køn. For kvindernes vedkommende var den første krænker i 79 procent af tilfælde en mand, mens det for mændene gjaldt for 57 procent. Omvendt er 15 procent af mændene blevet krænket af en kvinde mod 2 procent blandt kvinderne. Lidt flere mænd (23 procent) er blevet krænket af en dreng under 18 år sammenholdt med kvinderne (19 procent). Tilsvarende er en lidt større andel af mændene blevet krænket af en pige under 18 år, 5 procent, mod 1 procent af kvinderne.

Den første krænkers overgreb begyndte typisk, da borgeren var mellem fem og ni år, og ophørte oftest da borgeren var mellem ti og 14 år. Det er 34 procent, der er blevet udsat for overgreb i op til 1 år, mens 36 procent er blevet udsat for overgreb i 2-5 år. Der er ikke forskel kønnene imellem i forhold til varigheden af overgrebet.

For 20 procent af borgerne dukkede erindringen om overgrebet først op senere i deres liv, mens 33 procent af borgerne hele tiden har kunnet huske overgrebet klart. 47 procent af borgerne har kun kunnet huske dele af overgrebet klart, mens andre dele senere er dukket op i erindringen. Der er ikke forskel imellem kønnene i forhold til erindring om overgrebet.

Opvækstfamilien

Det var 94 procent af borgerne i Psykologordningen, der kendte deres første krænker, mens 90 procent kendte deres anden krænker. Af de borgere, der kendte deres første krænker, havde 49 procent en biologisk relation til krænkeren, mens 40 procent af de borgere, der kendte deres anden krænker, var biologisk relateret med pågældende. Der er således signifikant flere borgere, som er biologisk relateret til første krænker i forhold til anden krænker. Det hyppigste er, at krænkeren er et mandligt medlem af den krænkedes nære familie. 37 procent er således blevet

krænket af deres far eller sted-, pleje- eller adoptivfar. 15 procent af blevet krænket af en person fra nærmiljøet. Mor eller sted-, pleje- eller adoptivmor har været krænkeren i 2 procent af tilfældene.

50 procent har boet fast sammen med krænkeren i den periode overgrebene fandt sted, men her er der en signifikant forskel på kvinder og mænd. De kvindelige borgere i ordningen har oftere end mændene boet fast eller periodisk med deres krænker, mens mændene oftere end kvinderne *ikke* har boet med deres krænker, og krænkeren kom heller ikke i hjemmet. 58 procent af de borgere, der boede fast med krænkeren, kommer fra en kernefamilie med begge biologiske forældre. 20 procent af borgerne kommer fra en sammenbragt kernefamilie med en biologisk mor og en stedfar. 12 procent kommer fra en enlig familie med en biologisk mor, mens dette er tilfældet for 4 procent, når der er tale om en enlig familie med en biologisk far. Mændene er oftere opvokset i en enlig familie med biologisk mor eller i en enlig familie med biologisk far. Kvinderne derimod, er oftere opvokset i en sammenbragt familie med biologisk mor og stedfar.

Blandt de borgere, der boede fast med krænkeren, og særligt blandt de borgere, der boede periodisk med krænkeren, var der en større andel borgere, hvis forældre havde et stof- eller alkoholmisbrug. De, der boede fast eller periodisk med krænkeren, er således oftere opvokset i familier med misbrug. Det er tænkeligt, at selve stof- eller alkoholmisbruget kan have været en faktor, der kan have haft betydning for overgrebene.

Opvækstfamilien er for mange af borgernes vedkommende kendetegnet ved forandringer i barndommen. Det var 42 procent, der oplevede, at deres forældre blev skilt, mens 28 procent oplevede, at den ene eller begge forældre stod uden for arbejdsmarkedet. Det var 28 procent af borgerne, der oplevede, at der ikke blev taget hånd om pasningen af dem og eventuelle søskende.

At tale om overgrebet

Kun 17 procent af borgerne talte med andre om de seksuelle overgreb, imens overgrebene fandt sted. Det vidner om behov for øget fokus på de tegn børn udsender, når de bliver krænket, og at der i den forbindelse bliver skabt en anledning til, at barnet kan fortælle om, hvad det udsættes for. Samtidig er det nødvendigt, at der er opmærksomhed på, at barnet ikke altid selv ved, at overgrebene er forkerte. Fortalte borgeren om overgrebene i denne periode, blev det oftest fortalt til den biologiske mor eller adoptivmor. Endvidere er det hyppigere piger, der fortæller om overgrebet, samt borgere, der har haft flere krænkere. Des ældre borgeren var, da overgrebet fandt sted, des større sandsynlighed er der for, at borgeren fortalte om overgrebet. Har borgeren fortalt om overgrebene, imens de fandt sted, har dette kun resulteret i hjælp for 21 procent vedkommende, mens det for den resterende del ikke medførte hjælp. For 32 procent af de borgere, der fortalte om de seksuelle overgreb, mens de fandt sted, gælder det, at overgrebene blev politianmeldt, mens det for 19 procent af disse borgere gælder, at Socialforvaltningen blev underrettet om overgrebene.

Lavt uddannelsesnivea

Det er 47 procent af borgerne i Psykologordningen, der har en folkeskoleeksamen som højeste skoleuddannelse. Det er 33 procent, der ikke har gennemført en erhvervskompetencegivende uddannelse. Den hyppigste årsag til at have opgivet en uddannelse er psykiske problemer. I tråd hermed ses det, at risikoen for ikke at have

gennemført en erhvervskompetencegivende er størst for borgere under 30 år med symptomer på Posttraumatisk stresssyndrom (PTSD) og/eller depression.

Positiv udvikling hos borgerne

Ved behandlingens start og ved behandlingens afslutning har borgeren udfyldt et spørgeskema med psykometriske test, der måler på henholdsvis trivsel, PTSD, nærtagenhed, depression og angst. Der er ingen kontrolgruppe i undersøgelsesdesignet, og derfor kan det ikke entydigt konkluderes, at udviklingen udelukkende skyldes behandlingen. Forhold som tid eller ændringer i andre sociale forhold kan også spille ind.

På alle de undersøgte områder har der været en signifikant bedring i borgerens psykiske helbred fra behandlingens start til afslutningen af behandlingen. Andelen med trivselsproblemer er faldet fra 75 procent til 47 procent, mens andelen med symptomer på PTSD er faldet fra 46 procent til 27 procent. Andelen med alvorlige symptomer på angst er også faldet, fra 58 procent til 39 procent, men andelen med alvorlige symptomer på depression tilsvarende er faldet fra 78 procent til 52 procent. Endelig er andelen med alvorlige symptomer på nærtagenhed faldet fra 78 procent til 56 procent.

Den største effekt ses i forhold til trivsel. Her er effekten 0,65, svarende til en medium størrelse effekt. En medium størrelse effekt er en effekt, man kan se med det blotte øje, for eksempel svarende til højdeforskellen på en 14-årig og en 18-årig pige. Det giver umiddelbart god mening, at det er indenfor dette område, at den største effekt ses. Selvom man stadig har en række psykiske og eventuelt fysiske problemer, så kan den generelle trivsel formentlig blive forbedret ved menneskelig omsorg og mulighed for at tale med en professionel.

Forbedringen i depressive symptomer har en effektstørrelse på 0,63, igen svarende til en medium effekt. Her har der altså også været en god effekt af behandlingen. I forhold til PTSD ses en effekt på 0,56, hvilket ligger lidt lavere end effekten i forhold til trivsel og depressive symptomer. Den mindste udvikling ses i forhold til angst og nærtagenhed, hvor effektstørrelserne er på henholdsvis 0,44 og 0,42. Det er dermed på disse områder, at behandlingen har udvist mindst effekt, hvilket samtidig også kan vidne om, at det særligt er i forhold til disse områder, at det kræver et længere behandlingsforløb

Selvom behandlingen ser ud til at have haft en positiv effekt, så vidner niveauet af symptomer ved behandlingens afslutning om, at der for en væsentlig andel af borgerne stadig er et behandlingsbehov, da en væsentlig andel af borgerne ved behandlingens afslutning stadig har alvorlige symptomer på trivselsproblemer, PTSD, nærtagenhed, depression og angst.

Det er undersøgt, om der er forskel på køn og alder i forhold til de psykiske problemer ved behandlingens start og afslutning. Køn og alder viser sig imidlertid ikke at have en betydning for graden af psykiske problemer hverken før eller efter behandlingen. Endeligt er det undersøgt hvilke forhold, der indvirker på borgerens psykiske helbred ved behandlingens start, samt hvilke forhold der indvirker på borgerens psykiske udvikling henover behandlingsforløbet. Disse analyser indgår imidlertid ikke i den endelige rapport, da resultaterne pegede i forskellige retninger, og fordi de ikke stemte overens med tidligere undersøgelser og den kliniske erfaring. Resultaterne af disse analyser blev vurderet upålidelige, fordi dataforudsætningerne for disse analyser ikke var til stede.

Borgeren er tilfreds med behandlingen

Det er 43 procent af borgerne, der i høj grad er tilfredse med behandlingen, 45 procent er i nogen grad tilfredse, mens 10 procent i ringe grad er tilfredse. 2 procent af borgerne er slet ikke tilfredse. Generelt set er der dermed relativ høj tilfredshed med behandlingens resultater blandt borgerne i Psykologordningen. Det, der indvirker på, om borgeren er tilfreds med behandlingen er, om borgeren har haft en positiv udvikling i forhold til trivsel og symptomer på PTSD mens udvikling i forhold til angst, depression og nærtagenhed alt andet lige ikke har nogen betydning. Det skyldes formentlig, at angst, depression og nærtagenhed i høj grad er symptomer på PTSD.

Selvom der er høj tilfredshed med behandlingen blandt borgerne, mener 74 procent af borgerne, at de har et behov for yderligere hjælp. Behovet for yderligere hjælp er særligt markant blandt de borgere, som har det dårligste psykiske helbred, samt blandt borgere med en særligt grov overgrebshistorie i form af flere krænker og længere varighed af overgrebet. Endvidere giver det også et øget behov for behandling, hvis krænkeren har været en kvinde. Det er særligt mænd, der har haft en kvindelig krænker. Den kliniske erfaring, som den er kommet til udtryk ved de afholdte erfamøder med psykologerne i ordningen, er netop, at det kan være særligt skamfuldt for mænd at været blevet udsat for overgreb af en kvinde, dels fordi mandlige borgere netop kæmper med en stærk følelse af at være medskyldige i overgrebene, og dels fordi mænd kan have sværere ved at se sig selv som ofre for et overgreb.

Næsten alle borgere, der vurderer, at de har behov for yderligere behandling, ønsker at fortsætte med psykolog- eller psykoterapeutisk behandling. Blandt de borgere, der vurderer, at de har et behov for yderligere behandling, er der for 55 procents vedkommende arrangeret yderligere behandling, når de stopper i Psykologordningen. Den hyppigste behandlingsform, der er arrangeret for dem, er psykologbehandling/-psykoterapeutisk behandling.

Generelt er tilfredsheden med Psykologordningen høj, når det kommer til borgernes vurdering af Socialstyrelsens administration af ordningen, både i forhold til behandlingen af ansøgningen og den indledende visitationssamtale. Fx mener 94 procent af borgerne, at behandlingen af ansøgningen var meget god eller god, og 98 procent følte sig godt eller virkelig godt behandlet i forbindelse med den indledende visitationssamtale. Samlet set er der således stor tilfredshed blandt borgerne med Psykologordningen, men også et ønske blandt en væsentlig andel af borgerne om at der findes muligheder for yderligere behandling ud over de 11 timer.

Psykologen vurderer behandlingens resultater positive

Generelt set har psykologerne en positiv vurdering af borgerens udbytte af behandlingen. Det er 28 procent af psykologerne, der giver udtryk for en høj grad af tilfredshed med borgerens resultater, mens 55 procent i nogen grad er tilfredse med borgerens resultater, 14 procent er i ringe grad tilfredse, og 3 procent er slet ikke tilfredse. Generelt set giver psykologerne udtryk for en lidt lavere tilfredshed med behandlingens resultater end borgeren. Borgerens arbejdsmarkedstilknytning og generelle trivsel forbedring er de afgørende parametre for psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen. Arbejdsmarkedstilknytning repræsenterer i denne sammenhæng formentlig, at borgerne kan mobilisere nogle ressourcer, der gør, at de i højere grad kan profitere af behandlingen end personer uden for arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet.

For 79 procent af borgernes vedkommende angiver psykologen, at der er et yderligere behandlingsbehov, hvilket er i tråd med, at 74 procent af borgerne også giver udtryk for et behov for yderligere behandling. Der er således en signifikant overensstemmelse mellem psykologens og borgerens vurdering af behovet for yderligere behandling. Tilsvarende borgerne, vurderer psykologen også, at der særligt er et øget behandlingsbehov blandt borgere med alvorlige psykiske problemstillinger ved behandlingens afslutning, og ved både borgerens og psykologernes vurdering, særligt hvis der er symptomer på PTSD.

Blandt de borgere, hvor der er behov for yderligere behandling, angives det for 86 procent af borgernes vedkommende af psykologerne, at der er behov for psykolog- og/eller psykoterapeutisk behandling. For 18 procents vedkommende vurderer psykologerne, at der er behov for psykiatrisk behandling, mens der for 17 procent vurderes af psykologerne at være behov for en selvhjælpsgruppe. Blandt de borgere, hvor der er behov for yderligere behandling, er der for 54 procents vedkommende blevet arrangeret yderligere behandling. 36 procent af borgerne fortsætter over sygesikringsordningen hos psykologen fra Psykologordningen.

1. Indledning

Psykologordningen 2008 til 2011

Psykologordningen er et tilbud til voksne borgere, der lider af senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Ordningen har hidtil været administreret af Socialstyrelsen for Social- og Integrationsministeriet. Ordningen har været drevet i tre perioder. Første periode løb fra april 2004 til marts 2007. Erfaringerne herfra er beskrevet af Servicestyrelsen (Barlach 2007). Anden periode var fra 15. august 2008 til 31. december 2011. Tredje og nuværende periode løber fra 1. marts 2012 til udgangen af 2015. Alle tre ordninger har været finansieret af Satspuljemidler.

I denne rapport præsenteres Socialstyrelsens Vidensindsamling i forbindelse med driften af den anden psykologordning 'Psykologbehandling til seksuelt misbrugte 2008-2011', som var et projekt finansieret med 16 mio. kr. af Satspuljen 2008.

Satspuljeprojektets formål

Formålet med Psykologordningen 2008-2011 var, at målgruppen skulle komme til at leve "et godt liv", som blev karakteriseret ved, at projektet skulle *medvirke* til, at den voksne, der lider af senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen, i videst muligt omfang kan karakteriseres ved psykosocialt velvære, at være selvforsørgende, samt at være aktiv deltager i det samfundsmæssige liv.

Satspuljeprojektet bestod af tre elementer:

- Selve behandlingen, som foregik hos autoriserede, privatpraktiserende psykologer, og som blev gennemført *uden brugerbetaling*. Normalt er borgere henvist til at betale et honorar for den type behandling, gennem sygesikringsordning vil der dog kun være tale om delvis brugerbetaling, idet 40 procent refunderes.
- Visitationen til Psykologordningen, som var organiseret således, at den udover at afklare, om ansøgeren tilhørte målgruppen, og formidle kontakten til én af ordningens psykologer, også indeholdt en *rådgivningsfunktion*. Der er således ydet rådgivning ved behov til ansøgere, uanset om de visiteredes til psykologbehandling, eller blev henvist til andre former for hjælp eller begge dele.
- Systematisk *vidensindsamling* af behandlingen hos de privatpraktiserende psykologer. Vidensindsamlingen har i en dansk kontekst kunnet funderes på et meget stort datagrundlag set i behandlingsmæssig sammenhæng, når det gælder senfølger, da over 1.300 borgere kunne tilbydes et forløb.

Satspuljeprojektets målgrupper

Projektets primære målgruppe har været borgere over 18 år, der i barndommen har været udsat for overgreb, og som lider af senfølger efter disse. I dansk kontekst har Ask Elklit m.fl. estimeret antallet af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb til at være 72.000. Beregningen er foretaget på baggrund af en repræsentativ undersøgelse af seksuelle overgreb. Tallet er behæftet med en vis usikkerhed (Armour et al, in press²).

² De 72.000 er beregnet af Ask Elklit på baggrund af data fra artiklen.

På baggrund af en dansk, repræsentativ spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt større børn og unge (Helweg-Larsen & Larsen 2009) kan det konkluderes, at mindre end 1 procent af drengene og ca. 9 procent af pigerne selv vurderer at have været udsat for et seksuelt overgreb fra et barn eller voksen før 15-års alderen. En international undersøgelse estimerer, at 60-80 procent af personer udsat for seksuelle overgreb i barndommen vil udvikle målbare former for senfølger (Fergusson og Mullen 1999). Det er, og var derfor ikke muligt at præcisere, hvor stor Psykologordningens målgruppe ville være. Den store søgning til den første Psykologordning (2003-2006) tydede imidlertid på, at der var et relativt stort behov for psykologbehandling.

Når målgruppens størrelse er ukendt, betyder det, at enhver landsdækkende indsats teoretisk set kan vise sig at være både over- og underdimensioneret. I praksis har Psykologordningen været designet således, at cirka 1200 borgere, som opfyldte ansøgningskriterierne, kunne gennemføre et behandlingsforløb. I praksis har der været flere ansøgere til ordningen, end der var behandlingspladser, og ordningen har derfor i perioder haft midlertidigt stop for ansøgere, men der har i hele perioden været visiteret til ordningen.

Projektets sekundære målgruppe relaterer sig til den Vidensindsamling, som blev iværksat for at dokumentere virkningen af Psykologordningen og beskrive borgerne, der er i ordningen. Den langt overvejende del af de samlede ressourcer i projektet var afsat til behandling, mens en mindre andel var afsat til at dokumentere selve indsatsen samt generere ny viden om voksne med senfølger af seksuelle overgreb og deres gavn af behandlingen og særlige karakteristika. Vidensindsamlingens formål er at give politikere og embedsmænd et vidensbaseret grundlag for kommende policy på området.

En tertiær målgruppe er kommunale og regionale politikere og embedsmænd samt professionelle og frivillige, der kan anvende Vidensindsamlingens resultater som inspiration til det sociale og behandlingsmæssige arbejde med målgruppen.

Vidensindsamlingens problemstillinger og afgrænsning

Det overordnede formål med psykologordningen var at give de behandlede borgere 'et godt liv' ved at tilbyde behandling, således at borgerne på sigt oplever en højere grad af inklusion i samfundet, selvforsørgelse og psykosocialt velvære i hverdagslivet. I et behandlingsforløb over 11 gange er disse imidlertid ikke parametre, hvis ændring kan nå at blive målt. Til brug for at måle borgernes gavn af behandlingen er der derfor i Vidensindsamlingen opstillet en række mere konkrete problemstillinger, som undersøges og analyseres gennem en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse, som alle borgere i ordningen indgår i. Problemstillingerne omhandler forskellige aspekter af de seksuelle overgreb i barndommen, såsom overgrebshistorien og opvækstvilkår, baggrundsoplysninger om borgerens situation i dag, og borgernes gavn af psykologbehandling. I forhold til borgerens udbytte af behandlingen har det imidlertid ikke været muligt inden for rammerne af spørgeskemaundersøgelsen at dokumentere selve indholdet i psykologbehandling, da de tilknyttede psykologer anvender meget forskellige terapiformer i deres behandlingsforløb, og tilretter dem efter den enkelte borgers behov. Men ved at anvende psykometriske test før og efter behandling kan der opnås viden om, hvorvidt borgerne opnår en bedring under behandlingsforløbet i forhold til typiske senfølgeskader af seksuelle overgreb. Følgende problemstillinger er belyst i Vidensindsamlingen:

1. Fra ansøgning til behandling – om undersøgelsespopulationen

- Hvad er datagrundlaget for Vidensindsamlingen?
- Er der forskel på de borgere, som efter visitering magter at møde op hos psykologen, og de borgere, der ikke gør?

2. Borgernes aktuelle livssituation

- Hvilke sociodemografiske forhold karakteriserer borgerne i Psykologordningen? Adskiller borgerne i ordningen sig på disse forhold fra andre sammenlignelige grupper og fra befolkningen i almindelighed?
- Hvad kendetegner borgerne i Psykologordningens nuværende sociale relationer?
- Hvilke forhold har betydning for, om borgeren i Psykologordningen er langtidssygemeldt?

3. Fortiden

- Hvad kendetegner overgrebshistorierne hos borgerne i Psykologordningen?
- Hvilke opvækstforhold havde borgerne under overgrebene?
- Hvilke faktorer har betydning for, om borgerne i Psykologordningen fortalte om overgrebet?
- Hvilke forhold har betydning for, om borgerne i Psykologordningen ikke fik en uddannelse?

4. Behandlingsforløbet og virkningen af behandlingen

- Hvad er omfanget af psykiske problemstillinger hos borgeren ved behandlingens start?
- Opnår de behandlede borgere væsentlige forbedringer ift. deres psykiske helbred på særlige parametre, der karakteriserer senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen?

5. Borgernes vurdering af Psykologordningen og hjælpen

- Hvilke forhold har betydning for borgernes tilfredshed med Psykologordningen?
- Hvordan har borgerne oplevet mødet med Socialstyrelsen i brugen af ordningen?

6. Psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen

- Er der overensstemmelse mellem den enkelte borgers og psykologs vurdering af borgerens udbytte af psykologbehandlingen?
- Hvilke forhold har betydning for psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen?
- Er borgerne færdigbehandlede, når de stopper i Psykologordningen? Hvis ikke, hvilke ydelser har de da brug for efterfølgende?

Problemstillingerne i Vidensindsamlingen kan ikke undersøges i en effektmåling, da der ikke har været en kontrolgruppe i projektet. En kontrolgruppe kunne fx have været konstrueret ved at unklade at give halvdelen af ansøgerne behandling. Dette blev dog vurderet at være uetisk uforligneligt med satspuljetekstens formål om at yde gruppen af voksne med senfølger behandling. En anden mulighed, der blev overvejet, var, om der kunne konstrueres en kontrolgruppe ud fra en venteliste, men da det på forhånd var fastlagt, at ordningen skulle forsøges holdt åben jævnt hen over projektperioden, blev det vurderet, at der ikke ville opstå ventelister i nok måneder til, at det ville give mening at bruge denne som kontrolgruppe.

Vidensindsamlingen er næppe repræsentativ for voksne borgere med senfølger efter

seksuelle overgreb i barndommen. Den samlede populations sammensætning på landsplan kendes ikke, og det er derfor ikke muligt at vurdere spørgeskemaundersøgelsens generelle relevans for hele målgruppen af voksne med senfølger. Vi kan dog til en vis grad sammenligne gruppen af borgere i Psykologordningen med gruppen af borgere, der har fået behandling i et af de frivillige centre, og som årligt rapporteres i Socialstyrelsens statistik over Frivilligcentre. Desuden kan vi sammenligne resultaterne af nogle af de psykometriske test med den danske normalbefolkning. Begge dele er gjort de steder, hvor det har været muligt og relevant.

Begreber anvendt i Vidensindsamlingen

I vidensindsamlingen anvendes forskellige begreber om seksuelle overgreb: Begrebet *krænker* anvendes om den person, der har begået et overgreb mod barnet. Begrebet *overgreb* anvendes om det seksuelle overgreb begået mod barnet. Overgreb dækker her både over ét enkelt seksuelt overgreb og gentagne seksuelle overgreb.

Kapitelintroduktion

I kapitel 2 beskrives administrationen af Psykologordningen og visiteringen til ordningen, herunder Psykologordningens historik. I kapitel 3 beskriver vi metoden anvendt i Vidensindsamlingen. Det beskrives, hvordan spørgeskemadata er indsamlet. Desuden redegøres for de statistiske og metodiske overvejelser, der har været i forbindelse med analysen af data. I dette kapitel er statistiske begreber også nærmere beskrevet. I kapitel 4 præsenteres datagrundlaget, og resultaterne af undersøgelsens bortfaldsanalyse gennemgås. Derudover beskrives omfanget af frafald, som der har været igennem behandlingsforløbet og hvilke forhold der øger risikoen for, at borgeren stopper i utide. Kapitel 5 er en beskrivelse af borgerne i Psykologordningen i forhold til sociale karakteristika. I det omfang det er muligt, sammenholdes gruppen af borgere i Psykologordningen med den almene befolkning. I det efterfølgende kapitel 6 analyseres nærmere, hvad der kendetegner borgerne i Psykologordningens fortid med særligt fokus på overgrebshistorien og opvækstfamilien. I kapitel 7 vendes fokus mod resultaterne af behandlingen. Her beskrives resultaterne af de psykometriske test målt før og efter behandlingen. I kapitel 8 er der fortsat fokus på resultaterne, men her baseret på borgernes egen vurdering af tilfredsheden med resultaterne af behandlingen, samt borgernes vurdering af behovet for yderligere behandling. I kapitel 9 vendes blikket mod psykologernes vurdering af borgernes udbytte af behandlingen, samt psykologernes vurdering af borgernes behov for yderligere behandling. I kapitel 10 præsenteres konklusionen på Vidensindsamlingen. Kapitel 11 indeholder en liste over anvendt litteratur og i kapitel 12 er vidensindsamlingens bilag samlet.

2. Administration af og visitering til Psykologordningen

Vidensindsamlingen omfatter primært borgernes udbytte af psykologbehandlingen, men for at forstå, hvad det er for en ydelse borgerne modtager, gennemgås i dette kapitel driften af Psykologordningen. Fokus er lagt på Socialstyrelsens administration af ordningen og visitationen af de ansøgende borgere. Desuden foretages der en vurdering af, om spredningskriterierne for ansøgerfeltet opsat i satspuljeteksten er blevet overholdt i ordningen. Formålet med dette kapitel er desuden at videregive vigtig information om driften af ordningen, således at der tilvejebringes et grundlag for det politiske apparat til at vurdere om ordningen meningsfuldt kan fortsætte i sin nuværende form, eller der må kræves ændringer.

Ansøgningsprocedure

For at komme i betragtning til gratis psykologhjælp, skal borgeren sende en ansøgning til Socialstyrelsen. Ansøgere til Psykologordningen har kunnet hente et ansøgningskema på Socialstyrelsens hjemmeside (Se Bilag 2). Dette skulle sendes til Styrelsen til viderebehandling. Alle ansøgere er blevet registreret i en database, og der er oprettet en sag på dem. I ansøgningen har borgeren skrevet under på, at vedkommende var underforstået med at deltage i en spørgeskemaundersøgelse vedrørende behandlingen mv., og at de er blevet oplyst om, at de ville være anonyme i denne Vidensindsamling. I ansøgningskemaet skulle borgeren angive hvilke problemstillinger, vedkommende søgte om behandling for. Desuden er borgeren i ansøgningskemaet blevet gjort bekendt med visitationskriterierne, som også stod beskrevet på Socialstyrelsens hjemmeside.

Ansøgere har kunnet kontakte Socialstyrelsen og stille spørgsmål til ordningen i en telefontid to gange ugentligt à to timer. Borgere har også kunnet henvende sig på e-mail og få svar ad denne vej. Dette har nogle ansøgende borgere benyttet sig af ved, at de henvendte sig via telefon eller mail om ansøgningsprocedure, selv om proceduren fremgår af Socialstyrelsens hjemmeside. Psykologordningen annonceres på Socialstyrelsens hjemmeside samt ved en pjece udsendt til praktiserende læger, biblioteker, mv..

Visitationskriterierne

Der er som nævnt anvendt visitationskriterier til Psykologordningen. Der er principielt tale om to typer af kriterier:

- Personbundne kriterier, som knytter sig til ansøgerens livssituation, samt visitators vurdering af forhold der vedrører den enkelte borger.
- Spredningskriterier, som knytter sig til behandlingsgruppen.

Personbundne kriterier

Der har været anvendt en række overordnede kriterier for, at en ansøger kunne visiteres til psykologbehandling. Ansøger skulle opfylde samtlige betingelser:

- Ansøger skulle være fyldt 18 år.

- Ansøger skulle kunne erindre det konkrete seksuelle overgreb, der var begået.
- Ansøger skulle beherske dansk i et omfang, der gjorde det muligt at profitere af en dansksproget psykologbehandling.
- Ansøger måtte ikke have et behandlingskrævende misbrug af alkohol, euforiserende stoffer, medicin eller lign. uden samtidig at modtage misbrugsbehandling.
- Ansøger med psykiatrisk diagnose skulle være afklaret eller i behandling herfor, for at kunne modtage tilbuddet.
- Ansøger måtte ikke samtidig modtage anden psykoterapeutisk behandling sideløbende med denne psykologbehandling. Ansøger måtte gerne være tilknyttet en selvhjælpsgruppe.
- Ansøger skulle selv sørge for eventuelle udgifter til transport, fysisk hjælp til at besøge psykologen mv. Tilbuddet blev givet via praktiserende psykologer uden krav om handicapvenlige adgangsforhold.

Erfaringsmæssigt fra den foregående Psykologordning vidste Socialstyrelsen, at en del ansøgere ikke ville opfylde kriterierne for deltagelse i ordningen. Det betød, at visitationen blev indrettet sådan, at disse ansøgere i visitationen kunne modtage råd, vejledning og eventuelt støtte til at opsøge relevante hjælpemuligheder i andet regi, fx kontakt til VISO³ i særligt vanskelige sager/udredninger.

Spredningskriterier

Hvis ansøger opfyldte visitationskriterierne, blev vedkommende som udgangspunkt visiteret til behandling. Det blev i løbet af projektperioden kontrolleret, at nedenstående tre spredningskriterier, nævnt i satspuljeudmøntningen, blev overholdt.

1. Den samlede behandlingskapacitet skulle fordeles over tid, således at der i hele den 3-årige visitationsperiode tilstræbtes en nogenlunde jævn fordeling af personer, som visiteredes til behandling. Formålet var at undgå lange perioder, hvor ordningen helt måtte lukke for visitationen, fordi midlerne til psykologbehandling var brugt.
2. Hvis ansøgeren i øvrigt opfyldte visitationskriterierne, havde både de, som havde modtaget behandling i den tidligere Psykologordning 2004-2007, her kaldet 2. gangs borgere, og de nye, som ikke havde modtaget behandling i den tidligere ordning, lige adgang til behandling i ordningen i det første år (2008), der visiteredes. Efter første år skulle det revurderes, om der fortsat skulle være lige adgang for 2. gangs borgere og nye borgere i ordningen. Formålet med revurderingen har været at afklare, om mængden af 2. gangs borgere forhindrede nye i at blive visiteret til ordningen, samt sikre en løsning på dette eventuelle problem.

³VISO er den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område og i specialundervisningen. VISOs tilbyder gratis rådgivning fra nogle af landets dygtigste specialister inden for det sociale område og specialundervisningen til både borgere og fagfolk.
<http://www.servicestyrelsen.dk/viso>

3. Ordningen skulle være landsdækkende, og det har været ambitionen, at behandlingsgruppen afspejlede den geografiske befolkningsfordeling i Danmark. Det betød, at behandlingsgruppens sammensætning skulle afspejle befolkningstallet i de enkelte regioner.

Det første spredningskriterium om, at behandlingskapaciteten skulle fordeles jævnt over projektperioden, behandles i næste afsnit, da det ikke har betydning for, om de personlige kriterier skulle ændres undervejs i ordningen.

I vidensindsamlingen i forbindelse med den første Psykologordning (2004-2007) vurderede psykologerne, at 51 procent af de behandlede personer havde brug for yderligere behandling, da de 11 timers psykologhjælp var ophørt. Det andet spredningskriterium, om at tidligere borgere af den første Psykologordning ikke må hindre nye borgeres adgang til ordningen, har rod i en antagelse om, at mange af disse borgere med brug for yderligere behandling kunne tænkes at ansøge den nye ordning om yderligere hjælp. Tabel 1 viser, at det samlet set var 5 procent af de visiterede og godkendte ansøgere i Psykologordningen 2008-2011, der har fået hjælp gennem den første Psykologordning (2004-2007). Dette tal er løbende faldet gennem visiteringsperioden fra 9 procent i oktober 2009, til 6 procent i november 2010, og til 5 procent i september 2011. Tallet er opgjort for første gang i oktober 2009, efter at ordningen havde kørt i lidt over et år. Det andet kriterium tolkes derfor som positivt opfyldt for ordningen.

Tabel 1. Visiterede og godkendte ansøgere fordelt efter, om de har anvendt den første Psykologordning eller ej.

Modtaget hjælp i den 1. Psykologordning	Procent
	Andel (antal)
Har modtaget hjælp i den 1. Psykologordning	5 % (63)
Har <i>ikke</i> tidligere modtaget hjælp i den 1. Psykologordning	95 % (1195)
I alt	100 % (1.258)

For at fastslå om det tredje spredningskriterium er overholdt, er den geografiske fordeling af borgere i ordningen sammenholdt med fordelingen af alle borgere i landet. Tabel 2 viser den geografiske spredning blandt ansøgerne til den nuværende Psykologordning. Spredningen er opgjort på regioner i modsætning til at se på kommuner, da det er vanskeligt at give en oversigtlig fremstilling på kommuneniveau. Andelen af ansøgere til Psykologordningen i de fem regioner sammenlignes med befolkningsfordelingen generelt i regionerne. På den måde gives et billede af, om nogle regioner har en over- eller en underrepræsentation af ansøgere til Psykologordningen.

Tabel 2 viser, at ansøgere fra Region Hovedstaden er overrepræsenteret med 8 procentpoint i Psykologordningen, mens ansøgere fra Region Midtjylland er underrepræsenteret med 4 procentpoint. Ansøgere fra de øvrige regioner er mere ligeligt repræsenteret sammenlignet med befolkningsfordelingen. Overordnet set er regionerne løbende blevet mere ligeligt repræsenterede i forhold til befolkningsfordelingen i løbet af visiteringsperioden, hvilket fremgår ved sammenligning af de tre sidste kolonner i Tabel 2.

I forhold til det tredje kriterium om en ligelig geografisk fordeling blandt ansøgerne til ordningen viser data således, at der fortsat er en overrepræsentation af personer bosiddende i hovedstaden men over projektperioden er fordelingen gradvist blevet mere jævn (se Tabel 2).

Tabel 2. Regioner opdelt efter fordeling af hele befolkningen og fordeling af ansøgere til Psykologordningen.

Region	Danmarks befolkning	Ansøgere 2008-2011	Procentvis fordeling blandt ansøgere maj 2011	Procentvis fordeling blandt ansøgere nov. 2010	Procentvis fordeling blandt ansøgere okt. 2009
	Andel / (antal)	Andel / (antal)			
Hovedstaden	31 % (1.327.927)	39 % (614)	40 %	41 %	44 %
Midtjylland	22 % (968.001)	18 % (279)	18 %	16 %	14 %
Nordjylland	11 % (454.169)	8 % (123)	8 %	7 %	8 %
Syddanmark	22 % (931.681)	21 % (323)	20 %	21 %	22 %
Sjælland	15 % (637.450)	14 % (216)	14 %	14 %	12 %
Andet*		1 % (7)	0 %	1 %	0 %
I alt	100 % (4.319.228)	100 % (1.562)	100 %	100 %	100 %

Anm. Ansøgere er inklusiv afviste ansøgere. Befolkningstallene er hentet fra Danmarks Statistik, og gælder for personer over 18 år. Pr. 1. januar 2010.

Denne tabel kan også ses i kapitel 5 om borgerens aktuelle livssituation.

*Andet: 1 borger fra Grønland, 2 danske statsborgere bosat i Sverige og 4 fra Tyskland.

Den mere jævne fordeling over perioden skyldes sandsynligvis, at Socialstyrelsen har fået tilknyttet flere psykologer i yderområderne løbende i ordningen, netop med det formål at give alle borgere mulighed for at opnå hjælp i en rimelig afstand fra, hvor de bor, men det har ikke været muligt at finde kvalificerede psykologer i alle egne af landet. I Tabel 3 ses en fordeling af antal psykologer i Psykologordningen fordelt på regioner. Den største andel psykologer i Psykologordningen er netop i hovedstadsområdet, mens den mindste andel findes i Region Sjælland.

Tabel 3. Antal psykologer tilknyttet Psykologordningen opdelt på region pr. 100.000 indbyggere.

Region	Indbyggere	Psykologer tilknyttet Psykologordningen	Antal psykologer tilknyttet Psykologordningen pr. 100.000 indbyggere
Hovedstaden	1.327.927	13	0,98
Midtjylland	968.001	7	0,72
Nordjylland	454.169	3	0,66
Syddanmark	931.681	9	0,97
Sjælland	637.450	4	0,63

Det har således ikke været nødvendigt at ændre på de personrelaterede visitationskriterier i forhold til, om man havde anvendt Psykologordningen tidligere, eller om man boede i et rigt repræsenteret geografisk område.

Et tilbud afhængig af efterspørgsel

Psykologordningen åbnede for ansøgere til ordningen 15. august 2008. Der gik et stykke tid, før ordningen var blevet kendt, efter at have været lukket fra den første forsøgsordning med Psykologordning, som stoppede i 2007. Årsagen til lukningen mellem 2007 og 2008 var, at satspuljeordførerne skulle træffe beslutning om ny bevilling til finansiering og drift af ordningen. Ordningen blev annonceret i en pjece

rundsendt til alle landets praktiserende læger, psykiatriske hospitaler og behandlingssteder, kommuner, Frivilligcentre på senfølgeområdet, biblioteker mv. Imidlertid blev søgningen til ordningen i foråret 2009 så stor, at ordningen dels ikke kunne følge med i visiteringen af borgere, dels at pengene ville blive brugt op før projektperiodens udløb, og der blev derfor midlertidigt stoppet for ansøgninger fra 16. juni til 31. december 2009⁴. Efterfølgende var søgningen til ordningen af en størrelsesorden, der gjorde det muligt at køre ordningen uden midlertidige pauser i resten af projektperioden, dog skønnedes den samlede bevilling at ville blive brugt op, når de igangværende borgere var færdigbehandlet i september 2011. Derefter fik Psykologordningen en ekstrabevilling fra Social- og Integrationsministeriet, således at der kunne visiteres borgere 2011 ud. Disse borgere er dog ikke omfattet af spørgeskemaundersøgelsen i Vidensindsamlingen, da man ikke kunne nå at få spørgeskemaer tilbage fra disse personer, før dataindsamlingen stoppede.

Det første spredningskriterium, som nævnt i forrige afsnit, om hvorvidt der kunne tilstræbes en jævn fordeling af visiteringen i visiteringsperioden, er ikke blevet opfyldt. Psykologordningen lever heraf periodevis op til kriteriet.

Antallet af ansøgere i Psykologordningens anden periode har svinget over året og årene. Det er Socialstyrelsens erfaring med at drive ordningen, at flere forhold påvirker antallet af ansøgere:

- Ordningen var lukket mellem 2007 og 2008, mens satspuljeordførerne overvejede, om ordningen skulle fortsætte. Da ordningen blev genåbnet i 2008, steg antallet af ansøgere markant sammenholdt med det gennemsnitlige niveau i forrige forsøgsperiode.
- Efter en periode med midlertidige stop for ansøgninger pga. for mange ansøgere til ordningen, stiger antallet af ansøgninger efterfølgende.
- I perioder med massiv mediedækning af sager vedrørende seksuelle overgreb stiger antallet af ansøgninger til et lidt højere niveau end ellers.
- Hen imod slutningen af en periode med gratis psykologbehandling stiger antallet markant.

Det er således Socialstyrelsens erfaring fra de sidste to ordninger, at antallet af ansøgere, og dermed den mest rolige forvaltning af en ordning, opnås ved, at ordningen kører uden lange pauser, da det er dette ansøgerfelt, der rummer færrest udsving. Ansøgerne kan derfor behandles med en nogenlunde konstant ventetid over projektperioden på visitation til behandlingen. I de perioder hvor ordningen har kørt mest kontinuerligt, finder antallet af ansøgere et ret stabilt leje, og der er ikke noget, der tyder på, at den gratis psykologbehandling således generelt anvendes af et stigende antal personer, over de år ordningen har kørt.

Det kan tilføjes, at der anvendes en del tid i ordningen på at følge op på ansøgere og visiterede, som falder ud af ordningen, da der er mange ressourcer bundet i at behandle ansøgerne og visiterede. I nogle tilfælde vil ansøgere og visiterede gerne i behandling, men de skal have en håndsrækning for at overkomme at gå videre i processen. I andre tilfælde har ansøgere og visiterede truffet deres beslutning om ikke at deltage, men har glemt at meddele det til ordningen, og det tages så til efterretning, når ordningen kontakter borgeren, og får den besked.

⁴ Der har således været perioder med midlertidige stop for ansøgninger pga. for mange ansøgere til ordningen, men der har været visiteret til ordningen i hele perioden

Visitationen

Visitationen har overordnet skullet sikre, at ansøgere kunne profitere af hjælpen, at hjælpen var relevant for ansøgeren, og at der blev prioriteret mellem ansøgere, da flere søger ordningen, end der er pladser til.

Visitationen har været bemandet med en socialfagligt uddannet medarbejder, der har stor erfaring med udsatte borgere og seksuelle overgreb. Visitationen er foregået telefonisk på den måde, at alle ansøgere i god tid har fået tilsendt et brev med et tidspunkt angivet for, hvornår de ville blive kontaktet telefonisk af visitator. Nogle borgere har kontaktet ordningen i telefontiden og hørt nærmere om visitationssamtalen. Proceduren har fungeret godt for de fleste borgere. Nogle har haft behov for at ændre den planlagte tid. De har enten kunnet ringe til ordningen eller sende en mail. Hvis visitator ikke traf borgeren hjemme på det aftalte visitationstidspunkt, blev borgeren forsøgt kontaktet telefonisk senere på dagen. Hvis dette ikke gav kontakt, har borgeren fået et brev om, at skulle kontakte ordningen ved fortsat ønske om en visitationssamtale. Hvis dette ikke gav svar, blev borgeren opgivet.

Ved visitationen afklaredes det, om borgeren kunne visiteres til ordningen, hvis dette ikke var tilfældet, blev borgeren henvist til andre adækvate støttemuligheder, fx VISO rådgivning, misbrugsbehandling og/eller værested i et frivilligcenter.

Under visiteringen er det blevet klargjort hvilke problemstillinger, borgeren, der kunne visiteres til ordningen, ville arbejde med i psykologbehandlingen. Desuden er der ydet rådgivning til akutte tilstødende problemer, hvis det var nødvendigt for et godt behandlingsforløb. Endelig har borgeren fået vejledning til valg af psykolog, hvis denne har ønsket det. Under behandlingsperioden har Socialstyrelsen haft kontakt til en mindre gruppe af ansøgere vedrørende fx ønske om at skifte psykolog eller søge sygesikringsordningen efterfølgende. Nogle har også henvendt sig for at søge om flere timer eller 11 gange mere. Dette er dog ikke en mulig ydelse i ordningen.

I begyndelsen af den anden periode med Psykologordningen var der kun én visitator tilknyttet, men for at behandle de mange ansøgere fra første halvdel af 2009 blev der tilknyttet endnu en visitator til ordningen. Ved udgangen af december 2009 var alle ansøgere visiteret til ordningen. Der var derefter faldende ventetid hen over 2010 til visitering. Længst var ventetiden i maj måned 2010, hvor den var på 4 måneder. Herefter faldt den frem til oktober 2010 til 1 måned, hvor den holdt sig indtil sommeren 2011, hvor særligt mange borgere ansøgte ordningen forud for ordningens ophør. Det er en fordel på mange måder at have to visitatorer i ordningen, da ansøgerne udgør en sårbar gruppe, som ved fx sygdom hos visitator eller en pludselig stigning i antallet af ansøgere har svært ved at tackle udsættelse af en visitation, de har ventet på. Det kan yderligere være en fordel med både en kvindelig og mandlig visitator, da erfaringen er, at der kan være en kønspræference, som hænger sammen med krænkernes køn. Særligt, er der mange med en mandlig krænker, som ikke ønsker en mandlig visitator.

For at give målgruppen mulighed for rent praktisk (og økonomisk) at modtage behandling, er der tilknyttet mellem 40 og 45 psykologer med en geografisk fordeling, så borgernes transporttid begrænses i videst muligt omfang. Psykologerne skal kunne dokumentere, at de har særlig viden om senfølger, og psykologer med ydernummer til sygesikringsordningen foretrækkes, men det er ikke altid muligt at finde egnede psykologer med ydernummer i alle områder. Dette er af hensyn til, at nogle borgere har brug for at få yderligere behandling, og dette kan så eventuelt ske inden for sygesikringsordningens rammer.

Psykologerne har indgået en skriftlig aftale med Socialstyrelsen om deres forpligtelser over for borgerne i ordningen.

Der er over projektperioden holdt erfaringsmøder, hvor alle psykologer har været inviterede, og hvor Socialstyrelsen har ydet processtøtte til at drøfte forskellige emner blandt psykologerne af vigtighed for behandlingen af målgruppen.

De 11 timers behandling skulle afvikles inden for en længste behandlingstid på 11 måneder svarende til en månedlig konsultation. Det har dog vist sig, at det er lang tid i forhold til administration af ordningen, da det er vanskeligt at estimere det endelige forbrug af timer, da der udover de 11 måneder går noget tid, før alle fakturaer er indkommet, og det kan opgøres hvor mange timer, en borger aktuelt har anvendt. Imidlertid er hensynet til borgeren og psykologen vigtigere.

Psykologerne har ved alle erfaringsmøder givet udtryk for, at borgerne fra Psykologordningen, i modsætning til andre borgere de har, kommer langt i et terapiforløb på 11 timer, fordi borgerne på forhånd er afklaret om hvilke problemstillinger, de skal arbejde med, og har opnået en vis ro i forhold til andre typer af problemer, de slås med i dagligdagen. Afklaringen skal formentlig ses som et resultat af den grundige visitering, som der er til Psykologordningen. Visitationssamtalen er med til at forberede borgeren til terapiforløbet.

I et senere kapitel vil frafaldet til ordningen blive gennemgået, men det skal her nævnes, at erfaringen er, at jo tættere borgerne følges fra ansøgning til behandling hos psykolog, jo flere borgere sættes i stand til at gennemføre et behandlingsforløb. Visitationen udgør i den forbindelse de varme hænder, der skal til for at sikre, at de ansøgende borgere sættes i stand til at realisere deres første beslutning om at gå i behandling. Når de først står i situationen, svigter modet for nogle. Det er derfor vigtigt, at der afsættes tilstrækkelige ressourcer til visitation og opfølgning på borgere.

3. Spørgeskemaundersøgelsens design og metode

Vidensindsamlingen bygger udover de i forrige kapitel gennemgåede erfaringer fra Socialstyrelsens administration af og visitation til ordningen, på data indsamlet i en spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaundersøgelsen er rettet mod dels de ansøgende og behandlede borgere og dels behandlerne i psykologkorpset. I dette kapitel gennemgås spørgeskemaundersøgelsens design og metode, og de anvendte analysestrategier fremlægges.

Spørgeskemaundersøgelsen

I Vidensindsamlingen behandles en række problemstillinger samlet i seks temaer:

- Borgernes fremmøde i de forskellige faser fra ansøgning til endt behandling
- Borgernes aktuelle livssituation
- Borgernes fortid med overgreb i barndommen og deres opvækstfamilie
- Behandlingsforløbet og virkningerne af behandlingen
- Borgernes vurdering af Psykologordningen og hjælpen
- Psykologernes vurdering af borgernes udbytte af behandlingen

For at belyse de seks temaer er alle ansøgende borgere og psykologer i ordningen blevet inddraget i en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaundersøgelsen indsamler forskellige typer af data om borgerne på forskellige tidspunkter i processen fra ansøgning til endt behandling, og den bygger på data fra fire forskellige spørgeskemaer (se Bilag 2):

- *Visitationsskema* udfyldt af visitator under samtalen med borgeren indeholdende oplysninger om overgreb og krænker, tidligere behandling for senfølger samt baggrundsvARIABLE om ansøgeren.
- *Spørgeskema 1* selvudfyldt af borgeren ved behandlingens begyndelse indeholdende oplysninger om baggrundsvARIABLE, borgerens opvækstfamilie, nuværende sociale og beskæftigelsesmæssige situation, vurdering af behandling ved ansøgning og visitation, samt psykometriske test af borgers psykiske tilstand før behandling ift. trivsel (WHO-5), symptomer efter traumatisk oplevelse (PCL-C) samt depression, angst og nærtagenhed (SCL-90R).
- *Spørgeskema 2* udfyldt af borgeren ved behandlingens afslutning indeholdende borgerens vurdering af behandlingen og brug for yderligere behandling samt psykometriske test af borgers psykiske tilstand efter behandling i forhold til trivsel (WHO-5), symptomer efter traumatisk oplevelse (PCL-C) samt depression, angst og nærtagenhed(SCL-90R).
- *Spørgeskema 3* udfyldt af psykologen ved behandlingens afslutning indeholdende oplysninger om behandlingen samt psykologens vurdering af borgerens udbytte af denne og brug for yderligere behandling.

Visitationsskemaet er udfyldt for alle de visiterede ansøgere af visitator i Psykologordningen, mens skema 1, 2 og 3 er udleveret til psykologerne, som har uddelt skema 1 til borgerne ved første behandling og skema 2 til anden sidste behandling. Borgerne har afleveret skemaerne til psykologerne, som har indsendt dem sammen

med deres eget skema 3 til Socialstyrelsen. I den forrige psykologordning blev mange skemaer ikke indsendt til Styrelsen, da borgerne selv skulle gøre det. Derfor blev det i denne ordning valgt at lade psykologerne stå for uddeling og indsamling af skemaer. Dette kan give en bias i et enkelt spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen om borgernes tilfredshed med psykologernes behandling. Imidlertid blev det valgt at acceptere dette for at sikre en god besvarelsesprocent i spørgeskemaundersøgelsen.

Anvendte spørgsmål og test i spørgeskemaundersøgelsen

I spørgeskemaerne er der så vidt muligt anvendt validerede spørgsmål og spørgepaneler for at sikre, at data indeholder brugbare svar. Dette har været muligt i forhold til de fleste baggrundsvariable og de psykometriske test. I forhold til de konkrete spørgsmål om Psykologordningen er der taget udgangspunkt i den forrige erfaringsopsamling, således at spørgsmål som virkede tilfredsstillende er genbrugt, mens spørgsmål som ikke gav brugbare svar, er blevet ændret eller helt udeladt.

I mange undersøgelser der omhandler seksuelle overgreb i barndommen, er der ikke skelnet mellem om den krænkede person oplevede at have en eller flere krænkere. Dette giver metodiske problemer, når man skal analysere på hvem krænkeren var. Der er derfor i spørgeskemaet spurgt til 1. og 2. krænker, således at vi har oplysninger om den enkelte krænker. Vi har i den efterfølgende analyse primært analyseret på den første krænker.

Spørgsmål om psykologbehandlingens karakter tager udgangspunkt i Psykologforeningens opdeling af terapiformer i fem forskellige typer: 1. Psykodynamisk terapi/psykoanalytisk terapi, 2. Kognitiv terapi/ adfærdsterapi, 3. Humanistisk terapi/eksistentiel terapi, 4. Systemisk terapi /strukturel terapi og 5. Kropspsykoterapeutisk terapi. Ved et introducerende møde med psykologerne forud for igangsættelsen af spørgeskemaundersøgelsen gav flere psykologer udtryk for tvivl om, hvorvidt deres terapiform kunne rummes inden for de ovennævnte former. Der blev derfor åbnet for den mulighed at psykologerne kunne afkrydse flere former, hvis det havde været anvendt til den enkelte borgers behandling. Andre psykologer stillede sig tvivlende ved om formerne i praksis kunne skilles ad, således at man ville føle sig repræsenteret ved at afkrydse kun en form. Spørgsmålet har da også i praksis vist sig vanskeligt at analysere på.

Spørgeskema 1 og 2 indeholder som nævnt en før- og eftermåling byggende på psykometriske test, således at det bliver muligt at vurdere, om borgerne har haft et udbytte af behandlingsforløbet. De psykometriske test er udvalgt af Socialstyrelsen i samarbejde med Overlæge dr. med Marianne Lau, Psykoterapeutisk Center Stolpegården. For ikke at udsætte borgerne for meget lange spørgeskemaer er testene udvalgt, så de primært dækker de områder, forskningen viser, kendetegner senfølger hos voksne efter seksuelle overgreb i barndommen, og som også findes klinisk i arbejdet med målgruppen på Psykoterapeutisk Center Stolpegården.

De anvendte psykometriske test er følgende:

- WHO-trivsel
- PTSD⁵ (PCL-C)

⁵ ”Posttraumatisk belastningsreaktion, PTSD, er en psykisk tilstand, man kan risikere at udvikle, hvis man har været udsat for hændelser, der er så voldsomme, at der er tale om en katastrofe. Det gælder f.eks. hvis man har været udsat for store ulykker, naturkatastrofer, krig, tortur, overfald, dødstrusler eller gidseltagning. Hvis man har PTSD, får man flash backs eller mareridt, hvor man igen og igen genoplever det man har været udsat for. Og man føler stærkt ubehag, hvis man kommer ud for

- Angst (SLC-92)
- Depression (SLC-92)
- Nærtagenhed (SLC-92)⁶

SLC-92 indeholder ni subdimensioner. Angst, depression og nærtagenhed er tre af disse subdimensioner. De resterende seks dimensioner er fysiske belastningssymptomer, tvangssymptomer, vrede, fobisk angst, mistroiskhed, og påvirket virkelighedsopfattelse. Disse seks subdimensioner indgår ikke i spørgeskemaerne, da omfanget af spørgeskemaet er søgt begrænset, og de valgte tre subdimensioner netop dækker de problematikker, som erfaringsmæssigt kendetegner personer med senfølger efter seksuelle overgreb. Det skal her noteres, at testene i spørgeskemaundersøgelsen ikke anvendes klinisk eller diagnostisk, men udelukkende til at indikere om borgerne i ordningen har symptomer på de lidelser, testene omhandler. (Se Bilag 1 for en oversigt over spørgsmålene i de psykometriske test. I Bilag 2 forefindes spørgeskema 1 og 2, hvor spørgsmålene også fremgår.)

Statistiske analyser af spørgeskemadata

De statistiske analyser af spørgeskemadata præsenteres i frekvenstabeller, krydstabeller samt logistiske regressioner. Der analyseres på hele populationen eller en delpopulation heraf, henholdsvis population 1; visiterede borgere i Psykologordningen, som har været ved psykologen, og delpopulation 1A; visiterede borgere i Psykologordningen, som har været ved psykologen, og som der foreligger samtlige fire spørgeskemaer fra. Populationen og delpopulationen beskrives nærmere i kapitlet 'Fra ansøgning til behandling - om undersøgelsespopulationen'. Svarprocenten udregnes på baggrund af analysegrundlaget, enten population 1, eller delpopulation 1A. Svarprocenten oplyses under hver tabel. Derudover angives, hvilket skema (visitationsskema, skema 1, skema 2 eller skema 3), som analysen tager udgangspunkt i. Hvis aktuelt, angives også p-værdier samt anden relevant information under tabellen.

Logistisk regression

I spørgeskemaundersøgelsen anvendes *logistisk regression*. Der anvendes både ujusteret logistisk regression og justeret logistisk regression. En ujusteret logistisk regression indeholder kun den afhængige variabel (fx alvorlige symptomer på angst) og én uafhængige variabel (fx køn). Der er dermed tale om en bivariat analyse tilsvarende en krydstabel.

I den *justerede* logistiske regression medtages de signifikante variable fra de ujusterede logistiske regressioner, det vil sige flere uafhængige variable (fx køn, alder, arbejdsmarkedstilknytning etc). Undtagelsesvis medtages også insignifikante variable fra den ujusterede analyse, hvis der enten er en god metodisk årsag (fx hvis variabelen er tæt på at være signifikant i den ujusterede analyse), eller der eksisterer en teoretisk grund for at medtage variabelen.

situationer, der minder om katastrofen. Man har tendens til at fare sammen, blive irriteret, få koncentrationsbesvær og problemer med at sove. www.netpsykiater.dk.

⁶ At være nærtagen dækker over, at man er følsom og let bliver såret, fornærmet eller sur. www.ordnet.dk. I Bilag 1 kan der ses en oversigt over de spørgsmål, som definerer nærtagenhed i denne spørgeskemaundersøgelse.

De logistiske regressionsmodeller er foretaget ved hjælp af såkaldt baglæns modelsøgning, hvor de insignifikante variable udelades. Statistikprogrammet SPSS søger selv efter den bedste model. Ved hver logistisk regression undersøges det, om det er de samme variable, der bliver signifikante, hvis alle variable inkluderes i modellen. I de endelige modeller er alle variable signifikante på minimum et 5-procents-niveau. For alle modeller rapporteres endvidere signifikansniveau og odds-ratio-værdier, som beskrives nærmere i nedenstående. Derudover angives også nagelkerke-test og Hosmer and Lemeshow test (se evt. boks 1 og boks 2 for nærmere forklaring⁷).

Boks 1. Hosmer and Lemeshow test er en såkaldt goodness of fit test. Testen anvendes til at teste, om data passer sammen med den logistiske regressionsmodel. Nulhypotesen er, at data og model passer sammen. Testen angiver en P-værdi. Er P-værdien over 0,05, kan nulhypotesen ikke afvises, hvilket betyder, at data og model passer sammen. Med andre ord skal p-værdien helst være over 0,05, det vil sige insignifikant, da det betyder, at data og den logistiske regressionsmodel passer sammen.

Odds-ratio-værdier er et udtryk for forskelle i chancen for et bestemt udfald. Odds-ratio-værdierne beskriver forholdet mellem to odds-værdier. En odds-ratio-værdi på over 1 angiver, at den pågældende kategori (fx kvinder) har større odds for et bestemt udfald på den afhængige variabel, (fx større odds for ikke at have fået en uddannelse) end referencekategorien (mænd), hvorimod en værdi under 1 angiver det modsatte (at kvinder har mindre odds for at få en uddannelse end mænd).

I analysen arbejdes der med et *signifikansniveau* på 0,05. Det vil sige, at p-værdien skal være $\leq 0,05$, for at resultatet kan opfattes som signifikant (Agresti & Finlay, 1997). I bortfaldsanalyserne betegnes en p-værdi på $\leq 0,1$ som en tendens, men ikke et signifikant resultat.

Boks 2. Nagelkerke-testet kan antage en værdi mellem 0 og 1. Des tættere værdien er på 1, des bedre er modellen til at forklare variationen på den afhængige variabel. Med andre ord, des bedre er de forklarende variable (fx køn og alder) til at forudsige udfaldet på den afhængige variabel (fx ikke fået en uddannelse). Nagelkerke svarer dog ikke helt til R^2 , da den ikke decideret måler forklaret varians på den afhængige variabel. Nagelkerke vil antage en lavere værdi end R^2 i en lineær regressionsanalyse.

Variable, der *ikke* indgår i de logistiske regressioner

I flere af Vidensindsamlingens analyser, har det været interessant at se nærmere på opvækstfamilien. Eksempelvis i analysen af, hvilke faktorer, der indvirker på, at borgeren ikke fik en uddannelse. Her ville det naturligt være oplagt at se nærmere på blandt andet opvækstfamiliens betydning med afsæt i logistisk regressionsanalyse. Opvækstfamilie er operationaliseret i nedenstående spørgsmål. Disse spørgsmål blev anvendt i den tidligere erfaringsopsamling for den første psykologordning og videreført i nærværende undersøgelse.

1. **Passer nogle af følgende beskrivelser på din opvækstfamilie i den periode, hvor du oplevede de seksuelle overgreb?** (sæt kryds ved alle de beskrivelser, der passer)
 - Der var vold i mellem mine forældre
 - En eller begge mine forældre slog mig og/eller mine søskende
 - En eller begge mine forældre havde et alkohol eller stofmisbrug

⁷ Forelæsning af Lektor Henrik Lolle, Institut for politik, økonomi og forvaltning, Aalborg Universitet. www.samf.aau.dk/~lolle/.../Foraar_2006/Logistisk_regression.ppt.

- En eller begge mine forældre havde et psykisk dårligt helbred
- En eller begge mine forældre stod uden for arbejdsmarkedet
- Der blev ikke taget hånd om pasningen af mig og evt. søskende
- Intet af dette passer på min opvækstfamilie

2. **Hvordan vil du beskrive, at din opvækstfamilie virkede udadtil på andre i den periode, hvor du var udsat for seksuelle overgreb? (sæt eventuelt flere krydser)**

- Som en velfungerende kernefamilie
- Som en velfungerende skilsmissefamilie
- Som en socialt isoleret kernefamilie
- Som en socialt isoleret skilsmissefamilie
- Som en familie, hvor der forekom omsorgsvigt i forhold til børnene

Imidlertid viser spørgsmålene sig ikke at være valide nok til at indgå i de logistiske regressioner. I et forsøg på at inkludere variablene i de logistiske regressionsmodeller, pegede resultaterne oftest i meget forskellige retninger, og dermed ikke særlig entydigt i de retninger, som man vil kunne forvente baseret på teori, tidligere undersøgelser og klinisk erfaring. Vurderingen har derfor været, at spørgsmålene ikke var valide nok til at indgå i de logistiske regressionsanalyser, da risikoen for at kunne fortolke fejlagtigt, vurderedes for stor. Spørgsmålene er derfor kun analyseret singulært i form af frekvenstabeller og bivariat i krydstabeller.

I flere af Vidensindsamlingens analyser har det endvidere været interessant at se nærmere på den behandlingsform, som borgerne har fået. Eksempelvis i analysen af, hvilke faktorer, der indvirker på borgerens tilfredshed med behandlingen. Også denne analyse ville være oplagt at foretage med afsæt i logistisk regression. I spørgeskemaet til psykologen er der som tidligere nævnt taget afsæt i en kategorisering fra psykologforeningen om behandlingsformer:

Hvilken behandlingsform har du anvendt i forhold til borgeren?
(sæt gerne flere kryds)

- Psykodynamisk terapi/psykoanalytisk terapi
- Kognitiv terapi/adfærdsterapi
- Humanistisk terapi/eksistentiel terapi
- Systemisk terapi/strukturel terapi
- Kroppspsykoterapeutisk terapi
- Andet, skriv venligst hvilket: _____

I den logistiske regressionsanalyse af hvilke faktorer, der indvirker på borgerens tilfredshed med behandlingen, er spørgsmålet blandt andet forsøgt inkluderet, da det synes oplagt, at behandlingsformen vil kunne indvirke på tilfredsheden. Endvidere har spørgsmålet været forsøgt inkluderet i de logistiske regressioner over effekten af behandlingen (disse regressioner er ikke er medtaget i rapporten). Resultaterne peger imidlertid i meget forskellige retninger i de forskellige logistiske regressionsmodeller uden nogle klare mønstre. Konklusionen er derfor, at spørgsmålet ikke formår at indfange terapiformerne. Dette forstærkes af, at mange psykologer har valgt at sætte flere kryds. I princippet kan der således være sat fx tre kryds, selv om den ene behandlingsform har været betydeligt mere dominerende end de øvrige, men spørgsmålets udformning får de tre behandlingsformer til at fremstå med lige dele vægt. Spørgsmålet er derfor blevet vurderet til ikke at være tilstrækkeligt validt, til at kunne indgå i logistiske regressionsanalyser. Psykologernes skepsis, som

tidligere omtalt, overfor et forsøg på at opstille tilstrækkelig distinkte terapiformer i spørgeskemaet til, at spørgsmålet ville kunne rumme mangfoldigheden i de anvendte terapiformer i behandlingen, viste sig således helt reel.

Endelig inkluderes 'alder ved overgreb' ikke i de logistiske regressioner, da det korrelerer stærkt med 'varigheden af overgrebet', og dermed øger risikoen for multikollinearitet i de logistiske regressioner. Multikollinearitet dækker over, at resultaterne af regressionsanalysen bliver upålidelige. Multikollinearitet kan skyldes, at der er for mange variable i regressionen og/eller for høje korrelationer mellem de inkluderede variable.

Effektstørrelse

Et af spørgeskemaundersøgelsens centrale undersøgelsesspørgsmål er, om de behandlede borgere opnår væsentlige forbedringer fra behandlingens start til slut i den psykiske tilstand målt på trivsel, PTSD, angst, depression og nærtagenhed.

Om der har været en udvikling til det bedre eller det dårligere, kan undersøges ved hjælp af den såkaldte effektstørrelse, som er et statistisk mål. I analysen i kapitel 7 om behandlingen beregnes derfor effektstørrelsen for udviklingen inden for de områder, der måles med de psykometriske test, henholdsvis trivsel, PTSD, angst, depression og nærtagenhed. Effektstørrelsen angiver, hvor stor udviklingen, effekten, har været fra start til slut. Effektstørrelsen er et tal oftest mellem 0 og 1, men kan i teorien være større. Effektstørrelsen beregnes således: $\frac{\text{Gennemsnit}_{\text{post}} - \text{Gennemsnit}_{\text{pre}}}{\text{samlede standardafvigelse}}$.

En måde at tolke effektstørrelsen på er følgende eksempel givet af Cohen: En effektstørrelse på 0,2 er lille tilsvarende højdeforskellen på en 15-årig og en 16-årig pige i USA. En effektstørrelse på 0,5 er en medium størrelse effekt, og er stor nok til, at man kan se den med 'det blotte øje'. En effektstørrelse på 0,8 er stor og nem at se, tilsvarende højdeforskellen på en 13-årig pige og en 18-årig pige (Cohen, 1969).

På baggrund af effektstørrelsen kan man sammenligne effekten af behandlingen i Psykologordningen med effekten af andre behandlinger målt i andre undersøgelser. I denne Vidensindsamling sammenlignes effektstørrelsen for PTSD med effektstørrelsen for PTSD målt i andre undersøgelser af behandling af personer med senfølger efter seksuelle overgreb. Det har ikke været muligt at finde undersøgelser med oplyst effektstørrelse for målgruppen i forhold til trivsel, angst, depression og nærtagenhed.

Faktoranalyse

I analysen er der gjort brug af faktoranalyse. Ideen bag faktoranalyse er at komprimere data, på baggrund af en antagelse om at flere variable tilsammen danner en bagvedliggende latent variabel, et indeks. Inden variablene slås sammen til et indeks, er det først blevet testet, hvor gode variablene er til at danne et indeks (den latente variabel).

I analysen er der helt konkret lavet to indeks for henholdsvis borgerens tilfredshed og psykologens vurdering af behandlingens udbytte (se kapitel 8 og 9 om borgerens og psykologens vurdering af udbyttet af behandlingen). Begge indeks er hver konstrueret på baggrund af fire variable (Tabel 4).

Tabel 4. Oversigt over indeks konstrueret på baggrund af faktoranalyse.

Borgerens tilfredshed med behandlingen (indeks)	Psykologens vurdering af behandlingens udbytte (indeks)
Jeg er blevet afklaret i forhold til, hvad mine problemer består i	Borgeren er blevet afklaret i forhold til, hvad sine problemer består i
Jeg har fået nogle redskaber til at komme videre med mine problemer	Borgeren har fået nogle redskaber til at komme videre med sine problemer
Jeg fik fået løst de problemer, jeg kom med	Borgeren fik løst de problemer, han/hun kom med
Jeg har fået den behandling, jeg havde brug for	Borgeren har fået den behandling, han/hun havde brug for

Tabel 5 viser testværdierne for de to indeks. Testene måler overordnet set på, om der er tale om to pålidelige og endimensionelle indeks. På baggrund af testværdierne kan det konkluderes, at indeksene statistisk set er tilfredsstillende. Derudover giver begge indeks teoretisk set god mening, og må derfor betegnes som værende valide. Til den interesserede læser, forklarer boks 3 nærmere, hvordan de to indeks er konstrueret, og hvad teststørrelserne mere præcist dækker over⁸.

Tabel 5. Faktoranalyse for indeks for borgerens tilfredshed med behandlingen og psykologens vurdering af behandlingens effekt

	Borgerens tilfredshed med behandlingen (indeks)	Psykologens vurdering af behandlingens effekt (indeks)	Minimumsværdier for testene
KMO	0,8	0,8	Min 0,5, helst over 0,7
Eigenvalue	2,7	2,9	Over 1
Cronbachs Alpha	0,8	0,9	Min. 0,7

⁸ Forelæsning af Lektor Henrik Lolle, Institut for politik, økonomi og forvaltning, Aalborg Universitet.

www.samf.aau.dk/~lolle/.../Efteraar_2006/OH_Lektion12_2006.ppt

Boks 3. Fremgangsmåde for faktoranalysen

Først er det blevet undersøgt, om de udvalgte variable tilsammen danner to endimensionelle indeks for henholdsvis 1) borgerens tilfredshed med behandlingen og 2) psykologens vurdering af behandlingens udbytte.

Kaiser-Meyer-Olkin testen (KMO) viser, om variablene 'klumper sammen', og derfor kan anvendes til faktoranalyse. KMO skal helst være over 0,5 og gerne omkring 0,7 eller derover. For de to indeks er KMO på henholdsvis 0,8 for borgerens tilfredshed og 0,8 for psykologens vurdering af behandlingens effekt

Eigenvalues viser, hvor stor en andel af variationen, hver enkelt indeks forklarer (af værdierne på variablene i analysen). Eigenvaluen skal være over 1. For de to indeks er Eigenvaluen på henholdsvis 2,7 for borgerens tilfredshed og 2,9 for psykologens vurdering af behandlingens udbytte, hvilket er tilfredsstillende.

Pålideligheden af de to indeks er også blevet testet. Testen er blevet lavet med udgangspunkt i en *item-to-scale* korrelationsmatrice og *Cronbachs Alpha*. Førstnævnte er et udtryk for korrelationen mellem den enkelte variabel og det dannede indeks. Korrelationerne mellem de enkelte variable og indekset skal som tommelfingerregel være minimum 0,3. Cronbachs Alpha er et enkelt mål for, hvor godt variablene i indekset korrelerer indbyrdes, Cronbachs Alpha skal være minimum 0,7. Begge disse kriterier er opfyldt for de to dannede indeks.

Fravær af en kontrolgruppe

Som nævnt i kapitel 1 har det grundet etiske og praktiske forhold ikke været muligt at konstruere en kontrolgruppe og dermed sikre en effektmåling. Set i et analytisk perspektiv kunne det have været hensigtsmæssigt, hvis gruppen af visiterede, var blevet tilfældigt opdelt i en kontrolgruppe og en undersøgelsesgruppe. Dermed vil det have været muligt at tilskrive ændringer i de behandlede borgers psykiske tilstand til selve behandlingen. Da der ikke er en kontrolgruppe, kan effekten af behandlingen ikke udelukkes, at skyldes forandringer over tid. Havde der været inddraget en kontrolgruppe, og var selektionen til kontrolgruppen og undersøgelsesgruppen tilfældig, vil tid og andre sociale forhold som forklaring på den psykiske udvikling kunne udelukkes.

Sammenligningsgrundlag

I kapitel 5 og 6 om borgerens aktuelle livssituation og borgernes fortid beskrives borgerne i forhold til opvækstbaggrund, nuværende familieforhold, sociale relationer og sociodemografiske forhold. Hvor det er muligt, sammenlignes borgerne med den almene befolkning på baggrund af tal fra Danmarks statistik med henblik på at vurdere, i hvilken grad borgerne i Psykologordningen adskiller sig fra den almene befolkning. Som sammenligningsår anvendes året 2010, da det ligger cirka midt i perioden for data fra Psykologordningen. Data er netop indsamlet for personer, der har været i Psykologordningen fra medio 2008 til ultimo 2011.

For en væsentlig andel af spørgsmålene er det imidlertid ikke muligt at sammenligne med den almene befolkning, da de anvendte spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen, kun er stillede til borgerne i Psykologordningen. Det betyder, at der for disse spørgsmål ikke kan drages konklusioner i forhold til, om borgerne i Psykologordningen adskiller sig signifikant på de målte områder, fra den almene befolkning. Det er væsentligt at påpege, at en kontrolgruppe ikke ville have løst denne problem-

stilling, da en kontrolgruppe ville bestå af borgere med senfølger efter seksuelle overgreb, som ikke havde fået behandling. En sådan kontrolgruppe vil netop ikke kunne anvendes til at konkludere om borgere med senfølger efter seksuelle overgreb, på en række områder adskiller sig signifikant fra den almene borger.

Etik i spørgeskemaundersøgelsen

Alle borgere i ordningen har i deres ansøgning om at blive visiteret til ordningen skrevet under på, at de er indforstået med, at det er et krav for at opnå den gratis behandling, at de deltager i spørgeskemaundersøgelsen.

Spørgeskemaundersøgelsen er anmeldt rettidigt til Datatilsynet, som har givet tilladelse hertil. Alle resultater og data vil, når Socialstyrelsen har offentliggjort nærværende Vidensindsamling, blive indleveret til Dansk dataarkiv.

4. Fra ansøgning til behandling - om undersøgelsespopulationen

I dette kapitel præsenteres først flowet af ansøgere, der har været igennem Psykologordningen i hele projektperioden. Disse borgere har vi oplysninger fra i kraft af vores databank, hvori alle ansøgere er registreret, når de har ansøgt ordningen. Dernæst præsenteres undersøgelsesgrundlaget baseret på spørgeskemaer. Modsat databanken er der ikke oplysninger på samtlige borgere i spørgeskemaundersøgelsen. Herefter følger spørgeskemaundersøgelsens bortfaldsanalyse, hvor der ses nærmere på, om der er signifikante forskelle mellem de visiterede borgere, der møder frem hos psykologen, og de borgere der aldrig møder op. Endelig ses der nærmere på antal timer og udeblivelser blandt borgerne i psykologordningen baseret på spørgeskemaoplysninger.

Undersøgelsesspørgsmålene for kapitlet er:

- Hvad er datagrundlaget for Vidensindsamlingen?
- Er der forskel på de borgere, som efter visitering magter at møde op hos psykologen, og de borgere, der ikke gør?

Ansøgerne - databaseoplysninger

Figur 1 og 2 næste side er baseret på oplysninger fra en database fra administrationen af ordningen herunder fakturering af behandlinger. Databasen er en fuldstændig opgørelse af borgere i Psykologordningen og udgør Psykologordningens totalpopulation.

Antal ansøgere

Figur 1 viser grafisk, hvordan alle ansøgerne fordeler sig i ordningens forskellige faser fra ansøgning til færdigbehandling hos psykolog. I alt blev der i perioden fra 15. august 2008 til 4. juli 2011⁹ modtaget 1.610 ansøgninger til Psykologordningen. Blandt disse fortrød eller annullerede 126 borgere deres ansøgning, og 52 ansøgninger blev modtaget, mens der var midlertidigt stop for ansøgninger¹⁰, og de talte derfor ikke med. I praksis søgte flere af disse borgere senere ordningen efter den midlertidige pause. Der blev således i alt viderebehandlet 1.484 ansøgninger i Psykologordningen 2008-2011. Heraf blev 16 borgere opgivet på grund af manglende kontaktinformation, og ligeledes blev 64 borgere opgivet, da de ikke tog telefonen i forbindelse med visitationssamtalen, og heller ikke reagerede på et opfølgende brev om fortsat interesse i ordningen.

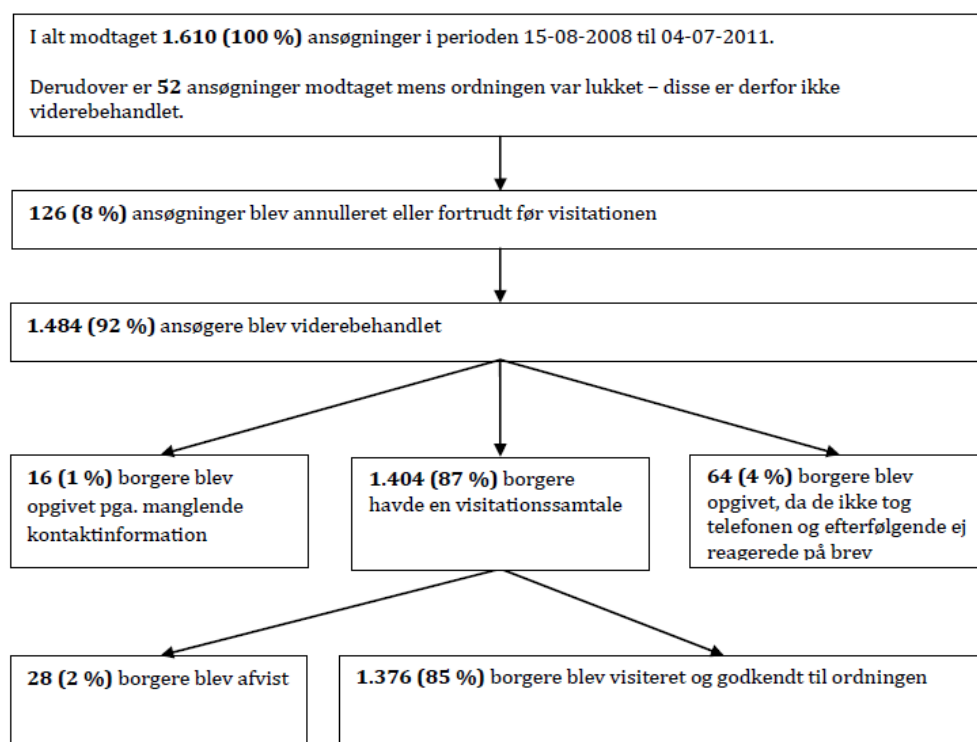
⁹ Når der ikke er medregnet borgere, som har ansøgt ordningen efter 4. juli 2011 skyldes det at den sidste del af 2011 blev finansieret af andre midler end Satspulje 2008, og det blev besluttet, at der ikke skulle laves vidensopsamling på denne fortsættelse, da man ikke ville kunne nå at få skemaerne i hus og behandlingen afviklet i rette tid i forhold til vidensopsamlingen.

¹⁰ Der har været perioder med midlertidige stop for ansøgninger pga. for mange ansøgere til ordningen, men der har været visiteret til ordningen i hele perioden.

Visiterede ansøgere

I alt opnåede 1.404 borgere at få en visitationssamtale (se Figur 1). Deraf blev 28 borgere afvist i visiteringen, fordi de ikke opfyldte visitationskriterierne, fx ikke at have erindring om overgrebet eller at være for psykiske dårlige til at kunne profitere af behandlingen. 1.376 borgere blev således godkendt til at starte i et gratis behandlingsforløb på de 11 timer svarende til 85 procent af ansøgerne.

Figur 1. Oversigt over bortfald blandt ansøgere til Psykologordningen. Databaseoplysninger.

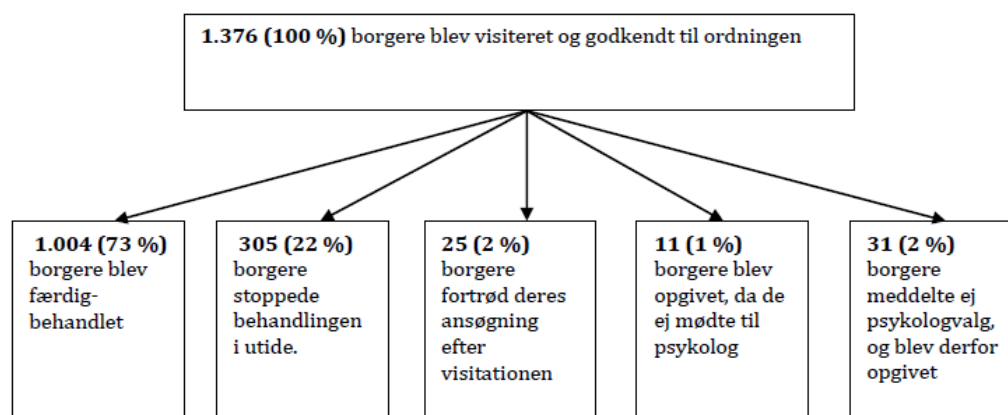


Borgere i behandling

Figur 2 viser, af blandt de 1.376 visiterede borgere var der 31, der aldrig valgte psykolog, og som ikke reagerede på henvendelser fra Socialstyrelsen, og derfor blev opgivet. Ligeså blev 11 borgere opgivet, da de aldrig mødte op hos psykologen. Desuden meddelte 25 borgere, at de havde fortrudt deres ansøgning. Således endte det med, at der i alt var 1.004 borgere, der blev færdigbehandlet under ordningen, mens 305 borgere stoppede deres behandling i utide. I alt mødte der **1.309** borgere op til behandling hos psykologen.

Samlet set var der således 1.004 borgere, der færdiggjorde deres behandling ud af de i alt 1.610 ansøgende borgere svarende til 62 procent. Ud af de 1.376 visiterede og godkendte borgere til ordningen fuldførte 73 procent behandlingen svarende til de 1.004 færdigbehandlede borgere.

Figur 2. Oversigt over bortfald blandt ansøgere til Psykologordningen. Databaseoplysninger.



I denne undersøgelse stoppede 22 procent af borgerne behandlingen i utide (se Figur 2). Til sammenligning har psykiater, Morten Fenger foretaget en undersøgelse af 2.473 ikke-psykotiske patienter som blev tilbudt psykiatrisk behandling på Psykoterapeutisk Center Stolpegård. Patienterne på Stolpegården blev henvist fra egen læge eller Psykiatriske afdelinger i Regionen. Gennemsnitligt ventede patienterne 3-5 måneder fra henvisning til behandlingen blev påbegyndt. 80 procent var dagpatienter og 20 procent indlagte patienter. Behandlingen var hovedsageligt gruppeterapi, strækkende sig over 16-20 sessioner af 2½ times varighed. Patienter med angst og depression blev tilbudt kognitiv-adfærds gruppeterapi, mens patienter med spiseforstyrrelser modtog narrativ gruppeterapi. Patienter med personlighedsforstyrrelser fik hovedsageligt psykodynamisk, gruppeterapi. Indskrevne patienter har også modtaget miljøterapi. Patienter, som ikke egnede sig til gruppeterapi fik individuel terapi, gennemsnitligt 10 sessioner. Blandt denne gruppe af ikke-psykotiske patienter var andelen, der stoppede i utide, 11,7 procent (Fenger et al, 2011). Fra-faldet i løbet af behandlingen er dermed højere blandt borgerne i Psykologordningen end blandt gruppen af ikke-psykotiske patienter på Stolpegården. En af årsagerne til denne forskel kan være, at gruppeterapien i højere grad har været med til at fastholde Stolpegårdens patienter i behandlingsforløbet.

På den anden side viser den danske undersøgelse af de ikke-psykotiske patienter på Stolpegården, at blandt denne gruppe dukkede 27 procent ikke op til behandling (Fenger et al., 2011). I Psykologordningen var andelen betydeligt lavere, nemlig 5 procent¹¹ (jf. Figur 2). Det kunne tyde på, at gruppen af visiterede borgere til Psykologordningen er særligt motiveret for at modtage behandlingen, siden de i højere grad mødte op end de ikke-psykotiske patienter på Stolpegården. Dette skal sandsynligvis ses i lyset af det faktum, at borgerne i visitationen bliver sporet ind på hvilke problemstillinger, de kan arbejde med i behandlingen, og at borgerne gennem administrationen af Psykologordningen understøttes i deres proces fra ansøgning til behandling (se evt. kapitel 2 om disse forhold). Der er således noget der tyder på, at man kan flytte baren for, hvornår svage borgere kan motiveres til at modtage hjælp og møde op til hjælpen ved at give dem en særlig støtte i forløbet. En formodning kunne dog være, at det til gengæld er nogle af disse borgere, der ender med at stoppe behandlingen i utide – jf. at andelen der stopper i utide i Psykologordningen er større end blandt de 2.473 ikke-psykotiske patienter på Stolpegården. Fremad-

¹¹ 2 procent fortrød deres ansøgning, 1 procent blev opgivet, da de aldrig fremmødte og 2 procent meldte aldrig psykologvalg. Samlet set var der dermed 5 procent af de godkendte og visiterede borgere, som aldrig fremmødte hos psykologen.

rettet kan der derfor i Psykologordningen være behov for fortsat at arbejde med fastholdelse af borgerne i behandlingen.

Ikke data fra samtlige borgere i Psykologordningen 2008-2011

Ovenstående Figur 1 og 2 viser det reelle antal ansøgere til ordningen baseret på fuldstændige databaseoplysninger. I forbindelse med Psykologordningen er der som nævnt blevet udfyldt spørgeskemaer for hver enkel borger, der er blevet visiteret. Det er imidlertid ikke alle borgere, der er startet i behandling, for hvem alle spørgeskemaer er udfyldt. Det skyldtes for det første, at nogle var for dårlige til at udfylde et skriftligt spørgeskema ved egen hjælp, for det andet at nogle glemte det, og der ikke blev fulgt op af den behandlende psykolog. Og for det tredje, at Psykologordningen startede op med at visitere, inden spørgeskemaerne og metodedesignet for evalueringen var endeligt udarbejdet¹². Ideelt set skulle der være samtlige fire spørgeskemaer for de 1.004 færdigbehandlede borgere samt de 305 borgere, der stoppede behandlingen i utide, 1.309 borgere i alt, men det er således ikke tilfældet.

Socialstyrelsen har modtaget skemaer fra i alt 1.104 borgere, der har modtaget behandling hos en af ordningens psykologer. For denne gruppe borgere er der blevet udfyldt et eller flere af de fire skemaer (jf. Figur 3 næste side, samt Tabel 6). I analysen betegnes denne gruppe af borgere som population 1. Det er således vigtigt at være opmærksom på, at de 1.104 borgere ikke er det reelle antal borgere, der har været ved psykolog, men det antal borgere, der er spørgeskemadata fra. Det reelle antal fremgår af Figur 2, og er de 1.004 færdigbehandlede borgere, samt de 305 borgere, der stoppede behandlingen i utide, i alt 1.309. Dermed er der spørgeskemadata fra 84 procent af borgerne i Psykologordningen, der har været ved psykolog.

Tabel 6. Oversigt over antal borgere i Psykologordningen og antal/andel borgere heraf, som der er spørgeskemadata fra

Antal borgere i alt, der er mødt op hos psykologen (databaseoplysninger)	Antal borgere, der er mødt op hos psykologen, som har udfyldt spørgeskemaer	Andel borgere, der er mødt op hos psykologen, som har udfyldt spørgeskemaer
1.309	1.104	84 %

Databaseoplysninger samt visitationsskemaet, skema 1 og skema 3.

Population 1 og delpopulation 1A

I analysen tages der udgangspunkt i det antal borgere, som der er spørgeskemadata fra, og her er population 1 som nævnt de 1.104 borgere, som har været ved psykolog, og som der foreligger spørgeskemaoplysninger på (se Figur 3, næste side). Blandt denne gruppe er der blevet udfyldt visitationsskemaer for de 97 procent¹³, skema 1 (førermålingen) for 90 procent, skema 2 (eftermålingen) for 65 procent, og skema 3 (psykologens skema) for 83 procent. Der er dermed et væsentligt frafald i antallet af borgere, som har udfyldt skema 2, eftermålingen. Psykologerne i ordningen har forklaret, at frafaldet primært skyldes tre forhold:

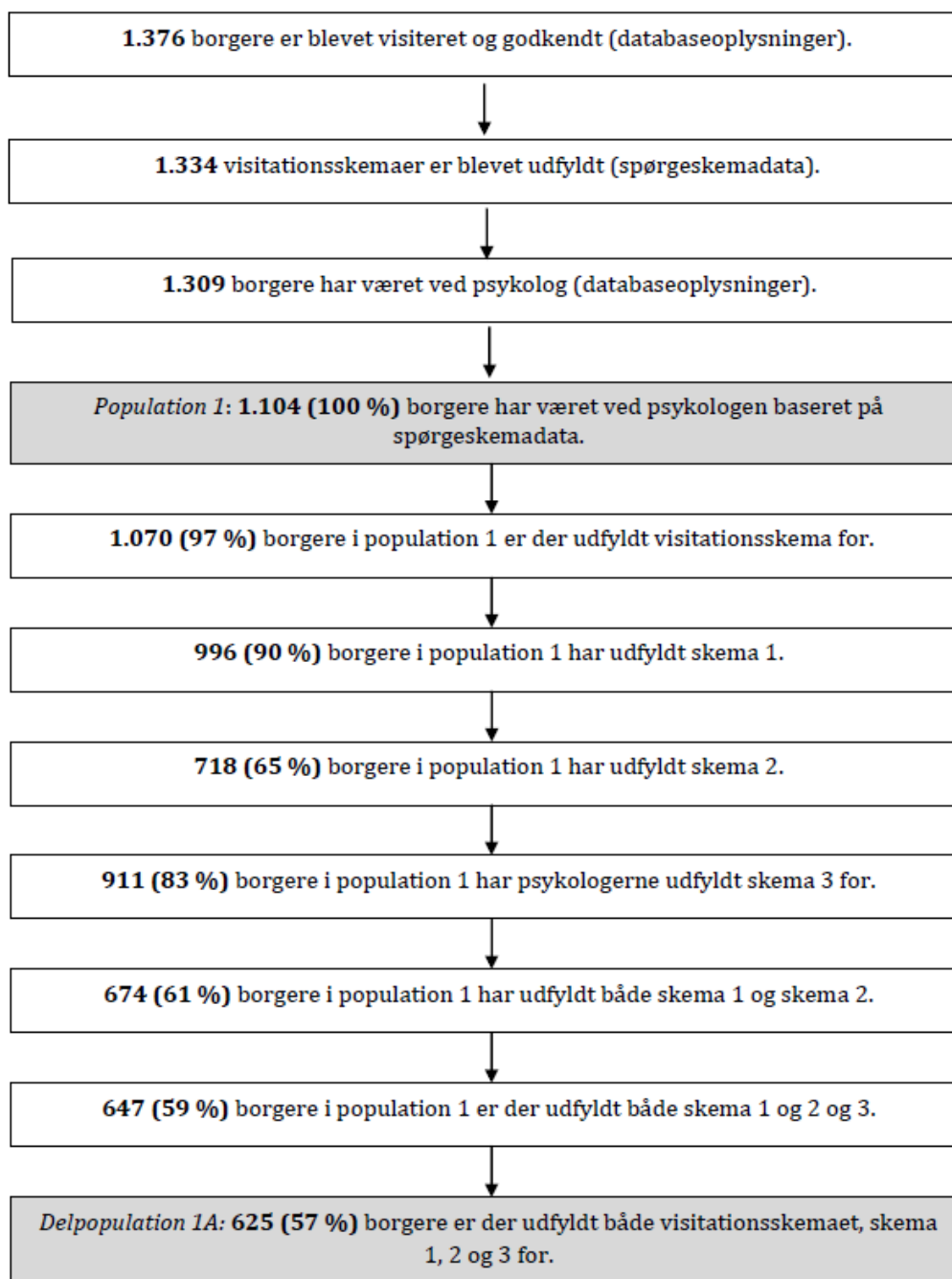
¹² Socialstyrelsen blev bedt om at igangsætte psykologbehandlingen hurtigst muligt, da der havde været en pause fra den forrige ordning stoppede i 2007 og frem til den nye ordning kunne gå i gang i 2008. Det betød, at Vidensindsamlingen ikke var klar til at følge ordningen fra dens begyndelse.

¹³ Psykologordningen startede op inden evalueringen var gået i gang, hvorfor der for 3 % af borgerne ikke er visitationsskemaer. Ved Psykologordningens opstart blev der anvendt et andet visitationsskema. Spørgsmålene på dette visitationsskema var ikke direkte overførbare til det endelige visitationsskema, der blev udarbejdet i forbindelse med Vidensindsamlingen.

- Borgeren har glemt at medbringe skemaet til den sidste behandling.
- Borgeren er stoppet før tid, og har ikke fået afleveret skemaet.
- Sproglige barrierer eller andre manglende kompetencer kan også betyde, at skemaet ikke blev udfyldt.

For 57 procent af borgerne, der har været ved psykologen, er der udfyldt alle fire skemaer. De 57 procent er en delpopulation af population 1 og betegnes som delpopulation 1A.

Figur 3: Oversigt over spørgeskemadata

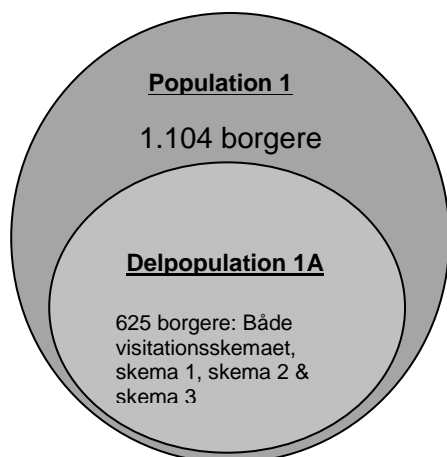


Analyserne i denne spørgeskemaundersøgelse vil enten være baseret på:

- Population 1, dem der har været ved psykologen, i alt 1.104 borgere eller
- Delpopulation 1A, dem alle fire skemaer er udfyldt for, i alt 625 borgere

Delpopulation 1A er som sagt en delpopulation af population 1, som illustreret af nedenstående Figur 4.

Figur 4. Oversigt over population 1 og delpopulation 1A.



Analysen baseret på visitationsskemaet og skema 1 tager altid udgangspunkt i population 1 (se Figur 5). Analyser baseret på skema 2 eller alle skemaer tager altid udgangspunkt i delpopulation 1A. Analyser baseret på skema 3 vil afhængigt af hvad, der er mest validt, tage udgangspunkt i population 1 eller delpopulation 1A. I de enkelte analyser er det angivet hvilken population, der er taget udgangspunkt i.

Figur 5. Oversigt over spørgeskemaerne og analysepopulation

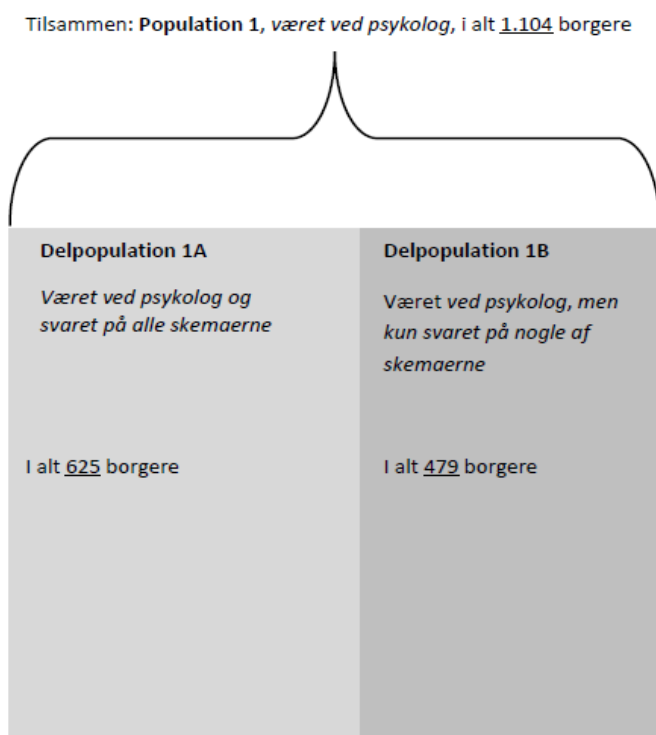
Skema	Population
Visitationsskemaet	<u>Population 1</u> <i>Alle, der har været ved psykolog, 1.104</i>
Skema 1, førmålingen	<u>Population 1</u> <i>Alle, der har været ved psykolog, 1.104</i>
Skema 2, eftermålingen	<u>Delpopulation 1A</u> <i>De, som alle 4 skemaer er udfyldt for, 625</i>
Skema 3, psykologens skema	<u>Population 1</u> <i>Alle, der har været ved psykolog, 1.104</i>
	Eller <u>Delpopulation 1A</u> <i>De, som alle 4 skemaer er udfyldt for, 625</i>
Alle skemaerne	<u>Delpopulation 1A</u> , <i>De, som alle 4 skemaer er udfyldt for, 625</i>

Sammenligning af Delpopulation 1A versus Delpopulation 1B

Da analyserne enten baseres på population 1 eller delpopulation 1A, er det blevet undersøgt, om borgerne i population 1A adskiller sig signifikant fra de borgere, der kun er en del af population 1, og *ikke* en del af delpopulation 1A. Med andre ord foretages en sammenligning mellem borgere, der har været ved psykolog, og som der er udfyldt *alle* skemaer for (delpopulation 1A), og borgere, der har været ved

psykolog, og som der kun er udfyldt *nogle* skemaer for (delpopulation 1B). Tilsammen udgør de to delpopulationer, population 1, som illustreret i Figur 6.

Figur 6. De to delmængder i population 1



Formålet er at fastslå, om analyser foretaget på delpopulation 1A kan generaliseres til at omfatte alle borgere i Psykologordningen, som har været i behandling, det vil sige Population 1. Delpopulation 1A, hvor alle skemaer er udfyldt for borgerne i ordningen, er særlig vigtig i en analytisk sammenhæng. For denne gruppe er det nemlig muligt at undersøge forandringer hos borgeren, da der er data både før og efter behandling, og disse forandringer kan relateres til andre oplysninger givet i de øvrige skemaer. Konkret er det derfor blevet undersøgt, om de 625 borgere fra delpopulation 1A adskiller sig fra de 479 borgere fra delpopulation 1B. Hvis der *ikke* er signifikante forskelle mellem de to delpopulationer, må det antages, at resultater opnået ved analyser af delpopulation 1A, hvor alle skemaer er udfyldt, også vil være gældende for hele Population 1. For at undersøge om der er signifikante forskelle mellem delpopulation 1A og 1B, er der foretaget en sammenligning af oplysninger givet i visitationsskemaet om baggrundsfaktorer som køn, alder, overgrebshistorie, familietype og socioøkonomiske forhold (se Tabel 7).

Der er ikke forskel på kønsfordelingen blandt de borgere, der har svaret på nogle eller alle skemaer (se Tabel 7). Derimod er de borgere, der har svaret på alle skemaer, signifikant ældre, end de borgere, der kun har svaret på nogle af skemaerne. De, der har svaret på alle skemaer, adskiller sig *ikke* fra de borgere, der kun har svaret på nogle af skemaerne i forhold til overgrebshistorie. Der er heller ikke forskel de to grupper imellem, i forhold til om man er i parforhold, eller har børn. Endvidere er der ikke forskel på de to grupper, når der ses på arbejdsmarkedstilknytning. Derimod er der et højere uddannelsesniveau blandt borgere, som har svaret på alle skemaerne, end blandt borgere, der ikke har svaret på alle skemaer. Samlet set ser Delpopulation 1A ud til at bestå af lidt ældre borgere med et lidt højere uddannelsesniveau end det er tilfældet i Delpopulation 1B, mens overgrebshistorien er ret ens de to grupper imellem. Vidensindsamlingens resultater baseret på Delpopulation 1A er

dermed tilnærmelsesvis generaliserbar for hele gruppen af borgere, der har fået psykologsamtaler, Population 1.

Tabel 7. Sammenligning: De borgere, hvor der er udfyldt alle fire skemaer (Delpopulation 1A), versus de borgere, der har udfyldt nogle af skemaerne (Delpopulation 1B).

Baggrund	Forskel	Beskrivelse ved signifikant forskel
Køn	Ingen signifikant forskel	
Alder	Signifikant forskel**	De, der har svaret på alle skemaer er signifikant ældre, end de, der kun har svaret på nogle skemaer.
Alder ved første overgreb	Ingen signifikant forskel	-
Varighed af overgrebet	Ingen signifikant forskel	-
Familietype	Ingen signifikant forskel	-
Biologisk relation til krænker	Ingen signifikant forskel	-
Boede med krænker	Ingen signifikant forskel	-
Relation til krænker	Ingen signifikant forskel	-
Har en partner	Ingen signifikant forskel	-
Børn	Ingen signifikant forskel	-
Familieform (børn/partner)	Ingen signifikant forskel	-
Arbejdsmarkedstilknytning	Ingen signifikant forskel	-
Højeste skoleuddannelse	Signifikant forskel **	De, der har svaret på alle skemaerne, har oftere en gymnasial uddannelse, end de, der ikke har svaret på alle skemaerne. De, der ikke har svaret på alle skemaerne, har oftere ikke afsluttet folkeskolen, eller har folkeskolen som højst afsluttede skoleuddannelse.
Højeste erhvervskompetencegivende	Tendens til forskel *	De, der har svaret på alle skemaerne, har i højere grad gennemført en videregående uddannelse, end de, der ikke har svaret på alle skemaerne.

*** $P \leq 0,01$, ** $P \leq 0,05$ * $P \leq 0,1$. I Bilag 3 forefindes krydstabellerne, som ligger til grund for analysen.

Bortfaldsanalyse

Der er foretaget en bortfaldsanalyse for at undersøge, om der er forskel på den gruppe af borgere, der *ikke* mødte op hos psykologen, og den gruppe, der mødte op hos psykologen (Population 1). Derudover kan bortfaldsanalysen anvendes til at vurdere, om Vidensindsamlingens resultater baseret på Population 1 (og med ovennævnte forbehold, Delpopulation 1A) kan generaliseres til også at omfatte de borgere, der *ikke* mødte op hos psykologen, eller om det må fastslås, at de visiterede og godkendte borgere, der falder fra, har en anden baggrund, end de der møder op.

Forskellige tal i databasen og i spørgeskemadata om frafaldne

I bortfaldsanalysen tages der udgangspunkt i [data fra visitationsskemaet](#), da det er i spørgeskemadata, at der er socioøkonomiske informationer samt informationer om

krænkerhistorien. Der blev i alt visiteret 1.376¹⁴ borgere til Psykologordningen. Spørgeskemadata fra visitationsskemaet viser, at 81 procent af borgerne, der er udfyldt spørgeskemaer for, mødte op hos psykologen, mens 19 procent aldrig kom frem til psykologen (Se Tabel 8).

Tabel 8. Andel og antal borgere, der henholdsvis har været og ikke været ved psykolog

Visiterede borgere, der har været ved psykolog	Visiterede borgere, der ikke mødte op hos psykologen	I alt
81 % (1.104)	19 % (264)	100 % (1.368)

Anm. Visitationsskemaet.

Dette er imidlertid andre tal end tallene fra databasen over totalpopulationen. Ifølge tallene fra databasen er det 5 procent, der *ikke* møder op hos psykologen (jf. Figur 2). Databasetallene er som tidligere nævnt baseret på fuldstændige oplysninger om alle ansøgere, og bygger *ikke* på spørgeskemadata. Ansøgerne er i databasen blevet registret ved henvendelse, og derudover er databasen baseret på fakturaoplysninger fra psykologerne. Uoverensstemmelsen mellem de 19 procent ikke fremmødte borgere hos psykologen baseret på spørgeskemadata, og de 5 procent ikke fremmødte borgere baseret på databasetal skyldes, at der er nogle borgere, som der ikke er blevet udfyldt spørgeskema 1 (borgerens førmåling) og spørgeskema 3 (psykologens) for. Disse borgere kommer derfor til at fremstå som udeblivende i spørgeskemadataet, selvom de rent faktisk mødte op hos psykologen.

Det betyder, at nedenstående bortfaldsanalyse skal tages med væsentligt forhold, da nogle af de borgere, der indgår i analysen som *frafaldne*, *har været* hos psykologen. Spørgeskemadata er dermed ufuldstændigt. Der kan derfor være et repræsentativitetsproblem i bortfaldsanalysen, hvorfor resultaterne fra denne skal tages med et forbehold

Forskelle mellem fremmødte og ikke-fremmødte baseret på spørgeskemadata

I bortfaldsanalysen undersøges det på baggrund af oplysninger i visitationsskemaet om en række baggrundsfaktorer så som køn, alder, uddannelsesbaggrund, familietype og overgrebshistorie har en forklaringskraft i forhold til, om borgeren falder fra eller ej i processen fra visitation til første behandling hos psykologen.

Tabel 9 viser, at køn og alder ikke har betydning for sandsynligheden for, om borgeren møder op til første behandling hos psykologen eller ej. Der er heller ikke signifikant forskel på, om borgeren møder op eller ej i forhold til *borgernes alder ved første overgreb, deres relation til krænker, om de havde en biologisk relation til krænker, og om de boede med krænker*. De borgere, der ikke mødte op hos psykologen, har altså *ikke* en anderledes overgrebshistorie indenfor disse områder end de, der mødte op hos psykologen. Derimod er der en tendens¹⁵ til, at de, der mødte op hos psykologen, er blevet udsat for overgreb i en kortere periode, end de, der aldrig mødte op hos psykologen. Det kan tyde på, at de, der har været udsat for overgreb i lang tid, kan have sværere ved at finde modet til at møde op til behandling, selv om de har ansøgt og fået en hjælpende hånd undervejs.

¹⁴ Der mangler journalnumre på 8 borgere ud af de 1.376 borgere. Derfor er det samlede antal i Tabel 8 1.368.

¹⁵ $P \leq 0,1$

Når man ser på familieforhold, er der en tendens til en forskel¹⁶ mellem de to grupper af borgere. De, der har været ved psykologen, kommer i højere grad fra en kernefamilie med begge biologiske forældre, mens de, der *ikke* mødte op hos psykologen, i højere grad kommer fra en enlig familie med biologisk mor eller biologisk far eller fra en sammenbragt familie. Derudover er der en tendens¹⁷ til, at borgere, der kom hos psykologen, i højere grad har børn, end de borgere, der aldrig mødte frem. Dette resultat stemmer overens med den kliniske erfaring på feltet. Dr. med. Marianne Lau, Psykoterapeutisk Center Stolpegården udtaler, at *"en motivationsfaktor for at søge behandling kan være i forbindelse med rolleskift, eksempelvis når man får en kæreste, får børn, eller ens egne børn har den alder, som man selv havde ved den første krænkelse"*.

Der er signifikant forskel på uddannelsesniveaut mellem de to grupper, hvor borgere, der mødte op hos psykologen, har en længere skoleuddannelse, end de, der aldrig mødte op. Borgere, der har været ved psykologen, har oftere en gymnasial uddannelse, end de, der ikke har. De, der ikke mødte op hos psykologen, har oftere *ikke* afsluttet folkeskolen, eller har folkeskolen som højst afsluttede skoleuddannelse.

Derudover er der en tendens¹⁸ til, at de, der har været ved psykologen, i højere grad har gennemført en videregående uddannelse, end de, der ikke mødte op. I overensstemmelse hermed, viser førømtalte danske undersøgelse af 2.473 ikke-psykotiske patienter på Psykoterapeutisk Center Stolpegården, at også blandt denne gruppe steg risikoen for ikke at fremmøde, hvis patienten kun havde ni års grundskole som uddannelsesbaggrund (Fenger et al., 2011)¹⁹. Uddannelsesniveau er altså en væsentlig faktor i forhold til fremmøde til behandlingen.

¹⁶ P≤0,1

¹⁷ P≤0,1

¹⁸ P≤0,1

¹⁹ Undersøgelsen er baseret på et naturligt eksperiment, hvor 2.473 ikke-psykotiske patienter blev tilbudt fortløbende psykoterapeutisk behandling på psykiatriske afdelinger. Undersøgelsens formål var at vurdere betydningen af demografiske og kliniske forhold på fremmødet til behandlingen, og herunder hvilke forhold der øgede risikoen for manglende fremmøde og frafald (Fenger, 2011).

Tabel 9. Bortfaldsanalyse. De borgere, der har været ved psykologen (Population 1) versus de, der er blevet visiterede, men ikke mødte op ved psykologen.

Baggrund	Forskel	Beskrivelse ved signifikant forskel
Køn	Ingen signifikant forskel	
Alder	Ingen signifikant forskel	
Alder ved første overgreb	Ingen signifikant forskel	
Varighed af overgrebet	Tendens til forskel ^	De, der har været ved psykologen har været udsat for overgreb i kortere tid, end de, der ikke mødte op hos psykologen.
Familietype	Tendens til forskel ^	De, der har været ved psykologen kommer i højere grad fra kernefamilie med begge biologiske forældre, mens de, der ikke mødte op hos psykologen, i højere grad kommer fra enlig familie med biologisk mor eller biologisk far eller en sammenbragt familie.
Biologisk relation til krænker	Ingen signifikant forskel	-
Boede med krænker	Ingen signifikant forskel	
Relation til krænker	Ingen signifikant forskel	
Har en partner	Ingen signifikant forskel	
Børn	Tendens til forskel ^	De, der har været ved psykologen, har i højere grad børn, end de, der ikke mødte op hos psykologen.
Familieform (børn/partner)	Ingen signifikant forskel	
Arbejde eller uddannelse	Ingen signifikant forskel	
Højeste skoleuddannelse	Signifikant forskel *	De, der har været ved psykologen, har oftere en gymnasial uddannelse, end de, der ikke mødte op hos psykologen. De, der ikke mødte op hos psykologen, har oftere ikke afsluttet folkeskole, eller har folkeskolen som højest afsluttede skoleuddannelse.
Højeste erhvervskompetencegivende uddannelse	Tendens til forskel ^	De, der har været ved psykologen, har i højere grad gennemført en videregående uddannelse, end de, der ikke mødte op hos psykologen.

*** P<= 0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05, ^P <= 0,1. I Bilag 3 forefindes krydstabellerne, som ligger til grund for analysen.

Med afsæt i bortfaldsanalysen, kan spørgeskemaundersøgelsens resultater, baseret på Population 1, dermed kun til en vis grad generaliseres til hele gruppen af borgere, der er blevet visiteret til Psykologordningen. Tendensen er, at de borgere, der mødte op hos psykologen, er mere ressourcestærke, end de borgere, der udeblev fra første

behandling. Desuden er tendensen, at overgrebet har været kortere tid, og at opvækstfamilien oftere har været en kernefamilie hos de borgere, der møder op til behandlingen. Derudover er der en tendens til, at de, der mødte op, oftere har børn samt en længere uddannelse.

Behandlingsforløb: Brug af timer og udeblivelser

I det følgende afsnit ses der nærmere på det antal timer borgere i Psykologordningen har haft, herunder udeblivelser fra behandlingen. Undersøgelgruppen er Population 1, borgere der har været ved psykologen og besvaret alle eller nogle af de fire spørgeskemaer. Det er 74 procent af borgerne, der har fået det maksimale antal på 11 behandlingstimer. 25 procent har dermed fået under 11 behandlinger, mens 1 procent har fået flere end 11 behandlinger²⁰ (se Tabel 10).

Tabel 10. Borgeren i psykologordningen fordelt på forbrugte behandlingstimer. Oplyst af psykologen.

Antal behandlinger hos psykologen	Andel (antal)
1-5 behandlinger	9 % (80)
6-10 behandlinger	16 % (146)
11 behandlinger	74 % (672)
12 eller flere behandlinger	1 % (10)
I alt	100 % (908)

Svarprocent: 82 %. Skema 3. Population 1.

Tabel 11 viser, at 71 procent af borgerne ikke har haft nogen udeblivelser, 16 procent har haft en enkelt udeblivelse, mens 14 procent har haft to eller flere udeblivelser. Det gennemsnitlige antal udeblivelser er 0,5 pr. borger. Der er signifikant flere mænd²¹, der udebliver fra behandlingen. Derudover er der signifikant flere unge, der udebliver fra behandlingen end ældre²². Det kan tyde på, at disse grupper (unge og mænd) kan have behov for tilbud, der i højere grad rummer deres behov og livssituation,

Tabel 11. Borgeren i Psykologordningen fordelt på antal udeblivelser til behandling uden forudgående aflysning. Oplyst af psykologen.

Antal udeblivelser fra behandling hos psykologen	Andel (antal)
0 udeblivelser	71 % (643)
1 udeblivelse	16 % (141)
2 udeblivelser	9 % (82)
3 eller flere udeblivelser	5 % (39)
I alt	100 % (905)

Svarprocent: 82 %. Skema 3. Population 1.

Opsummering

1.610 borgere ansøgte Psykologordningen og i alt 1.376 borgere blev visiterede og godkendt til Psykologordningen. Der var 1.004 borgere, der færdiggjorde deres be-

²⁰ Ganske få borgere har fået mere end 11 behandlinger. Dette skyldes at borgere, der af forskellige årsager har måttet skifte psykolog i forløbet ved særlige omstændigheder har kunnet få et par ekstratimer i den forbindelse.

²¹ P=0,006, Gamma=-0,2

²² P=0,009, Gamma=-0,2

handling ud af de i alt 1.610 ansøgende borgere. Således har 62 procent af de ansøgende borgere færdiggjort behandlingen.

Ud af de 1.376 visiterede og godkendte borgere fuldførte 73 procent behandlingen (1.004 borgere), mens 5 procent ikke mødte op hos psykologen og 22 procent stoppede i utide.

Der er blevet foretaget en undersøgelse af fremmødet blandt ikke-psykotiske patienter på Psykoterapeutisk Center Stolpegården. 80 procent af patienterne var ambulante, 20 procent indlagte, og patienterne blev tilbudt et gruppebehandlingsforløb på 16-20 timer. 27 procent af patienterne mødte ikke op til behandlingen (Fenger et al., 2011). Fremmødet til Psykologordningen har således været betydeligt større, idet andelen der ikke fremmødte har været 5 procent. Det kunne tyde på, at gruppen af visiterede borgere til Psykologordningen er særligt motiveret for at modtage behandlingen. Dette skal sandsynligvis ses i lyset af det faktum, at borgerne i visitationen bliver sporet ind på hvilke problemstillinger, de kan arbejde med i behandlingen, og at borgerne gennem administrationen af Psykologordningen understøttes i deres proces fra ansøgning til behandling. Der er således noget, der tyder på, at man kan flytte baren for, hvornår sårbare borgere kan motiveres til at modtage hjælp ved at give dem en særlig støtte i forløbet. De borgere, der mødte op hos psykologen, er generelt mere ressourcestærke end de borgere, der aldrig mødte op hos psykologen. Omvendt er der flere af borgerne i Psykologordningen, der er stoppet i utide, end blandt de ikke-psykotiske patienter på Stolpegården, 22 procent mod 11,7 procent. I Psykologordningen er der dermed større fremmøde, men til gengæld også flere der falder fra sammenholdt med en lignende patientgruppe i den danske psykiatri. Fremadrettet kan der derfor i Psykologordningen være behov for fortsat at arbejde med fastholdelse af borgerne i behandlingen.

Blandt de borgere, der mødte op hos psykologen, er det gennemsnitlige antal udeblivelser 0,5 pr. borger. Særligt unge og mænd udebliver fra behandlingen.

Der er data på 84 procent af de behandlede borgere svarende til i alt 1.104 personer.

5. Borgerens aktuelle livssituation

Det følgende kapitel omhandler borgernes aktuelle livssituation, herunder deres socioøkonomiske status og psykiske problemstillinger. Undersøgelsesspørgsmålene i dette afsnit er:

- Hvilke sociodemografiske forhold karakteriserer borgerne i Psykologordningen? Adskiller borgerne i ordningen sig på disse forhold fra andre sammenlignelige grupper og fra befolkningen i almindelighed?
- Hvad kendetegner borgerne i Psykologordningens nuværende sociale relationer?
- Hvilke forhold har betydning for, om borgeren i Psykologordning er langtidssygemeldt?

Undersøgelingsgruppen tager sit udgangspunkt i population 1, der som tidligere nævnt er de borgere, der har været ved psykologen. Ved gennemgangen af borgernes nutidige livssituation bliver der enkelte steder sammenlignet med Danmarks befolkning, for at se nærmere på hvorvidt Psykologordningens borgere i forskellige henseender adskiller sig fra den almene befolkning.

De sociodemografiske forhold

Borgernes geografiske placering

Tabel 12 viser den geografiske spredning blandt borgerne i Psykologordningen, fordelt på regioner og sammenholdt med den danske befolkning. Tabellen viser, at der er en signifikant større andel borgere fra Psykologordningen bosiddende i Region Hovedstaden sammenholdt med den almene danske befolkning. 39 procent af borgerne fra Psykologordningen er således bosiddende i Region Hovedstaden mod 31 procent på landsplan. Desuden er Psykologordningens borgere fra Region Midtjylland signifikant underrepræsenteret med 3 procentpoint sammenholdt med befolkningen på landsplan. Borgere fra de øvrige regioner svarer tilnærmelsesvis til befolkningsfordelingen. Der er ikke taget højde for alder og køn i sammenligningen, hvilket betyder, at sammenligningen skal tages med et vist forbehold.

Tabel 12. Borgerne i psykologordningen fordelt på bopæl (region) / Landets regioner opdelt efter fordelingen af henholdsvis Danmarks befolkning og Psykologordningens borgere.

Region	Borgere i Psykologordningen Andel (antal)	Danmarks befolkning Andel (antal)
Hovedstaden	39 % (419)	31 % (1.327.927)
Midtjylland	19 % (205)	22 % (968.001)
Nordjylland	8 % (87)	11 % (454.169)
Syddanmark	20 % (215)	22 % (931.681)
Sjælland	13 % (139)	15 % (637.450)
Andet*	1 % (5)	
I alt	100 % (1070)	100 % (4.319.228)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskemaet. Population 1.

Befolkningstallene er hentet fra Danmarks Statistik, og gælder for personer over 18 år. Pr. 1. januar 2010. Denne tabel kan også ses i kapitel 2.

*Andet: 1 borger fra Grønland, 2 danske statsborgere bosat i Sverige og 2 fra Tyskland.

Overvægt af kvinder

Som det tydeligt fremgår af Tabel 13, er der langt flere kvinder end mænd, der ansøger ordningen. Nærmere bestemt er 89 procent af borgerne i Psykologordningen kvinder mod 11 procent mænd.

Tabel 13. Borgerne i psykologordningen fordelt på køn

Køn	Andel (antal)
Mand	11 % (121)
Kvinde	89 % (949)
I alt	100 % (1070)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskemaet. Population 1.

Aldersgennemsnittet for både kvinder og mænd i Psykologordningen er 37 år. Den yngste i Psykologordningen er 18 år, og den ældste er 76 år. Af Tabel 14 og Tabel 15 fremgår det, hvorledes kvinder og mænd i henholdsvis Psykologordningen og den almene befolkning fordeler sig aldersmæssigt.

Tabel 14 viser, at den største andel af kvinder i Psykologordningen er mellem 18-29 år (31 procent), mens den mindste aldersgruppe er 50 år og derover (14 procent). Således er størstedelen af kvinderne i Psykologordningen under 40 år (61 procent). Når man sammenligner Psykologordningens kvinder med den aldersmæssige fordeling hos den kvindelige del af den almene befolkning, er der en signifikant forskel på aldersfordelingen i de to grupper. Psykologordningens kvinder er overrepræsenteret i alderskategorierne 18-29 år, 30-39 år og 40-49 år. I den ældste alderskategori, 50 år og opefter er kvinderne fra Psykologordningen derimod stærkt underrepræsenteret. Mens 48 procent af kvinderne i den almene befolkning er 50 år eller ældre, gælder det kun 14 procent af kvinderne i Psykologordningen. Overordnet set er kvinderne i Psykologordningen yngre end kvinderne i den almene befolkning, hvilket må ses som et udtryk for, at kvinder søger behandling for senfølger som unge eller midaldrende.

Tabel 14. Kvinder i henholdsvis Psykologordningen og Danmarks befolkning, fordelt på alder.

Aldersgruppe	Kvinder i Psykologordningen Andel (antal)	Kvinder i befolkningen Andel (antal)
18-29 år	31 % (296)	17 % (381.718)
30-39 år	30 % (282)	17 % (368.905)
40-49 år	25 % (235)	18 % (401.525)
50+ år	14 % (136)	48 % (1.046.646)
I alt	100 % (949)	100 % (2.198.794)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskemaet. Population 1. Befolkningstallene er fra Danmarks Statistik, og gælder for personer over 18 år, pr. 1. januar 2010.

Tabel 15 viser den aldersmæssige fordeling for de mandlige borgere i Psykologordningen. Heraf fremgår det, at de fleste mænd er mellem 30 og 39 år (41 procent), hvorimod der er færrest, der er 50 år og ældre (9 procent). I forhold til den mandlige aldersfordeling i den generelle befolkning er der en signifikant større andel 30 til 39-årige mænd i Psykologordningen. Derimod er andelen af mænd i Psykologordningen, der er 50 år og opefter, signifikant underrepræsenteret i forhold til befolkningen – samme tendens som også gør sig gældende for kvinderne i Psykologordningen (se Tabel 14)

Tabel 15. Mænd i henholdsvis Psykologordningen og Danmarks befolkning, fordelt på alder.

Aldersgruppe	Mænd i Psykologordningen Andel (antal)	Mænd i befolkningen Andel (antal)
18-29 år	18 % (22)	19 % (392.523)
30-39 år	41 % (50)	18 % (371.857)
40-49 år	14 % (38)	19 % (412.883)
50+ år	9 % (11)	44 % (943.171)
I alt	100 % (121)	100 % (2.120.434)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskemaet. Population 1. Befolkningstallene er fra Danmarks Statistik, og gælder for personer over 18 år, pr. 1. januar 2010.

Borgernes familieliv

Af Tabel 16 fremgår fordelingen af civilstatus for borgerne i Psykologordningen og den generelle befolkning opdelt på køn. 61 procent af kvinderne og 67 procent af mændene har enten en ægtefælle, samlever eller kæreste, hvilket cirka svarer til andelen i den almene befolkning. Der er således ingen signifikante forskelle mellem borgerne i Psykologordningen og den almene befolkning i forhold til civilstatus. Sammenligningen skal dog tages med visse forbehold. For det første er der ikke taget højde for alder i sammenligningen, hvilket er en væsentlig faktor i forhold til parforhold. For det andet er tallene fra Danmarks Statistik om befolkningstallene baseret på registeroplysninger. Da ikke alle med en kæreste bor sammen med vedkommende, er tallet for den almene befolkning underestimeret. Det er derfor sandsynligt, at der reelt set er signifikant færre borgere i Psykologordningen både kvinder og mænd, som er i et parforhold, sammenholdt med den almene befolkning. En dansk undersøgelse af en klinisk population af kvinder udsat for seksuelle overgreb i barndommen viser i forlængelse heraf, at der blandt denne gruppe af kvinder var signifikant flere skilte og ugifte, og færre gifte sammenholdt med den almene befolkning (Kristensen & Lau, 2007B).

Tabel 16. Borgerne i psykologordningen og i befolkningen fordelt på køn og civilstatus.

Civilstatus	Kvinder i Psykolog- ordningen Andel (antal)	Kvinder i befolkningen Andel (antal)	Mænd i Psykolog- ordningen Andel (antal)	Mænd i befolkningen Andel (antal)
Har en ægtefælle, samlever eller kæreste	61 % (582)	63 % (1.332.137)	67 % (81)	66 % (1.332.098)
Har ikke en ægtefælle, samlever eller kæreste	39 % (366)	37 % (794.245)	33 % (40)	34 % (683.628)
I alt	100 % (1069)	100 % (2.126.382)	100 % (121)	100 % (2.015.726)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskemaet. Population 1.

Befolkningstallene er fra Danmarks Statistik, og gælder for personer over 18 år, pr. 1. januar 2010.

59 procent af borgerne i Psykologordningen har egne eller adoptivbørn, mens 39 % ingen børn har (se Tabel 17). Derudover har 1 procent af borgerne sammenbragte børn, og 1 procent har både egne, adoptivbørn og sammenbragte børn.

Tabel 17. Borgerne i psykologordningen fordelt på børn

Børn	Andel (antal)
Ja, egne eller adoptivbørn	59 % (632)
Ja, sammenbragte børn	1 % (14)
Ja, både egne/adoptivbørn og sammenbragte	1 % (5)
Nej, ingen børn	39 % (413)
I alt	100 % (1064)

Svarprocent: 96 %. Visitationsskemaet. Population 1.

18 procent af borgerne i Psykologordningen bor alene *med* deres børn, mens 38 procent bor alene *uden* børn (se Tabel 18). 27 procent er samboende eller gift, og bor med børn, og 17 procent er samboende, og bor uden børn. Overordnet set bor 55 procent af Psykologordningens borgere uden børn. Det er undersøgt, om der er en sammenhæng mellem borgernes familieform og deres psykiske tilstand målt på symptomer på at være ramt af PTSD, depression og angst, samt på deres trivsel målt ved WHO's trivselsskala. Det viser sig, at der ikke er en sammenhæng mellem familieform og borgerens psykiske tilstand målt på symptomer på PTSD, depression, nærtagenhed og angst, men der er en signifikant sammenhæng mellem familieform og trivsel²³. De borgere, der bor alene uden børn, har signifikant dårligere trivsel end borgere, der bor alene med børn, eller borgere, der er samboende med børn (fremgår ikke af tabel)²⁴. Derudover er der også en kønsforskel. Mændene bor således oftere end kvinderne alene *uden* børn, mens kvinderne oftere end mænd bor alene *med* børn (fremgår ikke af tabel)²⁵.

Tabel 18. Borgerne i psykologordningen, fordelt på familieform ved børn

Familieform	Andel (antal)
Bor alene med børn	18 % (187)
Bor alene uden børn	38 % (407)
Samboende/gift med børn	27 % (287)
Samboende/gift uden børn	17 % (184)
I alt	100 % (1065)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskemaet. Population 1.

Mange er uden for arbejdsmarkedet

Borgerne i Psykologordningen er blevet spurgt om deres tilknytning til arbejdsmarkedet (se Figur 7). 33 procent af borgerne er i arbejde, mens 20 procent er under uddannelse. Derudover er 26 procent hverken i arbejde eller under uddannelse, og 20 procent af borgerne er langtidssygemeldte. Mændene er i signifikant højere grad i arbejde end kvinderne, mens kvinderne i højere grad end mændene er langtidssygemeldte eller under uddannelse²⁶ (fremgår ikke af figuren).

En dansk undersøgelse af en klinisk population af kvinder udsat for seksuelle overgreb i barndommen finder i overensstemmelse hermed, at disse kvinder i signifikant højere grad er udenfor arbejdsmarkedet end den kvindelige, danske befolkningen generelt set (Kristensen & Lau, 2007B).

²³ I Bilag 1 er det beskrevet, hvordan trivsel, PTSD, angst, nærtagenhed og depression er målt.

²⁴ $P < 0,05$, Gamma=0,12.

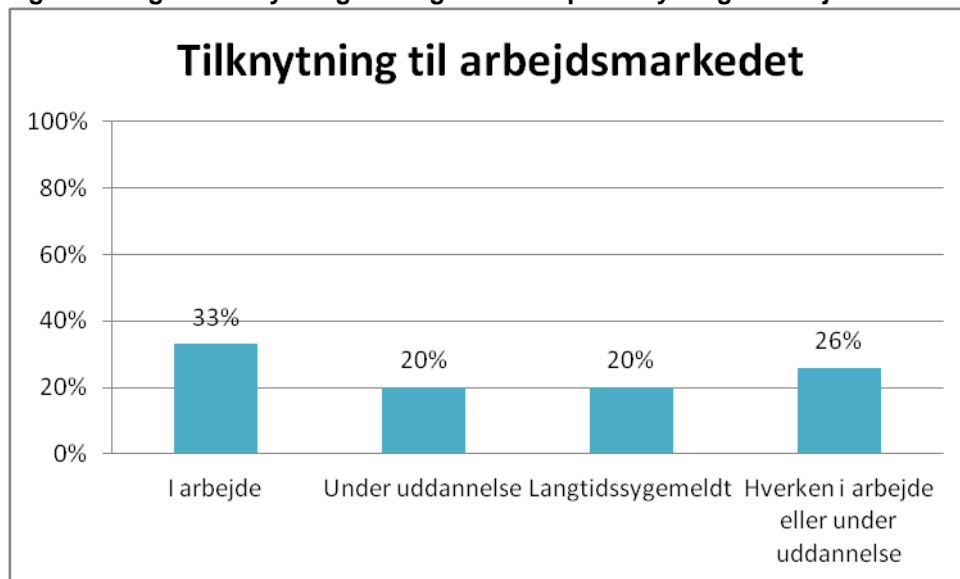
²⁵ $P < 0,0001$, Gamma=0,14.

²⁶ $P < 0,0001$, Gamma=0,23.

I Årsstatistikken over brugerne af landets Frivilligcentre ses det, at arbejdstilknytningen for brugere i behandling på centrene er signifikant lavere end i den øvrige befolkning (Andersen, 2011).

Der er en klar sammenhæng med borgerne i Psykologordningens psykiske tilstand målt ved behandlingens start og deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Har borgeren symptomer på PTSD, er der således større sandsynlighed for, at borgeren er langtidssygemeldt, mens der er en lavere andel med symptomer på PTSD blandt borgerne, der er i arbejde²⁷. Samme mønster gør sig gældende i forhold til symptomer på angst²⁸, depression²⁹, nærtagenhed³⁰ og trivsel³¹ (fremgår ikke af tabel).

Figur 7. Borgerne i Psykologordningen fordelt på tilknytning til arbejdsmarkedet.



Svarprocent: 96 % (1063). Visitationsskemaet. Population 1. Der foreligger ikke nogen sammenligning med den danske befolkning, da disse tal ikke er sammenlignelige med opgørelser i Danmarks Statistikbank eller Jobindsats.dk.

24 procent af borgerne i Psykologordningen er arbejdsløse, og modtager enten dagpenge, kontanthjælp eller ledighedsydelse, og 10 procent af borgerne er førtidspensionister, mens 2 procent er pensionerede (se Tabel 19). Der er således en væsentlig andel af borgerne i Psykologordningen, der står uden for arbejdsmarkedet. Derudover er 9 procent faglærte arbejdere, mens 6 procent er ufaglærte arbejdere. 10 procent af borgerne er funktionærer eller tjenestemænd, mens 4 procent er selvstændige, herunder landmænd. Yderligere er 15 procent under uddannelse, mens 17 procent er i kategorien 'andet'. Andet dækker her over eksempelvis flexjob, efterløn, hjemmegående, løntilskudsstilling, diverse stillingsbetegnelser, revalidering og sygemelding.

²⁷ P<0,0001, Gamma=0,27

²⁸ P<0,0001, Gamma=0,3

²⁹ P<0,0001, Gamma=0,38

³⁰ P<0,0001, Gamma=0,33

³¹ P<0,0001, Gamma=0,32

Tabel 19. Borgerne i psykologordningen fordelt på nuværende hovedbeskæftigelse

Nuværende hovedbeskæftigelse	Andel (antal)
Selvstændig landmand og øvrige	4 % (35)
Medarbejdende ægtefælle	0,2 % (2)
Faglært arbejder	9 % (87)
Ufaglært arbejder	6 % (58)
Funktionær eller tjenestemand	10 % (97)
Lærling eller elev	2 % (19)
Øvrige under uddannelse	15 % (144)
Barsels- eller forældreorlov	1 % (12)
Førtidspensionist	10 % (101)
Pensionist	2 % (21)
Arbejdsløs med dagpenge, kontanthjælp eller ledighedsydelse	24 % (238)
Andet	17 % (171)
I alt	100 % (985)

Svarprocent: 89 %. Skema 1. Population 1. Der foreligger ikke nogen sammenligning med den danske befolkning, da disse tal ikke er tilgængelige i Danmarks Statistikbank.

Af Tabel 20 fremgår borgernes økonomiske situation, som viser, at kun 2 procent af borgerne i Psykologordningen vurderer at befinde sig i en særdeles god økonomisk situation, og 12 procent i en meget god. Derimod befinder 28 procent sig i en mindre god økonomisk situation, og 20 procent opfatter deres økonomiske situation som decideret dårlig. Dog oplever 38 procent af borgerne at være i en middel god økonomisk situation. Den førnævnte danske undersøgelse af en klinisk population af kvinder udsat for seksuelle overgreb i barndommen viser, at disse kvinder havde signifikant dårligere indkomst sammenholdt med den almene befolkning (Kristensen & Lau, 2007B). Blandt borgerne i Psykologordningen har kvinderne signifikant dårligere selv vurderet økonomisk situation sammenholdt med mændene i Psykologordningen³² (fremgår ikke af tabel). Derudover er der en klar sammenhæng mellem borgerne i Psykologordningens psykiske helbred og deres selv vurderede økonomiske situation. De borgere, der har symptomer på PTSD³³, angst³⁴, depression³⁵ og nærtagenhed³⁶ har således signifikant dårligere selv vurderet økonomisk situation. Selve karakteren af overgrebshistorien i form af boede med krænker, overgrebets varighed, krænkers køn, antal krænkere og om borgeren talte om overgrebet, mens det fandt sted, indvirker ikke signifikant på borgerens selv vurderede økonomiske situation. Med andre ord, er det symptomerne på overgrebet og ikke selve overgrebets karakter, der indvirker på borgerens økonomiske situation.

Tabel 20. Borgerne i psykologordningen fordelt på økonomisk situation

Økonomisk situation	Andel (antal)
Særdeles god	2 % (16)
Meget god	12 % (123)
Middel god	38 % (379)
Mindre god	28 % (275)
Dårlig	20 % (202)
I alt	100 % (995)

Svarprocent: 90 %. Skema 1. Population 1.

³² P<0,052, Gamma=0,14.

³³ P<0,0001, Gamma=0,30

³⁴ P<0,0001, Gamma=0,28

³⁵ P<0,0001, Gamma=0,33

³⁶ P<0,0001, Gamma=0,29

Hvilke forhold har betydning for, om borgeren er langtidssygemeldt på undersøgelsestidspunktet?

Hele 20 procent af borgerne i Psykologordningen oplyser, at de var langtidssygemeldte på undersøgelsestidspunktet. Til sammenligning var 2,4 procent af befolkningen i alderen 16-66 år i 2010 på sygedagpenge og 6,7 procent af befolkningen i alderen 16-66 år på førtidspension, tilsammen svarende til 9,1 procent³⁷. Tallene er ikke direkte sammenlignelige, da langtidssygemelding blandt borgerne i Psykologordningen er baseret på borgerens egen vurdering, mens de 9,1 procent er baseret på den andel af befolkningen, der enten modtager sygedagpenge eller førtidspension. Endvidere er der ikke taget højde for køn og alder. Tallene tegner imidlertid et klart billede af, at der er en overhyppighed af langtidssygemeldte på undersøgelsestidspunktet blandt borgerne i Psykologordningen. Der er derfor set nærmere på, hvilke forhold der har betydning for, at borgeren i Psykologordningen er langtidssygemeldt.

Hypotesen har været, at køn og alder spiller ind på risikoen for at være langtidssygemeldt, da disse forhold almindeligvis hænger sammen med sygdom. Derudover er det interessant, om overgrebshistorien og opvækstfamilien har en betydning. Endelig er der set på borgerne i Psykologordningens psykiske helbred ved behandlingens start, da det ganske logisk må formodes at spille sammen med risikoen for langtidssygemeldinger.

Ujusteret logistisk regression

Der er først blevet undersøgt hvilke forhold, der isoleret set har en betydning (se Tabel 21). En ujusteret logistisk regressionsanalyse viser, at kvinder har dobbelt så stor risiko (2,0) for at være langtidssygemeldte som mænd i Psykologordningen. Ligeledes har alder en betydning. Unge op til 29 år har 1,9 gange så stor risiko for at være langtidssygemeldt som borgere i Psykologordningen på 50 år eller derover. Gruppen, der har størst risiko for at være langtidssygemeldt, er de 30-39-årige. Borgere i denne aldersgruppe har 2,8 gange så stor risiko for at være langtidssygemeldt som borgere på 50 år eller ældre. Endelig har de 40-49-årige 2,3 gange så stor risiko for at være langtidssygemeldt som borgere på 50 år eller derover. I den almene befolkning stiger risikoen for førtidspension med alderen. Risikoen for sygedagpenge stiger også med alderen, og toppe for de 40-49-årige, men herefter falder risikoen igen. Mønsteret i forhold til *sygedagpenge* svarer tilnærmelsesvis til mønstret for risikoen for langtidssygemelding blandt borgerne i Psykologordningen³⁸.

Karakteren af overgrebshistorien indvirker derimod ikke på risikoen for langtidssygemelding. Det vil sige, at følgende faktorer: *varigheden af overgrebet, antallet af krænkere, krænkerens køn, hvorvidt borgeren som barn boede med krænker, og om borgeren talte om overgrebet, mens det fandt sted*, ikke har signifikant betydning for borgerens risiko for at være langtidssygemeldt på undersøgelsestidspunktet. Det er her vigtigt at understrege, at dette ikke siger noget om, hvorvidt selve det at være blevet krænket øger risikoen for langtidssygemelding. Taget i betragtning af, at der er en væsentlig overhyppighed af langtidssyge blandt borgere i Psykologordningen, synes det netop plausibelt, at selve overgrebet øger risikoen for at være langtidssygemeldt.

Blev der ikke taget hånd om pasningen af borgeren under opvæksten, stiger risikoen for langtidssygemelding 1,4 gange. Øvrige forhold under opvæksten som eksempel-

³⁷ Jobindsats.dk. Udtræk december 2012.

³⁸ Udtræk fra Jobindsats.dk, se Bilag 3.

vis vold mellem forældrene, forældrevold mod borgeren og dennes eventuelle søskende i barndommen samt psykisk dårligt helbred blandt forældrene, indvirker ikke signifikant på risikoen på, om borgeren er langtidssygemeldt på undersøgelsestidspunktet. Ej heller har det nogen signifikant betydning for borgerens risiko for langtidssygemelding, om forældrene var tilknyttet arbejdsmarkedet, og om de havde et alkohol- eller stofmisbrug i borgerens barndom.

Borgerens psykiske helbred påvirker naturligt risikoen for langtidssygemelding. Har borgeren trivselsproblemer ved behandlingens start, er der 1,4 gange større risiko for, at borgeren er langtidssygemeldt. Her kan det ikke entydigt siges, hvorvidt trivselsproblemerne er årsagen til langtidssygemeldingen, eller om langtidssygemeldingen giver trivselsproblemer. Har borgeren symptomer på PTSD ved behandlingens start, er der 2,9 gange så stor risiko for langtidssygemelding, sammenholdt med hvis borgeren ikke har alvorlige symptomer på PTSD. Alvorlige symptomer på angst og nærtagenhed øger begge risikoen for langtidssygemelding 2,8 gange, mens alvorlige symptomer på depression får risikoen for langtidssygemelding til at stige hele 3,6 gange.

Justeret logistisk regression

I den justerede logistiske regression medtages de signifikante variable fra den ujusterede logistiske regression og alt holdes lige.

Tilsvarende den ujusterede regression øges risikoen for langtidssygemelding 2,1 gange, hvis borgeren er en kvinde sammenholdt med en mand. Alder har alt andet lige også en betydning. Unge op til 29 år har 4,8 gange så stor risiko for langtidssygemelding sammenholdt med borgere på 50+ år. Risikoen for langtidssygemelding stiger yderligere for de 30-39-årige. Denne aldersgruppe har 5,8 gange så stor risiko for langtidssygemelding i forhold til borgere på 50 år eller ældre, mens de 40-49-årige har 5,0 gange så stor risiko for langtidssygemelding sammenholdt med borgere over 50 år.

Det psykiske helbred har også betydning for borgerens risiko for langtidssygemelding. Har borgeren trivselsproblemer ved behandlingens start, stiger risikoen for, at borgeren er langtidssygemeldt med 1,8. Har borgeren symptomer på PTSD, er der dobbelt så stor risiko (2,0) for, at borgeren er langtidssygemeldt. Alt andet lige har alvorlige symptomer på angst, depression og nærtagenhed ikke betydning for borgerens risiko for langtidssygemelding. Når disse psykiske lidelser kun har betydning isoleret set, men ikke når alt andet er lige, skal det formentlig ses i relation til, at PTSD netop dækker over symptomer på netop angst, depression og nærtagenhed³⁹. Når der kontrolleres for PTSD, forsvinder sammenhængen derfor mellem angst, depression og nærtagenhed, men isoleret set indvirker alle tre psykiske lidelser på risikoen for langtidssygemelding.

Alt andet lige indvirker opvækstforholdene i form af, om forældrene tog hånd om pasningen af borgeren som barn og eventuelle søskende derimod *ikke* på risikoen for langtidssygemelding som voksen. Når denne sammenhæng kun anskues isoleret set og ikke, når alt andet er lige, skyldes det formentlig også her, at der i denne justerede logistiske regressionsanalyse kontrolleres for symptomer på PTSD, og der er netop en klar sammenhæng mellem forældrenes pasning af barnet og symptomer på PTSD som voksen⁴⁰.

³⁹ Krydstabeller viser, at der er en meget stærk signifikant sammenhæng mellem PTSD og angst, depression og nærtagenhed. $P > 0,0001$, Gamma er henholdsvis 0,88, 0,96 og 0,87.

⁴⁰ En krydstabel viser, at der er en signifikant sammenhæng mellem PTSD og forældrenes pasning af barnet. $P < 0,0001$, Gamma=0,3.

Tabel 21. Logistisk regression: Faktorer, der har betydning for, at borgeren er langtidssygemeldt

PARAMETER	IKKE-JUSTERET MODEL ODDS RATIO	JUSTERET MODEL-STEPWISE ⁴¹ ODDS RATIO
Køn		
Mand (ref)		
Kvinde	2,0**	2,1*
Alder		
Optil 29 år	1,9*	4,8**
30-39 år	2,8***	5,8***
40-49 år	2,3**	5,0***
50+ år (ref)		
Antal krænker		
En krænker (ref)		
2 eller flere krænker	Ns	
Krænkens køn		
Mand (ref)		
Kvinde eller pige	Ns	
Dreng	Ns	
Boede med krænker		
Talte om overgrebet, mens det fandt sted	Ns	
Varighed af overgrebet		
0-1 år (ref)		
2-5 år	Ns	
6-10 år	Ns	
11+ år	Ns	
Opvækst: Vold imellem forældre		
Opvækst: Forældre(er) slog borgere og evt. søskende	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde alkohol eller stofmisbrug	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde psykisk dårligt helbred	Ns	
Opvækst: Forældre(er) stod udenfor arbejdsmarkedet	Ns	
Opvækst: Ikke taget hånd om pasning af borgere og evt. søskende	1,4*	Ns
Opvækst: Intet af dette passer på borgerens opvækstfamilie	Ns	
Trivselsproblemer (WHO-skala), behandlingens start	1,5*	1,8*
Symptomer på PTSD, behandlingens start	2,9***	2,0**
Alvorlige symptomer på angst, behandlingens start	2,8***	Ns
Alvorlige symp. depression, behandlingens start	3,6***	Ns
Alvorlige symp. nærtagenhed, behandlingens start	2,8***	Ns
Konstant		

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05

Nagelkerke i justeret model: 0,128, Hosmer and Lemeshow test: P=0,837. N=740 i den justerede analyse.

Borgerens sociale relationer

Problematiske relationer til forældre og søskende

I Tabel 22 ses der nærmere på borgerens relation til eventuelle søskende. Det undersøges, om det har en betydning, at borgeren er biologisk relateret til sin krænker eller ej. Tabellen viser, at ud af de borgere, der vurderer at have en henholdsvis meget god eller god relation til sine søskende, har 46 procent en biologisk relation til dennes første krænker, mens hele 60 procent af de, der har en dårlig eller meget dårlig relation til deres søskende, har en biologisk relation til krænker. Blandt de 60 procent af borgerne, der har en biologisk relation til deres krænker, og som har en

⁴¹ De samme variable bliver signifikante, hvis man laver en backstepmodel.

dårlig eller meget dårlig relation til deres søskende, er 55 procent heraf blevet krænket af netop deres bror eller søster (fremgår ikke af tabellen)⁴².

Samlet set kan det udledes, at borgerens relation til sine søskende oftest påvirkes negativt, når borgeren har en biologisk relation til sin krænker, hvilket man også kan forestille sig, da incest inden for familiens rammer, kan give anledning til ustabile relationer søskende imellem. For nogle af borgernes vedkommende skal den dårlige relation ses i sammenhæng med, at det er en biologisk søskende, der har krænket dem.

Tabel 22. Borgerne i Psykologordningen fordelt på relationen til søskende, og hvorvidt de har en biologisk relation til krænker.

Relation til mine søskende	Meget god eller god	Hverken god eller dårlig	Dårlig eller meget dårlig
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Har <i>ikke</i> en biologisk relation til krænker	54 % (192)	54 % (94)	40 % (101)
Har en biologisk relation til krænker	46 % (163)	46 % (81)	60 % (152)
I alt	100 % (355)	100 % (175)	100 % (783)

Population 1. Visitationsskemaet og skema 1. Svarprocent 71 %. $P \leq 0,001$, Gamma=0,19

Tabel 23 viser borgerens relation til sine forældre i forhold til, hvorvidt borgeren er biologisk relateret til sin krænker eller ej. Heraf fremgår det, at ud af de borgere, der vurderer at have en henholdsvis meget god eller god relation til sine forældre, har 43 procent en biologisk relation til sin krænker, mens hele 60 procent af dem, der har en dårlig eller meget dårlig relation til deres forældre, har en biologisk relation til krænker. Blandt de borgere, der har en biologisk relation til deres krænker, og som har en dårlig eller meget dårlig relation til deres forældre, er 62 procent blevet krænket af *netop* deres biologiske mor eller far (fremgår ikke af tabellen)^{43,44}. En forklaring på årsagen til den dårlige relation til forældrene blandt særligt de borgere med en biologisk relation til krænkeren kunne dermed være, at det for disse borgere i mange tilfælde var en af forældrene, der var krænkeren.

Tabel 23. Borgerne i psykologordningen fordelt på relationen til forældre, og hvorvidt de har en biologisk relation til krænker.

Relation til mine forældre	Meget god Eller god	Hverken god eller dårlig	Dårlig eller meget dårlig
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Har <i>ikke</i> en biologisk relation til krænker	57 % (175)	54 % (96)	41 % (96)
Har en biologisk relation til krænker	43 % (130)	46 % (81)	60 % (141)
I alt	100 % (305)	100 % (177)	100 % (237)

Population 1. Visitationsskemaet og skema 1. Svarprocent 71 %. $P \leq 0,001$, Gamma=0,23

⁴² I alt er 76 borgere blevet krænket af en biologisk bror eller søster. Heraf har 42 angivet, at de har en dårlig eller meget dårlig relation til deres søskende. I alt foreligger der svar fra 783 på disse spørgsmål. De 76 borgere svarer dermed til 10 procent.

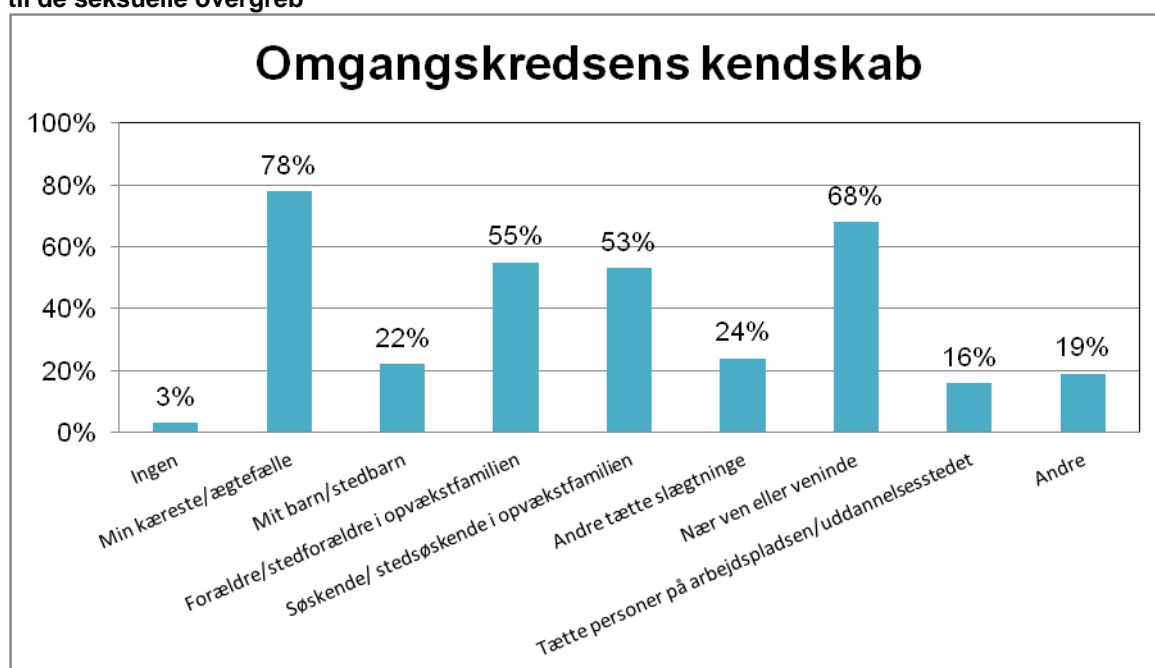
⁴³ I alt er 181 borgere blevet krænket af deres biologiske far eller mor. Heraf har 42 angivet, at de har en dårlig eller meget dårlig relation til deres forældre. I alt foreligger der svar fra 783 på disse spørgsmål. De 76 borgere svarer dermed til 10 procent.

⁴⁴ Ideelt set var der på spørgeskemaet blevet skelnet mellem relation til mor og relation til far.

Personer i omgangskredsen kender til overgrebet

Borgerne i Psykologordningen har angivet, hvorvidt deres nærmeste omgangskreds har kendskab til de seksuelle overgreb. Borgerne kunne sætte flere kryds i besvarelsen, hvorfor de angivne procenter i nedenstående tekst ikke summer til 100 procent. (se Figur 8). Af figuren fremgår det, at det er et fåtal (3 procent) der har en omgangskreds, hvor *ingen* har kendskab til de seksuelle overgreb. Blandt de borgere, som er i et forhold, kender partneren til overgrebet i 78 procent af tilfældene. Ligeledes er det også meget udbredt, at en nær ven eller veninde har kendskab til overgrebene, hvilket gælder 68 procent af borgerne i Psykologordningen. Hertil har 55 procent af borgernes forældre eller stedforældre, og 53 procent af søskende eller stedsøskende i opvækstfamilien også kendskab til at borgeren er blevet udsat for overgreb. Blandt de borgere, der har børn, herunder også sammenbragte børn, kender barnet eller børnene til overgrebene i 22 procent af tilfældene.

Figur 8. Borgerne i psykologordningen, fordelt på den nærmeste omgangskreds kendskab til de seksuelle overgreb



Svarprocent: 90 % (994). Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier og besvarelsene summer derfor ikke til 100 %. Ift. kæreste/ægtefælle er der kun set på dem, som har en kæreste/ægtefælle. Ift. børn er der kun set på dem, som har oplyst, at de har børn. For de øvrige relationer har det ikke været muligt at frasortere, om borgeren har en sådan relation, eks. kollega. Skema 1. Population 1.

Det er blevet undersøgt, om der er en sammenhæng mellem, hvem borgeren har fortalt om overgrebet til, og om borgeren havde en biologisk relation til krænkeren (se Tabel 24). Der viser sig, at hvorvidt krænkeren var biologisk eller ej, ikke har nogen betydning for, om partneren, forældrene eller stedforældrene, har kendskab til overgrebet. Ej heller har en eventuel biologisk relation til krænkeren betydning for, om andre tætte slægtninge, en ven eller veninde eller en god kollega har kendskab til overgrebet. Borgerens barn eller søskende har derimod oftere kendskab til overgrebet, hvis krænkeren var biologisk.

Tabel 24. Borgerne i Psykologordningen. Sammenhæng mellem hvem der har kendskab til overgrebet og om krænkeren var biologisk.

Kendskab til overgrebet	Sammenhæng med, om krænkeren var biologisk
Ingen	Ingen signifikant sammenhæng
Kæreste/ægtefælle*	Ingen signifikant sammenhæng
Barn/stedbarn^	Signifikant sammenhæng. <i>Er krænkeren biologisk, ved barnet det oftere. P < 0,05</i>
Forældre/stedforældre i opvækstfamilien	Ingen signifikant sammenhæng
Søskende/stedsøskende i opvækstfamilien	Signifikant sammenhæng. <i>Er krænkeren biologisk, ved søskende det oftere. P < 0,01</i>
Andre tætte slægtninge	Ingen signifikant sammenhæng
Nær ven eller veninde	Ingen signifikant sammenhæng
Tætte personer på arbejdspladsen	Ingen signifikant sammenhæng
Andre	Ingen signifikant sammenhæng

Svarprocent 81 %. Visitationsskemaet og skema 1. Population 1. Der er kun set på dem, som har en kæreste/ægtefælle. ^Der er kun set på dem, som har oplyst, at de har børn.

Problemer i forhold til sociale relationer

En væsentlig andel af borgerne oplever en række sociale problemstillinger (se Tabel 25). 38 procent af borgerne i Psykologordningen har således vanskeligheder ved at befinde sig i det offentlige rum eller forsamlingsrum, mens 29 procent har svært ved at være alene.

I forlængelse heraf har 42 procent af borgerne i Psykologordningen et problematisk forhold til deres venner, mens 35 procent af borgerne har en problemstilling i forholdet til deres ægtefælle, partner eller kæreste. 26 procent har en problematisk relation til deres kolleger på arbejdspladsen eller på uddannelsesstedet, mens 18 procent har en problematisk relation til lederne på arbejdspladsen eller på uddannelsesstedet. Færre borgere har et problematisk forhold til deres børn, hvor andelen er 17 procent. Der er ikke taget højde for, at det ikke er alle, der ikke har nævnte relation, eksempelvis ikke har børn.

Tabel 25. Borgerne i psykologordningen fordelt på sociale problemstillinger

Sociale problemstillinger	Andel (antal)
At være i det offentlige rum/forsamlingsrum	38 % (405)
At være alene	29 % (305)
Forholdet til venner	42 % (445)
Forholdet til ægtefælle/partner/kæreste	35 % (373)
Forholdet til kollegaer på arbejdspladsen/uddannelsesstedet	26 % (278)
Forholdet til ledere på arbejdspladsen/uddannelsesstedet	18 % (188)
Forholdet til egne eller sammenbragte børn	17 % (171)
I alt	(1.070)

Svarprocent: 97 %. Svar kun blandt dem, der har et forhold til den pågældende relation. (Det har ikke været muligt at angive, hvis man ikke havde en af de nævnte problemstillinger.) Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelserne summer derfor ikke til 100 %. Visitationsskemaet. Population 1.

Problemer i forhold til grænser hænger sammen med karakteren af overgrebshistorien

I visitationen er der dokumenteret nogle af de sociale og psykiske problemstillinger, som visitator har talt med borgeren om i arbejdet med at vurdere, om de kunne visiteres til ordningen eller ej. Den følgende tekst tager udgangspunkt i disse oplysninger. Visitator har fx spurgt, om borgeren oplever usikkerhed over, hvad der er normalt, og hvad der ikke er normalt. Dette spørgsmål reflekterer det forhold, at nogle personer, der har været udsat for overgreb i barndommen, giver udtryk for, at det at have levet i en familie hvor overgreb fandt sted har bevirket, at de har problemer med at afgøre, hvad der er normale omgangsformer mellem mennesker, og hvad der ikke er det, fordi deres grænser er blevet overskredet som børn. Der er desuden spurgt til om borgerne lider af depression og angst. Disse forhold er senere belyst i de psykometriske tests, men har altså også været berørt i visiteringen og der eksisterer derfor to mål på dette i spørgeskemaundersøgelsen. I det følgende afsnit er der tale om visitators korte spørgsmål til borgerne, om de har disse lidelser.

I forbindelse med borgernes personlige problemstillinger oplever 62 procent problemer i forbindelse med at sætte grænser, mens 26 procent har vanskeligheder med at mærke andres grænser. Endelig er 39 procent af borgerne usikre på, hvad der er normalt og unormalt (se Tabel 26). Der tegner sig dermed et klart billede af, at borgerne i Psykologordningen har væsentlige problemer i forhold til grænser, hvilket skal ses i lyset af, at et overgreb er en voldsom grænseoverskridelse. Karakteren af overgrebshistorien indvirker da også på borgerens problemer i forhold til grænser. Problemer i forhold til grænser forstærkes netop, hvis borgerne har haft to eller flere krænker. Har borgeren således haft mere end én krænker, er der signifikant større sandsynlighed for, at borgeren har svært ved at sætte grænser⁴⁵, samt større sandsynlighed for, at borgeren er mere usikker på, hvad der er normalt og unormalt⁴⁶. Antallet af krænker har derimod ikke betydning for at mærke andres grænser.

Tabel 26. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på personlige problemstillinger

Personlige problemstillinger	Andel (antal)
At sætte grænser	62 % (658)
Usikkerhed på hvad der er normalt og unormalt	39 % (422)
At mærke andres grænser	26 % (282)
I alt	(1.070)

Svarprocent: 97 %. (Det har ikke været muligt at angive, hvis man ikke havde en af de nævnte problemstillinger). Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelsene summer derfor ikke til 100 %. Visitationsskemaet. Population 1.

Boede borgeren med krænkeren, er der også større sandsynlighed for, at borgeren har svært ved at mærke, hvad der er normalt og unormalt⁴⁷, mens det at bo med krænkeren ikke har signifikant betydning for at sætte grænser⁴⁸ eller mærke andres grænser. Hvorvidt borgeren har en biologisk relation til krænkeren, har derimod ikke betydning for borgerens forhold til grænser. Det at bo med krænkeren har altså større betydning for forholdet til grænser, end om borgeren er blevet udsat for overgreb af en biologisk slægtning. Jo længere tid overgrebet har varet, des større sandsynlighed er der også for, at borgeren er usikker på, hvad der er normalt og unormalt⁴⁹. Varigheden af overgrebet har derimod ikke signifikant betydning for at

⁴⁵ P<0,001

⁴⁶ P<0,05

⁴⁷ P<0,001

⁴⁸ Sammenhængen er dog tæt på at være signifikant. P=0,067.

⁴⁹ P<0,001

sætte grænser⁵⁰ og at mærke andres grænser (sammenhængene mellem grænser og overgrebshistorien fremgår ikke af tabel).

Psykiske problemstillinger

Problemer med seksualitet og psykiske lidelser

Borgerne oplever også en lang række psykiske problemstillinger (se Tabel 27). I alt har minimum 95 procent angivet en eller flere psykiske problemstillinger, mens minimum 86 procent har angivet to eller flere psykiske problemstillinger⁵¹.

67 procent af borgerne har problemer med seksualitet, mens 45 procent har problemer i forhold til deres krop. Dette er i overensstemmelse med resultaterne af en dansk undersøgelse af 158 kvinder, som alle var blevet udsat for seksuelt, intra-familært misbrug i barndommen, og som deltog i et specialiseret gruppeterapeutisk behandlingsforløb. Undersøgelsen viste, at en stor andel af disse kvinder netop har sexologiske problemer. 63 procent af kvinderne var således utilfredse med deres nuværende sexliv, og 71 procent var utilfredse med deres krop. Blandt de kvinder, der havde et aktivt sexliv, rapporterede 73 procent om mindst ét seksuelt problem, og 48 procent af kvinderne havde problemer med at opnå orgasme. På baggrund af undersøgelsens resultater anbefales det at screene for seksuelle problemer og at adressere seksuelle problemer i behandlingen blandt personer, der er blevet udsat for seksuelle overgreb som børn (Kristensen & Lau, 2011).

Desuden oplever 65 procent af borgerne store følelsesudsving, mens 56 procent har koncentrationsbesvær, 53 procent har søvnbesvær og 53 procent har angst. Der er en højsignifikant sammenhæng mellem problemer indenfor netop disse områder og symptomer på PTSD ved behandlingens start⁵².

Derudover angiver 45 procent at have depression, mens hele 26 procent af borgerne i Psykologordningen oplyser, at de har spiseforstyrrelser. 25 procent af borgerne i Psykologordningen har endvidere tanker om selvmord. 9 procent har forsøgt selvmord. Til sammenligning har under 0,5 procent af mænd og kvinder i alle aldersgrupper forsøgt selvmord i 2010⁵³. Selvom der i tallene for Danmark som helhed kun ses på andel, der har forsøgt selvmord i befolkningen i et enkelt år, 2010, og selvmordsforsøg blandt borgerne i Psykologordningen gælder frem til borgerens alder ved behandlingens start (og dermed en anden tidsperiode), så tegner tallene et billede af en overhyppighed af selvmordsforsøg blandt borgere i Psykologordningen.

Endelig angiver 16 procent af borgerne i Psykologordningen at have fobier, mens 14 procent har selvskadende adfærd.

⁵⁰ Sammenhængen er dog tæt på at være signifikant. $P=0,065$.

⁵¹ Det har ikke været muligt at angive, hvis man ikke havde en af de nævnte problemstillinger. Derfor er der tale om en minimumsandel.

⁵² $P<0,0001$ for alle områder.

⁵³ <http://www.selvmordsforskning.dk/Web/Site/Menu2/Statistikbank>

Tabel 27. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på psykiske problemstillinger

Psykiske problemstillinger	Andel (antal)
Problem med seksualitet	67 % (712)
Store følelsesudsving	65 % (698)
Koncentrationsbesvær	56 % (600)
Søvnbesvær	53 % (570)
Angst	53 % (532)
Forholdet til egen krop	45 % (482)
Depression	45 % (460)
Spiseforstyrrelser	26 % (274)
Tanker om selvmord	25 % (257)
Fobier	16 % (175)
Selvskadende adfærd	14 % (154)
Selvmoedsforsøg	9 % (92)
I alt	(1.070)

Svarprocent: 97 %. (Det har ikke været muligt at angive, hvis man ikke havde en af de nævnte problemstillinger). Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelsene summer derfor ikke til 100 %. Visitationsskemaet. Population 1.

Opsummering

Socioøkonomiske forhold

Dette kapitel har belyst borgerne i Psykologordningens aktuelle livssituation. Borgerne i Psykologordningen er overrepræsenterede fra Hovedstadsregionen sammenlignet med den danske befolkning, mens der er signifikant færre, der kommer fra Region Midtjylland. Størstedelen af borgerne i Psykologordningen er kvinder (89 procent). Overordnet set er både mændene og kvinderne i Psykologordningen yngre end den almene befolkning som helhed. 61 procent af kvinderne i Psykologordningen er i et parforhold, mens andelen blandt mænd er 67 procent. Der er formentlig færre borgere i Psykologordningen, både kvinder og mænd, som er i et parforhold sammenholdt med den almene befolkning. I forhold til børn, så har 59 procent egne eller adoptivbørn, mens 39 procent ingen børn har. 1 procent af borgerne har sammenbragte børn, og 1 procent har både egne/adoptivbørn og sammenbragte børn. Det mest almindelige er at bo alene uden børn, hvilket gør sig gældende for 38 procent af borgerne. Mændene bor oftere end kvinderne alene *uden* børn, mens kvinderne oftere end mænd bor alene *med* børn. 26 procent af borgerne er hverken i arbejde eller under uddannelse, og 20 procent af borgerne er langtidssygemeldte. Her er der igen en kønsforskel. Mændene er i signifikant højere grad i arbejde end kvinderne, mens kvinderne i højere grad end mændene er langtidssygemeldte eller under uddannelse. Risikoen for langtidssygemelding er størst blandt kvinder, og borgere under 50 år, særligt de 30-39-årige. Endvidere øger symptomer på PTSD borgerens risiko for langtidssygemelding. I forlængelse heraf tegner der sig et billede af, at borgerne i Psykologordningen generelt set er i en mindre god eller decideret dårlig økonomisk situation – det gælder 48 procent.

Sociale relationer

I forhold til sociale relationer til andre mennesker, så har borgerne i Psykologordningen generelt et dårligere forhold til deres søskende og deres forældre, hvis de også har en biologisk relation til deres krænker. Blandt de 60 procent af borgerne, der har en biologisk relation til deres krænker, og som samtidig har en dårlig eller meget dårlig relation til deres søskende, er 55 procent heraf blevet krænket af netop deres bror eller søster. Blandt de borgere, der har en biologisk relation til deres

krænker, og som har en dårlig eller meget dårlig relation til deres forældre, er 62 procent heraf blevet krænket af *netop* deres biologiske mor eller far.

Det er et fåtal af borgerne, (3 procent), der har en omgangskreds, hvor *ingen* har kendskab til de seksuelle overgreb. Det hyppigste er, at det er partneren, der kender til overgrebet – såfremt borgeren har en partner – og dernæst at det er en tæt ven eller veninde, der kender til overgrebet. Andelene er henholdsvis 78 procent og 68 procent. Kendskab til overgrebet blandt partner eller venner hænger ikke sammen med, om borgeren er blevet udsat for en biologisk krænker. Borgerens barn eller søskende har derimod *oftere* kendskab til overgrebet, hvis de var biologisk i familie med krænkeren. Borgerne i Psykologordningen oplever generelt set problemer i forhold til sociale relationer, eksempelvis angiver hele 42 procent at have problemer i forhold til venner. I forlængelse heraf oplever 62 procent problemer i forbindelse med at sætte grænser, mens 26 procent har vanskeligheder med at mærke andres grænser. Endeligt er 39 procent af borgerne usikre på, hvad der er normalt og unormalt. Der tegner sig dermed et klart billede af, at borgerne i Psykologordningen har væsentlige problemer i forhold til at sætte grænser i forhold til andre mennesker, hvilket givetvis skal ses i lyset af, at et overgreb er en voldsom grænseoverskridelse. Problemer med grænsesætning er således særlig udtalt for borgere med en specielt grov overgrebshistorie, eksempelvis at have haft flere krænkere.

Psykiske problemstillinger

Endelig har mange af borgerne i Psykologordningen en række psykiske problemstillinger. Mest udbredt er problemer i forhold til seksualitet, hvilket gælder 67 procent af borgerne. Desuden oplever 65 procent af borgerne store følelsesudsving, mens 56 procent har koncentrationsbesvær, 53 procent har søvnbesvær, og 53 procent har angst. Endeligt synes der at være en overhyppighed af selvmordsforsøg blandt borgerne i Psykologordningen (9 procent) sammenholdt med den almene befolkning (under 0,5 procent).

6. Fortiden

I dette kapitel ses der nærmere på borgernes oplysninger om den tid, hvor overgrebene forgik. Borgerne i Psykologordningen har besvaret en række spørgsmål om deres krænker(e) og de overgreb, de har været udsat for. Borgerne har også svaret på spørgsmål, omkring de familiemæssige forhold de voksede op under, imens de seksuelle overgreb fandt sted, og hvornår og med hvem, de har talt om overgrebene. Derudover har borgerne svaret på spørgsmål om deres uddannelsesmæssige baggrund. Kapitlets undersøgelsesspørgsmål er som følger:

- Hvad kendetegner overgrebshistorierne hos borgerne i Psykologordningen?
- Hvilke opvækstforhold havde borgerne under overgrebene?
- Hvilke faktorer har betydning for, om borgerne i Psykologordningen fortalte om overgrebet?
- Hvilke forhold har betydning for, at borgerne i Psykologordningen *ikke* fik en uddannelse?

Kapitlet behandler hovedsageligt oplysninger omkring den første krænker, men ser også i nogen grad på de oplysninger, borgerne i Psykologordningen har givet om den anden krænker. Oplysningerne om første og anden krænker behandles separat, og det fremhæves altid, når oplysningerne ikke udelukkende omhandler den første krænker. En række andre undersøgelser og evalueringer omkring senfølger af seksuelle overgreb adskiller ikke oplysninger omkring første og anden krænker, en sådan adskillelse kan derfor indbringe ny viden om karakteristika ved overgreb begået af forskellige krænker mod samme borger. Alle analyser i kapitlet er foretaget med udgangspunkt i Population 1.

Krænkeren og overgrebene

Dette afsnit handler om den eller de krænker borgerne i Psykologordningen har haft, Indledningsvis viser Tabel 28, hvor mange krænker borgerne har haft, derefter fokuserer de næste tabeller udelukkende på den første krænker og dennes overgreb.

De fleste har haft en eller to krænker

58 procent af borgerne i Psykologordningen har haft én krænker, mens 23 procent har haft to. 7 procent har haft tre krænker, og 12 procent har haft mere end tre krænker. Kvinderne har haft signifikant flere krænker end mændene. 12 procent af kvinderne har haft flere end tre krænker mod 6 procent af mændene.

(se Tabel 28). Langt de fleste borgere har altså haft en eller to krænker. Der laves årligt en statistik over de personer med senfølger efter seksuelle overgreb, der kommer på landets Frivilligcentre⁵⁴ (Andersen, 2011). Frivilligcentrene yder støtte, rådgivning og behandling til netop denne målgruppe. Andelen af borgere i Psykologordningen der er blevet udsat for én krænker, 58 procent, er cirka tilsvarende

⁵⁴ Der findes 20 centre i den frivillige sektor, der på forskellig vis støtter, rådgiver og behandler voksne med senfølger efter seksuelle overgreb. Centrene er selvbestemmende, og indeholder på en eller anden måde et element af frivilligt arbejde. Centrene er meget forskellige i forhold til størrelse, hvilken støtte de tilbyder, om de tilbyder behandling og i så fald hvilken behandling, om arbejdet udføres af lønnede eller frivillige medarbejdere, og om der er brugerbetaling eller ej. I årsstatistikken for 2010 indgår 18 af de 20 centre.

andelen af personer i behandling på landets Frivilligcentre, der er blevet udsat for én krænker. På dette område er der dermed lighed mellem borgerne i Psykologordningen og gruppen af personer med senfølger efter seksuelle overgreb, der kommer i behandling på landets Frivilligcentre.

Tabel 28. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på antal krænkere i barndommen

Antal krænkere	Mænd	Kvinder	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
1 person	70% (85)	57% (536)	58 % (621)
2 personer	20% (24)	24 % (225)	23 % (249)
3 personer	4% (5)	8% (72)	7 % (77)
Flere end 3 personer	6% (7)	12% (112)	12 % (123)
I alt	100% (121)	100% (949)	100 % (1.070)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskemaet. $P=0,02$, $\Gamma=0,28$. Population 1.

De fleste krænkere er mænd

Langt de fleste krænkere er mænd eller drenge (se Tabel 29). 76 procent af krænkere er mænd over 18 år, mens 19 procent er drenge under 18 år, i alt 95 procent. Kun tre procent af krænkere er kvinder over 18 år, mens kun 2 procent er piger under 18 år. 15 procent af mændene er blevet krænkede af en kvinde. I Socialstyrelsens årsstatistik fra 2010 om Frivilligcentre der arbejder med senfølger efter seksuelle overgreb, er det også konkluderet, at langt de fleste krænkere er mænd (91 procent) (Andersen, 2011). Årsstatistikens opgørelse af krænkernes køn skelner ikke mellem første og anden krænker, eller om krænkere er under eller over 18 år. Tallene fra Tabel 29 og tallene fra årsstatistikken er derfor ikke direkte sammenlignelige, men begge opgørelser tegner samme billede af, at langt de fleste krænkere er mænd. Tabel 29 viser også, at der er en klar signifikant sammenhæng mellem krænkens køn og borgerens køn. Kvinderne er således i større omfang blevet krænkede af en mand, mens der er en større andel mænd, der er blevet krænkede af en kvinde eller en pige end blandt kvinderne. Samme mønster ses også blandt de personer, der kommer i behandling på landets Frivilligcentre.

Tabel 29. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på krænkens køn

Krænkens køn	Mænd	Kvinder	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Mand	57 % (68)	79 % (741)	76 % (806)
Kvinde	15 % (18)	2 % (17)	3 % (35)
Dreng under 18 år	23 % (28)	19 % (178)	19 % (206)
Pige under 18 år	5 % (6)	1 % (8)	2 % (14)
I alt	100 % (120)	100 % (944)	100 % (1.064)

Svarprocent: 96 %. Visitationsskemaet. Population 1. $P \leq 0,001$, $\Gamma=0,4$.

Overgrebet starter oftest i 5-9 års alderen

Da første krænkens overgreb begyndte, var de fleste borgere mellem 5 og 9 år, og da overgrebene ophørte, var de fleste mellem 10 og 14 år (se Tabel 30). 17 procent af borgerne var mellem 0 og 4 år ved overgrebenes begyndelse, 48 procent var mellem 5 og 9 år, mens 29 procent var mellem 10 og 14 år, og kun 6 procent var 15 år eller ældre. Ved overgrebenes ophør var borgerne naturligt ældre end ved deres begyndelse. Således var kun 2 procent af borgerne mellem 0 og 4 år, da overgrebene ophørte. 24 procent var mellem 5 og 9 år, 46 procent var mellem 10 og

14 år, og 28 procent var 15 år eller ældre. 0,7 procent⁵⁵ af borgerne har desuden angivet, at overgrebene endnu ikke er ophørt.

Gennemsnitsalderen ved overgrebenes begyndelse er 8 år og 12 år ved overgrebenes ophør. En undersøgelse af en klinisk population af kvinder udsat for seksuelle overgreb i barndommen finder i overensstemmelse hermed, at gennemsnitsalderen for første overgreb er 6,8 år (Kristensen & Lau, 2007B). Det er således typisk, at overgrebene starter i fem- til niårs alderen, som også er den alder, hvor børn stadig er meget afhængige af voksne og almindeligvis meget tillidsfulde overfor dem.

Tabel 30. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på alderen ved overgrebet begyndelse og ophør

Alder ved overgrebet	Overgrebets begyndelse Andel (antal)	Overgrebets ophør Andel (antal)
0-4 år	17 % (177)	2 % (21)
5-9 år	48 % (492)	24 % (246)
10-14 år	29 % (297)	46 % (475)
15 år eller ældre	6 % (61)	28 % (290)
I alt	100 % (1.027)	100 % (1.032)

Svarprocent ved overgrebets begyndelse: 93 %. Svarprocent ved overgrebets ophør: 94 procent. Visitationsskemaet. Population 1.

Varigheden af overgrebet

Baseret på borgernes oplysning om deres alder ved overgrebenes begyndelse og afslutning, er der i Tabel 31 set nærmere på varigheden af de seksuelle overgreb. 34 procent af overgrebene har varet op til et år. 36 procent har varet mellem to og fem år, 21 procent har varet mellem fem og ti år, og 8 procent har varet i 11 år eller mere. Overgrebene har således hovedsageligt haft en varighed under et år og op til fem år. Den gennemsnitlige varighed af overgrebet er 4 år. Der er ikke nogen signifikant sammenhæng mellem køn og varigheden af overgrebet (fremgår ikke af tabellen).

Føromtalte danske undersøgelse af en klinisk population af kvinder udsat for seksuelle overgreb i barndommen finder, at den gennemsnitlige varighed af overgrebet for denne gruppe er lidt mere, nemlig 6 år (Kristensen og Lau, 2007B). Forskellen skyldes formentlig, at der ses på to forskellige grupper af personer med senfølger efter seksuelle overgreb. Borgerne i Psykologordningen er selvhenvendende til et tilbud om gratis psykologhjælp, hvorimod kvinderne i den omtalte undersøgelse er psykiatriske patienter.

Tabel 31. Borgerne i Psykologordningen fordelt på varigheden af overgrebet

Varighed af overgrebet	Andel (antal)
Op til 1 år	34 % (344)
2-5 år	36 % (363)
5-10 år	21 % (210)
11 år eller mere	8 % (82)
I alt	100 % (999)

Svarprocent: 91 %. Visitationsskemaet. Population 1.

⁵⁵ Tallet indgår ikke i en tabel.

Erindring om overgrebet

Det er et visitationskriterium til Psykologordningen, at borgerne skal have en erindring om de(t) seksuelle overgreb, de er blevet udsat for i barndommen. Det er derfor en selekteret gruppe af borgere med senfølger efter seksuelle overgreb, der kommer i Psykologordningen, og dermed indgår i denne undersøgelse. Ikke alle borgere i Psykologordningen har haft erindringer om overgrebene hele deres liv. Tabel 32 viser en oversigt over, hvor stor en del af deres liv borgerne har haft erindringer om overgrebene. For 20 procent af borgerne dukkede erindringen om overgrebet først op senere i deres liv, mens 33 procent af borgerne hele tiden har kunnet huske overgrebet klart. 47 procent af borgerne har kun kunnet huske dele af overgrebet klart, mens andre dele senere er dukket op i erindringen. Således har de fleste borgere haft nogen erindring om overgrebene, mens lidt færre hele tiden har kunnet huske overgrebene klart, eller først senere i livet har fået erindring om overgrebene. Der er ikke forskel kønnene imellem i forhold til erindring om overgrebet.

Til sammenligning har de fleste brugere i behandling på de Frivilligcentre, der arbejder med senfølger efter seksuelle overgreb, en klar eller delvis erindring om de overgreb de er blevet udsat for: 54 procent af brugerne har en klar erindring om overgrebene, 43 procent har en delvis erindring, mens kun 4 procent ikke har nogen erindring om overgrebene (Andersen, 2010). Langt de fleste brugere i behandling på Frivilligcentrene har altså tilsvarende borgere i Psykologordningen en erindring om overgrebene.

Tabel 32. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på erindring af overgrebet

Erindring om overgrebet	Andel (antal)
Erindring(er) om overgrebet dukkede først senere op i mit liv	20 % (196)
Jeg har hele tiden kunnet huske overgrebet/ene klart	33 % (329)
Jeg har kun kunnet huske dele af overgrebet/ene klart, mens andet senere er dukket op i min erindring	47 % (470)
I alt	100 % (995)

Svarprocent: 90 %. Skema 1. Population 1.

Opvækst under overgrebene

Dette afsnit omhandler den relation, borgerne i Psykologordningen har, eller har haft til deres krænker(e), og de familiemæssige forhold de er vokset op under, i den periode de seksuelle overgreb fandt sted. Tabel 33 og Tabel 34 omhandler både første og anden krænker, mens resten af afsnittet udelukkende handler om første krænker.

Krænkeren var oftest kendt

Tabel 33 viser, at 94 procent af borgerne i Psykologordningen kendte deres første krænker, mens 90 procent kendte deres anden krænker. Der er en signifikant sammenhæng mellem, at kendte borgeren deres første krænker, kendte de som udgangspunkt også deres anden krænker⁵⁶ (fremgår ikke af tabellen).

⁵⁶ $P < 0,05$

Tabel 33. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på hvorvidt krænker var kendt af borgeren

Kendt eller ukendt krænker	Første krænker	Anden krænker
	Andel (antal)	Andel (antal)
Kendt krænker	94 % (996)	90 % (273)
Ukendt krænker	6 % (68)	10 % (30)
I alt	100 % (1.064)	100 % (303)

Svarprocent første krænker: 96 %. Svarprocent anden krænker: 56 % (Der er taget højde for, at der er borgere, for hvem spørgsmålet om anden krænker, ikke var relevant for).
Visitationsskemaet. Population 1.

Det er i alt 49 procent af de borgere, der kendte deres første krænker, der havde en biologisk relation til krænkeren, mens 40 procent af de borgere der kendte deres anden krænker, var biologisk relateret med pågældende (Tabel 34). Der er dermed signifikant flere, som er biologisk relateret til første krænker i forhold til anden krænker.

Havde en borger en biologisk relation til første krænker, er dette typisk også tilfældet med den anden krænker. Var borgeren derimod *ikke* i biologisk relation til første krænker, er der større sandsynlighed for, at borgeren heller *ikke* var i biologisk relation til anden krænker (fremgår ikke af tabellen)⁵⁷.

Tabel 34. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på hvorvidt krænker var biologisk relateret. Blandt dem som kendte krænkeren.

Biologisk krænker	Første krænker	Anden krænker
	Andel (antal)	Andel (antal)
Ja	49 % (488)	40 % (109)
Nej	51 % (505)	61 % (167)
I alt	100 % (993)	100 % (276)

Svarprocent første krænker: 100 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne i Tabel 33. Den reelle svarprocent er derfor lavere, da der ikke er en svarprocent på 100 % i Tabel 33).
Svarprocent anden krænker: Min. 59 % (Der er taget højde for, at der er borgere for hvem spørgsmålet ikke er relevant for). Visitationsskemaet. Population 1.

Tabel 35 viser en udspecificeret oversigt over borgernes relation til deres første krænker. 37 procent af borgerne i Psykologordningen er blevet krænket af deres far, sted-, pleje- eller adoptivfar. 15 procent er blevet krænket af en anden person fra nærmiljøet, altså en person der ikke er i familie med borgeren, eller er ven eller bekendt af dennes opvækstfamilie. 10 procent af borgerne er blevet krænket af deres bror, sted-, pleje- eller adoptivbror, 9 procent af en ven eller bekendt af opvækstfamilien, og 6 procent af deres bedstefar, sted-, pleje- eller adoptivbedstefar. Under 6 procent af borgerne i Psykologordningen er blevet krænket af deres kæreste, bedstemor, mor, søster, svoger, svigerinde, onkel, tante, fætter, kusine eller andre af deres familiemedlemmer end de ovenfor nævnte. Det samme gør sig gældende, hvis disse familiemedlemmer er sted-, pleje- eller adoptivfamilie. Ligeledes er under 6 procent blevet krænket af en voksen eller et barn i en organiseret fritidsaktivitet eller døgninstitution, dagpasning, skole, fritidsordning eller lignende. Det samme gør sig gældende for andre personer uden for nærmiljøet, som ikke er nævnt ovenfor. Således er krænkeren hovedsageligt et mandligt medlem af borgernes tætte familie, en ven eller bekendt af opvækstfamilien eller en anden person fra nærmiljøet.

⁵⁷ P ≤ 0,0001

Tabel 35. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på relationen til krænkeren

Relation til krænker	Andel (antal)
Far eller sted/pleje/adoptiv-far	37 % (390)
Anden person i nærmiljøet	15 % (158)
Bror eller sted/pleje/adoptiv-bror	10 % (104)
Ven eller bekendt af opvækstfamilien	9 % (98)
Bedstefar eller sted/pleje/adoptiv-bedstefar	6 % (58)
Onkel eller sted/pleje/adoptiv-onkel	5 % (55)
Anden person uden for nærmiljøet	5 % (47)
Fætter eller sted/pleje/adoptiv-fætter	3 % (30)
Mor eller sted/pleje/adoptiv-mor	2 % (25)
Andre i familien	2 % (24)
Voksen eller barn i dagpasning, skole, fritidsordning eller lignende	1 % (13)
Egen kæreste	1 % (12)
Svoger eller sted/pleje/adoptiv-svoger	1 % (11)
Søster eller sted/pleje/adoptiv-søster	1 % (7)
Voksen eller barn i døgninstitution	1 % (7)
Kusine eller sted/pleje/adoptiv-kusine	0 % (4)
Bedstemor eller sted/pleje/adoptiv-bedstemor	0 % (2)
Tante eller sted/pleje/adoptiv-tante	0 % (2)
Voksen eller barn i organiseret fritidsaktivitet (fx forening eller sportsklub)	0 % (2)
Svigerinde eller sted/pleje/adoptiv-svigerinde	0 % (0)
I alt	100 % (1.049)

Svarprocent: 95 %. Visitationsskemaet. Population 1.

Kvinder har oftere boet sammen med deres krænker end mænd

Blandt borgerne som kendte deres krænker, er det 50 procent, der har oplyst, at de boede fast med krænkeren i den periode overgrebene fandt sted (se Tabel 36). 12 procent har oplyst, at de periodisk boede med krænkeren. I disse tilfælde er der blandt andet tale om samvær, længere besøg eller aflastningsophold. 26 procent af borgerne har oplyst, at de ikke boede med krænkeren, men at denne kom i hjemmet, 12 procent har oplyst, at de ikke boede med krænkeren, og at denne heller ikke kom i hjemmet. Her er der en signifikant forskel på mænd og kvinder⁵⁸. Kvinderne har oftere boet fast eller periodisk med deres krænker, mens mændene oftere *ikke* boede med deres krænker, hvor krænkeren ej heller kom i hjemmet (fremgår ikke af tabellen). Der er dermed forskel på mænds og kvinders relation til krænkeren.

Tabel 36. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på om borgeren boede med krænker. Blandt de borgere, der kendte deres krænker.

Boede med krænker	Andel (antal)
Ja, boede fast med krænkeren	50 % (491)
Ja, boede periodisk med krænkeren (fx ved samvær, længere besøg eller aflastningsophold)	12 % (114)
Nej, boede ikke med krænkeren, men denne kom i hjemmet	26 % (249)
Nej, boede ikke med krænkeren og denne kom ikke i hjemmet	12 % (120)
I alt	100 % (974)

Svarprocent: 92 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne i Tabel 33. Den reelle svarprocent er derfor lavere, da der ikke er en svarprocent på 100 % i Tabel 33). Visitationsskemaet. Population 1.

⁵⁸ P<0,05, Gamma= 0,2. Boede med krænker i 3 kategorier. I 4 kategorier er P=0,068.

Blandt de borgere der boede sammen med krænkeren, er det undersøgt hvilken familietype overgrebene foregik i (se Tabel 37). 58 procent af de borgere der boede fast med krænkeren, kommer fra en kernefamilie med begge biologiske forældre. 20 procent af borgerne kommer fra en sammenbragt kernefamilie med en biologisk mor og en stedfar. 12 procent kommer fra en enlig familie med en biologisk mor, mens dette er tilfældet for 4 procent, når der er tale om en enlig familie med en biologisk far. 1 procent eller ingen af borgerne kommer fra en sammenbragt kernefamilie med en biologisk far og en stedmor, en familie bestående af bedsteforældre eller andre familiemedlemmer eller en adoptiv- eller plejefamilie. Tilsvarende er det kun op til 1 procent, der kommer fra døgninstitutioner eller andre steder, der ikke er nævnt i ovenstående.

Mændene er oftere opvokset i en enlig familie med biologisk mor eller i en enlig familie opvokset med biologisk far. Kvinderne derimod, er oftere opvokset i en sammenbragt familie med biologisk mor og stedfar (fremgår ikke af tabellen)⁵⁹.

Tabel 37. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på familietype blandt dem, der boede med krænker eller hvor krænker kom i hjemmet

Familietype	Andel (antal)
Kernefamilie med begge biologiske forældre	58 % (491)
Enlig familie med biologisk mor	12 % (102)
Enlig familie med biologisk far	4 % (34)
Sammenbragt kernefamilie med biologisk mor og en stedfar	20 % (173)
Sammenbragt kernefamilie med biologisk far og en stedmor	1 % (8)
Familie bestående af bedsteforældre eller andre slægtninge	1 % (12)
Adoptivfamilie	1 % (6)
Plejefamilie	1 % (10)
Døgninstitution	0 % (3)
Andet	1 % (9)
I alt	100 % (848)

Svarprocent: 77 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne i Tabel 36. Den reelle svarprocent er derfor lavere, da der ikke er en svarprocent på 100 % i Tabel 36).
Visitationsskemaet. Population 1.

Hårdere vilkår kendetegner mange af opvækstfamilierne – særligt hvis borgeren boede sammen med krænkeren

Borgerne i Psykologordningen har oplyst, hvorvidt en række kendetegn gjorde sig gældende for deres familie i den periode, hvor de seksuelle overgreb fandt sted (se Tabel 38). Generelt er der for en stor del af borgernes vedkommende tale om en opvækst præget af belastninger i opvækstfamilien. 36 procent af borgerne og/eller deres søskende blev i den periode, hvor overgrebene fandt sted, slået af en eller begge af deres forældre. Har borgerne i Psykologordningen boet (fast) sammen med krænkeren, er der en større sandsynlighed for, at de og/eller deres søskende har oplevet, at en eller begge deres forældre har slået dem⁶⁰ (fremgår ikke af Tabel 18, men kan ses i Bilag 5).

I 35 procent af borgernes tilfælde havde en eller begge forældre et psykisk dårligt helbred, mens en eller begge forældre i 33 procent af borgernes tilfælde havde et alkohol- eller stofmisbrug. 28 procent af borgerne oplyser, at der ikke blev taget hånd om pasningen af dem selv og eventuelt andre søskende i perioden, hvor de seksu-

⁵⁹ P<0,05

⁶⁰ P≤ 0,0001, Gamma= 0,3,

elle overgreb fandt sted. I 27 procent af borgernes tilfælde var en eller begge af borgernes forældre uden for arbejdsmarkedet, og i 19 procent af borgernes tilfælde var der vold mellem forældrene. 27 procent af borgerne i Psykologordningen har oplyst, at ingen af ovenstående kendetegn har gjort sig gældende for deres familie i den periode, hvor de seksuelle overgreb fandt sted. Omvendt betyder det, at for 73 procent af borgernes vedkommende har opvækstfamilien været kendetegnet af minimum et af ovennævnte kendetegn. For 50 procent af borgernes vedkommende har opvækstfamilien endvidere været kendetegnet af to eller flere af de ovenstående forhold, der normalt forbindes med socialt udsatte samfundsgrupperinger, da de seksuelle overgreb fandt sted (der var mulighed for at sætte flere kryds).

Der er en signifikant sammenhæng mellem, hvorvidt borgerne har boet med krænkeren, og om nogle af de nævnte kendetegn har gjort sig gældende i borgernes opvækstfamilie, imens overgrebene fandt sted. Har borgeren i Psykologordningen boet fast eller periodisk sammen med krænkeren, har borgeren som regel også oplevet en eller flere af de nævnte kendetegn i sin opvækstfamilie.⁶¹

Tabel 38. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på kendetegn ved opvækstfamilie i perioden under de seksuelle overgreb

Opvækstfamilien i perioden under de seksuelle overgreb	Andel (antal)
Vold mellem forældre	19 % (185)
En eller begge forældre slog borgere og/eller søskende	36 % (358)
En eller begge forældre havde et alkoholmisbrug eller stofmisbrug	33 % (326)
En eller begge forældre havde et psykisk dårligt helbred	35 % (351)
En eller begge forældre var uden for arbejdsmarkedet	27 % (271)
Der blev ikke taget hånd om pasning af borgere og evt. andre søskende	28 % (278)
Intet af dette passer på borgers opvækstfamilie	27 % (271)
I alt	(991)

Svarprocent: 90 %. Skema 1. Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelsene summer derfor ikke til 100 %. Population 1.

Der er endvidere en signifikant sammenhæng mellem, hvorvidt borgerne har boet med krænkeren, og om borgerens forældre har haft et alkohol- eller stofmisbrug (se Tabel 39). Blandt de borgere der boede fast med krænkeren, og særligt blandt de borgere der boede periodisk med krænkeren, var der en større andel borgere, hvis forældre havde et stof- eller alkoholmisbrug. De, der boede fast eller periodisk med krænkeren, er således oftere opvokset i familier med misbrug. Det er tænkeligt, at selve stof- eller alkoholmisbruget kan have været en faktor, der kan have haft betydning for overgrebene.

⁶¹ P ≤ 0,001, Gamma=0,2

Tabel 39. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på om borgeren boede med krænkeren, og hvorvidt en eller begge borgerens forældre havde et alkohol eller stofmisbrug

Boede borgeren med krænkeren	Hadde en eller begge af borgerens forældre et alkohol- eller stofmisbrug		
	Nej	Ja	I alt
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Ja, boede fast med krænkeren	65 % (288)	35 % (158)	100 % (446)
Ja, boede periodisk med krænkeren (fx ved samvær, længere besøg eller aflastningsophold)	58 % (62)	42 % (45)	100 % (107)
Nej, boede ikke med krænkeren, men denne kom i hjemmet	73 % (162)	27 % (59)	100 % (221)
Nej, boede ikke med krænkeren og denne kom ikke i hjemmet	74 % (78)	26 % (28)	100 % (106)
Total	67 % (590)	33 % (290)	100 % (880)

Svarprocent: 83 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne i Tabel 36. Den reelle svarprocent er derfor lavere, da der ikke er en svarprocent på 100 % i Tabel 36).

Visitationsskemaet og skema 1. Population 1. $P < 0,05$, Gamma= 0,1

Forhold i barndommen

Borgerne i Psykologordningen har svaret på hvilke forandringer, de har oplevet i barndommen (se Tabel 40). 42 procent af borgerne oplevede i barndommen, at deres forældre blev skilt, og 33 procent af borgerne flyttede flere gange med deres familie. 28 procent oplevede, at en af eller begge deres forældre var uden for arbejdsmarkedet, eller at der ikke blev taget hånd om pasningen af dem og eventuelt deres søskende. 15 procent af borgerne oplevede, at et nærtstående familiemedlem døde i deres barndom, og 13 procent boede over tid med mange forskellige voksne. Derudover angiver 25 procent af borgerne, at de ikke har oplevet nogen af ovenstående forandringer i deres barndom. Omvendt angiver 74 procent af borgerne, at de har oplevet en eller flere af ovenstående forandringer i barndommen, mens 46 procent af borgerne har angivet, at de har oplevet to eller flere af ovenstående forandringer (der var mulighed for at sætte flere kryds). Omend der ikke er direkte sammenlignelige tal fra den danske befolkning som helhed, så underbygger beskrivelserne af forandringerne i barndommen tendensen til, at borgerne i Psykologordningen kommer fra mere socialt belastede familier end gennemsnittet.

Tabel 40. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på forandringer i barndommen

Forandringer i barndommen	Andel (antal)
Forældre blev skilt	42 % (412)
Flyttede med familie flere gange	33 % (323)
Nærtstående familiemedlem døde	15 % (143)
Boede over tid med mange forskellige voksne	13 % (128)
En eller begge mine forældre stod uden for arbejdsmarkedet	28 % (279)
Der blev ikke taget hånd om pasningen af borger og eventuelt andre søskende	28 % (274)
Intet af dette passer på borgerens opvækstfamilie	25 % (249)
I alt	(986)

Svarprocent: 89 %. Skema 1. Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelserne summer derfor ikke til 100 %. Population 1.

Borgerne har også svaret på, hvordan deres opvækstfamilie har virket udadtil i perioden, hvor de seksuelle overgreb fandt sted (se Tabel 41, det var muligt at sætte

kryds ved flere svarmuligheder, hvorfor svarene ikke summer til 100 procent i det følgende). 56 procent af borgerne har oplyst, at deres opvækstfamilie udadtil virkede som en velfungerende kernefamilie. 20 procent har oplyst, at deres familie udadtil virkede som en velfungerende skilsmissefamilie, mens cirka 19 procent har oplyst, at familien virkede som en familie, hvor der forekom omsorgssvigt i forhold til børnene. 10 procent af borgerne har oplyst, at deres familie udadtil virkede som en socialt isoleret kernefamilie og 7 procent, at familien virkede som en socialt isoleret skilsmissefamilie. På trods af de seksuelle overgreb har en stor del af borgernes opvækstfamilier altså virket velfungerende udadtil, imens overgrebene har fundet sted.

Tabel 41. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på hvordan opvækstfamilien virkede udadtil på andre i perioden under de(t) seksuelle overgreb.

Opvækstfamilie	Andel (antal)
Som en velfungerende kernefamilie	56 % (545)
Som en velfungerende skilsmissefamilie	20 % (195)
Som en socialt isoleret kernefamilie	10 % (101)
Som en socialt isoleret skilsmissefamilie	7 % (68)
Som en familie, hvor der forekom omsorgssvigt i forhold til børnene	19 % (183)
I alt	(967)

Svarprocent: 88 %. Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelsene summer derfor ikke til 100 %. Skema 1. Population 1.

Søgte borgeren hjælp?

Dette afsnit beskriver, hvorvidt borgerne i Psykologordningen søgte hjælp i perioden, hvor de seksuelle overgreb fandt sted, og hvem de søgte hjælp hos.

Nogle af borgerne i Psykologordningen har i løbet af den periode, hvor de seksuelle overgreb fandt sted, talt med andre om overgrebene, mens andre ikke har (se Tabel 42). Langt de fleste borgere, 83 procent, har ikke talt med andre om de seksuelle overgreb, mens de fandt sted. Tages der udgangspunkt i de borgere, der har talt med andre om overgrebene, mens de fandt sted, har 44 procent fortalt to eller flere personer om overgrebene, mens 22 procent har fortalt tre eller flere personer om dem (fremgår ikke af tabel).

Få talte om overgrebet, mens det fandt sted

Praksiserfaringen er generelt, at børn der har været udsat for seksuelle overgreb, har behov for at tale om det, men det kan ofte være svært at finde både anledning og hensigt til at fortælle om det seksuelle overgreb. Fortæller børnene om overgrebet, er det desuden ikke altid, at der reageres på barnets fortælling. Socialstyrelsens Videnscenter for Sociale Indsatser ved Vold og Seksuelle Overgreb mod børn (SISO) understreger på hjemmesiden⁶², at de(n) voksne, som tager sig af barnet i løbet af barnets udvikling, er med til at give dets seksualitet betydning. Et (lille) barn har ikke begreb om sin egen eller de(n) voksnes seksualitet, og er derfor som udgangspunkt ikke i stand til at vide, hvis det udsættes for et seksuelt overgreb. Barnet vil kunne tro, at overgrebet er en naturlig del af relationen og måske først bliver bevidst om, at det har været udsat for overgreb, når det langt senere opdager, at dette ikke er en del af en almindelig relation til voksne. Således er der flere mulige forklaringer på, hvorfor langt de fleste borgere ikke har talt med nogen om de sek-

⁶² <http://www.socialstyrelsen.dk/siso/seksuelle-overgreb/born-og-unges-seksualitet>

suelle overgreb i den periode, hvor de fandt sted. Blandt borgerne i Psykologordningen har 17 procent fortalt om overgrebet mens det fandt sted.

Tabel 42. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på om borgeren talte med om overgreb i løbet af den periode, hvor de seksuelle overgreb fandt sted

Talte om overgrebene mens de fandt sted	Andel (antal)
Ja	17 % (168)
Nej	83 % (821)
I alt	100 % (989)

Svarprocent: 90 %. Skema 1. Population 1.

Praksiserfaringen er, at børn udsat for overgreb har behov for at tale om det, men rent videnskabeligt er der ikke nogen beviser for, at det at fortælle per automatik fører til, at man kan klare sig bedre. Derimod synes reaktionerne fra andre at være afgørende. En positiv og støttende respons er ofte karakteriseret ved at udvise bekymring, empati og at tro på offeret, mens en negativ og ikke hjælpsom respons er karakteriseret ved at bebrejde offeret, benægtelse, negligering af oplevelsen eller sågar svigt. Måden at reagere på varierer alt afhængig af timing og den person offeret åbner sig over for. Fokus har indtil videre primært været på den *første* person, som den der er blevet krænkede åbner op over for, ud fra den antagelse, at det er den vigtigste. En negativ social reaktion er en skadelig stressfaktor og er associeret med et dårligt helbred. Ofrene har måske fortalt mere end en person om overgrebene, men konsekvenskerne af flere negative reaktioner er kun i mindre omfang blevet undersøgt. Tilståelser i professionelle rammer er et område, der i stigende grad bliver forsket i. Når voksne, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, vælger at fortælle det til professionelle fx inden for sundhedsområdet, er svarene ikke altid konstruktive og der rapporteres om problemer med at finde professionelle, der lytter til deres behov. Professionelle rapporterer på den anden side om manglende viden i forhold til, hvordan de skal hjælpe denne gruppe, håndtere egne vredesreaktioner, blufærdighed og afsky og følelser af at blive overvældet/magtesløse (Jonzon, 2006)

Tabel 43 viser blandt borgerne, der talte om de seksuelle overgreb, imens de fandt sted, hvor lang tid overgrebet stod på, før de talte om overgrebet. 3 procent af borgerne, der talte om overgrebene mens de fandt sted, fortalte først andre om de seksuelle overgreb, efter at overgrebene havde stået på 11 år eller mere. 13 procent fortalte om overgrebene efter, at de havde stået på i 6 til 10 år, og 13 procent fortalte om overgrebene 3-5 år efter, at overgrebene havde stået på. 36 procent fortalte derimod om overgrebene straks efter, at de havde fundet sted og 18 procent indenfor det første halve år. 18 procent fortalte det indenfor de første to år. Sammenlagt har størstedelen af dem, der fortalte om overgrebene mens de fandt sted, dermed sagt det indenfor de første to år efter overgrebenes start.

Tabel 43. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på tiden mellem overgrebets start og indtil borgeren talte med nogen om overgrebet. Kun blandt dem der talte om overgrebene, mens de fandt sted.

Varighed mellem overgrebene og talte om dem	Andel (antal)
Straks	36 % (54)
1-6 måneder	18 % (27)
7-11 måneder	1 % (1)
1-2 år	17 % (25)
3-5 år	13 % (19)
6-10 år	13 % (20)
11 år eller mere	3 % (4)
I alt	100 % (150)

Svarprocent: 89 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne i Tabel 42. Den reelle svarprocent er derfor lavere, da der ikke er en svarprocent på 100 % i Tabel 42). Skema 1. Population 1.

Tabel 44 viser en oversigt over, hvem borgerne i Psykologordningen talte med om de seksuelle overgreb, imens de fandt sted. Det har været muligt at angive flere personer, hvorfor procenterne ikke summer til 100 procent. Tallene i denne tabel bygger udelukkende på de borgere, der talte om overgrebene, imens de fandt sted. 51 procent af borgerne der fortalte om de seksuelle overgreb, mens de fandt sted, fortalte deres biologiske mor eller adoptivmor om dem, hvilket har været det mest almindelige. 32 procent af borgerne der fortalte om overgrebet, mens det fandt sted, fortalte en ven eller veninde om overgrebet. I en undersøgelse om børn udsat for vold i hjemmet kan man se tilsvarende mønster: Blandt de, der fortalte om volden i undersøgelsen, valgte 42 procent at fortælle om det til kammerater (LG Insight, 2009).

21 procent af borgerne i Psykologordningen fortalte derudover deres biologiske far eller adoptivfar om overgrebene. 13 procent af borgerne fortalte enten en ansat ved politiet eller en søster, halvsøster eller plejesøster om overgrebene, og 10 procent fortalte en psykolog, psykoterapeut eller psykiater om dem. Mellem 1 og 7 procent af borgerne der fortalte om overgrebene, fortalte enten deres kæreste, stedmor/fars kæreste, plejemor, stedfar/mors kæreste, plejefar, bror/halvbror/plejebroder eller andre slægtninge om overgrebene. Derudover har 1-5 procent af borgerne fortalt en læge, en sagsbehandler ved kommunen, en person på arbejdspladsen, en anden person, der selv har været udsat for overgreb eller en fremmed om overgrebene, mens 13 procent har fortalt andre end ovenstående personer om overgrebene. Disse andre er eksempelvis mormoren, en venindes mor, børnetelefonen, en præst og en SSP-medarbejder.

Tabel 44. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på hvem de talte med om de seksuelle overgreb i perioden, hvor de oplevede dem. Kun blandt dem, der talte om overgrebene i denne periode.

Person, borgeren talte med	Andel (antal)
Biologisk mor/adoptivmor	51 % (86)
Ven/veninde	32 % (53)
Biologisk far/adoptiv far	21 % (35)
Søster/halvsøster eller plejesøster	13 % (22)
En ansat ved politiet	13 % (22)
En anden	13 % (22)
Psykolog/psykoterapeut/psykiater	10 % (17)
Andre slægtninge	5 % (9)
Kæreste	5 % (9)
Bror/halvbror eller plejebroder	7 % (11)
Sagsbehandler ved kommunen	5 % (9)
En anden person, der selv har været udsat for overgreb	2 % (4)
Læge	2 % (4)
Stedmor/fars kæreste	2 % (3)
Plejemor	2 % (3)
Stedfar /mors kæreste	1 % (1)
Plejefar	1 % (1)
Person på arbejdspladsen	1 % (1)
En fremmed	1 % (1)
I alt	162

Svarprocent: 98 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne i Tabel 42. Den reelle svarprocent er derfor lavere, da der ikke er en svarprocent på 100 % i Tabel 42). Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelserne summer derfor ikke til 100 %. Skema 1. Population 1.

Hvilke forhold har betydning for, at borgeren har fortalt om overgrebet, mens det fandt sted?

Der er set nærmere på, hvilke forhold der kan have betydning for, at borgeren, der udsættes for overgreb, har fortalt om det i perioden, hvor overgrebet fandt sted. Hypotesen har været, at kendetegn ved overgrebet, samt forholdene i opvækstfamilie kan have en betydning. Derudover er det undersøgt, om der er en kønsmæssig forskel (se Tabel 45). Analysen er en logistisk regressionsanalyse, både ujusteret (bivariat) og justeret, hvor alt andet er holdt lige.

Ujusteret logistisk regressionsanalyse – forhold, der har betydning for, at borgeren fortalte om overgrebet, mens det fandt sted

Den ujusterede logistiske regressionsanalyse viser, at piger og kvinder har 2,7 gange større chance for at fortælle om overgrebet, mens det fandt sted sammenholdt med drenge og mænd. Derudover har alder også en betydning. For hvert år ældre barnet bliver, stiger chancen for at fortælle om overgrebet med en faktor 1,1.

I forhold til overgrebshistorie, så viser den logistiske regression, at antallet af krænker har en betydning for, om borgeren har fortalt om overgrebet. Har borgeren haft to eller flere krænker, så er der 1,4 gange større chance for at fortælle om overgrebet, mens det finder sted, end hvis borgeren havde én krænker. Var krænkeren derimod en kvinde eller pige, er der 5 gange mindre chance for, at borgeren har fortalt om overgrebet sammenholdt med, hvis krænkeren var en mand eller dreng (odds ratio =0,2). Hvorvidt borgeren boede sammen med krænkeren, samt varigheden af overgrebet har ingen betydning for chancen for at fortælle om

overgrebet, mens det fandt sted. Ej heller indvirker forholdene i opvækstfamilie på chancen for at fortælle om overgrebet.

Justeret logistisk regressionsanalyse – forhold, der har betydning for, at borgeren fortalte om overgrebet, mens det fandt sted

I den justerede analyse er de signifikante variable fra den ujusterede analyse medtaget. Samme mønster viser sig som i den ujusterede analyse. Piger og kvinder har 2,2 gange større chance for at fortælle om overgrebet, mens det fandt sted sammenholdt med drenge og mænd. Derudover har alder også en betydning alt andet lige. For hvert år ældre barnet bliver, stiger chancen for at fortælle om overgrebet med en faktor 1,1.

Har borgeren haft to eller flere krænker, så er der alt andet lige 1,5 gange større chance for at fortælle om overgrebet, end hvis borgeren havde én krænker. Krænkers køn har derimod ikke betydning alt andet lige. At denne sammenhæng ikke ses i den justerede analyse er formentlig et udtryk for, at der kontrolleres for den krænkedes køn, og der er netop en klar sammenhæng mellem krænkerens køn og den krænkedes køn. Mænd er i højere grad blevet krænket af en kvinde end kvinderne, og omvendt er kvinder i højere grad blevet krænket af en mand⁶³.

⁶³ Krydstabel. $P < 0,0001$, $\text{Gamma} = 0,4$.

Tabel 45. Logistisk regression: Faktorer, der fik borgeren til at fortælle om de(t) seksuelle overgreb i løbet af perioden, hvor de fandt sted

PARAMETER	IKKE-JUSTERET MODEL ODDS RATIO	JUSTERET MODEL-STEPWISE ODDS RATIO
Køn		
Mand (ref)		
Kvinde	2,7**	2,2*
Alder ved overgreb		
Interval	1,1*	1,1*
Antal krænker		
En krænker (ref)		
2 eller flere krænker	1,4 *	1,5*
Krænkens køn		
Mand eller dreng (ref)		
Kvinde eller pige	0,2*	Ns
Boede med krænker		
	Ns	
Varighed af overgrebet		
0-1 år (ref)		
2-5 år	Ns	
6-10 år	Ns	
11+ år	Ns	
Opvækst: Velfungerende kernefamilie	Ns	
Opvækst: Velfungerende skilsmissegfamilie	Ns	
Opvækst: Socialt isoleret kernefamilie	Ns	
Opvækst: Socialt isoleret skilsmissegfamilie	Ns	
Opvækst: Omsorgssvigt ift. børnene i familien	Ns	
Opvækst: Vold imellem forældre	Ns	
Opvækst: Forældre(er) slog borgere og evt. søskende	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde alkohol eller stofmisbrug	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde psykisk dårligt helbred	Ns	
Opvækst: Forældre(er) stod udenfor arbejdsmarkedet	Ns	
Opvækst: Ikke taget hånd om pasning af borgere og evt. søskende	Ns	
Opvækst: Intet af dette passer på borgerens opvækstfamilie	Ns	
Konstant		0,8****

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05. Nagelkerke i justeret model: 0,037, Hosmer and Lemeshow test: P=0,510. N=914 i den justerede analyse.

Få fik hjælp, da de talte om overgrebet

Borgerne, der fortalte om de seksuelle overgreb, i perioden hvor de fandt sted, fik ikke alle hjælp på baggrund af denne samtale (se Tabel 46). Kun 21 procent fik hjælp som følge af samtalen. Der er ingen signifikant sammenhæng mellem hvorvidt borgerne fik hjælp på baggrund af denne samtale, og hvorvidt borgerne boede med krænker. Borgerens køn har heller ikke nogen betydning for, om borgeren fik hjælp (fremgår ikke af tabel).

Tabel 46. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på hvorvidt borgeren fik hjælp på baggrund af samtalen om overgrebet. Kun blandt dem, der talte om overgrebene i perioden.

Hjælp på baggrund af samtalen	Andel (antal)
Ja	21 % (35)
Nej	79 % (133)
I alt	100 % (168)

Svarprocent: 100 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne i Tabel 42. Den reelle svarprocent er derfor lavere, da der ikke er en svarprocent på 100 % i Tabel 42). Skema 1. Population 1.

Derudover stoppede overgrebene kun som følge af samtalen i 36 procent af borgernes tilfælde (se Bilag 5). Langt fra alle af disse overgreb blev desuden anmeldt til politiet, ligesom Socialforvaltningen heller ikke blev underrettet i de fleste tilfælde (se Bilag 5): For 32 procent af de borgere, der fortalte om de seksuelle overgreb mens de fandt sted, gælder det, at overgrebene blev politianmeldt, mens det for 19 procent af disse borgere gælder, at Socialforvaltningen blev underrettet om overgrebene.

Fik borgeren en uddannelse?

Dette afsnit omhandler borgerne i Psykologordningens højeste opnåede skole- og erhvervskompetencegivende uddannelse. I afsnittet sammenlignes uddannelsesstallene fra borgerne i Psykologordningen desuden med tal fra borgerne, der er registreret i Socialstyrelsens årsstatistik om frivillige centre, der arbejder med senfølger efter seksuelle overgreb for 2010.

Borgernes uddannelsesniveau

47 procent af borgerne i Psykologordningen har en folkeskoleeksamen som højest afsluttede skoleuddannelse, mens 42 procent af borgerne har en studenter- HF- eller HH-eksamen som højest afsluttede skoleuddannelse (se Tabel 47). Otte procent af borgerne har ikke afsluttet en folkeskoleeksamen, mens 4 procent ikke har afsluttet en studenter- HF- eller HH-eksamen. Uddannelsesniveauet blandt borgerne i Psykologordningen er dermed relativt lavt. En dansk undersøgelse af en klinisk population af kvinder, udsat for seksuelle overgreb i barndommen, finder i overensstemmelse hermed, at disse kvinder har et signifikant lavere uddannelsesniveau end den almene kvindelige del af befolkningen (Kristensen & Lau, 2007B).

Tabel 47. Borgerne i Psykologordningen og på Frivilligcentre, fordelt på højeste skoleuddannelse

Højeste skoleuddannelse	Borgere i Psykologordningen 2008-2011	Brugere i behandling på Frivilligcentre for personer med senfølger efter seksuelle overgreb
	Andel (antal)	Andel (antal)
Ikke afsluttet folkeskoleeksamen	8 % (82)	5 % (16)
Folkeskoleeksamen	47 % (493)	36 % (119)
Ikke afsluttet studenter- /HF- /HH-eksamen og lignende.	4 % (41)	5 % (17)
Studenter- /HF- /HH-eksamen og lignende	42 % (444)	54 % (176)
I alt	100 % (1.060)	100 % (328)

Svarprocent: 96 %. Visitationsskemaet. Population 1. Kilde til tallene fra Frivilligcentre: Andersen, 2011.

Sammenlignes uddannelsesstallene for borgerne i Psykologordningen med tal fra årsstatistikken om Frivilligcentre (Andersen, 2011), der arbejder med senfølger efter seksuelle overgreb, er der tale om signifikante forskelle mellem borgerne i Psykologordningen og brugerne i behandling på Frivilligcentre. En signifikant større andel af borgerne i Psykologordningen har *ikke* afsluttet folkeskoleeksamen, mens en signifikant større andel af borgerne i Psykologordningen har en folkeskoleeksamen, som højest opnåede skoleuddannelse. Endvidere har en signifikant mindre andel af borgerne i Psykologordningen afsluttet en studenter- HF- eller HH-eksamen. Altså har de borgere, der kommer i behandling på landets Frivilligcentre, umiddelbart

opnået signifikant højere skoleuddannelser end borgerne i Psykologordningen. Set fra et uddannelsesperspektiv er der forskel på de borgere, som kommer i behandling i henholdsvis Psykologordningen og på landets Frivilligcentre.

Borgerne i Psykologordningen har oplyst deres højst fuldførte erhvervskompetencegivende uddannelse (Tabel 48). 14 procent har oplyst erhvervsuddannelse, som her dækker over specialarbejderuddannelse, handelsskolens grunduddannelse, fuldført lærlinge- EFG-uddannelse eller anden faglig uddannelse som højst opnåede erhvervskompetencegivende⁶⁴. Derudover har 15 procent oplyst kort videregående uddannelse, 25 procent mellemlang videregående uddannelse og 13 procent lang videregående uddannelse som højst opnåede erhvervskompetencegivende uddannelse. 33 procent har desuden oplyst, at de ikke har nogen erhvervskompetencegivende uddannelse.

Sammenlignes de angivne højst opnåede erhvervskompetencegivende uddannelse hos borgerne i Psykologordningens med brugerne i behandling på Frivilligcentrene, er der *ikke* nogen signifikante forskelle. Sammenligningen skal dog tages med et vist forbehold, da nogle af kategorierne ikke er helt overlappende med hinanden.

Tabel 48. Borgerne i Psykologordningen og på Frivilligcentrene, fordelt på højeste erhvervskompetencegivende uddannelse

Højeste erhvervskompetencegivende - uddannelse	Psykologordningen 2008-2011 Andel (antal)	Årsstatistikken 2010 Andel (antal)
Erhvervsuddannelse	14 % (138)*	13 % (41)
Kort videregående uddannelse, under 3 år	15 % (153)	16 % (48)
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år	25 % (257)	27 % (82)**
Lang videregående uddannelse, over 4 år	13 % (134)	11 % (34)**
Ingen uddannelse	33 % (332)	33 % (102)
I alt	100 % (1.014)	100 % (307)

Svarprocent: 92 %. Visitationsskemaet. Population 1. *Kategorien er sammenlagt og dækker over de fire separate kategorier: 'Specialarbejderuddannelse', 'Handelsskolens grunduddannelse (HG), efg-basisår (men ikke anden del)', 'Fuldført lærlinge- eller EFG-uddannelse' og 'Anden faglig uddannelse'. **Kategorien er sammenlagt og dækker over de to separate kategorier 'Mellemlang videregående uddannelse' og 'Bachelor'. ***Kategorien er sammenlagt og dækker over de to separate kategorier 'Lang videregående uddannelse' og 'Forskeruddannelse'. Kilde til tallene fra Frivilligcentre: Andersen, 2011.

Psykiske helbredsproblemer får borgerne til at opgive en uddannelse

43 procent af borgerne i Psykologordningen har påbegyndt en erhvervskompetencegivende uddannelse uden at afslutte den. Den hyppigste årsag, der angives til at have opgivet en påbegyndt uddannelse, er psykiske helbredsproblemer (57 procent), efterfulgt af at have valgt den forkerte uddannelse (33 procent). 16 procent angiver, at fysiske helbredsproblemer var årsag til, at de måtte stoppe uddannelsen, mens 10 procent oplyser, at uddannelsen ikke levede op til de faglige forventninger. 5 til 8 procent angiver årsager som, at uddannelsen ikke levede op til de sociale forventninger, at de hellere ville arbejde end at uddanne sig, samt transportproblemer til uddannelse. 29 procent har angivet mere end én årsag til at afslutte den påbegyndte erhvervskompetencegivende uddannelse (se Tabel 49)⁶⁵.

⁶⁴ I Bilag 4 er uddannelsesfordelingen med erhvervskompetencegivende brudt ned i underkategorier.

⁶⁵ 'Ved ikke' er ikke taget med i denne opgørelse.

Tabel 49. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på årsager til at opgive en påbegyndt erhvervskompetencegivende uddannelse. Kun blandt borgere, der har opgivet en påbegyndt erhvervskompetencegivende uddannelse.

Årsager til at opgive en påbegyndt uddannelse	Andel (antal)
Psykiske helbredsproblemer	57 % (236)
Valgt den forkerte uddannelse	33 % (135)
Fysiske helbredsproblemer	16 % (65)
Udannelsen levede ikke op til faglige forventninger	10 % (42)
Ved ikke	10 % (40)
Hellere arbejde end uddannelse	8 % (32)
Udannelsen levede ikke op til sociale forventninger	5 % (21)
Problemer med transport til uddannelsen	5 % (19)
I alt	(413)

Svarprocent: 98 %. Skema 1. (Udregnet på baggrund af besvarelserne på spørgsmål om borgeren har påbegyndt en erhvervskompetencegivende uden at afslutte den. Her var svarprocenten 90 %. Den reelle svarprocent for denne tabel er derfor lavere end 98 %). Der var mulighed for at angive flere svar, så procenterne summer ikke til 100%. Visitationsskemaet. Population 1.

Årsager til ikke at få en uddannelse blandt borgerne i Psykologordningen

Det er blevet undersøgt, hvilke årsager der ligger til grund for, at borgeren ikke fik en uddannelse. *Ingen uddannelse* defineres som, at borgeren har angivet følgende som højst fuldførte erhvervskompetencegivende: Ingen uddannelse, HG, EFG-basisår eller specialarbejder. *Har en erhvervskompetencegivende uddannelse* defineres som, at borgeren har en af følgende uddannelse som højst fuldførte erhvervskompetencegivende uddannelse: Fuldført lærlinge- eller EFG-uddannelse, kort-, mellemlang- eller videregående uddannelse.

Hypotesen har været, at køn og alder spiller ind på risikoen for ikke at få en uddannelse, da disse to faktorer almindeligvis har en betydning for at have fået en uddannelse. Derudover er det interessant, om overgrebshistorien og opvækstfamilien har en betydning for, om borgeren ikke har fået en uddannelse. Endelig er der set på borgerne i Psykologordningens psykiske helbred ved behandlingens start. Selvom borgeren psykiske helbred først måles ved behandlingens start, er det blevet vurderet, at det stadig kan være en generel indikator for borgerens psykiske helbred i voksenlivet. Omvendt kan det i teorien selvfølgelig ikke udelukkes, at borgerens psykiske helbred ved behandlingens start er påvirket af, hvorvidt personen har fået en uddannelse. Det synes dog mest plausibelt, at uddannelsesniveaue er påvirket af det mentale helbred. Sammenhængene er undersøgt ved hjælp af logistisk regressionsanalyse, både ujusteret (bivariat) og justeret, alt andet lige (se Tabel 50).

Ujusteret logistisk regression – årsager til ikke at få en uddannelse

Den ujusterede logistiske regressionsanalyse viser, at køn ikke har en betydning for risikoen for ikke at få en uddannelse. Det har alder derimod. De unge op til 29-årige har 4,7 gange større risiko for *ikke* at få en uddannelse end de 50+-årige, hvilket naturligt kan hænge sammen med, at de har haft færre år til at nå at få en uddannelse. Til gengæld er der ikke signifikant forskel på de 30-39-årige og de 40-49-årige sammenholdt med de 50+-årige i forhold til risikoen for ikke at få en uddannelse.

Karakteren af overgrebshistorien i form af antal krænker, boede med krænker, talte om overgrebet mens det fandt sted, og varigheden af overgrebet, indvirker *ikke* på risikoen for ikke at få en uddannelse. Det betyder, at karakteren af overgrebet ikke

indvirker på, om borgeren får en uddannelse. Det er imidlertid ikke det samme som, at selve det at have været udsat for et overgreb ikke påvirker risikoen.

Stod den ene eller begge forældre udenfor arbejdsmarkedet under opvæksten, stiger risikoen 1,4 gange for, at borgeren ikke fik en uddannelse.

Borgerens psykiske helbred, her målt ved behandlingens start, indvirker også på risikoen. Havde borgeren trivselsproblemer, stiger risikoen for ikke at få en uddannelse 1,6 gange, mens symptomer på PTSD får risikoen til at stige 1,7 gange. Endelig får alvorlige symptomer på angst, depression og nærtagenhed risikoen for ikke at få en uddannelse til at stige henholdsvis 1,8, 1,6 og 1,9 gange.

Justeret logistisk regression – årsager til ikke at få en uddannelse

I den justerede analyse medtages de signifikante variable fra den ujusterede analyse. Når alt andet er lige, har alder stadig en betydning. Unge op til 29-årige har 5,0 gange større risiko for ikke at få en uddannelse end 50+-årige. Ligesom i den ujusterede analyse er der ikke signifikant forskel på de 30-39-årige og de 40-49-årige sammenholdt med de 50+-årige i forhold til risikoen for ikke at få en uddannelse. Alt andet lige indvirker forældrenes arbejdsmarkedstilknytning ikke på borgerens risiko for ikke at få en uddannelse.

Borgerens psykiske helbred har derimod en betydning i den justerede analyse. Har borgeren symptomer på PTSD, stiger risikoen for ikke at få en uddannelse med en faktor 1,6, mens alvorlige symptomer på depression får risikoen til at stige 1,7 gange.

Alt andet lige har trivsel og alvorlige symptomer på angst og nærtagenhed, ikke betydning for risikoen for ikke at få en uddannelse. Disse parametre har betydning isoleret set, men når der også kontrolleres for symptomer på depression og PTSD, forsvinder effekten af trivsel, angst og nærtagenhed, hvilket givetvis skyldes, at trivsel, angst og nærtagenhed til en vis grad er omfattet af netop PTSD og depression. I forlængelse heraf dækker PTSD netop over symptomer på blandt andet angst og nærtagenhed⁶⁶. Samtidig kan det også tolkes som, at særligt symptomer på PTSD og alvorlige symptomer på depression gør det svært at gennemføre en uddannelse.

⁶⁶ Krydstabeller viser, at der er en meget stærk signifikant sammenhæng mellem PTSD og angst og nærtagenhed. $P \leq 0,0001$, Gamma er henholdsvis 0,88 og 0,87. Endvidere er der en stærk signifikant sammenhæng mellem PTSD og trivsel, $P \leq 0,0001$, Gamma er 0,64.

Tabel 50. Logistisk regression: Faktorer, der har betydning for at borgeren ikke fik en uddannelse	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET MODEL-STEPWISE⁶⁷
PARAMETER	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn		
Mand (ref)		
Kvinde	Ns	
Alder		
Optil 29 år	4,7***	5,0***
30-39 år	Ns	Ns
40-49 år	Ns	Ns
50+ år (ref)		
Antal krænkerere		
En krænker (ref)		
2 eller flere krænkerere	Ns	
Krænkers køn		
Mand (ref)		
Kvinde eller pige	Ns	
Dreng	Ns	
Boede med krænker		
Talte om overgrebet, mens det fandt sted	Ns	
Varighed af overgrebet		
0-1 år (ref)		
2-5 år	Ns	
6-10 år	Ns	
11+ år	Ns	
Opvækst: Vold imellem forældre		
Opvækst: Forældre(er) slog borgere og evt. søskende	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde alkohol eller stofmisbrug	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde psykisk dårligt helbred	Ns	
Opvækst: Forældre(er) stod udenfor arbejdsmarkedet	1,4*	Ns
Opvækst: Ikke taget hånd om pasning af borgere og evt. søskende	Ns	
Opvækst: Intet af dette passer på borgerens opvækstfamilie	Ns	
Trivselsproblemer (WHO-skala), behandlingens start	1,6**	Ns
Symptomer på PTSD, behandlingens start	1,7***	1,6*
Alvorlige symptomer på angst, behandlingens start	1,8***	Ns
Alvorlige symp. depression, behandlingens start	1,6*	1,7*
Alvorlige symp. nærtagenhed, behandlingens start	1,9**	Ns
Konstant		0,2***

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05. Nagelkerke i justeret model: 0,158, Hosmer and Lemeshow test: P=0,884. N=703 i den justerede analyse.

Opsummering

På baggrund af ovenstående beskrivelse tegner der sig et billede af, hvem den typiske borger i Psykologordningen er.

Krænkeren og overgrebene

Den typiske borger i Psykologordningen har således haft en eller to krænkerere, der oftest enten er mænd over 18 år eller drenge under 18 år. Kvinderne er i større omfang blevet krænket af en mand, mens der er en større andel mænd, der er blevet krænket af en kvinde eller en pige. Den første krænkers overgreb begyndte typisk,

⁶⁷ De samme variable bliver signifikante, hvis man laver en backstepmodel.

da borgeren var mellem fem og ni år, og ophørte oftest da borgeren var mellem ti og 14 år. 34 procent er blevet udsat for overgreb i op til 1 år, mens 36 procent er blevet udsat for overgreb i 2-5 år. For 20 procent af borgerne dukkede erindringen om overgrebet først op senere i deres liv, mens 33 procent af borgerne hele tiden har kunnet huske overgrebet klart. 47 procent af borgerne har kun kunnet huske dele af overgrebet klart, mens andre dele senere er dukket op i erindringen. Der er ikke forskel imellem kønnene i forhold til erindring om overgrebet.

Opvækstfamilien

Det er 94 procent af borgerne i Psykologordningen, der kendte deres første krænker, mens 90 procent kendte deres anden krænker. 49 procent af borgerne, der kendte deres første krænker, havde en biologisk relation til krænkeren. Der er signifikant flere borgere, som er biologisk relateret til første krænker i forhold til anden krænker. Det hyppigste er, at krænkeren er et mandligt medlem af borgernes tætte familie. 37 procent er således blevet krænket af deres far eller sted- /pleje- eller adoptivfar. Borgeren har typisk boet fast sammen med krænkeren, men der er en signifikant forskel på kvinder og mænd. De kvindelige borgere i ordningen har således oftere end mændene boet fast eller periodisk med deres krænker, mens mændene oftere end kvinderne *ikke* har boet med deres krænker, og krænkeren kom heller ikke i hjemmet. Størstedelen af de borgere, der boede fast med krænkeren, kommer fra en kernefamilie med begge biologiske forældre, hvilket gælder for 58 procent. Opvækstfamilien er for mange af borgernes vedkommende kendetegnet ved forandringer i barndommen. 42 procent af borgerne oplevede, at deres forældre blev skilt, mens 28 procent oplevede at den ene eller begge af forældrene stod uden for arbejdsmarkedet. 28 procent af borgerne oplevede, at der ikke blev taget hånd om pasningen af dem og eventuelle søskende.

At tale om overgrebet

Kun 17 procent af borgerne talte med andre om de seksuelle overgreb, imens overgrebene fandt sted. Det vidner om behov for øget fokus på de tegn børn udsender, når de bliver krænket, og at der i den forbindelse bliver skabt en anledning til, at barnet kan fortælle om, hvad det udsættes for. Samtidig er det nødvendigt, at der er opmærksomhed på, at barnet ikke altid selv ved, at overgrebene er forkerte. Fortalte borgeren om overgrebene i denne periode, blev det oftest fortalt til den biologiske mor eller adoptivmor. Endvidere er det hyppigere piger, der fortæller om overgrebet, samt borgere, der har haft flere krænkere. Des ældre borgeren var, da overgrebet fandt sted, des større sandsynlighed er der for, at borgeren fortalte om overgrebet. Har borgeren fortalt om overgrebene, imens de fandt sted, har dette kun resulteret i hjælp for 21 procent vedkommende, mens det for den resterende del ikke medførte hjælp. For 32 procent af de borgere, der fortalte om de seksuelle overgreb, mens de fandt sted, gælder det, at overgrebene blev politianmeldt, mens det for 19 procent af disse borgere gælder, at Socialforvaltningen blev underrettet om overgrebene.

Lavt uddannelsesniveau

Det er 47 procent af borgerne i Psykologordningen, der har folkeskoleeksamen som højeste skoleuddannelse. Det er 33 procent, der har ikke gennemført en erhvervskompetencegivende uddannelse. Den hyppigste årsag til at have opgivet en uddannelse er psykiske problemer. I tråd hermed ses det, at risikoen for ikke at have fået en erhvervskompetencegivende er størst for borgere under 30 år med symptomer på PTSD og/eller depression.

7. Behandlingsforløbet

Gentagne undersøgelser har vist, at personer, der er blevet udsat for seksuelle overgreb i barndommen, har en øget risiko for at opleve psykiske problemer i voksenlivet såsom angst, depression og PTSD (Hillberg et al., 2011). I dette kapitel undersøges det om dette også gælder for borgere behandlet i Psykologordningen.

Ved begyndelsen af behandlingen har borgerne i Psykologordningen udfyldt et spørgeskema, (skema 1), hvor de er blevet stillet en række spørgsmål om trivsel, symptomer på PTSD (posttraumatisk stresssyndrom), nærtagenhed, depression og angst. Spørgsmålene, der som tidligere nævnt repræsenterer en psykometrisk test, fungerer som indikatorer på disse symptomer, men for borgeren, der udfylder skemaet, vil det ikke fremgå direkte af spørgsmålene, at der var tale om disse psykiske problemstillinger. Ved behandlingens afslutning har borgeren igen svaret på de samme spørgsmål⁶⁸. På denne måde kan en eventuel ændring i borgerens psykiske tilstand fra behandlingens start til slut måles. Skalaerne er nærmere beskrevet i Bilag 1, samt kapitel 3 om spørgeskemaundersøgelsens metode, anvendte spørgsmål og tests. Undersøgelsesspørgsmålene i dette kapitel er:

- Hvad er omfanget af psykiske problemstillinger hos borgeren ved behandlingens start?
- Opnår de behandlede borgere væsentlige forbedringer ift. deres psykiske tilstand på særlige parametre, der karakteriserer senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen?

I denne analyse ses der på delpopulation 1A, som er den gruppe, hvor alle fire skemaer er udfyldt, da der anvendes information fra flere af skemaerne i analyserne. Delpopulation 1A er, som bortfaldsanalysen viste, lidt mere ressourcestærke i forhold til uddannelse og lidt ældre end den øvrige gruppe af borgere, der er behandlet hos psykologerne. Resultaterne fra dette kapitel kan derfor kun tilnærmelsesvist generaliseres til at omfatte den samlede population af borgere med senfølger efter seksuelle overgreb i Psykologordningen.

Trivsel blandt borgerne

I de følgende afsnit vil vi se nærmere på trivsel blandt borgerne i ordningen. I forhold til WHO-5 trivselsindeks har 587 borgere i delpopulation 1A både svaret på trivsels-spørgsmålene før og efter psykologbehandlingen. Trivselskalaen består af fem spørgsmål, fx 'Inden for de sidste 2 uger har jeg været glad og i godt humør', og 'Har jeg følt mig aktiv og energisk', med seks svarkategorier graderet fra 'Hele tiden' til 'På intet tidspunkt'⁶⁹.

Undersøgelser har vist, at personer, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, generelt set har et fysisk dårligere helbred end personer, der *ikke* har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Personer med senfølger efter seksuelle overgreb rapporterer således i højere grad om generelt dårligt helbred, mave-/tarmproblemer, gynækologiske problemer, smerter, hjerteproblemer og over-

⁶⁸ 94 procent af borgerne har fået udleveret skemaet ved næstsidste konsultation eller senere. De resterende 6 procent har udfyldt skemaet tidligere, eller et godt stykke tid efter behandlingens afslutning (skema 2, n=667).

⁶⁹ I Bilag 1 beskrives præcist, hvordan trivsel måles.

vægt (Irish et al., 2010). I forlængelse heraf viser Tabel 51, at før psykologbehandlingen havde hele 75 procent af borgerne tegn på trivselsproblemer (defineret ved en score under 50 på en skala fra 0-100). Dårlig trivsel kan skyldes mange forhold, men det synes plausibelt, at et dårligt fysisk helbred kan være én blandt flere forhold, der kan påvirke trivslen blandt borgerne i Psykologordningen.

Efter psykologbehandlingen er andelen med trivselsproblemer faldet signifikant til 47 procent, hvilket er et fald på 28 procentpoint. Psykologbehandlingen har primært fokus på det mentale helbred, så forbedringen i løbet af behandlingen skal formentlig ses i lyset af en bedring for borgeren på dette område. Der er dermed en gruppe af borgere i ordningen, som generelt har fået en bedre trivsel, men knap halvdelen af borgerne har fortsat alvorlige trivselsproblemer. Der er ikke nogen sammenhæng med køn og alder i forhold til trivselsniveauet ved hverken behandlingens start eller afslutning.

Tabel 51. Borgerne i Psykologordningen fordelt på trivsel før og efter behandlingen. Målt ved WHO-trivsel skala.

Trivsel	Ved Psykolog-behandlings start	Ved Psykolog-behandlings afslutning	Ændring
Trivselsproblemer (Score under 50)	75 %	47 %	-28 pct. point
Ikke trivselsproblemer (Score over 50)	25 %	53 %	+28 pct. point

N=587. Wilcoxon-test: $P < 0,0001$, McNemar-test: $P < 0,0001$. Svarprocent 94 %. Skema 1 og skema 2. Delpopulation 1A.

Ser man på gennemsnitsscoren for trivsel, er den steget fra 38 til 51 på en skala fra 0-100, hvor en score over 50 indikerer, at man ikke har trivselsproblemer. Der er tale om en signifikant stigning på 34 procent. Den gennemsnitlige borger i Psykologordningen har ved behandlingens start dermed haft trivselsproblemer. Ved behandlingens afslutning er gennemsnittet faldet signifikant til et niveau svarende til *ikke* at have trivselsproblemer (ikke vist i tabel).

Posttraumatisk stressyndrom blandt borgerne

'Posttraumatisk belastningsreaktion, PTSD, er en psykisk tilstand, man kan risikere at udvikle, hvis man har været udsat for hændelser, der er så voldsomme, at der er tale om en katastrofe. Det gælder f.eks. hvis man har været udsat for store ulykker, naturkatastrofer, krig, tortur, overfald, dødstrusler eller gidseltagning. Hvis man har PTSD, får man flash backs eller mareridt, hvor man igen og igen genoplever det man har været udsat for. Og man føler stærkt ubehag, hvis man kommer ud for situationer, der minder om katastrofen. Man har tendens til at fare sammen, blive irriteret, få koncentrationsbesvær og problemer med at sove' (www.netpsykiater.dk)

525 borgere i delpopulation 1A har besvaret spørgsmålene vedrørende posttraumatisk stress både før og efter psykologbehandlingen. Posttraumatisk stress-skalaen består af 17 spørgsmål, der sammenlagt udtrykker graden af symptomernes intensitet inden for den seneste måned⁷⁰. Det er vigtigt at præcisere, at spørgsmålene ikke i denne sammenhæng anvendes til at stille diagnosen PTSD, men udelukkende indikerer graden af symptomer herpå.

Tabel 52 viser, at der ved psykologbehandlingens begyndelse var 46 procent af borgerne, der havde symptomer på posttraumatisk stressyndrom (defineret ved en

⁷⁰ I Bilag 1 beskrives præcist, hvordan PTSD måles.

score over 50 på en skala fra 17-85). Efter psykologbehandlingen er denne andel faldet signifikant til 27 procent, hvilket er et fald på 19 procentpoint. Der er ikke nogen sammenhæng med køn og alder i forhold til PTSD-symptomer ved behandlingens start såvel som ved afslutningen af behandlingen.

Tabel 52. Borgerne i Psykologordningen fordelt på symptomer på PTSD før og efter behandlingen.

Posttraumatisk stress	Før psykologbehandling	Efter psykologbehandling	Ændring
PTSD-symptomer (Score over 50)	46 %	27 %	-19 pct. point
Ikke PTSD-symptomer (Score under 50)	54 %	73 %	+19 pct. point

N=525. PCL-C, skalaen går fra 17-85 point. Wilcoxon-test: $P < 0,0001$, McNemar-test: $P < 0,0001$. Svarprocent: 84 %. Skema 1 og skema 2. Delpopulation 1A.

Ved behandlingens start var gennemsnittet 49 point på en skala fra 17-85. Gennemsnittet af borgerne i Psykologordningen har dermed klare symptomer på PTSD. Ved behandlingens afslutning er gennemsnittet faldet til 41 point, og der har dermed været en signifikant positiv forbedring af graden af PTSD-symptomer blandt borgerne. Gennemsnittet er dog stadig ret højt, og indikerer umiddelbart, at der fortsat er et behandlingsbehov for en stor del af borgerne i Psykologordningen i forhold til PTSD. De 11 psykologtimer har haft en signifikant positiv effekt på symptomerne på PTSD, men niveauet af symptomer er stadig højt og vidner om et yderligere behandlingsbehov (ikke vist i tabel).

Andre undersøgelser om PTSD blandt personer med senfølger efter seksuelle overgreb

I perioden 2011 til 2013 bliver omfanget af PTSD blandt personer, der modtager behandling på et af Frivilligcentrene i Danmark undersøgt. Frivilligcentrene er centre for personer med senfølger efter seksuelle overgreb, hvor målgruppen kan modtage støtte, rådgivning og behandling. PTSD måles på Frivilligcentrene med Harvard Trauma Questionnaire, hvilket er en anden psykometrisk test end den, der er anvendt i denne undersøgelse, som er PCL-C. De foreløbige resultater af evaluering af behandlingen på Frivilligcentrene viser, at 73 procent⁷¹ af personerne med senfølger efter seksuelle overgreb ved behandlingens start opfylder de tre kriterier for PTSD-diagnose, det vil sige vagtsomhed, undgåelsessymptomer og invasionssymptomer. Yderligere 24 procent opfylder to af de tre kernekriterier og kan dermed siges at have subklinisk PTSD (Eiklit mfl., 2012). Blandt de 55 personer på Frivilligcentrene, der på tidspunktet for statusrapporten har gennemgået seks måneders behandling, er der sket en signifikant reduktion i forekomsten af PTSD. Omfanget af reduktionen er ikke beskrevet i statusrapporten.

Der er en signifikant forskel mellem PTSD-forekomsten blandt personerne med senfølger efter seksuelle overgreb på Frivilligcentrene og borgerne i Psykologordningen. Forekomsten af PTSD-symptomer er 27 procentpoint *mindre* blandt borgerne i Psykologordningen end blandt personerne på Frivilligcentrene. En væsentlig del af forskellen i omfanget af PTSD mellem de to grupper kan formentlig tilskrives, at der anvendes to forskellige målemetoder. At det er målemetoden, der er den primære årsag til forskellen, underbygges af, at borgere i Psykologordningen har signifikant *lavere* skoleuddannelsesniveau end gruppen af personer, der kommer på Frivilligcentrene, (jf. kapitlet, Fortiden). Symptomer på PTSD øger netop risikoen for ikke at

⁷¹ Målingen er baseret på 119 personer.

gennemføre en uddannelse (jf. kapitlet, Fortiden). Hvis der reelt set skulle være *færre* i Psykologordningen med PTSD-symptomer end på landets Frivilligcentre, så ville man kunne forvente, at niveauet for skoleuddannelse modsat var *højere* blandt borgerne i Psykologordningen sammenholdt med personerne på Frivilligcentrene. Omfanget af PTSD-symptomer hos de to grupper er dermed formentlig ikke direkte sammenligneligt grundet de forskellige målemetoder.

En anden undersøgelse blandt kvinder med senfølger efter seksuelle overgreb i Norge, som cirka fem år tidligere har været i behandling for angst og depression, finder et PTSD-niveau på 50 procent af kvinderne, hvilket er mere tilsvarende niveauet af PTSD blandt borgerne i Psykologordningen ved behandlingens start (46 procent). I den norske undersøgelse er SCL-90-R skalaen anvendt, det vil sige også en anden psykometrisk test end i denne spørgeskemaundersøgelse. Nedenstående Tabel 53 viser en oversigt over omfanget af PTSD blandt forskellige selektioner af personer med senfølger efter seksuelle overgreb, som beskrevet i ovenstående.

Tabel 53. Oversigt over omfang af PTSD blandt tre forskellige grupper af personer, udsat for seksuelle overgreb i barndommen.

Gruppe	Borgere i Psykologordningen	Personer på Frivilligcentre med senfølger efter seksuelle overgreb.	Kvinder med senfølger efter seksuelle overgreb. Tidligere behandlet for angst og depression
Omfang ved behandlingens start	46 %	73 %	50 %
Omfang ved behandlings afslutning	27 %	Signifikant ændring. Omfang af ændring fremgår ikke af statusrapporten.	-
Målemetode	PLC-C	Harvard Trauma Questionnaire	SCL-90-R (PTSD-subskala)
Antal	525	100 ved behandlingens start, 36 ved behandlings afslutning. Ikke alle har afsluttet behandlingen. Der er tale om en statusmåling.	56
Kilde	Denne spørgeskemaundersøgelse	Elklit mfl. (2012)	Peleikis mfl. (2005)

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om Psykologordningen viser på linje med andre undersøgelser et højt niveau af PTSD blandt personer med senfølger efter seksuelle overgreb. Omfanget af PTSD varierer, som Tabel 53 viser, fra undersøgelse til undersøgelse, hvilket blandt andet skal ses i lyset af forskellige målemetoder. Derudover kan det skyldes, at selektionen af personer med senfølger efter seksuelle overgreb er forskellig fra undersøgelse til undersøgelse. Sammenholdt med normalbefolkningen er omfanget af PTSD entydigt højere blandt personer med senfølger efter seksuelle overgreb i alle tre omtalte undersøgelser. Amerikanske undersøgelser har netop vist, at omfanget af PTSD i normalbefolkningen set over livstid er 7,8 procent (Kessler et al., 1995), mens det i nærværende undersøgelse og ovennævnte undersøgelser spænder fra 46-73 procent blandt personer med senfølger efter seksuelle overgreb.

Angst, depression og nærtagenhed blandt borgerne

SLC-92-skalaen består af i alt ni subskalaer, der kan anvendes som selvstændige skalaer eller som én samlet skala. Tre af disse subskalaer er medtaget i spørgeskemaerne; henholdsvis angst, depression og nærtagenhed⁷². Da ikke alle ni subskalaer er med i undersøgelsen, kan der ikke beregnes én samlet score, men i stedet tre subscores; én for hvert område.

Angst blandt borgerne

Undersøgelser har fundet klare sammenhænge mellem seksuelt misbrug i barndommen og forekomsten af angst (eks. Fergusson et al., 2008). Denne spørgeskemaundersøgelse viser, at 58 procent af borgerne havde alvorlige symptomer på angst før behandlingen. Efter behandlingen er andelen blandt de samme borgere faldet signifikant til 39 procent (Tabel 54). Der er ikke nogen sammenhæng mellem køn og alder i forhold til angstniveauet ved behandlingens start samt ved behandlingens afslutning.

Tabel 54. Borgerne i Psykologordningen fordelt på angstniveau før og efter behandlingen.

ANGST	Før behandlingen	Efter behandlingen	Ændring
Milde symptomer	17 %	42 %	+ 25 pct. point
Moderate symptomer	25 %	19 %	- 6 pct. point
Alvorlige symptomer	58 %	39 %	- 19 pct. point

N=534. Wilcoxon-test: $P < 0,0001$, McNemar-test: $P < 0,0001$. Målt ved brug af SCL-92 skala. Svarprocent: 85 %. Skema 1 og skema 2. Delpopulation 1A.

Ser man på gennemsnittet, var det – på en skala fra 0 til 4 – før behandlingens start 1,6, svarende til alvorlige symptomer (Se Tabel 55). Efter behandlingens afslutning er det faldet signifikant til 1,2, hvilket er moderate symptomer på grænsen til alvorlige symptomer. Til sammenligning er gennemsnittet for den almene danske befolkning 0,44, svarende til milde symptomer. Gruppen med senfølger af seksuelle overgreb har dermed et betydeligt højere niveau af angst end den gennemsnitlige dansker, både før og efter psykologbehandlingen, men efter behandlingen er alvorligheden af symptomerne sænket.

Tabel 55: Sammenligning af gennemsnit for angstniveau hos borgerne før og efter behandling samt med den danske gennemsnitsbefolkning

Gennemsnit før behandlingen	Gennemsnit efter behandlingen	Dansk befolkningsgennemsnit	Angstskalaen
1,6	1,2	0,44	Milde symptomer: 0,0 - 0,71 Moderate symptomer: 0,72 - 0,28 Alvorlige symptomer: 1,29 - 4,0
Alvorlige symptomer	Moderate symptomer	Milde Symptomer	

N=543. $P < 0,0001$.

Depression blandt borgerne

Forekomst af depression er et alment kendt forekommende senfølge efter seksuelle overgreb (Fergusson & Mullens, 1999). I en undersøgelse af tvillinger blev der fundet en sammenhæng mellem seksuel misbrug i barndommen og udvikling af depression i voksenlivet (Kendler et al., 2000)⁷³. I tråd hermed viser Tabel 56, at 78 procent af borgerne havde alvorlige symptomer på en depression før behandlingen, hvilket må

⁷² I Bilag 1 beskrives præcist, hvordan angst, depression og nærtagenhed måles.

⁷³ Undersøgelsen er beskrevet i Elklit et al., 2012.

betegnes som en betydelig andel. Efter behandlingen er andelen faldet signifikant til 52 procent svarende til et fald på 26 procentpoint. Der er ikke nogen sammenhæng mellem køn og alder i forhold til alvorligheden af symptomerne på depression ved behandlingens start, såvel som ved afslutningen af behandlingen.

Tabel 56. Borgerne i Psykologordningen fordelt på depressionsniveau før og efter behandlingen.

Depression	Før behandlingen	Efter behandlingen	Ændring
Milde symptomer	6 %	23 %	+ 17 pct. point
Moderate symptomer	16 %	25 %	+ 9 pct. point
Alvorlige symptomer	78 %.	52 %	- 26 pct. point

N=542. Wilcoxon-test: $P < 0,0001$, McNemar-test: $P < 0,0001$. Målt ved brug af SCL-92 skala. Svarprocent: 87 %. Skema 1 og skema 2. Delpopulation 1A.

Ser man på gennemsnittet, var det - på en skala fra 0 til 4 - før behandlingens start 2,2, svarende til alvorlige symptomer (Se Tabel 57). Efter behandlingens afslutning er det faldet signifikant til 1,6, hvilket stadig betegnes som alvorlige symptomer. Til sammenligning er gennemsnittet for den almene danske befolkning 0,59, hvilket kategoriseres som milde symptomer. Gruppen med senfølger af seksuelle overgreb har dermed et betydeligt højere niveau af depression end den gennemsnitlige dansker både før og efter psykologbehandlingen, men efter behandlingen er graden af de alvorlige symptomer blevet mindsket.

Tabel 57: Sammenligning af gennemsnit for depressionsniveau hos borgerne før og efter behandling samt med den danske gennemsnitsbefolkning

Gennemsnit før behandlingen	Gennemsnit efter behandlingen	Dansk befolknings-gennemsnit	Depressionsskalaen
2,2	1,6	0,59	Milde symptomer: 0,0-0,72 Moderate symptomer: 0,73-1,50 Alvorlige symptomer: 1,51-4,0
Alvorlige symptomer	Alvorlige symptomer	Milde symptomer	

N=542. $P < 0,0001$.

Nærtagenhed blandt borgerne

Der er 605 borgere i delpopulation 1A, der både før og efter behandlingen har svaret på spørgsmålene vedrørende nærtagenhed⁷⁴. Ifølge Tabel 58 havde 78 procent af borgerne før behandlingen alvorlige symptomer på nærtagenhed, mens andelen efter behandlingen er faldet signifikant til 56 procent af borgerne, hvilket svarer til et fald på 22 procentpoint. Der er ingen sammenhæng mellem alvorligheden af symptomerne på nærtagenhed og borgerne i Psykologordningens køn og alder ved behandlingens start, såvel som ved afslutningen af behandlingen.

⁷⁴ At være nærtagen dækker over, at man er følsom og let bliver såret, fornærmet eller sur. www.ordnet.dk. I Bilag 1 kan der ses en oversigt over de spørgsmål, som definerer nærtagenhed i denne spørgeskemaundersøgelse.

Tabel 58. Borgerne i Psykologordningen fordelt på nærtagenhedsniveau før og efter behandlingen.

Nærtagenhed	Før behandlingen	Efter behandlingen	Ændring
Milde symptomer	8%	25%	+ 17 pct. point
Moderate symptomer	14%	20%	+ 6 pct. point
Alvorlige symptomer	78%	56%	- 22 pct. point

N=558. Wilcoxon-test: $P < 0,0001$, McNemar-test: $P < 0,0001$. Målt ved brug af SCL-92 skala. Svarprocent: 89 %. Skema 1 og skema 2. Delpopulation 1A.

Ser man på gennemsnittet, var det - på en skala fra 0 til 4 - før behandlingens start 2,0, hvilket svarer til alvorlige symptomer (se Tabel 59). Efter behandlingens afslutning er det faldet signifikant til 1,6, hvilket stadig kategoriseres som alvorlige symptomer. Det danske befolkningsgennemsnit er til sammenligning 0,54, svarende til milde symptomer. Behandlingen ser dermed ud til at have haft en signifikant positiv effekt på symptomerne på nærtagenhed, men der er stadig et markant behandlingsbehov i forhold til nærtagenhed for gennemsnittet af borgere ved behandlingens afslutning.

Tabel 59: Sammenligning af gennemsnit for nærtagenhedsniveau hos borgerne før og efter behandling samt med den danske gennemsnitsbefolkning

Gennemsnit før behandlingen	Gennemsnit efter behandlingen	Dansk befolkningsgennemsnit	Nærtagenhedsskalaen
2,0	1,6	0,54	<i>Milde symptomer: 0,0-0,72 Moderate symptomer: 0,73-1,50 Alvorlige symptomer: 1,51-4,0</i>
Alvorlige symptomer	Alvorlige symptomer	Milde symptomer	

N=558. $P < 0,0001$.

Effekten af behandlingen

Generelt har behandlingen dermed haft en positiv effekt på borgerens psykiske helbred. På alle målte områder, det vil sige trivsel, PTSD, nærtagenhed, depression og angst, har der været en bedring i borgerens tilstand fra behandlingens start til afslutningen af behandlingen. Samtidig indikerer niveauet af symptomer ved behandlingens afslutning dog, at der for en væsentlig andel af borgerne stadig er et behandlingsbehov. Et væsentligt forbehold er, at eftersom der ikke er en kontrolgruppe, kan det ikke udelukkes, at effekten kan skyldes andre forhold end psykologbehandlingen eksempelvis tid eller andre sociale forhold i borgerens livssituation. Det er derudover vigtigt at påpege, at resultaterne siger noget om effekten af behandlingen ved behandlingens afslutning. På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen kan det ikke konkluderes, hvorvidt effekten af behandlingen varer ved på længere sigt.

Tabel 60 viser en opsummerende oversigt over status for borgerne før og efter behandlingen. Af figuren fremgår blandt andet effektstørrelsen⁷⁵ for udviklingen på de målte områder. Des højere værdi figuren viser, des bedre er effekten af behandlingen. Ved hjælp af effektstørrelsen kan udviklingen indenfor de forskellige målte områder sammenlignes. Den største effekt ses i forhold til trivsel. Her er effekten 0,65, svarende til en medium størrelse effekt. Det giver umiddelbart god mening, at det er indenfor dette område, at den største effekt ses. Selvom man

⁷⁵ Effektstørrelsen er et tal oftest mellem 0-1 (men kan i princippet være højere end 1). Læs eventuelt mere om effektstørrelse i kapitlet 3 om spørgeskemaundersøgelsens metode.

stadig har en række psykiske og eventuelt fysiske problemer, så kan den generelle trivsel formentlig blive forbedret ved menneskelig omsorg og mulighed for at tale med en professionel.

Forbedringen i depressive symptomer har en effektstørrelse på 0,63, igen svarende til en medium effekt. Her har der altså også været en god effekt af behandlingen. I forhold til PTSD ses en effekt på 0,56, hvilket ligger lidt lavere end effekten i forhold til trivsel og depressive symptomer. Den mindste udvikling ses i forhold til angst og nærtagenhed, hvor effektstørrelserne er på henholdsvis 0,44 og 0,42. Det er dermed på disse områder, at behandlingen har udvist mindst effekt, hvilket samtidig også kan vidne om, at det særligt er i forhold til disse områder, at det kræver et længere behandlingsforløb. Generelt har borgerne på alle områder behov for yderligere hjælp, da de i gennemsnit stadig har det betydeligt dårligere end den gennemsnitlige dansker.

Tabel 60. Oversigt over effekten af behandlingen målt på trivsel, PTSD, nærtagenhed, depression og angst.

	Trivsel#	PTSD~	Nærtagenhed¤	Depression¤	Angst¤
Genm. før	38	49	2,0 (Alvorlige symptomer)	2,2 (Alvorlige symptomer)	1,6 (Alvorlige symptomer)
Genm. efter	51*	41*	1,6* (Alvorlige symptomer)	1,6* (Alvorlige symptomer)	1,2* (Moderate symptomer)
Dansk befolknings gennemsnit			0,54 (Milde symptomer)	0,59 (Milde symptomer)	0,44 (Milde symptomer)
Skala	0-100. Score under 50 tyder på trivselsproblemer	17-85 Score på 50+ indikerer diagnosen PTSD	Milde symptomer: 0,0 - 0,72 Moderate symptomer: 0,73 - 1,50 Alvorlige symptomer: 1,51 - 4,0	Milde symptomer: 0,0 - 0,72 Moderate symptomer: 0,73 - 1,50 Alvorlige symptomer: 1,51 - 4,0	Milde symptomer: 0,0 - 0,71 Moderate symptomer: 0,72 - 1,28 Alvorlige symptomer: 1,29 - 4,0
Standard afvigelse før	17,6	13,1	0,9	0,9	0,9
Standard afvigelse efter	22,1	14,6	1,0	1,0	0,9
Effekt størrelse	0,65	0,56	0,42	0,63	0,44
Antal	587	525	558	542	534

*Signifikant ændring, $P \leq 0,001$. # Målt ved brug af WHO trivselskala. ~Målt ved brug af PCL-C skala. ¤Målt ved brug af SCL-92 skala. Svarprocent varierer mellem 84 % og 94 %. Delpopulation 1A, herunder de, der har svaret på skalaspørgsmålene på både skema 1 og skema 2.

Andre undersøgelser om effekt af psykologbehandling

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen i Vidensindsamlingen ligger på linje med andre undersøgelser af effekten af psykologbehandling på voksne, som er blevet udsat for seksuelle overgreb i barndommen. En metaanalyse af 44 undersøgelser af psykologbehandling til denne målgruppe viser, at effektstørrelsen for virkningen af

psykologbehandling på PTSD af traumesymptomer ligger i intervallet 0,72-0,77 (Taylor et al., 2010). Den er altså lidt højere end effektstørrelsen for PTSD, som i denne spørgeskemaundersøgelse er 0,56. Forskellen i effektstørrelsen kan skyldes en række faktorer som selektion til undersøgelsen blandt målgruppen, selve behandlingen, herunder varighed af behandling, samt forskelle i målemetoder. Metaanalysen af en række undersøgelser af Taylor viste endvidere, at der var størst effekt på behandlingen af PTSD hos personer med senfølger efter seksuelle overgreb, som havde fået individuel behandling frem for gruppebehandling. Derudover gav behandling med hjemmeøvelser en stigning i effektstørrelsen. Metaanalysen viste også, at der var en tendens til patienternes indkomst har betydning for effekten af behandlingen af PTSD på målgruppen. Patienter med lavere indkomst havde generelt mindre effekt af behandlingen. Endelig var der større effekter for undersøgelser, hvor patienten blev interviewet af en professionel til undersøgelsen, frem for hvis patient selv udfyldt spørgeskemaet (Taylor et al, 2010). I spørgeskemaundersøgelsen i forbindelse med Psykologordningen, har borgeren selv udfyldt spørgeskemaet.

En anden undersøgelse af kvinder udsat for intrafamiliære seksuelle overgreb i barndommen viser en positiv effekt af psykologisk behandling i forhold til kvindernes livskvalitet, psykosocialt funktionsniveau og psykisk lidelse. Undersøgelsen viste endvidere, at der var signifikant bedre resultater ved anvendelse af systemisk gruppe-terapi frem for analytisk gruppeterapi (Lau & Kristensen, 2007).

Overordnet set viser indeværende spørgeskemaundersøgelse i tråd med internationale undersøgelser, at der er en overhyppighed af psykiske problemstillinger blandt personer, der er blevet udsat for seksuelle overgreb i barndommen, og at der er en positiv effekt af psykologbehandling til personer med senfølger efter seksuelle overgreb.

Udeladte analyser

I dette analysekapitel er der udeladt 10 logistiske regressionsmodeller, hvor der er set nærmere på borgerens psykiske helbred og udvikling grundet for lav pålidelighed og validitet. Regressionerne kan ses i Bilag 6. I det følgende gennemgås kort hvilke forhold, der er undersøgt i de udeladte regressionsmodeller.

Borgerens psykiske helbred ved behandlingens start

Et centralt undersøgelsesspørgsmål der er analyseret via logistisk regressionsanalyse er *hvilken sammenhænge, der er mellem borgerens psykiske helbred ved behandlingens start og borgerens sociodemografiske forhold, kendetegn ved borgerens opvækstfamilie samt karakteren af overgrebshistorien målt ved eksempelvis varigheden af overgrebet og antal krænkerere.*

For at svare på dette undersøgelsesspørgsmål, blev der derfor lavet fem logistiske regressionsmodeller med følgende *afhængige variable*. Der er lavet en model for hver afhængig variabel.

1. Trivselsproblemer ved behandlingens start
2. PTSD-symptomer ved behandlingens start
3. Alvorlige angstsymptomer ved behandlingens start
4. Alvorlige depressionssymptomer ved behandlingens start
5. Alvorlige nærtagenhedssymptomer ved behandlingens start

I en logistisk regressionsanalyse opdeles borgerne i to grupper: I den første af de fem logistiske regressionsmodeller er den ene gruppe eksempelvis de borgere, der har flest trivselsproblemer ved behandlingens start, og den anden gruppe er de borgere, der har det mindste omfang af trivselsproblemer ved behandlingens start. De *uafhængige, forklarende variable* i alle fem logistiske regressioner var netop opvækstfamilie, arbejdsmarkedstilknytning, det at have børn og en partner, samt karakteren af overgrebshistorien målt ved eksempelvis varigheden af overgrebet og antal krænkere. I de logistiske regressionsanalyser blev det undersøgt, hvilke af disse forklarende variable, der øgede risikoen for, at borgeren eksempelvis har mest omfattende trivselsproblemer ved behandlingens start.

De fem logistiske regressionsanalyser pegede dog i mange forskellige retninger, og stemte i hovedtræk ikke overens med de resultater, man kunne forvente på baggrund af tidligere undersøgelser og den kliniske erfaring. Årsagen hertil kan være, at den undersøgte gruppe af borgere med senfølger efter seksuelle overgreb samlet set er en meget sårbar gruppe. Når borgerne opdeles i to grupper, hvor den ene gruppe fx har mere omfattende trivselsproblemer end den anden gruppe, er forskellene mellem de to grupper af borgere formentlig ikke store nok til, at de logistiske regressioner giver entydige resultater.

På grund af resultaternes lave validitet og pålidelighed er det besluttet ikke at anvende de fem logistiske regressionsmodeller i analysen. Modellerne kan ses i Bilag 6, men der tages forbehold for resultaterne.

Udviklingen i psykisk helbred igennem behandlingen

Et andet interessant undersøgelsesspørgsmål er, *hvilke forhold der indvirker på, at borgerne hører til den halvdel med den dårligste udvikling i forhold til psykisk helbred målt på trivsel, PTSD, angst, depression og nærtagenhed*. Der blev derfor også her lavet fem logistiske regressionsmodeller med følgende afhængige variable. Der er lavet en model for hver afhængig variabel.

1. Halvdel med dårligste/bedste trivselsudvikling
2. Halvdel med dårligste/bedste udvikling i forhold til symptomer på PTSD
3. Halvdel med dårligste/bedste udvikling i forhold til symptomer på angst
4. Halvdel med dårligste/bedste udvikling i forhold til symptomer på depression
5. Halvdel med dårligste/bedste udvikling i forhold til symptomer på nærtagenhed

Som nævnt ovenfor opdeles borgerne i to grupper. I forbindelse med den første af ovenstående fem logistiske regressionsmodeller er de to grupper 1) gruppen, der har haft dårligst trivselsudvikling fra behandlingens start til behandlingens afslutning, og 2) gruppen, der har haft den bedste trivselsudvikling fra behandlingens start til behandlingens afslutning.

De uafhængige, forklarende variable var karakteren af overgrebshistorien målt ved eksempelvis varigheden af overgrebet og antal krænkere, psykisk helbred ved behandlingens start, behov for yderligere hjælp efter behandlingen, tilfredshed med behandlingen, om de havde barn og partner, samt arbejdsmarkedstilknytning. Det blev undersøgt hvilke forhold blandt de forklarende variable, der øgede risikoen for, at borgeren eksempelvis har haft den dårligste trivselsudvikling ved behandlingens start

Imidlertid pegede resultaterne af disse logistiske regressioner også i forskellige retninger og resultaterne er generelt set ikke, som man ville forvente ud fra tidligere

undersøgelser og den kliniske erfaring. Det kan der være flere årsager til: For det første er behandlingsformen den mest oplagte forklarende variabel at inkludere i de logistiske regressioner, men der eksisterer som nævnt i Metodekapitlet ikke en god og valid variabel, der måler behandlingsformen. De forklarende variable, der kan anvendes i de logistiske regressioner, er dermed ikke de mest oplagte variable til at forklare, hvorfor nogle borgere har en bedre udvikling i forhold til eksempelvis trivsel end andre borgere. Det kan være én af forklaringerne på, at resultaterne peger i forskellige retninger. For det andet har det formentlig også en betydning, at den samlede gruppe af borgere med senfølger efter seksuelle overgreb som nævnt samlet set er en meget sårbar gruppe. Når de opdeles i to grupper i forhold til fx trivsel, hvor den ene gruppe har den dårligste udvikling og den anden har den bedste udvikling, er forskellene imellem de to grupper formentlig ikke store nok til, at de logistiske regressioner giver entydige resultater.

Derfor er det også her besluttet, at de fem logistiske regressionsmodeller om forhold, der indvirker på borgernes udvikling fra behandlingens start til slut i forhold til psykiske helbred målt ved trivsel, PTSD, angst, depression og nærtagenhed, ikke kan medtages i analysen. Ligesom ovenfor vil der være for stor risiko for, at Vidensindsamlingen i så fald vil indeholde analyser med lav validitet og pålidelighed. De fem logistiske regressionsmodeller kan ses i Bilag 6, men der tages forbehold for resultaterne.

Opsummering

Ved behandlingens start og ved behandlingens afslutning har borgeren udfyldt et spørgeskema med psykometriske test, der måler på henholdsvis trivsel, PTSD, nærtagenhed, depression og angst. Der er ingen kontrolgruppe i undersøgelsesdesignet, og derfor kan det ikke entydigt konkluderes, at udviklingen udelukkende skyldes behandlingen. Forhold som tid eller ændringer i andre sociale forhold kan også spille ind. På alle målte områder har der været en bedring i borgerens psykiske helbred fra behandlingens start til afslutningen af behandlingen. Den største effekt ses i forhold til trivsel. Effekten af behandlingen på depressive symptomer og PTSD er lidt under niveauet af effekten af behandlingen på borgerens trivsel, men der er stadig tale om en medium størrelse effekt. En medium størrelse effekt er en effekt, man kan se med det blotte øje, for eksempel svarende til højdeforskellen på en 14-årig og en 18-årig pige. Den mindste udvikling i løbet af behandlingen ses i forhold til angst og nærtagenhed. Det er på disse områder, at behandlingen ser ud til at have haft mindst effekt. Dette kan samtidig vidne om, at det særligt er i forhold til disse områder, at det kræver et længere behandlingsforløb før effekten indtræder.

Selvom behandlingen ser ud til at have haft en positiv effekt, så vidner niveauet af symptomer ved behandlingens afslutning om, at der for en væsentlig andel af borgerne stadig er et behandlingsbehov, da en væsentlig andel af borgerne ved behandlingens afslutning stadig har alvorlige symptomer på trivselsproblemer, PTSD, nærtagenhed, depression og angst. Det er undersøgt, om der er forskel på køn og alder i forhold til de psykiske problemer ved behandlingens start og afslutning. Køn og alder viser sig imidlertid ikke at have en betydning for graden af psykiske problemer hverken før eller efter behandlingen. Endeligt blev det forsøgt at undersøge hvilke forhold, der indvirker på borgerens psykiske helbred ved behandlingens start, samt hvilke forhold der indvirker på borgerens psykiske udvikling henover behandlingsforløbet. Disse analyser indgår imidlertid ikke i den endelige rapport, da resultaterne pegede i forskellige retninger, og fordi de ikke stemte overens med tidligere undersøgelser og den kliniske erfaring. Resultaterne af disse analyser blev vurderet upålidelige, fordi dataforudsætningerne for disse analyser ikke var til stede.

8. Borgerens vurdering af Psykologordningen

Udover de psykometriske test som borgerne har udfyldt af to omgange, før og efter behandlingen, så har borgerne også ved behandlingens afslutning svaret på deres tilfredshed med behandlingen, deres behov for yderligere hjælp, samt givet deres vurdering af Socialstyrelsens administration af Psykologordningen. Undersøgelses-spørgsmålene i dette kapitel er:

- Hvilke forhold har betydning for borgernes tilfredshed med Psykologordningen?
- Hvordan har borgerne oplevet mødet med Socialstyrelsen i brugen af ordningen?

I dette kapitel ses der udelukkende på delpopulation 1A: Gruppen af borgere, hvor alle fire skemaer er blevet udfyldt. Borgerne i denne gruppe er i gennemsnit, som bortfaldsanalysen viste, lidt mere ressourcestærke i forhold til uddannelse, og de er ældre, end den øvrige gruppe af borgere, der har været ved en psykolog. Derudover er der ingen signifikante forskelle i forhold til alle borgere i undersøgelsen.

Høj tilfredshed med ordningen

Generelt set giver borgerne i Psykologordning udtryk for en høj tilfredshed med behandlingen, som de har modtaget i ordningen (se Tabel 61). Det er 96 procent af dem, der angiver, at de i høj eller nogen grad er blevet afklaret i forhold til, hvad deres problemer består i, mens 90 procent angiver, at de i høj eller nogen grad har fået nogle redskaber til at komme videre med deres problemer. Lidt færre mener, at de fik løst de problemer, de kom med hos psykologen. Således angiver 16 procent, at de i høj grad mener, at de fik løst deres problemer, og 59 procent angiver i nogen grad, samlet set udgør de 75 procent. Tilsvarende er der også lidt færre, der mener, at de i høj eller nogen grad fik den behandling som de havde brug for: her er andelen 83 procent. Der tegner sig dermed et billede af en høj tilfredshed blandt borgerne i Psykologordningen.

Tabel 61. Borgerne i Psykologordningen fordelt på tilfredshed med Psykologordningen

Vurdering	1. Jeg er blevet afklaret i forhold til, hvad mine problemer består i	2. Jeg har fået nogle redskaber til at komme videre med mine problemer	3. Jeg fik fået løst de problemer, jeg kom med	4. Jeg har fået den behandling, jeg havde brug for	Samlet tilfredshed (faktor for punkt 1-4)*
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
I høj grad	50 % (304)	41 % (244)	16 % (949)	38 % (219)	43 % (242)
I nogen grad	46 % (249)	49 % (297)	59 % (347)	45 % (262)	45 % (251)
I ringe grad	3 % (17)	8 % (48)	17 % (97)	10 % (56)	10 % (55)
Slet ikke	2 % (14)	2 % (14)	9 % (50)	8 % (45)	2 % (9)
I alt	100 % (604)	100 % (603)	100 % (588)	100 % (582)	100 % (557)

Anm. 'Ved ikke' er ikke medtaget, da denne kategori ikke indgår i faktoranalysen.*

Faktoranalyse. KMO: 0,793, Eigenvalue: 2,7, Cronbachs Alpha: 0,837. Svarprocent for faktoranalysen: 89 %. Skema 2. Delpopulation 1A.

De fire parametre for tilfredshed med behandlingen er blevet slået sammen til en samlet skala for tilfredshed med behandlingen⁷⁶. Det er 43 procent af borgerne, der har en høj grad af tilfredshed, hvilket må siges at være en væsentlig andel. 45 procent er i nogen grad tilfredse, mens 10 procent i ringe grad er tilfredse, og 2 procent slet ikke er tilfredse. (Se Tabel 61).

Behov for yderligere hjælp

Borgerne er blevet spurgt, om de mener, at de har behov for yderligere hjælp. 74 procent mener, at det har de (se Tabel 62). Det vidner om, at 11 timer ikke er tilstrækkeligt til at være færdigbehandlet ifølge borgerens egen vurdering.

Tabel 62. Borgerne i Psykologordningen fordelt på borgerens vurdering af behov for yderligere behandling i forhold til senfølger af seksuelle overgreb

Behov for yderligere behandling	Andel (antal)
Nej	17 % (104)
Ja	74 % (463)
Ved ikke	9 % (55)
I alt	100 % (622)

Svarprocent: 100 %. Skema 2. Delpopulation 1A.

Øget behov ved dårligt psykisk helbred

Der er en meget stærk signifikant sammenhæng⁷⁷ mellem borgerens selvvaluerede trivsel ved behandlingens afslutning og behovet for yderligere behandling. 95 procent af dem, som har trivselsproblemer ved behandlingens afslutning, angiver at have et behov for yderligere behandling. Tilsvarende er der meget stærke sammenhænge mellem at have symptomer på angst⁷⁸, depression⁷⁹, nærtagenhed⁸⁰ samt særligt PTSD⁸¹ og borgerens vurdering af behov for yderligere behandling. Det viser tydeligt, at borgerens vurdering af at have behov for yderligere behandling klart afspejler et reelt behandlingsbehov, baseret på scoren af de psykometriske test. Det er altså særligt de borgere, som har betydelige psykiske problemstillinger, der har størst sandsynlighed for at vurdere, at de stadig har et behandlingsbehov efter de 11 timers behandling. Køn og alder har derimod ikke signifikant indvirkning på sandsynligheden for, om borgeren vurderer, at der er behov for yderligere behandling, ej heller er der en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og behovet for yderligere behandling. Arbejdsmarkedstilknudning spiller derimod en rolle, dog i klart mindre omfang end sammenhængen mellem psykisk helbred ved behandlingens afslutning og behovet for yderligere hjælp⁸². Blandt de, der er i arbejde, er der færre, der angiver at have et behov for yderligere behandling, mens der er en større andel blandt dem, der ikke er i arbejde, og særligt blandt dem, som er langtidssygemeldte, som angiver et yderligere behov for behandling. Det er ikke til at sige hvilken vej sammenhængen går. Med andre ord, om det at være i arbejde gør, at man i mindre grad føler et behov for yderligere behandling, eller at det *ikke* at være i arbejde eller at være langtidssygemeldt netop skyldes, at der er et stort behandlingsbehov. Sidstnævnte synes mest plausibelt.

⁷⁶ KMO: 0,793, Eigenvalue: 2,7, Cronbachs Alpha: 0,837. Se eventuelt kapitlet 3 om spørgeskemaundersøgelsens metode for nærmere beskrivelse.

⁷⁷ P < 0,001, Gamma = 0,8.

⁷⁸ P < 0,001, Gamma = 0,8. I Bilag 1 er det beskrevet, hvordan angst er målt.

⁷⁹ P < 0,001, Gamma = 0,8. I Bilag 1 er det beskrevet, hvordan depression er målt.

⁸⁰ P < 0,001, Gamma = 0,8. I Bilag 1 er det beskrevet, hvordan nærtagenhed er målt.

⁸¹ P < 0,001, Gamma = 0,9. I Bilag 1 er det beskrevet, hvordan PTSD er målt.

⁸² P < 0,001, Gamma = 0,2.

Overgrebshistorien har betydning for behovet for yderligere hjælp

Endvidere er der blevet undersøgt, om behovet for yderligere hjælp hænger sammen med overgrebshistorien. Det viser sig, at der er en svag, men signifikant sammenhæng med antallet af krænker. Har borgeren haft to eller flere krænker, er der således et øget behov for yderligere hjælp efter de 11 timer⁸³. Tilsvarende er der en signifikant, men svag sammenhæng mellem kønnet på krænkeren og behovet for yderligere behandling. Var krænkeren en kvinde, er behov for yderligere behandling større end hvis krænkeren var en mand⁸⁴. Det er særligt mænd, der har haft en kvindelig krænker. Dette resultat stemmer overens med den kliniske erfaring på feltet. Dr. med. Marianne Lau, Psykoterapeutisk Center Stolpegården udtaler, ”*Den kliniske erfaring er, at det kan være forbundet med særlig stor skam for mænd at være blevet krænket af en kvinde.*” Den samme tendens blev rapporteret på det sidste af en række erfaringsmøder for psykologkorpset. Her var der bred enighed blandt behandlerne om, at mænd med kvindelige krænker udgjorde en særlig gruppe med et ekstra stort behov for at arbejde med skamfølelse. Psykologerne begrundede tendensen med, at de mandlige borgere kæmpede med en stærk følelse af at være medskyldige i overgrebene (referat af erfamøde den 28. sep. 2012).

I forlængelse heraf kan mænd have sværere ved at se sig selv som ofre for et overgreb. I en PhD-afhandling om seksuelt misbrug påpeges det problematiske ved at bruge begreberne hegemonisk maskulinitet og den ’rigtige mand’, da en sådan opfattelse kan bidrage til en forståelse hos de drenge, der har været udsat for overgreb, at det at være offer ikke er sammenligneligt med det at være maskulin, hvilket kan gøre det endnu mere vanskeligt for drenge/mænd udsat for overgreb at åbne op og fortælle om hændelsen (Priebe, 2009).

Af andre ikke videnskabelige undersøgelser, se eventuelt også (Lyager & Lyager, 2005) (Jørgensen, 2006).

Varigheden af overgrebet øger også behovet for yderligere behandling. Des længere overgrebet stod på, des større sandsynlighed er der for, at der er et øget behandlingsbehov udover de 11 timer⁸⁵. Derimod har det ikke nogen signifikant betydning, om borgeren fortalte om overgrebet, mens det fandt sted i forhold til behovet for yderligere behandling, ligesom der ikke er en sammenhæng mellem det at have boet sammen med krænkeren, og behovet for yderligere behandling.

Ønske om mere psykolog- eller psykoterapeutisk behandling

De borgere, der mener, at de har behov for yderligere behandling, er blevet bedt om at angive hvilken form for behandling, de mener der er behov for (se Tabel 63). Der har været mulighed for at angive flere end én form for behandling og procenterne summer derfor ikke til 100 procent. 92 procent af de borgere, der vurderer, at de har behov for yderligere behandling, ønsker psykolog- eller psykoterapeutisk behandling, mens 11 procent vurderer at have behov for psykiatrisk behandling. Det er 18 procent af borgerne, der gerne vil være i en selvhjælpsgruppe, mens 13 procent angiver ønske om anden form for behandling. Andre former for behandling, der nævnes at være behov for, er eksempelvis coaching, kropsterapi, sexolog, meditation, familie-hjælp og kostvejledning. Blandt de borgere, der vurderer, at de har et behov for yderligere hjælp, angiver 72 procent at have behov for én yderligere form for behandling, mens 28 procent ønsker to eller flere behandlingsformer.

⁸³ $P < 0,05$, Gamma = 0,2.

⁸⁴ $P < 0,05$, Gamma = 0,15.

⁸⁵ $P < 0,05$, Gamma = 0,2.

Tabel 63. Borgerne i Psykologordningen fordelt på form for behandling, der er behov for. Blandt borgere, der vurderer, at de har et yderligere behov for behandling.

Behov for yderligere behandling	Andel (antal)
Psykologbehandling/psykoterapeutisk behandling	92 % (425)
Psykiatrisk behandling	11 % (49)
Selvhjælpsgruppe	18 % (82)
Anden form	13 % (60)
I alt	461

Svarprocent: 100 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne på spørgsmål om borgeren mener, at hun/han har behov for yderligere behandling). Det var muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelserne summer derfor ikke til 100 %. Skema 2. Delpopulation 1A.

Arrangeret yderligere hjælp

Blandt de borgere, der vurderede, at de havde et behov for yderligere behandling, er der for 55 procent vedkommende blevet arrangeret yderligere former for behandling. Som Tabel 64 viser, er den hyppigste behandlingsform, der er blevet arrangeret for borgerne psykologbehandling/psykoterapeutisk behandling (89 procent). Dernæst følger psykiatrisk behandling (13 procent), mens der for en mindre andel af borgere er arrangeret deltagelse i en selvhjælpsgruppe (7 procent). 10 procent har fået arrangeret anden form for behandling eksempelvis sexologisk behandling, parterapi, læge, støttekontaktperson, afspænding og meditation. Blandt de borgere, der er blevet arrangeret yderligere behandling for, er der for 16 procent af borgerne blevet arrangeret to eller flere former for behandling. Det har således været muligt at angive flere former for arrangeret behandling, hvorfor ovenstående procenter ikke summer til 100 procent.

Tabel 64. Borgerne i Psykologordningen fordelt på hvilken form for behandling, der er arrangeret for borgerne. Blandt borgere, der vurderer, at de har et yderligere behov for behandling.

Form for behandling arrangeret for borgerne	Andel (antal)
Psykologbehandling/psykoterapeutisk behandling	89 % (222)
Psykiatrisk behandling	13 % (32)
Selvhjælpsgruppe	7 % (17)
Anden form	10 % (25)
I alt	250

Svarprocent: 100 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne på spørgsmål om borgeren har fået arrangeret yderligere behandling. Her var svarprocenten 100 %). Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelserne summer derfor ikke til 100 %. Skema 2. Delpopulation 1A.

Lidt over halvdelen af de borgere, der ønskede yderligere behandling er altså blevet hjulpet videre, men det betyder samtidig, at 45 procent af de borgere, der vurderede, at de havde behov for yderligere hjælp, ikke har fået det ved afslutningen af deres behandlingsforløb i Psykologordningen.

Hvad har betydning for, om borgeren er tilfreds med hjælpen?

Det er blevet undersøgt med logistisk regressionsanalyse hvilke faktorer, der har betydning for borgerens tilfredshed med behandlingen (se Tabel 65)⁸⁶. Hypotesen

⁸⁶ Den afhængige variabel er borgerens tilfredshed. Variablen har to svarkategorier: 'I høj grad eller nogen grad tilfreds med behandlingen' og 'I ringe grad eller slet ikke tilfreds med

har været, at overgrebshistorien og forholdene i opvækstfamilien, kan have en betydning for tilfredsheden. Det samme gælder nutidige forhold, som om borgeren har børn og en partner samt om de er tilknyttet arbejdsmarkedet. Endeligt er det undersøgt om borgerens udvikling igennem behandlingen målt på trivsel samt symptomer på PTSD, angst, nærtagenhed og depression kunne have en betydning, herunder også borgerens udsagn om behov for yderligere hjælp.

Ujusteret logistisk regressionsanalyse – borgerens tilfredshed med behandlingen

En ujusteret logistisk regression viser, at hverken køn eller alder har betydning for tilfredsheden med behandlingen målt på den samlede tilfredshedsskala.

Borgernes arbejdsmarkedstilknytning har derimod betydning for tilfredsheden. Er man langtidssygemeldt har man 2,5 gange mindre chance for at være tilfreds med behandlingen, end hvis man er i arbejde (odds ratio=0,4). Langtidssygemeldte er dermed generelt set mindre tilfredse med behandlingen end borgere i arbejde. Denne sammenhæng kan skyldes, at en del af tilfredsheden måles på, om man føler sig færdigbehandlet, og at man har fået løst de problemer, som man kom med. Er man langtidssygemeldt, er det oplagt, at man i højere grad kan have behov for et længere behandlingsforløb, fordi ens behandlingsbehov er større. Privatlivsforhold som om man har en partner og/eller børn eller ej har derimod ikke betydning for borgerens tilfredshed med behandlingen.

Det, der har størst betydning for tilfredsheden med behandlingen er, om borgeren har oplevet en positiv fremgang i løbet af behandlingsforløbet. Hører borgeren til den halvdel med bedst udvikling i forhold til trivselsproblemer, så er der 6,3 gange større chance for at være tilfreds med behandlingen, end hvis borgeren hører til den halvdel med den dårligste udvikling i forhold til trivsel. Tilsvarende mønster ses for positiv udvikling i forhold til symptomer på PTSD, angst, nærtagenhed og depression. Angiver borgeren *ikke* at have et behov for yderligere hjælp, øges chancen 5,4 gange for, at borgeren er tilfreds med behandlingen. Det betyder dermed, at risikoen for at være mindre tilfreds med behandlingen er størst for de borgere, som angiver at have et behov for yderligere hjælp.

Justeret logistisk regressionsanalyse – borgerens tilfredshed med behandlingen

I den justerede logistiske regressionsanalyse medtages de signifikante variable fra den ujusterede analyse.

I den justerede analyse har langtidssygemelding ikke længere betydning for borgerens tilfredshed med behandlingen, hvilket formentlig skyldes, at der kontrolleres for den psykiske udvikling igennem behandlingen. Når der netop tages højde for den psykiske udvikling fra behandlingens start til slut, så har det ikke længere en selvstændig betydning, om borgeren er langtidssygemeldt.

Det, der får betydning, er altså den psykiske udvikling igennem behandlingsforløbet. Hører borgeren til den halvdel med bedst udvikling i forhold til trivselsproblemer, så er der 3,6 gange større chance for at være tilfreds med behandlingen, end hvis borgeren hører til den halvdel med den dårligste udvikling i forhold til trivsel. Det

behandlingen'. Variablen er konstrueret ved hjælp af faktoranalyse på baggrund af fire variable. Se evt. kapitel 3 om spørgeskemaundersøgelsens metode.

giver god mening, at forbedring i trivsel øger tilfredsheden med behandlingen. Hører borgeren til den halvdel med bedst udvikling i forhold til symptomer på PTSD, så er der 2,6 gange større chance for at være tilfreds med behandlingen, end hvis borgeren hører til den halvdel med den dårligste udvikling i forhold til symptomer på PTSD.

Alt andet lige har udviklingen i forhold til angst, depression og nærtagenhed ikke betydning for tilfredsheden med behandlingen. Udvikling på disse parametre har betydning isoleret set, men når der også kontrolleres for udviklingen i forhold til trivsel og PTSD, forsvinder effekten af angst, depression og nærtagenhed, hvilket givetvis skyldes, at angst, depression og nærtagenhed til en vis grad er omfattet af de øvrige psykiske områder. I forlængelse heraf dækker PTSD netop over symptomer på blandt andet angst, depression og nærtagenhed⁸⁷.

Endvidere har det alt andet lige ikke nogen betydning for tilfredsheden med behandlingen, om borgeren føler et behov for yderligere behandling. At effekten af dette forhold forsvinder i den justerede analyse kan skyldes, at effekten overskygges af, om borgeren har haft en positiv udvikling i forhold til trivsel og PTSD. Har der været en positiv udvikling, kommer et behov for yderligere behandling til at spille en mindre rolle for tilfredsheden.

En positiv udvikling i forhold til trivsel og PTSD synes dermed at være de vigtigste parametre for borgerens oplevelse af tilfredshed med behandlingen.

⁸⁷ Krydstabeller viser, at der er en meget stærk højsignifikant sammenhæng mellem henholdsvis PTSD og angst, depression og nærtagenhed. $P < 0,0001$, Gamma er henholdsvis 0,88, 0,96 og 0,87.

Tabel 65. Logistisk regression: Faktorer, der er afgørende for, om borgeren er tilfreds med behandlingen	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET MODEL-BACKSTEP
PARAMETER	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn	Ns	
Mand (ref)		
Kvinde	Ns	
Alder	Ns	
Op til 29 år (ref)		
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50 + år	Ns	
Har børn	Ns	
Har en partner	Ns	
Tilknytning til arbejdsmarkedet	Ns	Ns
I arbejde (ref)		
Under uddannelse	Ns	Ns
Langtidssygemeldt	0,4*	Ns
Uden arbejde	Ns	Ns
Halvdel m. bedst trivselsudvikling	6,3***	3,6**
Halvdel m. bedst udvikling ift. PTSD-symptomer	5,7***	2,6*
Halvdel m. bedst udvikling ift. angstsymptomer	3,9***	Ns
Halvdel m. bedst udvikling ift. symptomer på nærtagenhed	4,3***	Ns
Halvdel med bedst udvikling ift. symptomer på depression	5,2***	Ns
Føler ikke et behov for yderligere hjælp	5,4**	Ns
Konstant		Ns

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05. Nagelkerke i justeret model: 0,216, Hosmer and Lemeshow test: P=0,2. N=350 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent= 49 %.

Høj tilfredshed med Socialstyrelsens administration af Psykologordningen

Ligesom der generelt set er høj tilfredshed med behandlingen i Psykologordningen blandt borgerne, så er tilfredsheden også høj, når det kommer til borgernes vurdering af Socialstyrelsens administration af ordningen. Det er 95 procent af borgerne, der mener, at informationen om Psykologordningen var meget god eller god (Tabel 66).

Tabel 66. Borgerne i Psykologordningen fordelt på borgerens vurdering af Socialstyrelsens information om psykologordningen forud for indsendelse af ansøgning om psykolog-behandling

Vurdering af information om psykologordningen	Andel (antal)
Informationen var meget god	45 % (277)
Informationen var god	44 % (271)
Informationen var dårlig	2 % (12)
Informationen var meget dårlig	1 % (7)
Ved ikke	8 % (47)
I alt	100 % (614)

Svarprocent: 98 %. Skema 1. Delpopulation 1A.

Tilsvarende er der en høj tilfredshed med Socialstyrelsens samlede behandling af ansøgningen med henblik på at komme i betragtning til Psykologordningen (se Tabel 67). Tabellen viser, at 94 procent mener, at behandling af ansøgningen var meget god eller god. 3 procent mener, at den var dårlig, mens ingen vurderede, at behand-

lingen var meget dårlig. Køn har ikke nogen betydning for vurderingen, mens der ses et signifikant mønster i, at des ældre borgeren er, des mere positiv er vurderingen af Socialstyrelsens samlede behandling af ansøgningen⁸⁸. Arbejdsmarkedstilknytning og uddannelsesniveau spiller derimod ikke ind på vurderingen.

Tabel 67. Borgerne i Psykologordningen fordelt på deres vurdering af Socialstyrelsens samlede behandling af ansøgningen om at komme i betragtning til psykologordningen

Vurdering af behandling af ansøgning	Andel (antal)
Meget god	60 % (367)
God	34 % (206)
Dårlig	3 % (17)
Meget dårlig	0 % (2)
Ved ikke	3 % (20)
I alt	100 % (612)

Svarprocent: 98 %. Skema 1. Delpopulation 1A.

Borgerne har generelt set også følt sig rigtig godt behandlet i forbindelse med den visitationssamtale, der finder sted forud for behandlingen, hvor det vurderes, om ansøger lever op til på visitationskriterierne (se evt. kapitel 2 om Administration af og visitering til Psykologordningen). Det er 73 procent af borgerne, der i forbindelse med visitationssamtalen har følt sig virkelig godt behandlet, og 25 procent har følt sig godt behandlet. Kun 1 procent har ikke følt sig godt behandlet (Tabel 68).

⁸⁸ P<0,0,5, Gamma=0,25.

Tabel 68. Borgerne i Psykologordningen fordelt på vurdering af visitationssamtalen

Vurdering af visitationssamtalen	Andel (antal)
Følte mig virkelig godt behandlet	73 % (449)
Følte mig godt behandlet	25 % (152)
Følte mig ikke godt behandlet	1 % (5)
Følte mig slet ikke godt behandlet	0 % (0)
Ved ikke	1 % (8)
I alt	100 % (614)

Svarprocent: 98 %. Skema 1. Delpopulation 1A.

Godt tilbud, men brug for flere timer

Samlede set mener 51 procent, at Psykologordningen er et rigtig godt tilbud, mens den anden halvdel, 48 procent, mener, at Psykologordningen er en start, men må suppleres med flere konsultationer (se evt. Bilag 7). Ingen har angivet, at ordningen ikke fungerer i sin nuværende form. Det vidner om et højt niveau af tilfredshed blandt borgerne, men på linje med de øvrige resultater, vidner det også om et ønske om mulighed for flere behandlingstimer ved behov. Det kan ikke udelukkes, at de 51 procent af borgerne, der har angivet, at Psykologordningen er et rigtig godt tilbud, samtidig mener, at der er behov for flere konsultationer. Nedenstående er en række kommentarer fra borgerne taget fra spørgeskema 2. Kommentarer sammenfatter det generelle billede af samtlige kommentarer, som blev indsamlet fra spørgeskemaerne.

Det er utrolig positivt, at der er kommet fokus på problemet, og at I forsøger at få viden om, hvad konsekvenserne af seksuelle overgreb er, og hvordan man kan hjælpe de mennesker, der har været udsat. Som supplement til individuel psykoterapi kunne man forsætte med at arbejde med sine problemområder i gruppeterapi. Jeg synes, det er rigtigt at fastholde den enkelte i sin udvikling ved at gå i terapi over længere tid, idet mennesker som mig, der har været udsat for overgreb i hjemmet og derfor har indlært mange uhensigtsmæssige overlevelsesstrategier over en lang periode, har brug for meget tid til at blive fortiden kvit i et acceptabelt omfang.

De 11 gange jeg har været hos psykologen, har været en stor hjælp i forhold til at få af-dækket hvilke mønstre i mit liv, der har rødder i overgrebene. En lettelse at have en at tæle med - en der kan rumme mig. At skulle stoppe nu vil være ubærligt, så jeg fortsætter hos psykologen - føler nærmest ikke, jeg har et frit valg, hvis jeg skal komme videre i mit liv.

Det har været helt fantastisk at gå til/hos xxx (red), jeg har fået livet som gave, og kan pludselig leve i stedet for at overleve. I må aldrig stoppe denne ordning!!!!!!!!!!!!

Jeg syntes, der er en, der har fået verdens bedste ide :)

Jeg synes, det har været en god start, men 11 gange er langt fra nok i sådan et forløb. Der skal bruges langt flere gange, og hvis man ikke selv har økonomisk støtte eller overskud, er det skrækkeligt at måtte slippe sin psykolog, hvis man ikke er klar.

Jeg syntes ikke den burde være tidsbegrænset, den burde først stoppe, når patienten er klar til det, når patienten føler, at det er afklaret. Måske er psykologen den eneste, man har betroet sig til og kan "snakke" med. Hvis det stopper, hvad så med patientens tanke-mylder, hvor skal hun gå hen??

Jeg vil meget gerne takke for jeres accept af min ansøgning om psykologhjælp dengang. Det har været et godt og hjælpsomt forløb for mig! Jeg har fået en masse gode teknikker med mig i forløbet, og er meget taknemmelig! Tusind tak for jeres hjælp til mig!

Tak!

Opsummering

43 procent af borgerne er i høj grad tilfredse med behandlingen, 45 procent er i nogen grad tilfredse, mens 10 procent i ringe grad er tilfredse. 2 procent er slet ikke tilfredse. Generelt set er der dermed relativ høj tilfredshed med behandlingens resultater blandt borgerne i Psykologordningen. Det, der indvirker på, om borgeren er tilfreds med behandlingen er, om borgeren har haft en positiv udvikling i forhold til trivsel og symptomer på PTSD, mens udvikling i forhold til angst, depression og nærtagenhed alt andet lige ikke har nogen betydning. Det skyldes formentlig, at angst, depression og nærtagenhed i høj grad er symptomer på PTSD.

Selvom der er høj tilfredshed med behandlingen blandt borgerne, mener 74 procent af borgerne samtidig, at de har et behov for yderligere hjælp. Behovet for yderligere hjælp er særlig markant blandt de borgere, som har det dårligste psykiske helbred, samt blandt borgere med en særlig grov overgrebshistorie i form af flere krænker og længere varighed af overgrebet. Endvidere giver det også et øget behov for behandling, hvis krænkeren har været en kvinde. Det er særligt mænd, der har haft en kvindelig krænker. Næsten alle de borgere, der vurderer, at de har behov for yderligere behandling, ønsker psykolog- eller psykoterapeutisk behandling. Blandt de borgere, der vurderer, at de har behov for yderligere behandling, er der for 55 procent vedkommende blevet arrangeret yderligere former for behandling. Den hyppigste behandlingsform, der er blevet arrangeret, er psykologbehandling/psykoterapeutisk behandling. Generelt er tilfredsheden med Psykologordningen også høj, når det kommer til borgernes vurdering af Socialstyrelsens administration af ordningen, både i forhold til behandlingen af ansøgningen og den indledende visitationssamtale. Fx mener 94 procent af borgerne, at behandlingen af ansøgningen var meget god eller god, og 98 procent følte sig godt eller virkelig godt behandlet i forbindelse med den indledende visitationssamtale. Samlet set er der altså stor tilfredshed blandt borgerne med Psykologordningen, men også et ønske blandt en væsentlig andel af borgerne om mulighed for yderligere behandling ud over de 11 timer.

9. Psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen

I dette kapitel analyseres psykologernes vurdering af borgerens udbytte af behandlingen. Undersøgelsesspørgsmålene er:

- Er der overensstemmelse mellem den enkelte borgers og psykologs vurdering af borgerens udbytte af psykologbehandlingen?
- Hvilke forhold har betydning for psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen?
- Er borgerne færdigbehandlet, når de stopper i Psykologordningen? Hvis ikke, hvilke ydelser har de da brug for efterfølgende?

I kapitlet tages der udgangspunkt i Population 1. Dog anvendes der i en logistiske regressionsanalyse om psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen variable fra spørgeskema 2, eftermålingen, og derfor anvendes Delpopulation 1A som datagrundlag. Delpopulation 1A er som tidligere nævnt kendetegnet ved at have en bedre uddannelsesmæssig baggrund, samt at være ældre end gruppen af borgere i ordningen, som der ikke foreligger alle skemaer for.

Behandlingen

Psykologen har angivet for den enkelte borger, hvor mange behandlingstimer borgeren i Psykologordningen har fået. Gennemsnittet er 9,9 behandlingstimer. Det mindste antal timer, der er givet, er en enkelt time, mens det højeste antal er 22 timer. Som det fremgår af Tabel 69 har størstedelen fået de faste 11 timer, svarende til 74 procent. Det er 1 procent, der har fået 12 eller flere timer.

Tabel 69. Borgeren i Psykologordningen fordelt på antal behandlinger. Oplyst af psykologen

Antal behandlinger	Andel (antal)
1-5 gange	9 % (80)
6-10 gange	16 % (146)
11 gange	74 % (672)
12 eller flere gange	1 % (10)
I alt	100 % (908)

Svarprocent: 82 %. Skema 3. Population 1.

Den hyppigste behandlingsmetode blandt psykologerne i Psykologordningen er psykodynamisk terapi/psykoanalytisk terapi (Tabel 70). Således har 60 procent fået denne behandlingsform, mens 48 procent har fået kognitiv terapi eller adfærdsterapi. Lidt færre har fået humanistisk terapi (38 procent) og systemisk/strukturel terapi (13 procent). Hele 40 procent har fået anden form for behandling, som dækker en række forskellige behandlingsformer, såsom test for ADHD, billedterapi, eklektisk terapi, gestaltterapi, integreret terapi, krisehjælp, fokus på livshistorie, mindfulness, parterapi, SE-metoden, positiv psykologi, støttende samtaler og traumeterapi.

Det er almindeligt at kombinere forskellige former for terapi. 72 procent af borgerne i Psykologordningen har fået mere end to forskellige former for behandlinger, og hver

tredje har fået tre eller flere behandlinger. Det har været muligt at sætte flere kryds i besvarelsen, og derfor summer ovenstående tal ikke til 100 procent.

Tabel 70. Borgeren i Psykologordningen fordelt på anvendte behandlingsformer. Oplyst af psykologen

Behandlingsform	Andel (antal)
Psykodynamisk terapi /psykoanalytisk terapi	60 % (539)
Kognitiv terapi/adfærdsterapi	48 % (424)
Humanistisk terapi /eksistentiel terapi	38 % (341)
Kropsterapeutisk terapi	23 % (203)
Systemisk terapi/strukturel terapi	13 % (114)
Andet	40 % (359)
I alt	(892)

Svarprocent: 81 %. Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelsene summer derfor ikke til 100 %. Skema 3. Population 1.

Udbytte af behandling

Generelt set har psykologerne en positiv vurdering af borgernes gavn af behandlingen (se Tabel 71). Det er 91 procent af psykologerne, der angiver, at borgeren i høj eller nogen grad er blevet afklaret i forhold til, hvad deres problemer består i, mens 87 procent af psykologerne angiver, at borgerne i høj eller nogen grad har fået nogle redskaber til at komme videre med deres problemer. Lidt færre psykologer mener, at borgeren fik løst de problemer, som de kom med. Således angiver 10 procent af psykologerne, at borgeren i høj grad fik løst hendes/hans problemer, mens 57 af psykologerne angiver at dette skete i nogen grad. Det er således samlet set 67 procent af psykologerne, der angiver at borgeren fik løst problemer i nogen eller høj grad. Tilsvarende er der færre psykologer, der mener, at borgeren i høj eller nogen grad fik den behandling, som borgeren havde brug for, her er andelene tilsammen 71 procent. Der tegner sig dermed et billede af en positiv vurdering hos psykologerne af borgernes udbytte af behandlingen.

Tabel 71. Psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen

Vurdering	1. Borgeren er blevet afklaret i forhold til, hvad dennes problemer bestod i	2. Borgeren har fået nogle redskaber til at komme videre med deres problemer	3. Borgeren fik løst de problemer, de kom med	4. Borgeren har fået den behandling, de havde brug for	Samlede vurdering (faktor for 1-4) ^{*89}
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
I høj grad	39 % (344)	26 % (226)	10 % (90)	27 % (234)	28 % (242)
I nogen grad	52 % (547)	58 % (509)	57 % (502)	44 % (382)	55 % (467)
I ringe grad	7 % (59)	12 % (104)	24 % (207)	17 % (150)	14 % (115)
Slet ikke	3 % (22)	4 % (37)	9 % (81)	12 % (106)	3 % (28)
I alt	100 % (882)	100 % (876)	100 % (880)	100 % (871)	100 % (842)

Anm. 'Ved ikke' er ikke medtaget, da denne kategori ikke indgår i faktoranalysen. *

Faktoranalyse. KMO:0,816 Eigenvalue:2,9, Cronbachs Alpha: 0,871. Svarprocent for faktoranalysen: 76 %. Skema 3. Population 1.

⁸⁹ Man kan score fra 1-4. Har man scoret 1-1.5: I høj grad, 1.6-2.5: I nogen grad, 2.6-3.5: I ringe grad. 3.6-4: Slet ikke.

De fire ovenstående parametre for tilfredshed er blevet slået sammen til en samlet skala for psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen⁹⁰. Det er 28 procent af psykologerne, der angiver en høj grad af tilfredshed med borgerens udbytte af behandlingen, mens 55 procent angiver i nogen grad at være tilfredse med borgerens udbytte, 14 procent er i ringe grad tilfredse, og 3 procent er slet ikke tilfredse. Til sammenligning var borgeren i 43 procent af tilfældene i høj grad tilfreds, og for 45 procentes vedkommende i nogen grad tilfreds, hvilket viser en tendens til, at borgeren har en mere positiv vurdering end psykologen af eget udbytte af behandlingen.

Det er blevet undersøgt, i hvor høj grad der er overlap mellem borgerens egen vurdering af behandlingen og psykologens vurdering⁹¹. Der er set på, om der er overensstemmelse mellem, om borgeren mener at være blevet afklaret i forhold til, hvad hendes/hans problemer bestod i og psykologens opfattelse af det samme. Der viser sig at være en klar stærk signifikant sammenhæng, og der er dermed et stort overlap mellem de to vurderinger⁹². Endvidere er det blevet undersøgt, om der er en sammenhæng mellem, om borgeren mener at have fået nogle redskaber til at komme videre med sine problemer og psykologens opfattelse af det samme. Her er der ligeledes en klar stærk signifikant sammenhæng, og der er dermed et stort overlap mellem de to vurderinger⁹³. Den samme tendens gælder for, om borgerne har fået løst de problemer, som de kom med. Også her er der et stort overlap mellem psykologens og borgerens vurdering heraf⁹⁴. Endelig er der en klar og stærk signifikant sammenhæng mellem borgerens opfattelse af, at have fået den behandling hun/han havde brug for og psykologens opfattelse heraf⁹⁵. Psykologen og borgeren har dermed i høj grad samme opfattelse af effekten af behandlingen⁹⁶, men generelt set er psykologernes vurdering lidt mindre positiv end borgerens⁹⁷. Borgerne i Psykologordningen har således en mere positiv vurdering af behandlingen end psykologerne.

Sammenligning med andre undersøgelser

Dette resultat adskiller sig fra andre undersøgelser af sammenhængen mellem patientvurdering og behandlervurdering. En dansk undersøgelse af kvinder med senfølger efter incest i barndommen, hvor kvinderne har deltaget i et gruppebehandlingsforløb i psykiatrisk regi, viser, at der blandt behandlere og patienter var generel enighed om bedring under terapiforløbet, men at behandlerne var mere positive end patienterne i deres evaluering (Elkjaer et al, 2012). Årsagen til at nærværende spørgeskemaundersøgelse af psykologbehandling til borgere med senfølger efter seksuelle overgreb *modsat* finder, at borgerne er mere positive end behandlerne i deres vurderinger af behandlingens effekt, kan skyldes, at forholdene omkring psykologbehandling er forskelligt og derfor ikke helt sammenligneligt. I Elkjaers undersøgelse ses på gruppeterapi modsat individuel terapi i indeværende spørgeskemaundersøgelse. Derudover har borgerne i Psykologordningen selv aktivt

⁹⁰ KMO:0,816, Eigenvalue:2,9, Cronbachs Alpha: 0,871. Se en nærmere beskrivelse i Metodekapitlet.

⁹¹ Borgeren har lavet en tilsvarende vurdering. Analysen af denne vurdering er lavet på delpopulation 1A, det vil sige de borgere, hvorfra alle 4 skemaer er udfyldt. Population 1 har ikke udfyldt skema 2, hvor vurderingen foretages. Sammenligningen af vurderingen foretages derfor på delpopulation 1A.

⁹² $p < 0,0001$, Gamma= 0,7,

⁹³ $p < 0,0001$, Gamma= 0,8,

⁹⁴ $p < 0,0001$, Gamma= 0,8

⁹⁵ $p < 0,0001$, Gamma= 0,7,

⁹⁶ Gamma for korrelationen mellem de to skalaer er 0,8, $p \leq 0,0001$

⁹⁷ Når man sammenligner svarfordelingerne mellem borgerens svar på tilfredshed med behandlingen og psykologens egen vurdering.

henvendt sig, hvilket kan have bidraget positivt til deres motivation for behandling, og derudover kan det forhold, at Psykologordningen er et gratis tilbud om psykologhjælp have bidraget til en positiv indstilling hos borgerne til selve behandlingsforløbet. Sammenlagt kan disse forhold muligvis have bidraget til borgernes positive vurdering af behandlingen.

Hvilke forhold har betydning for psykologens vurdering af behandlingen?

Det er analyseret hvilke baggrundsforhold, der kan have betydning for, om psykologen har en positiv vurdering af borgerens udbytte af behandlingen eller ej⁹⁸. Der er set på betydningen af om nutidige forhold, som om borgeren har børn og/eller partner eller ej, og om de er tilknyttet arbejdsmarkedet eller ej, kan have indvirket på psykologens vurdering. Derudover er det undersøgt, om borgernes udvikling målt på trivsel og symptomer på PTSD, angst, nærtagenhed og depression⁹⁹ kan have en betydning for psykologens vurdering af behandlingen, samt om borgerens eget udsagn om behov for yderligere hjælp har det.

Ujusteret logistisk regression – psykologens vurdering af behandlingen

Den ujusterede logistiske regressionsanalyse viser, at hverken borgerens køn eller alder indvirker på psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen (se Tabel 72). Der er således ikke forskel på psykologernes vurdering af kvinder og mænd. Derudover har psykologerne ikke observeret større udbytte af behandlingen blandt borgere med børn eller partner end hos borgere uden.

Der er en sammenhæng mellem borgerens arbejdsmarkedstilknytning og psykologens vurdering af udbyttet. Er borgeren i arbejde, er der 3 gange større chance for, at psykologen vurderer behandlingens effekt positivt, sammenholdt med hvis borgeren ikke var i arbejde. Er borgeren under uddannelse, er der 4 gange større chance for, at psykologen vurderer behandlingens udbytte positivt, sammenholdt med hvis borgeren ikke var i arbejde. Både det at være i arbejde eller under uddannelse kan betragtes som et udtryk for at have flere ressourcer, end hvis man ikke er i arbejde. Ressourcer kan betyde, at borgeren i større omfang kan profitere af behandlingen.

Borgerens psykiske helbred har en klar betydning for psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen. Hører borgeren til den halvdel med den bedste trivselsudvikling igennem behandlingsforløbet, er der 3,2 gange større chance for, at psykologen vurderer behandlingens udbytte positivt, sammenholdt med hvis borgeren hører til den halvdel med den dårligste trivselsudvikling. Samme mønster viser sig, når der ses på udviklingen i forhold til symptomer på nærtagenhed og depression igennem behandlingsforløbet. Hører borgeren til den halvdel med den bedste udvikling indenfor disse områder, er der henholdsvis 2,1 og 2,6 gange større chance for, at psykologen vurderer behandlingens udbytte positivt. Udvikling i forhold til angst og PTSD har derimod ingen betydning for psykologens vurdering. Såfremt borgeren ikke føler et behov for yderligere hjælp, øges chancen 2,7 gange for, at

⁹⁸ Er psykologens samlede vurdering angivet som 'i høj grad udbytte' eller 'i nogen grad udbytte', betegnes vurderingen som positiv. Er psykologens vurdering 'i ringe grad udbytte' eller 'slet ikke udbytte', betegnes vurderingen negativ⁹⁸. Analysen er lavet på delpopulation 1A, da de variable der inddrages i den logistiske regression kommer fra alle 4 skemaer.

⁹⁹ I Bilag 1 er det beskrevet, hvordan angst, depression og nærtagenhed, samt trivsel, er målt.

psykologen vurderer borgerens udbytte af behandlingen positivt set i forhold til, hvis borgeren føler et behov for yderligere hjælp.

Justeret logistisk regression – psykologens vurdering af behandlingen

I den justerede analyse medtages de signifikante variable fra den ujusterede analyse. Alt andet lige har arbejdsmarkedstilknytning stadig en betydning. Er borgeren i arbejde, er der 2,7 gange større chance for, at psykologen vurderer borgerens udbytte af behandlingen positivt, sammenholdt med hvis borgeren ikke var i arbejde. Er borgeren under uddannelse, er der 5,0 gange større chance for, at psykologen vurderer behandlingens udbytte positivt, sammenholdt med hvis borgeren ikke var i arbejde. At være i arbejde eller under uddannelse kan tolkes som et udtryk for at have flere ressourcer til at profitere af behandlingen, end hvis man ikke er i arbejde.

I forlængelse heraf viste en metaanalyse af en række undersøgelser om personer med senfølger efter seksuelle overgreb, at der var en tendens til patienternes indkomst har betydning for effekten af behandlingen af PTSD på målgruppen. Patienter med lavere indkomst havde generelt mindre effekt af behandlingen (Taylor et al, 2010)¹⁰⁰. Da økonomi også kan ses som et udtryk for ressourcer, kunne det tyde på, at borgerens socioøkonomiske ressourcer kan spille sammen med effekten af behandlingen.

Hører borgeren til den halvdel af alle i undersøgelsen, der har opnået den bedste udvikling i forhold til trivsel, er der 3,4 gange større chance for, at psykologen vurderer behandlingsudbyttet for borgeren positivt, end hvis borgeren hører til den anden halvdel med den dårligste udvikling i forhold til trivsel. Derimod forsvinder effekten af at tilhøre den halvdel af alle borgere i undersøgelsen, der har oplevet den bedste udvikling i forhold til symptomer på nærtagenhed og depression på psykologens vurdering af borgernes udbytte af behandlingen, når alt andet er lige. Dette kan sandsynligvis forklares ved, at forbedret trivsel dækker over en forbedring af psykiske symptomer på depression og nærtagenhed.

Samlet set viser den justerede regressionsanalyse, at borgerens generelle trivselsudvikling og arbejdsmarkedstilknytning har størst effekt på at forklare psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen.

¹⁰⁰ Også omtalt i Kapitel 7.

Tabel 72. Logistisk regression: Faktorer, der er afgørende for, at psykologen vurderer behandlingens effekt positivt.	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET MODEL-BACKSTEP
PARAMETER	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn		
Kvinde (ref)		
Mand	Ns	
Alder		
Optil 29 år		
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50+ år	Ns	
Har børn		
	Ns	
Har en partner		
	Ns	
Tilknytning til arbejdsmarkedet		
	***	*
Uden arbejde(ref)		
I arbejde	3,0**	2,7*
Under uddannelse	4,0**	5,0*
Langtidssygemeldt	Ns	Ns
Halvdel m. bedst trivselsudvikling		
	3,2***	3,4***
Halvdel m. bedst udvikling ift. PTSD-symptomer		
	Ns	
Halvdel m. bedst udvikling ift. angst-symptomer		
	Ns	
Halvdel m. bedst udvikling ift. symptomer på nærtagenhed		
	2,1*	Ns
Halvdel med bedst udvikling ift. symptomer på depression		
	2,6***	Ns
Borgeren føler ikke et behov for yderligere hjælp		
	2,7*	Ns
Konstant		
		3,2***

**** P<=0,001, *** P<=0,01, ** P <=0,05

Nagelkerke i justeret model: 0,120, Hosmer and Lemeshow test: P=0,941. N=445 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 71 %.

Psykologens vurdering af borgerens behov for yderligere behandling

Psykologerne har angivet i hvilket omfang, de mener, at borgeren har behov for yderligere behandling. For 79 procent af borgernes vedkommende oplyser psykologen, at der er et yderligere behandlingsbehov (Tabel 73). Til sammenligning angiver 74 procent af borgerne et behov for yderligere behandling (se forrige kapitel, Tabel 62). Der er en klar signifikant sammenhæng mellem psykologens opfattelse af, at borgeren har behov for yderligere behandling og borgerens egen opfattelse¹⁰¹. I nogle tilfælde er det psykologen, som vurderer, at der er behov for yderligere behandling, i andre tilfælde er det borgeren, mens der i 87 procent af tilfældene er samme opfattelse blandt borgeren og psykologen om behovet for yderligere hjælp (fremgår ikke af tabellen).

¹⁰¹ P < 0,0001, Gamma=0,5, Population 1.

Tabel 73. Borgeren i Psykologordningen fordelt på psykologens vurdering af, om borgeren har behov for yderligere behandling

Behov for yderligere behandling	Andel (antal)
Ja	79 % (702)
Nej	21 % (189)
I alt	100 % (891)

Svarprocent: 81 %. Skema 3. Population 1.

Psykisk helbred, arbejdsmarkedstilknytning og overgrebshistorie indvirker på behovet for yderligere behandling

I forrige kapitel, som omhandlede borgerens vurdering af behandlingen, sås en meget klar sammenhæng mellem behovet for yderligere behandling og psykiske problemstillinger hos borgeren. Dette mønster gentager sig, når der ses på psykologens vurdering af behovet for yderligere behandling, og borgerens psykiske helbred ved behandlingens afslutning. Således er der en meget stærk signifikant sammenhæng mellem, at borgeren har trivselsproblemer ved behandlingens afslutning, og at psykologen vurderer, at der er et yderligere behandlingsbehov¹⁰². Ligeledes er der stærke sammenhænge mellem borgerens symptomer på angst¹⁰³, depression¹⁰⁴ og nærtagenhed¹⁰⁵ og psykologens vurdering af, at borgeren har et yderligere behov for behandling. Den stærkeste sammenhæng ses imidlertid i forhold til PTSD¹⁰⁶. Stort set alle borgere i Psykologordningen, som har symptomer på PTSD, vurderer psykologerne, også har behov for yderligere behandling. Symptomer på PTSD giver dermed særligt anledning til, at psykologen vurderer, at der er et yderligere behandlingsbehov. Tilsvarende betyder symptomer på PTSD også, at borgeren i særlig høj grad vurderer et yderligere behov for behandling.

Derimod er der ikke en sammenhæng mellem borgerens køn, alder og uddannelsesniveau i forhold til psykologens vurdering af behovet for yderligere behandling. Tilsvarende er der heller ikke en sammenhæng mellem køn, alder og uddannelsesniveau og borgerens vurdering af behovet for yderligere behandling. Arbejdsmarkedstilknytning har derimod en betydning for psykologens vurdering, hvilket formentlig skyldes, at borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet blandt andet skal ses i lyset af borgerens helbred og ressourcer. Således vurderer psykologerne i højere grad, at der er et behov for yderligere behandling blandt borgere uden for arbejdsmarkedet, og borgere, som er langtidssygemeldte end for borgere i arbejde eller uddannelse. Tilsvarende sammenhæng sås i forrige kapitel mellem arbejdsmarkedstilknytning og borgerens vurdering af behov for yderligere behandling.

Ses der på overgrebshistorie, så vurderer psykologerne i højere grad et øget behov for behandling blandt borgere, som har haft to eller flere krænker¹⁰⁷ i forhold til borgere med én krænker. Der findes derimod ikke en signifikant sammenhæng mellem krænkens køn og psykologens vurdering af behovet for yderligere behandling¹⁰⁸. I modsætning hertil vurderer borgeren et yderligere behandlingsbehov udover de 11 timer, hvis krænkeren har været en kvinde. På dette område er der altså for-

¹⁰² P < 0,0001, Gamma =0,8, population 1.

¹⁰³ P < 0,0001, Gamma =0,7, population 1.

¹⁰⁴ P < 0,0001, Gamma =0,7, population 1.

¹⁰⁵ P < 0,0001, Gamma =0,6, population 1.

¹⁰⁶ P < 0,0001, Gamma =0,9, population 1.

¹⁰⁷ P <= 0,05, Gamma =0,2, population 1.

¹⁰⁸ Sammenhængen er ikke signifikant. P-værdien er dog 0,9 og dermed tæt på at være signifikant.

skel på psykologen og borgerens vurdering i forhold til hvilke forhold ved overgrebs-historien, der influerer på vurderingen for behandlingsbehovet.

Hvorvidt borgeren har haft talt med nogen om overgrebet, mens overgrebet fandt sted, har heller ikke en signifikant betydning for psykologens vurdering af et yderligere behandlingsbehov hos borgeren, ligesom der heller ikke er en signifikant sammenhæng med, hvorvidt borgeren boede sammen med krænkeren og psykologens vurdering af et yderligere behandlingsbehov hos borgeren. Det samme gør sig gældende for borgeren, hvor disse kendetegn ved overgrebshistorien heller ikke havde betydning på borgerens vurdering af behovet for yderligere behandling (jf. forrige kapitel). Varigheden af overgrebet har heller ikke indvirkning på psykologens vurdering af borgerens behov for yderligere behandling, hvilket er modsat borgeren. Jo længere overgrebets varighed er, des større er sandsynligheden for, at borgeren netop vurderer, at hun/han har behov for yderligere behandling. Generelt set har overgrebshistorien i større grad betydning for borgeren end psykologen i vurderingen af, om der er behov for yderligere behandling.

Særligt behov for psykologbehandling/psykoterapeutisk behandling

Blandt de borgere med behov for yderligere behandling oplyses det for 86 procent af borgernes vedkommende af psykologerne, at der er behov for psykolog- og/eller psykoterapeutisk behandling (se Tabel 74). For 18 procent vedkommende vurderer psykologerne, at der er behov for psykiatrisk behandling, mens der for 17 procent vedkommende vurderes at være behov for en selvhjælpsgruppe. Andre former for hjælp som psykologerne vurderer, at der er behov for, er antidepressiv medicin, alternativ behandling, hjælp til misbrug, kropsterapi, parterapi, psykosocial støtte, sexologisk behandling og støtte/kontaktperson.

Tabel 74. Borgeren i Psykologordningen fordelt på psykologens vurdering af hvilken form for behandling, borgeren har behov for. Kun blandt borgere, der vurderes at have behov for yderligere behandling.

Behov for yderligere behandling	Andel (antal)
Psykologbehandling/psykoterapeutisk behandling	86 % (598)
Psykiatrisk behandling	18 % (122)
Selvhjælpsgruppe	17 % (119)
Anden form	12 % (85)
I alt	698

Svarprocent: 99 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne i på spørgsmålet om borgeren har behov for yderligere behandling. Her var svarprocenten 81 %. Den reelle svarprocent er derfor mindre end 99 %). Skema 3. Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelserne summer derfor ikke til 100 %. Population 1.

Arrangeret yderligere behandling til halvdelen af borgerne med behov

Blandt borgere med behov for yderligere behandling er dette arrangeret for 54 procent vedkommende (se Tabel 75).

Tabel 75. Borgeren i Psykologordningen fordelt på psykologens vurdering af, om der er arrangeret yderligere behandling. Kun blandt borgere, der vurderes at have behov for yderligere behandling.

Arrangeret yderligere behandling	Andel (antal)
Ja	54 % (372)
Nej	38 % (261)
Ved ikke	8 % (57)
I alt	100 % (690)

Svarprocent: 98 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne i på spørgsmål om borgeren har behov for yderligere behandling. Her var svarprocenten 81 %. Den reelle svarprocent er derfor mindre end 98 %) Skema 3. Population 1.

I størstedelen af tilfældene, 87 procent, er der tale om psykologbehandling eller psykoterapeutisk behandling. I 13 procent af tilfældene er der tale om psykiatrisk behandling, mens der for 5 procent af borgerne i Psykologordningens vedkommende er blevet arrangeret en selvhjælpsgruppe (se Tabel 76). Andre former for arrangeret behandling til borgerne er fx støtteordninger, antidepressivbehandling, misbrugsbehandling, kropsterapi og sexologisk behandling. I forhold til sexologisk behandling beskrives det netop i kapitel 5, Borgernes aktuelle livssituation, at mange borgere i ordningen (67 procent) har problemer i forhold til seksualitet eller i forhold til egen krop (45 procent).

Tabel 76. Borgeren i Psykologordningen fordelt på psykologens vurdering af hvilken form for behandling, der er blevet arrangeret for dem. Kun blandt borgere, hvor der er blevet arrangeret yderligere behandling for.

Arrangeret yderligere behandling	Andel (antal)
Psykologbehandling/psykoterapeutisk behandling	87 % (316)
Psykiatrisk behandling	13 % (48)
Selvhjælpsgruppe	5 % (18)
Anden form	11 % (40)
I alt	(369)

Svarprocent: 99 %. (Udregnet på baggrund af besvarelserne i på spørgsmål om borgeren har fået arrangeret yderligere behandling. Her var svarprocenten 99 %, men baseret på en tabel med en lavere svarprocent. Den reelle svarprocent er derfor mindre end 99 %) Skema 3. Det er muligt at sætte kryds i flere kategorier, og besvarelserne summer derfor ikke til 100 %. Population 1.

Det er 36 procent af borgerne, der fortsætter efter behandlingen i Psykologordningen over Sygesikringsordningen hos samme psykolog (Tabel 77). Via sygesikringsordningen er der mulighed for at få tilskud til 12 psykologtimer, hvis man inden sit 18. år er blevet udsat for et seksuelt overgreb. Tilskuddet dækker 60 procent af udgiften, og der er dermed en egenbetaling på 40 procent. 1 procent af borgerne fortsætter i Sygesikringsordningen, men hos en anden psykolog end i Psykologordningsforløbet. Det er 10 procent af borgerne, der fortsætter hos psykologen fra ordningen, men som betaler hele udgiften selv, mens det for 15 procent af borgernes vedkommende er uafklaret, om de fortsætter hos psykologen efter endt behandling. 39 procent fortsætter ikke i et nyt forløb.

Tabel 77. Borgeren i Psykologordningen fordelt på om borgeren fortsætter i et nyt forløb med flere konsultationer, eventuelt over Sygesikringsordningen. Angivet af psykologen.

Fortsætter borgeren med psykologhjælp	Andel (antal)
Borgeren fortsætter over Sygesikringsordningen os psykologen	36 % (232)
Borgeren fortsætter hos psykologen for egen regning	10 % (62)
Det er uafklaret om borgeren fortsætter hos psykologen	15 % (99)
Borgeren fortsætter over Sygesikringsordningen, men hos en anden psykolog	1 % (3)
Nej	39 % (258)
I alt	100 % (654)

Svarprocent: 59 %. Skema 3. Population 1.

Opsummering

Generelt set har psykologerne en positiv vurdering af borgerens udbytte af behandlingen. 28 procent af psykologerne har en høj grad af tilfredshed med borgerens resultater, mens 55 procent i nogen grad er tilfredse med borgerens resultater, 14 procent er i ringe grad tilfredse, og 3 procent er slet ikke tilfredse. Generelt set giver psykologerne udtryk for en lidt lavere tilfredshed med behandlingens resultater end borgeren. Borgerens arbejdsmarkedstilknytning og generelle trivselsforbedring er de afgørende parametre for psykologens vurdering af borgerens udbytte af behandlingen. Arbejdsmarkedstilknytning repræsenterer i denne sammenhæng formentligt at borgerne kan mobilisere nogle ressourcer, der kan at de i højere grad kan profitere af behandlingen.

Der er en signifikant overensstemmelse mellem psykologens og borgerens vurdering af om borgeren har behov for yderligere behandling. For 79 procent af borgernes vedkommende angiver psykologen, at der er et yderligere behandlingsbehov, mens 74 procent af borgerne giver udtryk for det. Tilsvarende borgerne, vurderer psykologerne også, at der eksisterer et yderligere behandlingsbehov blandt borgere med alvorlige psykiske problemstillinger ved behandlingens afslutning, særligt hvis borgeren har symptomer på PTSD.

Blandt de borgere, hvor der er behov for yderligere behandling, angives det for 86 procent af borgernes vedkommende af psykologerne, at der er behov for psykolog- og/eller psykoterapeutisk behandling. For 18 procents vedkommende vurderer psykologerne, at der er behov for psykiatrisk behandling, mens der for 17 procent vurderes at være behov for en selvhjælpsgruppe. Blandt de borgere hvor der er behov for yderligere behandling, er der for 54 procents vedkommende blevet arrangeret yderligere behandling. Det er 36 procent af borgerne, der efter endt behandling fortsætter over Sygesikringsordningen hos psykologen fra Psykologordningen.

10. Konklusion

Konklusion

Psykologordningen er et tilbud til voksne borgere, der lider af senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Igennem Psykologordningen kan borgeren få op til 11 gratis psykologtimer. Ordningen har været drevet i tre perioder fra 2004-2007, medio 2008-2011 og 2012- 2015, og er finansieret af Satspuljen. Indtil 1. marts 2013 har ordningen været administreret af Socialstyrelsen for Social- og Integrationsministeriet, hvorefter den administreres af Rådgivning og behandlingscenteret for voksne med senfølger i København.

Vidensindsamlingen indeholder en beskrivelse af erfaringerne med administrationen af Psykologordningen for perioden 2008-2011 samt resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse, der beskriver målgruppe og analyserer borgernes udbytte af ordningen.

I denne periode ansøgte 1.610 borgere Psykologordningen. Heraf blev 1.376 borgere visiteret og godkendt til psykologbehandling og 1.309 borgere mødte op til behandling hos psykologen. Der var 1.004 borgere, der færdiggjorde deres behandling, svarende til at 62 procent af ansøgerne blev færdigbehandlet. De 1.004 færdigbehandlede borgere udgør 73 procent af de 1.376 godkendte og visiterede borgere.

Ud af de 1.376 *visiterede og godkendte* borgere til ordningen mødte 5 procent ikke op hos psykologen, og 22 procent stoppede i utide.

Der er spørgeskemadata på 84 procent af de 1.309 behandlede borgere svarende til i alt 1.104 personer.

Erfaringer med administrationen af Psykologordningen

Antallet af ansøgere til ordningen er svingende over driftsperioden. I perioder har ordningen haft så mange ansøgere, at visiteringen ikke kunne følge med, og ordningen har derfor haft midlertidigt stop for ansøgninger, men der har fortsat været visitering til ordningen. Erfaringerne viser, at særligt flere forhold får det gennemsnitlige antal af ansøgere til at stige:

- Ordningen var lukket mellem 2007 og 2008, mens satspuljeordførerne overvejede, om ordningen skulle fortsætte. Da ordningen blev genåbnet i 2008, steg antallet af antallet af ansøgere markant sammenholdt med det gennemsnitlige niveau i forrige forsøgsperiode.
- Efter en periode med midlertidige stop for ansøgninger pga. for mange ansøgere til ordningen, stiger antallet af ansøgninger efterfølgende.
- I perioder med massiv mediedækning af sager vedrørende seksuelle overgreb stiger antallet af ansøgninger til et lidt højere niveau end ellers.
- Hen imod slutningen af en periode med gratis psykologbehandling stiger antallet markant.

Samlet set er det Socialstyrelsens erfaring fra de sidste to Psykologordninger 2004-2007 og 2008-2011, at et stabilt antal af ansøgere, og dermed den mest rolige forvaltning af ordningen, opnås ved, at ordningen kører uden lange pauser. Det giver

den bedste drift af ordningen til gavn for borgerne og med en rimelig konstant ventetid på ca. en halv til en hel måned på visitering.

Der anvendes en del tid i ordningen på at følge op på ansøgere og visiterede, som falder ud af ordningen. Det er 19 procent af de ansøgende borgere, der falder fra ordningen i processen fra ansøgning til endt behandling. I nogle tilfælde vil ansøgere og visiterede gerne i behandling, men ansøgerne er for ressourcetsvage til at magte at komme videre i processen uden en håndsrekning fra personalet i ordningen. Det er meget få borgere, 2 procent, der afvises pga. visiteringskriterierne. Dette kunne tale for at undlade visitering. For visitering taler imidlertid, at psykologerne på de erfaringsmøder, der løbende har været afholdt i projektperioden, rapporterer, at klienter fra psykologordningen i modsætning til klienter fra fx sygesikringsordningen kommer længere i deres behandlingsforløb på 11 timer. Dette skyldes formentlig, at borgerne i visitationen har drøftet de psykiske problemstillinger, de vil arbejde med i behandlingsforløbet, samt har fået rådgivning om sociale problemer, som kan fylde i deres hverdagsliv, fx problemer med børn, partner og arbejde.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt de visiterede borgere til ordningen viser en stor tilfredshed med administrationen af Psykologordningen både i forhold til information om ordningen, behandling af ansøgningerne og visitationssamtalen.

Det er vigtigt, at der afsættes ressourcer til administrationen af ordningen herunder visiteringen af borgeren. For det første er det med til at sikre, at kun målgruppen for Psykologordningen kommer til psykologen, således at borgere med eksempelvis et ubehandlet misbrug ikke kommer til psykolog. For det andet er visiteringen med til at modne borgeren til behandlingen, og kan dermed sænke andelen, der aldrig møder op til behandlingen. Da der i vid udstrækning er tale om en traumatiseret målgruppe med færre ressourcer end gennemsnittet, er det en væsentlig faktor, at borgeren bliver fulgt fra ansøgning til behandling. Derudover er det vigtigt, at psykologkorpset tilknyttet ordningen er bredt geografisk repræsenteret, så også borgere i yderområderne har mulighed for i praksis at benytte sig af ordningen. Samtidig bør psykologkorpset bestå af psykologer, der har erfaring med målgruppen for at kunne fastholde borgerne i behandlingen samt opnå gode resultater med behandlingen. I videst muligt omfang bør psykologkorpset bestå af psykologer tilknyttet sygesikringsordningen, da 36 procent af borgerne vælger at fortsætte hos deres psykolog igennem sygesikringsordningen. Via sygesikringsordningen er der mulighed for at få tilskud til 12 psykologtimer, hvis man inden sit 18. år er blevet udsat for et seksuelt overgreb og lider af senfølger heraf. I forhold til udeblivelser i behandlingsforløbene kan det konkluderes, at disse er højere for unge samt mænd.

Borgerne

Der er generelt set tale om en gruppe af borgere, som har færre ressourcer end gennemsnitsbefolkningen. Det er 26 procent af borgerne, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, og 20 procent af borgerne er langtidssygemeldte. Der ser således ud til at være en klar overhyppighed af langtidssygemeldte blandt borgere med senfølger efter seksuelle overgreb. Samtidig ser der også ud til at være en overhyppighed af selvmordsforsøg i gruppen. Borgerne i Psykologordningen er generelt set i en mindre god eller decideret dårlig økonomisk situation. Derudover oplever gruppen problemer i forhold til sociale relationer, eksempelvis angiver hele 42 procent at have problemer i forhold til venner og 62 procent oplever problemer i forbindelse med at sætte grænser.

Børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, bør derfor så tidligt som muligt tilbydes behandling for at få håndteret de psykiske problemer som følge af overgrebet så tidligt i livet som muligt. Dette arbejde vil blive styrket væsentligt med Børnehusmodellen, som sættes i værk i 2013. På lang sigt vil en større opmærksomhed på problemet måske kunne nedbringe overhyppigheden af langtidssygemeldinger, selvmordsforsøg og psykiske problemer i voksenlivet blandt borgere udsat for seksuelle overgreb i barndommen.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at mændene i mindre omfang end kvinderne, har talt med nogen om overgrebet, mens det fandt sted. Derudover viser spørgeskemaundersøgelsen, at des yngre barnet er, des mindre er sandsynligheden for at fortælle om overgrebet. Kun 17 procent talte om overgrebet, mens det fandt sted. Interviewpersonerne er i dag voksne, de beretter om overgreb i deres barndom, der ligger tilbage i tiden, hvorfor fagpersoners viden om seksuelle overgreb formodes at være større i dag. Det vidner om, at det er meget vigtigt, at personer i kontakt med børn bliver langt bedre til at fange børns signaler på seksuelt overgreb, og at fagpersoner også får spurgt ind til børnene ved bekymring eller mistanke. Samtidig er det nødvendigt, at der er opmærksomhed på, at barnet ikke altid selv ved, at overgrebene er forkerte. En særlig opmærksom bør rettes mod at tale med drenge samt at kende metoder til at gå i dialog med små børn om bekymring eller mistanke om seksuelle overgreb. Når barnet første gang fortæller om overgrebet, er det særdeles vigtigt, at det mødes med en støttende respons karakteriseret ved at udvise bekymring, empati og at tro på offeret. SISO yder kommunerne hjælp til at udvikle strategier for dette arbejde og uddanne frontpersonalet.

Har borgeren fortalt om overgrebene, imens de fandt sted, har dette kun resulteret i hjælp for 21 procent vedkommende. Der er behov for fokus på handling, når der fortælles om overgrebet. 32 procent af borgerne, der fortalte om overgrebet, mens det fandt sted, fortalte det til en ven eller veninde. Børn bør derfor undervises i skolen i, hvad de skal gøre, hvis en ven eller veninde fortæller dem om, at de er blevet udsat for overgreb. Dette indgår i kommende initiativer til beskyttelse af børn mod overgreb vedtaget i Satspuljen 2013.

Udbytte af behandlingen

Psykiske helbredsproblemer er den hyppigste årsag til, at borgere med senfølger efter seksuelle overgreb opgiver en påbegyndt erhvervskompetencegivende - uddannelse, og symptomer på depression og PTSD øger generelt risikoen for gruppen for ikke at få en uddannelse.

Resultaterne af en før- og eftermåling viser, at behandlingen har en positiv effekt for borgerne målt på omfanget af deres symptomer på trivselsproblemer, posttraumatisk stressyndrom (PTSD), nærtagenhed, depression og angst. På alle nævnte parametre er der sket en signifikant, positiv forbedring for borgerne i ordningen. Adspurgt giver borgerne også selv udtryk for en høj tilfredshed med behandlingen, og der er en klar sammenhæng mellem, at tilfredsheden hos borgerne stiger, des mere positiv den psykiske udvikling har været. Ligeså har psykologerne en positiv vurdering af borgernes udbytte af behandlingen.

Men selvom behandlingen ser ud til at have haft en positiv effekt, og selv om der blandt både borgere og psykologer er tilfredshed med udbyttet af behandlingen, så viser undersøgelsen også, at borgerne stadig efter behandlingen har et markant dårligere psykisk helbred end den almene befolkning. Efter behandlingen har 27 procent af borgerne stadig alvorlige trivselsproblemer, 47 procent har symptomer på PTSD, 39 procent har alvorlige symptomer på angst, 52 procent har alvorlige symptomer på depression, og endeligt har 58 procent alvorlige symptomer på nærtagenhed.

I tråd hermed giver 74 procent af borgerne udtryk for, at de har et yderligere behandlingsbehov, mens for 79 procent af borgernes vedkommende angiver psykologen i overensstemmelse hermed, at der er et yderligere behandlingsbehov. Behovet for yderligere hjælp ytres særligt markant blandt de borgere, der har det dårligste psykiske helbred samt blandt borgere med en særligt grov overgrebshistorie i form af flere krænker og længere varighed af overgrebet. Psykologerne vurderer på linje med de behandlede borgere, at der er et øget behandlingsbehov, og at dette særligt gælder for borgere med alvorlige psykiske problemstillinger ved behandlingens afslutning, særligt hvis de har symptomer på PTSD.

En samkøring af data fra Psykologordningen med registerer på de behandlede borgeres arbejdsmarkedstilknytning og benyttelse af sundhedsydelser vil give en yderligere forståelse af de samfundsmæssige omkostninger ved at leve med senfølger efter seksuelle overgreb.

Opsamlende

På baggrund af Vidensindsamlingen kan det afsluttende konkluderes, at både borgere og psykologer udtrykker stor tilfredshed med borgerens udbytte af behandlingen. Endvidere har borgerne haft en positiv udvikling på en række psykiske områder målt med validerede psykometriske test. Der er derudover også høj tilfredshed blandt borgerne med administrationen af ordningen. Psykologordningen er samlet set et godt og velfungerende tilbud til borgere med senfølger efter seksuelle overgreb, som hjælper signifikant på borgernes psykiske helbred, men for mange borgere er 11 timer ikke nok, fordi deres symptomer på svære psykiske lidelser er alvorlige og stadig behandlingskrævende.

11. Litteraturliste

- Amour, C., Elklit, A., Christoffersen, N. M. (in press): A latent class analysis of childhood maltreatment: Identifying abuse typologies.
- Andersen, S. (2011): 'Årsstatistik 2010 – statistik om centre, der arbejder med senfølger efter seksuelle overgreb'. Socialstyrelsen.
- Barlach, L., (2007): 'Psykologbehandling til seksuelt misbrugte – erfaringer fra en forsøgsordning for voksne'. Socialstyrelsen.
- Cohen, J. (1969) Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. NY: Academic Press.
- Elkjaer, H., Mortensen, E.L., Poulsen, S., Kristensen, E. & Lau, M. (2012): (U)overensstemmelse mellem behandler- og patientvurdering af effekt af gruppeterapi. *Matrix*, 1: 23-38.
- Elklit, A., Beck, N. & Karstoft, K. (2012): 'Senfølger og behandling af seksuelt misbrug i barndommen'. Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet.
- Fenger, M., Mortensen, E. L., Poulsen, S. & Lau, M (2011): No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: Demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nord J Psychiatry*, 65(3): 183-191.
- Fergusson, David M. & Mullen, Paul E. (1999): 'Childhood sexual abuse: an evidence based perspective'. Sage Publications.
- Helweg-Larsen, K., Bøving Larsen, H. og Schütt, N.M (2009): *Unges trivsel år 2008. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Irish, L., Kobayashi, I. & Delahanty, D. L (2010): Long-term physical health consequences of Childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5): 450-461.
- Jonzon, Eva M.C (2006): *Child sexual abuse – disclosure, social support, and subjective health in adulthood*, Karolinska Institutet, Sage Publications
- Jørgensen, P. (2006): *Effekten af gruppeterapi for seksuelle misbrugte mænd*, Speciale, Københavns Universitet.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J, Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000): Childhood Sexual Abuse and Adult Psychiatric and Substance use Disorder in Women: An Epidemiological and cotwin Control Analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 57(10): 953-959.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic-Stress-Disorder in the National Comorbidity Survey. *Achieves of General Psychiatry*, 52(12): 1048-1060.

Kristensen, E & Lau, M. (2011): Sexual function in women with a history of intra-familial childhood sexual abuse. *Sexual and Relationship Therapy*,26(3): 229–241.

Lau, M. & Kristensen, E. (2007): Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with a history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomised controlled study. *Acta Psychiatr Scand*: 116(2): 96–104.

Lau, M. & Kristensen, E (2007B): Women with a history of childhood sexual abuse. Long-term social and psychiatric aspects. *Nord J Psychiatry*, vol 61, no 2: 115-120.

LG Insight (2009): 'Børns oplevelser af vold i hjemmet i Københavns Kommune'. LG Insight for Københavns Kommune

Lyager, J & Lyager, L (2005): *At bestige bjerge. Gruppeterapi for seksuelt misbrugte mænd*. VFC socialt udsatte.

Peleikis, D.E., Mykletun, A., & Dahl, A.A. (2005): Current mental Health in women with childhood sexual abuse who had outpatient psychotherapy. *European Psychiatry*, 20 (3): 260-267.

Priebe, Gisela (2009): *Adolescents' experiences of sexual abuse - Prevalence, abuse characteristics, disclosure, health and ethical aspects*. *Child and Adolescents Psychiatri*, Department of Clinical Sciences, Lund University, Sweden

Taylor, J. E. & Harvey, S. T. (2010): A meta-analysis of the effect of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30(6): 749-767.

Hjemmesider

www.jobindsats.dk (databank om beskæftigelse)

www.netpsykiater.dk (Viden om psykiatri)

www.ordnet.dk (Dansk ordbog)

www.samf.aau.dk/~lolle/.../Efteraar_2006/OH_Lektion12_2006.ppt (Metode og statistik)

www.samf.aau.dk/~lolle/.../Foraar_2006/Logistisk_regression.ppt (Metode og statistik)

www.selmordsforskning.dk/Web/Site/Menu2/Statistikbank (databank om selvmordsforsøg)

www.socialstyrelsen.dk/iso/seksuelle-overgreb/seksuelle-overgreb (viden om seksuelle overgreb)

www.socialstyrelsen.dk/iso/seksuelle-overgreb/born-og-unges-seksualitet (viden om seksuelle overgreb)

<http://www.servicestyrelsen.dk/viso> (Rådgivningsfunktionen, VISO)

12. Bilag

Bilag 1. Oversigt over de psykometriske test

WHO-trivsel

- Har jeg været glad og i godt humør
- Har jeg følt mig rolig og afslappet
- Har jeg følt mig aktiv og energisk
- Er jeg vågnet frisk og udhvilet
- Har min dagligdag været fyldt med ting der interesserer mig

Svarkategorier: *Hele tiden, det meste af tiden, lidt mere end halvdelen af tiden, lidt mindre end halvdelen af tiden, lidt af tiden, på intet tidspunkt.*

PTSD (PCL-C)

- Gentagne, forstyrrende erindring, tanker eller forestillinger om tidligere belastende livsbegivenheder?
- Gentagne, forstyrrende drømme om en tidligere belastende livsbegivenhed?
- Pludselig at opføre dig eller føle det, som om en belastende livsbegivenhed skete igen (som om du genoplevede den)?
- Været meget rystet, når noget mindede dig om en tidligere belastende livsbegivenhed?
- Fysisk reaktion (fx hjertebanken, svært ved at trække vejret, sveder...), når noget minder dig om en tidligere belastende livsbegivenhed?
- Undgå at tænke på, eller tale om en tidligere belastende livsbegivenhed eller undgå de følelser, der er forbundet med den?
- Undgå aktiviteter eller situationer, fordi de mindede dig om en tidligere belastende livsbegivenhed?
- Vanskeligheder med at huske vigtige del af en tidligere belastende livsbegivenhed?
- Mistet interesse for aktiviteter, som du tidligere havde fornøjelsen af?
- Føle dig på afstand af eller afskåret fra andre mennesker?
- Ude af stand til at mærke følelser eller til at nære kærlige følelser for dine nærmeste?
- En fornemmelse af, at din fremtid på en eller anden måde vil blive afkortet?
- Svært ved at falde i søvn eller sove igennem?
- Føle dig irriteret eller have vredesudbrud?
- Svært ved at koncentrere dig?
- Være på vagt eller meget årvågen?
- Være nervøs eller nem at forskrække?

Svarkategorier: *Slet ikke, lidt, noget, en hel del, meget.*

Angst SLC-92

- Nervøsitæt eller indre uro
- Rysten
- At du pludselig bliver bange uden grund
- At føle dig ængstelig
- Hjertebanken
- At du føler dig anspændt eller opkørt, anfald af rædsel eller panik

- At du føler dig så rastløs, at du ikke kan sidde stille
- En følelse af, at der vil ske dig noget slemt
- Skræmmende tanker eller forestillinger

Svarkategorier: *Slet ikke, lidt, noget, en hel del, særdeles meget.*

Nærtagenhed SLC-92

- At føle dig kritisk overfor andre
- At føle dig genert eller usikker overfor det modsatte køn
- At du let bliver såret
- En følelse af, at andre ikke forstår dig eller er ufølsomme
- En følelse af, at folk er uvenlige eller ikke kan lide dig
- En følelse af mindreværd
- At du føler dig usikker, når folk iagttager dig eller taler om dig
- At være genert overfor andre
- En følelse af ubehag ved at spise eller drikke i andres påsyn

Svarkategorier: *Slet ikke, lidt, noget, en hel del, særdeles meget.*

Depression SCL-92

- Manglende interesse eller glæde ved seksualitet
- En følelse af manglende energi eller af at være langsom
- Tanker om at gøre en ende på dit liv
- At du nemt kommer til at græde
- En følelse af at være fanget i en fælde
- Selvbebrejdelser
- At føle dig ensom
- At føle dig nedtrykt
- At bekymre dig for meget
- At du ikke føler interesse i noget
- At du føler dig uden håb for fremtiden
- En følelse af, at alting er anstrengende
- En følelse af ikke at være noget værd

Svarkategorier: *Slet ikke, lidt, noget, en hel del, særdeles meget.*

Bilag 2. Anvendte skemaer

Bilag 2A. Ansøgningsskema til Psykologordningen

Ansøgning om gratis psykologbehandling til voksne udsat for seksuelle overgreb i barndommen

Oplysningerne i dette ansøgningsskema anvendes til visitation til 11 timers gratis psykologbehandling.

Ansøgninger vil blive behandlet i den rækkefølge, vi modtager dem. Du vil modtage et brev med posten med en dato og et tidspunkt, hvor du vil blive ringet op og modtage en visitationssamtale. Du får besked i slutningen af samtalen, om du har fået bevilliget psykologbehandling.

Ansøgningen behandles fortroligt, og der videregives ikke oplysninger til andre myndigheder eller lign.

Følgende forudsætninger skal opfyldes for at opnå gratis psykologbehandling:

- Ansøger skal være fyldt 18 år.
- Ansøger skal kunne huske det konkrete seksuelle overgreb, der er begået, før vedkommende er fyldt 18 år.
- Ansøger skal beherske dansk i et omfang, der gør det muligt at profitere af en dansksproget psykologbehandling.
- Ansøger må ikke have et behandlingskrævende problem med misbrug af alkohol, euforiserende stoffer, medicin eller lign. uden samtidig at modtage misbrugsbehandling.
- Ansøger med psykiatrisk diagnose skal være afklaret eller i behandling herfor, for at kunne modtage tilbuddet.
- Ansøger må ikke samtidig modtage anden psykoterapeutisk behandling sideløbende med denne psykologbehandling. Ansøger må gerne være tilknyttet en selvhjælpsgruppe.
- Ansøger skal selv sørge for evt. udgifter til transport, fysisk hjælp til at besøge psykologen mv. Tilbuddet gives via praktiserende psykologer uden krav om handicapvenlige adgangsforhold.
- Ansøger må ikke have modtaget psykologhjælp under de to tidligere Psykologordninger 2004-2007 og 2008-2011.
- Ansøger må ikke have været i behandling for senfølger inden for det sidste år hos en psykolog via sygesikringen eller hos en psykolog i psykiatrien.
- Ansøger må ikke stå på venteliste til et behandlingsforløb for senfølger i fx et incestcenter eller i psykiatrien.

Ansøger erklærer med sin underskrift på denne ansøgning, at vedkommende lever op til ovenstående forudsætninger.

Ansøgerens fulde navn (let læseligt):	Cpr.-nr.:	
Adresse:	Postnummer:	By:

Problemstillinger der ønskes behandlet:
(evt. stikord):

Evt. tidligere behandlingstilbud for seksuelle overgreb:

Hvor foregik evt. seneste behandling (hospital, sygehus, psykolog, psykiater, incestcenter, alternative behandlingsformer mv.)	
Behandlingens varighed:	Behandlingen foregik <input type="checkbox"/> individuelt <input type="checkbox"/> i gruppe
Har modtaget flere behandlingstilbud: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Telefon:

Underskrift:

Dato:	Underskrift:
-------	--------------

Ansøgningen sendes til:

Socialstyrelsen
Voksenenheden
Att. Psykologordningen
Landemærket 9
1119 København K



Åbningstider for psykologordningen:

Tlf.: 72 42 38 80

Mandag: kl. 10.00-12.00

Onsdag: kl. 13.00-15.00

Bilag 2B. Visitationsskema

Visitationsskema til ansøgere af psykologordningen

1. **Journalnummer** _____

Navn _____

2. **Kommune** _____

3. **Køn**

1 Mand

2 Kvinde

4. **Alder** _____ år

5. **Har du modtaget behandling under den tidligere psykologordning?**

1 Ja

0 Nej

Nuværende henvendelsesårsag/problemstillinger

Grundlæggende årsag

6. **Har du været udsat for en eller flere krænker i din barndom?**

1 En person

2 To personer

3 Tre personer

4 Flere end tre personer

7. **Var krænkeren en voksen mand eller kvinde eller et barn under 18 år?**

1 Mand

2 Kvinde

3 Dreng (under 18 år)

4 Pige (under 18 år)

8. Hvor gammel var du ved det første seksuelle overgreb?

_____ år

9. Hvor gammel var du, da denne krænkers overgreb ophørte?

_____ år

10. Sæt x, hvis denne krænkers overgreb ikke er ophørt endnu

11. Var krænkeren kendt eller ukendt for dig?

1 Kendt

2 Ukendt. Gå til spørgsmål 15.

12. Er du biologisk i familie med krænkeren?

1 Ja

0 Nej

13. Boede du med krænkeren? (sæt kun et kryds)

1 Ja, jeg boede fast sammen med krænkeren

2 Ja, jeg boede periodisk med krænkeren (fx ved samvær, længere besøg eller aflastningsophold)

3 Nej, jeg boede ikke med krænkeren, men denne kom i mit hjem

4 Nej, jeg boede ikke med krænkeren, og denne kom ikke i mit hjem. Gå til sp.15

14. Hvilken familietype foregik overgrebene i? (sæt kun et kryds)

1 Kernefamilie med begge mine biologiske forældre

2 Enlig familie med min biologiske mor

3 Enlig familie med min biologiske far

4 Sammenbragt kernefamilie med min biologiske mor og en stedfar

5 Sammenbragt kernefamilie med min biologiske far og en stedmor

6 Familie bestående af bedsteforældre eller andre slægtninge

7 Adoptivfamilie

8 Plejefamilie

9 Døgninstitution

10 Andet, skriv hvilket: _____

15. Hvilken relation havde krænkeren til dig (Skeln ikke her mellem biologisk eller ikke biologisk familierelation)? (Sæt kun et kryds)

- 1 Bedstefar eller sted/pleje/adoptiv-bedstefar
- 2 Bedstemor eller sted/pleje/adoptiv-bedstemor
- 3 Far eller sted/pleje/adoptiv-far eller mors kæreste
- 4 Mor eller sted/pleje/adoptiv-mor eller fars kæreste
- 5 Bror eller sted/pleje/adoptiv-bror
- 6 Søster eller sted/pleje/adoptiv-søster
- 7 Svoger eller sted/pleje/adoptiv-svoger
- 8 Svigerinde eller sted/pleje/adoptiv-svigerinde
- 9 Onkel eller sted/pleje/adoptiv-onkel
- 10 Tante eller sted/pleje/adoptiv-tante
- 11 Fætter eller sted/pleje/adoptiv-fætter
- 12 Kusine eller sted/pleje/adoptiv-kusine
- 13 Andre i familien, hvem? _____
- 14 Ven eller bekendt af opvækstfamilien
- 15 Voksen eller barn i døgninstitution
- 16 Voksen eller barn i dagpasning, skole, fritidsordning el. lign.
- 17 Voksen eller barn i organiseret fritidsaktivitet (fx forening eller sportsklub)
- 18 Egen kæreste
- 19 Anden person i nærmiljøet, skriv relation: _____
- 20 Anden person uden for nærmiljøet, skriv relation: _____

Hvis der kun har været én krænker, gå da til spørgsmål 25.

Ellers besvares spørgsmål 16 til 24 for den anden krænker, mens der ikke indhentes oplysninger om eventuelt yderligere krænkere.

16. Var den anden krænker en voksen mand eller kvinde eller et barn under 18 år?

- 1 Mand
- 2 Kvinde
- 3 Dreng (under 18 år)
- 4 Pige (under 18 år)

17. Hvor gammel var du ved den anden krænkers første seksuelle overgreb på dig?

_____ år

18. Hvor gammel var du, da den anden krænkers overgreb på dig ophørte?

_____ år

19. Sæt x, hvis den anden krænkers overgreb på dig ikke er ophørt endnu

20. Var den anden krænker kendt eller ukendt for dig?

1 Kendt

2 Ukendt. Gå til spørgsmål 24.

21. Er du biologisk i familie med den anden krænker?

1 Ja

0 Nej

22. Boede du med den anden krænker? (sæt kun et kryds)

1 Ja, jeg boede fast sammen med krænkeren

2 Ja, jeg boede periodisk med krænkeren (fx ved samvær, længere besøg eller aflastningsophold)

3 Nej, jeg boede ikke med krænkeren, men denne kom i mit hjem

4 Nej, jeg boede ikke med krænkeren, og denne kom ikke i mit hjem. Gå til sp.24

23. Hvilken familietype foregik den anden krænkers overgreb mod dig i? (sæt kun et kryds)

1 Kernefamilie med begge mine biologiske forældre

2 Enlig familie med min biologiske mor

3 Enlig familie med min biologiske far

4 Sammenbragt kernefamilie med min biologiske mor og en stedfar

5 Sammenbragt kernefamilie med min biologiske far og en stedmor

6 Familie bestående af bedsteforældre eller andre slægtninge

7 Adoptivfamilie

8 Plejefamilie

9 Døgninstitution

10 Andet, skriv hvilket: _____

24. Hvilken relation havde den anden kræmmer til dig (Skeln ikke her mellem biologisk eller ikke biologisk familierelation)? (Sæt kun et kryds)

- 1 Bedstefar eller sted/pleje/adoptiv-bedstefar
- 2 Bedstemor eller sted/pleje/adoptiv-bedstemor
- 3 Far eller sted/pleje/adoptiv-far eller mors kæreste
- 4 Mor eller sted/pleje/adoptiv-mor eller fars kæreste
- 5 Bror eller sted/pleje/adoptiv-bror
- 6 Søster eller sted/pleje/adoptiv-søster
- 7 Svoger eller sted/pleje/adoptiv-svoger
- 8 Svigerinde eller sted/pleje/adoptiv-svigerinde
- 9 Onkel eller sted/pleje/adoptiv-onkel
- 10 Tante eller sted/pleje/adoptiv-tante
- 11 Fætter eller sted/pleje/adoptiv-fætter
- 12 Kusine eller sted/pleje/adoptiv-kusine
- 13 Andre i familien, hvem? _____
- 14 Ven eller bekendt af opvækstfamilien
- 15 Voksen eller barn i døgninstitution
- 16 Voksen eller barn i dagpasning, skole, fritidsordning el. lign.
- 17 Voksen eller barn i organiseret fritidsaktivitet (fx forening eller sportsklub)
- 18 Egen kæreste
- 19 Anden person i nærmiljøet, skriv relation: _____
- 20 Anden person uden for nærmiljøet, skriv relation: _____

Nuværende baggrund

25. Partner/kærestere relationen i dag

- 1 Har en ægtefælle/ samlever/ kæreste
- 2 Har ikke en ægtefælle/ samlever/ kæreste

26. Har du børn? (Gælder både små og voksne børn)

- 1 Ja, mine egne børn eller adoptivbørn
- 2 Ja, sammenbragte børn
- 3 Ja, både egne/adoptivbørn og sammenbragte børn
- 4 Nej

27. Biform

- 1 Bor alene med børn
- 2 Bor alene uden børn
- 3 Samboende/gift med børn
- 4 Samboende/gift uden børn

28. Nuværende problemstillinger

Oplever du problemer eller vanskeligheder i forhold til følgende? (sæt evt. flere x'er)

Relationer:

- 1 At være i det offentlige rum/forsamlinger
- 2 At være alene
- 3 I forholdet til ægtefælle / partner / kæreste
- 4 I forholdet til mine egne eller sammenbragte børn
- 5 I forholdet til venner
- 6 I forholdet til kollegaer på arbejdspladsen/uddannelsesstedet
- 7 I forholdet til ledere på arbejdspladsen/uddannelsesstedet

Personlige kompetencer:

- 8 At sætte grænser
- 9 At mærke andres grænser
- 10 Usikkerhed på, hvad der er normalt eller ikke normalt i forskellige situationer

Psykiske problemstillinger:

- 11 Store følelsesudsving
- 12 Koncentrationsbesvær
- 13 Søvnbesvær
- 14 Forholdet til egen krop
- 15 Selvskadende adfærd
- 16 Seksualitet
- 17 Spiseforstyrrelser
- 18 Fobier
- 19 Angst
- 20 Depression
- 21 20 tanker om selvmordsforsøg
- 22 Selvmordsforsøg

29. Tilknytning til arbejdsmarkedet/ uddannelsessted (Sæt kun et kryds)

- 1 Er i arbejde
- 2 Er under uddannelse/opkvalificering
- 3 Er langtidssygemeldt
- 4 Er ikke i arbejde/uddannelse

30. Højeste skoleuddannelse (Sæt kun et kryds)

- 1 Ikke afsluttet folkeskoleeksamen
- 2 Folkeskoleeksamen
- 3 Ikke afsluttet studentereksamen / HF-eksamen / HH-eksamen og lignende
- 4 Studentereksamen / HF-eksamen / HH-eksamen og lignende

31. Højeste erhvervsuddannelse / videregående uddannelse (Sæt kun et kryds)

- 1 Specialarbejderuddannelse
- 2 Handelsskolens grunduddannelse (HG), efg-basisår (men ikke 2.del)
- 3 Fuldført lærlinge- eller efg-uddannelse
- 4 Anden faglig uddannelse
- 5 Kort videregående uddannelse, under 3 år
- 6 Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år
- 7 Lang videregående uddannelse, over 4 år
- 8 Ingen uddannelse

Behandling nu eller tidligere

32. Modtager du eller har du tidligere modtaget behandling for senfølger af seksuelle overgreb? (Sæt kun et kryds)

- 1 Ja, tidligere
- 2 Ja, er i behandling
- 3 Nej, gå til spørgsmål 36

33. Hvor har du senest modtaget behandling? (Sæt evt. flere kryds)

- 1 Psykiatri – offentlig behandling
- 2 Psykolog – offentlig behandling
- 3 Psykolog / egen betaling - privat
- 4 Psykoterapeut - privat
- 5 Incestcenter
- 6 Selvhjælpsgruppe
- 7 Andet: _____

34. Fuldførte du din seneste behandling?

- 1 Ja
2 Nej
3 Ikke relevant, da ansøgeren stadig er i behandling

35. Løste den seneste behandling, du fik, de problemer, som du kom for at få behandlet?

- 1 Ja
2 Nej
3 Ikke relevant, da ansøgeren stadig er i behandling

35 B. Afvisning af ansøger/anden henvisning grundet klienten er i igangværende behandling

Skriv evt. henvisning til hvad _____

36. Har du søgt hjælp for seksuelle senfølger tidligere, men ikke opnået at få behandling?

- 1 Ja
0 Nej

37. Har du tidligere modtaget, eller modtager du nu behandling for et misbrug?

37 A. Tidligere modtaget behandling:

(Sæt gerne flere kryds)

- Alkohol 1
Stoffer 2
Medicin 3
Andet, skriv hvad _____ 4

37 B. Er under behandling:

(Sæt gerne flere kryds)

- Alkohol 1
Stoffer 2
Medicin 3
Andet, skriv hvad _____ 4

37 C. Afvisning af ansøger/anden henvisning grundet ubehandlet misbrugsproblematik

Skriv evt. henvisning til hvad _____

38. Har du tidligere modtaget, eller modtager du nu behandling for psykisk sygdom?

38 A. Tidligere modtaget behandling

Hvis ja, skriv diagnose _____

38 B. Er under behandling

Hvis ja, skriv diagnose _____

38 C. Afvisning af ansøger/anden henvisning grundet ubehandlet psykisk sygdom

Skriv evt. henvisning til hvad _____

39. Kan du tale og forstå dansk i en grad, så du kan deltage i et behandlingsforløb?

1 Ja

0 Nej

39 B. Afvisning af ansøger/anden henvisning grundet manglende danskforudsætninger

Skriv evt. henvisning til hvad _____

40. Hvorfra har du kendskab til psykologordningen? (Sæt gerne flere krydser)

1 Personligt netværk (familie, venner etc.)

2 TV, radio

3 Avisannonce

4 Internettet

5 Professionelle (læger, psykologer, sagsbehandlere etc.)

6 Pjece

7 Fagblade

8 Frivilligt støttecenter / incestcenter

9 Andet

41. Ydelser til ansøger under visiteringen

1 Rådgivning / information om psykologordningen

2 Rådgivning / terapeutisk rådgivning

3 Godkendt til psykologordningen

4 Henvist til VISO leverandører

5 Afvist til psykologordning, men henvist til andet

6 Afvist til psykologordning uden anden henvisning

Vurdering af problemet/begrundelse for visitering

Bilag 2C. Spørgeskema 1 til borgeren

Spørgeskema 1 til brugere af Psykologordningen

Kære bruger af Psykologordningen

Den gratis psykologbehandling, som du modtager, er med i en ordning, som Servicestyrelsen administrerer for Velfærdsministeriet. Servicestyrelsen skal følge op på, hvordan ordningen fungerer. Vi vil derfor bede dig udfylde et spørgeskema, når du begynder behandlingen, og et spørgeskema, når du afslutter den. Det første spørgeskema, som du har her, handler om de seksuelle overgreb, din opvækstfamilie og dine problemer i hverdagen. På baggrund af alle spørgeskema-besvarelserne udformer Servicestyrelsen nogle rapporter. Du er sikret anonymitet. Det betyder, at man i rapporterne ikke vil kunne genkende dig.

Det er vigtigt, at du udfylder spørgeskemaet. Formålet med at indsamle brugernes erfaringer om psykologbehandlingen er at få mere viden om senfølger af seksuelle overgreb i barndommen. Vi håber gennem den nye viden at kunne skabe bedre behandlingsmuligheder for personer, der er blevet seksuelt krænkede.

De to første spørgsmål i skemaet har din psykolog udfyldt. Derefter skal du udfylde resten af spørgeskemaet, men ved nogle spørgsmål, hvor du har svaret nej, bliver du bedt om at gå videre til en senere tekstboks. Du skal da blot springe de næste spørgsmål over og gå direkte videre til den angivne tekstboks.

Det udfyldte spørgeskema skal afleveres til din psykolog, som sender skemaet videre til Servicestyrelsen.

Bliver du i tvivl om noget i forbindelse med din besvarelse af spørgeskemaet, er du altid velkommen til at kontakte mig. På forhånd mange tak for din besvarelse.

Med venlig hilsen

Bente Marianne Olsen, konsulent

Direkte telefon: 33170904

E-mail: beo@servicestyrelsen.dk

1. Journalnummer (udfyldes af psykologen) _____

2. Hvor mange konsultationer (inklusive den indledende samtale og den, hvor dette spørgeskema udleveres,) har brugeren på nuværende tidspunkt haft i Psykologordningen hos dig? (udfyldes af psykologen)

Skriv antal: _____

Tekst 1. De første spørgsmål handler om din beskæftigelse, uddannelse og økonomi.

3. Hvad er din nuværende hovedbeskæftigelse? (Sæt kun et kryds)

- 1 Selvstændig landmand
- 2 Selvstændig i øvrigt
- 3 Medarbejdende ægtefælle
- 4 Faglært arbejder
- 5 Ufaglært arbejder
- 6 Funktionær eller tjenestemand
- 7 Lærling eller elev
- 8 Øvrige under uddannelse
- 9 Barsels- eller forældreorlov
- 10 Fortidspensionist
- 11 Pensionist
- 12 Arbejdsløs med dagpenge, kontanthjælpsmodtager eller ledighedsydelse
- 13 Andet, skriv hvilket: _____

4. Hvordan vurderer du din nuværende samlede økonomiske situation? (Sæt kun et kryds)

- 1 Særdeles god
- 2 Meget god
- 3 Middelgod
- 4 Mindre god
- 5 Dårlig

5. Hvilken skoleuddannelse har du? (Sæt kun et kryds)

- 1 Ikke afsluttet folkeskoleeksamen
- 2 Afsluttet folkeskoleeksamen
- 3 Ikke afsluttet studentereksamen / HF-eksamen / HH-eksamen og lignende

4 Afsluttet studentereksamen / HF-eksamen / HH-eksamen og lignende

6. Hvad er din højeste, afsluttede erhvervsuddannelse? (Sæt kun et kryds)

- 1 Specialarbejderuddannelse
- 2 Handelsskolens grunduddannelse (HG), efg-basisår (ikke 2.del på efg)
- 3 Lærlinge- eller efg-uddannelse
- 4 Anden faglig uddannelse
- 5 Kort videregående uddannelse, under 3 år
- 6 Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år
- 7 Lang videregående uddannelse, over 4 år
- 8 Ingen afsluttet erhvervsuddannelse

7. Er du på noget tidspunkt begyndt på en erhvervsuddannelse uden at afslutte den?

(Sæt kun et kryds)

- 1 Ja
- 0 Nej. Gå til tekst 2.

8. Hvorfor opgav du den påbegyndte uddannelse?

(Sæt kryds ved alle de udsagn, der passede til din situation dengang)

- 1 Jeg havde valgt den forkerte uddannelse
- 2 Uddannelsen levede ikke fagligt op til mine forventninger
- 3 Uddannelsen levede ikke socialt op til mine forventninger
- 4 Jeg ville hellere arbejde end at uddanne mig
- 5 Jeg havde problemer med transporten til uddannelsen
- 6 Jeg opgav uddannelsen, fordi jeg havde psykiske helbredsproblemer
- 7 Jeg opgav uddannelsen, fordi jeg havde fysiske helbredsproblemer
- 8 Ved ikke

Tekst 2. De næste spørgsmål handler om de seksuelle overgreb, du har været udsat for.

9. Over hvor lang tid var du udsat for seksuelle overgreb fra en eller flere krænkere?

(Sæt kun et kryds)

- 1 Det skete kun en gang
- 2 Overgrebene forløb i optil ½ år
- 3 Overgrebene forløb optil 1 år
- 4 Overgrebene forløb optil 2 år
- 5 Overgrebene forløb optil 3 år

- 6 Overgrebene forløb op til 4 år eller mere
7 Overgrebene finder stadig sted
8 Ved ikke

10. Har du siden de seksuelle overgreb fandt sted kunnet huske dem klart?

(Sæt kun et kryds)

- 1 Jeg har hele tiden kunnet huske overgrebet/overgrebene klart
2 Jeg har kun kunnet huske dele af overgrebet/overgrebene klart, mens andet er dukket op senere i min erindring
0 Erindringen om overgrebet/overgrebene dukkede først op senere i mit liv

11. Hvem kender i dag i din nærmeste omgangskreds til, at du har været udsat for seksuelle overgreb? (Sæt eventuelt flere kryds)

- 1 Ingen
2 Min kæreste/ægtefælle
3 Mit barn/stedbarn
4 Forældre/stedforældre i opvækstfamilien
5 Søskende/stedsøskende i opvækstfamilien
6 Andre slægtninge, du har et nært forhold til
7 Nær ven eller veninde
8 Person på arbejdspladsen/uddannelsesstedet, du har et nært forhold til
9 Andre, skriv gerne hvem: _____

Tekst 3. I de næste spørgsmål beder vi dig tage udgangspunkt i den første periode, som du i dag kan huske, at du oplevede seksuelle overgreb i. For nogle vil der være tale om en enkelt episode, mens andre har oplevet flere seksuelle overgreb over en kortere eller længere periode i deres barndom. Vi er interesseret i at få at vide, om du talte med nogen om det/de seksuelle overgreb i den første periode, hvor du oplevede overgreb.

12. Talte du med nogen om de seksuelle overgreb i løbet af den periode, hvor du oplevede dem? (Sæt kun et kryds)

- 1 Ja.
0 Nej. Gå til tekst 4.

13. I hvor lang tid foregik de seksuelle overgreb, før du talte med nogen om dem?

Anfør om du straks talte med nogen om det, eller anfør det antal måneder eller år, der gik med seksuelle overgreb, før du talte med nogen om det.

- A. Jeg talte straks med nogen om det
- B. Jeg talte først med nogen om det efter _____ måneder (Skriv antal måneder)
- C. Jeg talte først med nogen om det efter _____ år (Skriv antal år)

14. Hvem talte du med om de seksuelle overgreb i den periode, hvor du oplevede dem?

(Sæt eventuelt flere kryds)

- 1 Min biologiske mor/ adoptivmor
- 2 Min stedmor/ min fars kæreste
- 3 Min plejemor
- 4 Min biologiske far/ adoptivfar
- 5 Min stedfar/ min mors kæreste
- 6 Min plejefar
- 8 En bror/ halvbror eller plejebroder
- 9 En søster/ halvsøster eller plejesøster
- 10 Andre slægtninge
- 11 En ven/veninde
- 12 En kæreste
- 13 En læge
- 14 En psykolog/ psykoterapeut/ psykiater
- 15 En ansat ved politiet
- 16 En sagsbehandler ved kommunen
- 17 En lærer eller pædagog
- 18 En person på min arbejdsplads
- 19 En anden person, der selv har været udsat for overgreb
- 20 En fremmed
- 21 En anden, skriv gerne hvem: _____

15. Førte din samtale med andre om de seksuelle overgreb til, at du fik tilbudt en form for behandling eller hjælp? (Sæt kun et kryds)

- 1 Ja
- 0 Nej

16. Førte din samtale med andre om de seksuelle overgreb til, at de ophørte?

(Sæt kun et kryds)

- 1 Ja
- 0 Nej

17. Blev de seksuelle overgreb politianmeldt af dig eller andre? (Sæt kun et kryds)

- 1 Ja
0 Nej
2 Ved ikke

18. Blev de seksuelle overgreb underrettet til socialforvaltningen af dig eller andre?

(Sæt kun et kryds)

- 1 Ja
0 Nej
2 Ved ikke

Tekst 4. De næste spørgsmål handler om din opvækstfamilie. Med forældre menes der enten dine biologiske forældre, stedforældre, adoptivforældre eller plejeforældre, alt efter hvem du boede med i barndommen. Selv om overgrebene ikke fandt sted i din opvækstfamilie, skal du alligevel svare på spørgsmål om den.

19. Passer nogle af følgende beskrivelser på din opvækstfamilie i den periode, hvor du oplevede seksuelle overgreb? (Sæt kryds ved alle de beskrivelser, der passer)

- 1 Der var vold imellem mine forældre
2 En eller begge mine forældre slog mig og/eller mine søskende
3 En eller begge mine forældre havde et alkohol eller stofmisbrug
4 En eller begge mine forældre havde et psykisk dårligt helbred
5 En eller begge mine forældre stod uden for arbejdsmarkedet
6 Der blev ikke taget hånd om pasningen af mig og evt. andre søskende
7 Intet af dette passer på min opvækstfamilie

20. Oplevede du nogle af følgende forandringer i din barndom? (Sæt eventuelt flere kryds)

- 1 Mine forældre blev skilt
2 Jeg flyttede med min familie flere gange
3 Et nærtstående familiemedlem (fx en forælder eller en søskende) døde
4 Jeg boede over tid med mange forskellige voksne
5 En eller begge mine forældre stod uden for arbejdsmarkedet
6 Der blev ikke taget hånd om pasningen af mig og eventuelt andre søskende
7 Intet af dette passer på min barndom

21. Hvordan vil du beskrive, at din opvækstfamilie virkede udadtil på andre i den periode, hvor du var udsat for seksuelle overgreb? (Sæt eventuelt flere kryds)

- 1 Som en velfungerende kernefamilie
- 2 Som en velfungerende skilsmissefamilie
- 3 Som en socialt isoleret kernefamilie
- 4 Som en socialt isoleret skilsmissefamilie
- 5 Som en familie, hvor der forekom omsorgssvigt i forhold til børnene

Tekst 5. De næste spørgsmål drejer sig om, hvordan du i dag har det psykisk. Det er meget vigtigt for vores senere arbejde med dine svar, at du svarer på alle delspørgsmål i skemaerne.

22. Hvordan vil du vurdere din trivsel i de sidste 2 uger? For hvert af de fem udsagn, skal du sætte kryds i det felt, der angiver den del af tiden, der kommer tættest på din tilstand i de sidste to uger. (Sæt et kryds i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1. Jeg har været glad og i godt humør						
2. Jeg har følt mig rolig og afslappet						
3. Jeg har følt mig aktiv og energisk						
4. Jeg er vågnet frisk og udhvilet						
5. Min dagligdag har været fyldt med ting, der interesserer mig						

23. Bliver du i din hverdag nogen gange mindet om de seksuelle overgreb, du har været udsat for i barndommen? For hvert af de følgende problemer eller symptomer, skal du sætte et kryds i det felt, der bedst angiver, hvordan du har oplevet det i den sidste måned. (Sæt et kryds i hver linje)

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Meget
1. Gentagne, forstyrrende erindringer, tanker eller forestillinger om overgrebene					
2. Gentagne, forstyrrende drømme om overgrebene					
3. Pludselig at opføre dig eller føle det, som om overgrebene skete igen (som om du genoplevede dem)					
4. Være meget rystet, når noget mindede dig om overgrebene					
5. Fysisk reaktion (fx hjertebanken, svært ved at trække vejret, sveder), når noget minder dig om overgrebene					
6. Undgå at tænke på eller tale om overgrebene eller undgå de følelser, der er forbundet med dem					
7. Undgå aktiviteter eller situationer, fordi de mindede dig om overgrebene					
8. Vanskeligheder med at huske vigtige dele af overgrebene					
9. Mistede interessen for aktiviteter, som du tidligere har haft fornøjelse af					
10. Føle dig på afstand af eller afskåret fra andre mennesker					
11. Ude af stand til at mærke følelser eller til at nære kærlige følelser over for dine nærmeste					
12. En fornemmelse af at din fremtid på en eller anden måde vil blive afkortet					
13. Svært ved at falde i søvn eller sove igennem					
14. Føle dig irriteret eller have vredesudbrud					

15. Svært ved at koncentrere dig					
16. Være på vagt eller meget årvågen					
17. Være nervøs eller nem at forskrække					

24. Har du været generet af følgende problemer i løbet af de sidste 2 uger?

Marker i hver linje i hvilken grad følgende problemer har voldt dig ubehag i <u>de sidste to uger</u> (Sæt et kryds i hver linje).	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
1. Nervøsitet eller indre uro					
2. Manglende interesse for eller glæde ved seksualitet					
3. At føle dig kritisk overfor andre					
4. En følelse af manglende energi eller af at være langsom					
5. Tanker om at gøre en ende på dit liv					
6. Rysten					
7. At du let kommer til at græde					
8. At føle dig genert eller usikker overfor det modsatte køn					
9. En følelse af at være fanget i en fælde					
10. At du pludselig bliver bange uden grund					
11. Selvbefrejdelser					
12. At føle dig ensom					
13. At føle dig nedtrykt					
14. At bekymre dig for meget					
15. At du ikke føler dig interesseret i noget					
16. At føle dig ængstelig					
17. At du let bliver såret					
18. En følelse af, at andre ikke forstår dig eller er ufølsomme					
19. En følelse af, at folk er uvenlige eller ikke kan lide dig					
20. Hjertebanken					
21. En følelse af mindreværd					
22. At føle dig uden håb for fremtiden					
23. At du føler dig anspændt eller opkort					
24. At du føler dig usikker, når folk iagttager eller taler om dig					
25. At være meget genert overfor andre					
26. En følelse af, at alting er anstrengende					

27. Anfald af rædsel eller panik					
28. En følelse af ubehag ved at spise eller drikke i andres påsyn					
29. At du føler dig rastløs, at du ikke kan sidde stille					
30. En følelse af ikke at være noget værd					
31. En følelse af, at velkendte ting er fremmede eller uvirkelige					
32. At du føler sig presset til at få tingene gjort					

Tekst 6. Nu vil vi gerne spørge til din forbindelse til venner, familie, kollegaer mv.

25. Hvordan vurderer du din relation i dag til følgende personer? Hvis det, der spørges til, ikke er relevant for dig, fordi du fx ikke har børn eller ikke er i arbejde eller under uddannelse, skal du sætte kryds i den sidste rubrik: 'Ikke relevant for mig'.

(Sæt et kryds i hver linje)

	Meget god	God	Hverken god eller dårlig	Dårlig	Meget dårlig	Ikke relevant for mig
Mine egne eller sammenbragte børn						
Min ægtefælle/ partner/kæreste						
Mine naboer						
Mine venner						
Mine forældre						
Mine søskende						
Mine kollegaer på arbejdspladsen/ uddannelsesstedet						
Mine ledere på arbejdspladsen/ uddannelsesstedet						

Tekst 7. For at opnå psykologbehandling i psykologordningen har du udfyldt et ansøgningsskema, og du er blevet visiteret til psykolog over telefonen. Vi vil gerne høre din mening om forløbet.

26. Hvordan vurderer du den samlede information, som du har modtaget om psykologordningen, før du sendte din ansøgning om psykologbehandling?

(Sæt kun et kryds)

- 1 Informationen var meget god
- 2 Informationen var god
- 3 Informationen var dårlig
- 4 Informationen var meget dårlig
- 8 Ved ikke

27. Hvordan vil du vurdere Servicestyrelsens samlede behandling af din ansøgning om at komme i betragtning til psykologordningen? (Sæt kun et kryds)

- 1 Meget god
- 2 God
- 3 Dårlig
- 4 Meget dårlig
- 8 Ved ikke

28. Hvordan vurderer du den telefoniske visitationssamtale/ interview, som du havde med en ansat i Servicestyrelsen? (Sæt kun et kryds)

- 1 Jeg følte mig virkelig godt behandlet
- 2 Jeg følte mig godt behandlet
- 3 Jeg følte mig ikke godt behandlet
- 4 Jeg følte mig slet ikke godt behandlet
- 8 Ved ikke

29. Må Servicestyrelsen gerne indhente registeroplysninger om dig til brug for vores beskrivelse af, hvordan Psykologordningen virker. Det kan fx dreje sig om oplysninger om din tidligere arbejdsmarkedstilknytning og tidligere helbredsforhold? Du vil være sikret fuld anonymitet, således at ingen vil kunne genkende dig i de rapporter, vi skriver på baggrund af registeroplysningerne.

(Sæt kun et kryds)

- 1 Ja
- 0 Nej

30. Servicestyrelsen skal lave nogle interview med personer, som har fået gratis psykologhjælp gennem Psykologordningen. Vi skal ikke interviewe så mange, og det er ikke alle, der siger ja til et interview, der vil blive ringet op, men vi vil alligevel på forhånd spørge om, vi eventuelt må ringe dig op og lave en aftale om et interview?

(Sæt kun et kryds)

1 Ja

0 Nej

Mange tak for din besvarelse.

Spørgeskemaet skal afleveres til din psykolog, der sender det til Servicestyrelsen.

Bilag 2D. Spørgeskema 2 til borgeren

Spørgeskema 2 til brugere af Psykologordningen

Kære bruger af Psykologordningen

Den gratis psykologbehandling, som du har modtaget, er en del af en ordning, som Servicestyrelsen administrerer for Velfærdsministeriet. Du har tidligere udfyldt Spørgeskema 1 til brug for Servicestyrelsens rapporter om, hvordan Psykologordningen virker. Vi vil nu bede dig udfylde det andet og sidste spørgeskema. Formålet med at indsamle brugernes erfaringer om psykologbehandling er at få mere viden om senfølger af seksuelle overgreb i barndommen. Vi håber gennem den nye viden at kunne skabe bedre behandlingsmuligheder for personer, der er blevet krænket seksuelt i barndommen.

I dette spørgeskema stiller vi dig nogle spørgsmål om dine erfaringer med psykologbehandling. Dine besvarelser vil lige som sidste gang blive anonymiseret, så du ikke kan genkendes i de rapporter, vi udarbejder om ordningen. Nogle af spørgsmålene vil du sikkert kunne genkende fra sidst. Når vi stiller de samme spørgsmål igen, er det, fordi vi stadig gerne vil vide hvilke problemer, du oplever i hverdagen.

De to første spørgsmål i skemaet har din psykolog udfyldt, resten skal udfyldes af dig. Ved nogle spørgsmål, hvor du har svaret nej, vil du blive bedt om at gå videre til næste tekstboks. Du skal da blot springe de næste spørgsmål over og gå direkte til den angivne tekstboks. Det udfyldte spørgeskema skal afleveres til din psykolog, som sender skemaet videre til Servicestyrelsen.

Bliver du i tvivl om noget i forbindelse med din besvarelse af spørgeskemaerne, er du altid velkommen til at kontakte mig. På forhånd mange tak for din besvarelse.

Med venlig hilsen

Bente Marianne Olsen, konsulent

Direkte telefon: 33170904

E-mail: beo@servicestyrelsen.dk

1. Journalnummer (udfyldes af psykologen) _____

2. Er skemaet udleveret ved afslutningen af behandlingsperioden? (udfyldes af psykologen)

- 1 Ja, ved 2. sidste konsultation eller senere
0 Nej, det blev udleveret tidligere i forløbet
2 Andet, skriv hvilket: _____

Tekst 1. De første spørgsmål handler om dit udbytte af den psykologbehandling, som du har modtaget under psykologordningen.

3. Hvad synes du generelt om psykologordningens tilbud om gratis psykologbehandling?

(Sæt kun et kryds)

- 1 Psykologordningen er et rigtigt godt tilbud
2 Psykologordningen er en start, men må suppleres med flere konsultationer
3 Psykologordningen fungerer slet ikke i sin nuværende form
8 Ved ikke

4. I hvor høj grad er du enig i følgende udsagn om den psykologbehandling, du har modtaget? (Sæt et kryds i hver linje i tabellen)

	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke
Jeg er blevet afklaret i forhold til, hvad mine problemer består i					
Jeg har fået nogle redskaber til at komme videre med mine problemer					
Jeg fik løst de problemer, jeg kom med					
Jeg har fået den behandling, jeg havde brug for					

Tekst 2. Vi vil nu spørge til, om du har brug for yderligere hjælp for senfølgerne af seksuelle overgreb, når du stopper i med den gratis behandling i Psykologordningen.

5. Har du brug for yderligere behandling eller hjælp for dine senfølger efter seksuelle overgreb ud over den gratis psykologbehandling, du har modtaget i psykologordningen? (Sæt kun et kryds)

- 1 Ja
0 Nej. Gå til tekst 3.
8 Ved ikke. Gå til tekst 3.

6. Hvilken form for behandling eller hjælp for senfølger efter seksuelle overgreb, mener du, at du har behov for? (Sæt evt. flere kryds)

- 1 Psykologbehandling/ psykoterapeutisk behandling
2 Psykiatrisk behandling
3 Selvhjælpsgruppe
4 Anden form for hjælp, skriv hvilken _____

7. Er der arrangeret yderligere behandling eller hjælp for senfølger efter seksuelle overgreb for dig fremover? (Sæt kun et kryds)

- 1 Ja
0 Nej. Gå til tekst 3.

8. Hvilken form for behandling eller hjælp for senfølger efter seksuelle overgreb er der arrangeret for dig? (Sæt evt. flere kryds)

- 1 Psykologbehandling/ psykoterapeutisk behandling
2 Psykiatrisk behandling
3 Selvhjælpsgruppe
4 Anden form for hjælp, skriv hvilken _____

Tekst 3. De næste spørgsmål drejer sig om, hvordan du i dag har det psykisk. Det er meget vigtigt for vores senere arbejde med dine svar, at du svarer på alle delspørgsmål i skemaerne.

9. **Hvordan vil du vurdere din trivsel i de sidste 2 uger? For hvert af de fem udsagn, skal du sætte kryds i det felt, der angiver den del af tiden, der kommer tættest på din tilstand i de sidste to uger.** (Sæt et kryds i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1. Jeg har været glad og i godt humør						
2. Jeg har følt mig rolig og afslappet						
3. Jeg har følt mig aktiv og energisk						
4. Jeg er vågnet frisk og udhvilet						
5. Min dagligdag har været fyldt med ting, der interesserer mig						

10. Bliver du i din hverdag nogen gange mindet om de seksuelle overgreb, du har været udsat for i barndommen? For hvert af de følgende problemer eller symptomer, skal du sætte et kryds i det felt, der bedst angiver, hvordan du har oplevet det i den sidste måned. (Sæt et kryds i hver linje)

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Meget
1. Gentagne, forstyrrende erindringer, tanker eller forestillinger om overgrebene					
2. Gentagne, forstyrrende drømme om overgrebene					
3. Pludselig at opføre dig eller føle det, som om overgrebene skete igen (som om du genoplevede dem)					
4. Være meget rystet, når noget mindede dig om overgrebene					
5. Fysisk reaktion (fx hjertebanken, svært ved at trække vejret, sveder), når noget minder dig om overgrebene					
6. Undgå at tænke på eller tale om overgrebene eller undgå de følelser, der er forbundet med dem					
7. Undgå aktiviteter eller situationer, fordi de mindede dig om overgrebene					
8. Vanskeligheder med at huske vigtige dele af overgrebene					
9. Mistede interessen for aktiviteter, som du tidligere har haft fornøjelse af					
10. Føle dig på afstand af eller afskåret fra andre mennesker					
11. Ude af stand til at mærke følelser eller til at nære kærlige følelser over for dine nærmeste					
12. En fornemmelse af at din fremtid på en eller anden måde vil blive afkortet					
13. Svært ved at falde i søvn eller sove igennem					

14. Føle dig irriteret eller have vredesudbrud					
15. Svært ved at koncentrere dig					
16. Være på vagt eller meget årvågen					
17. Være nervøs eller nem at forskrække					

11. Har du været generet af følgende problemer i løbet af de sidste 2 uger?

Marker i hver linje i hvilken grad følgende problemer har voldt dig ubehag i de sidste to uger (Sæt et kryds i hver linje).	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
1. Nervøsitet eller indre uro					
2. Manglende interesse for eller glæde ved seksualitet					
3. At føle dig kritisk overfor andre					
4. En følelse af manglende energi eller af at være langsom					
5. Tanker om at gøre en ende på dit liv					
6. Rysten					
7. At du let kommer til at græde					
8. At føle dig genert eller usikker overfor det modsatte køn					
9. En følelse af at være fanget i en fælde					
10. At du pludselig bliver bange uden grund					
11. Selvbefrielse					
12. At føle dig ensom					
13. At føle dig nedtrykt					
14. At bekymre dig for meget					
15. At du ikke føler dig interesseret i noget					
16. At føle dig ængstelig					
17. At du let bliver såret					
18. En følelse af, at andre ikke forstår dig eller er ufølsomme					
19. En følelse af, at folk er uvenlige eller ikke kan lide dig					
20. Hjertebanken					
21. En følelse af mindreværd					
22. At føle dig uden håb for fremtiden					
23. At du føler dig anspændt eller opkørt					
24. At du føler dig usikker, når folk iagttager eller taler om dig					
25. At være meget genert overfor andre					

26. En følelse af, at alting er anstrengende					
27. Anfald af rædsel eller panik					
28. En følelse af ubehag ved at spise eller drikke i andres påsyn					
29. At du føler dig rastløs, at du ikke kan sidde stille					
30. En følelse af ikke at være noget værd					
31. En følelse af, at velkendte ting er fremmede eller uvirkelige					
32. At du føler sig presset til at få tingene gjort					

Tekst 4. Nu vil vi gerne spørge til din forbindelse til venner, familie, kollegaer mv.

12. Hvordan vurderer du din relation i dag til følgende personer? Hvis det, der spørges til ikke er relevant for dig, fordi du fx ikke har børn eller ikke er i arbejde eller under uddannelse, skal du sætte kryds i den sidste rubrik: 'Ikke relevant for mig'.

(Sæt et kryds i hver linje)

	Meget god	God	Hverken god eller dårlig	Dårlig	Meget dårlig	Ikke relevant for mig
Mine egne eller sammenbragte børn						
Min ægtefælle/ partner/kæreste						
Mine naboer						
Mine venner						
Mine forældre						
Mine søskende						
Mine kollegaer på arbejdspladsen/ uddannelsesstedet						
Mine ledere på arbejdspladsen/ uddannelsesstedet						

13. Har du kommentarer eller ideer til psykologordningen?

Mange tak for din besvarelse af skemaet

Spørgeskemaet skal afleveres til din psykolog, der sender det til Servicestyrelsen.

Bilag 2E. Spørgeskema 3 til psykologen

Spørgeskema 3 til psykologer i Psykologordningen

Kære psykolog i Psykologordningen

Som et led i Servicestyrelsens administration af den gratis psykologbehandling til personer med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen skal vi dokumentere forløbet af ordningen for Velfærdsministeriet. Vi beder dig derfor udfylde et spørgeskema, når borgeren har modtaget den sidste gratis behandling under Psykologordningen. Du skal også udfylde skemaet, selv om borgeren fortsætter i et nyt forløb hos dig, fx under Sygesikringsordningen.

Spørgsmålene handler om behandlingens omfang og karakter samt om borgerens nytte af behandlingen. Ved nogle spørgsmål, hvor du har svaret nej, vil du blive bedt om at gå videre til et senere spørgsmål eller en senere tekstboks. Du skal da blot springe de næste spørgsmål over og gå direkte til det angivne spørgsmål eller den angivne tekstboks. Hvis brugeren aldrig mødte op til den indledende samtale hos dig, skal du kun udfylde de tre første spørgsmål.

Det udfyldte spørgeskema bedes indsendt til Sekretær Brith Stenseth i Udsatteenheden i Servicestyrelsen. Se adresse nedenfor.

Bliver du i tvivl om noget i forbindelse med din besvarelse af spørgeskemaerne, er du altid velkommen til at kontakte mig. På forhånd mange tak for din besvarelse.

Med venlig hilsen

Bente Marianne Olsen, konsulent

Udsatteenheden, Servicestyrelsen

Åbenrå 5. 1.sal

1124 København K.

Direkte telefon: 33170904

E-mail: beo@servicestyrelsen.dk

1. **Psykologens navn:** _____

2. **Brugerens journalnummer** _____

Tekst 1. De første spørgsmål handler om, hvor mange gange brugeren har været til behandling under Psykologordningen, og om behandlingen blev afsluttet i utide. Med *utide* mener vi, at enten du eller brugeren afbrød behandlingsforløbet, før brugeren var færdigbehandlet inden for rammerne af de op til 11 konsultationer under Psykologordningen.

3. **Har brugeren været i behandling under Psykologordningen hos dig?**

1 Ja, brugeren har gået i behandling hos mig

0 Nej, brugeren fik aldrig en indledende samtale. Resten af skemaet udfyldes ikke.

4. **Hvornår havde du den indledende samtale under Psykologordningen med brugeren?**

Skriv dato og år: _____

5. **Hvornår er behandlingen af brugeren under Psykologordningen afsluttet?**

Skriv dato og år: _____

6. **Hvor mange fakturerede behandlinger har brugeren haft hos dig i forløbet under Psykologordningen?**

Skriv antal behandlinger: _____

7. **Hvor mange udeblivelser uden forudgående aflysning har brugeren haft i forløbet?**

Skriv antal udeblivelser: _____ (Hvis ingen skriv 0)

8. **Er brugeren stoppet i 'utide' hos dig?** (Sæt kun et kryds)

1 Ja

0 Nej. Gå til tekst 2.

9. **Hvorfor stoppede brugeren hos dig i 'utide'?** (Sæt gerne flere kryds)

1 Brugeren viste sig ikke at opfylde visitationskriterierne

2 Brugeren var alligevel ikke parat til at gå til psykolog

- 3 Kontakten mellem brugeren og mig var dårlig
 4 Jeg kunne ikke hjælpe brugeren
 5 Brugeren havde for store transportproblemer med at komme hen til psykologen
 6 Andet, skriv venligst hvilket: _____

Tekst 2. De næste spørgsmål handler om de anvendte behandlingsformer.

10. Hvilke behandlingsformer har du anvendt i forhold til brugeren?

(Sæt gerne flere kryds)

- 1 Psykodynamisk terapi/ psykoanalytisk terapi
 2 Kognitiv terapi/ adfærdsterapi
 3 Humanistisk terapi/ eksistentiel terapi
 4 Systemisk terapi /strukturel terapi
 5 Kroppspsykoterapeutisk terapi
 6 Andet, skriv venligst hvilket: _____

Tekst 3. De næste spørgsmål handler om klientens udbytte af psykologbehandlingen.

11. I hvor høj grad er du enig i følgende udsagn om den psykologbehandling, brugeren har modtaget? (Sæt et kryds i hver linje i tabellen)

	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke
Brugeren er blevet afklaret i forhold til, hvad problemerne består i					
Brugeren har fået nogle redskaber til at komme videre med sine problemer					
Brugeren fik løst de problemer, han/hun kom med					
Brugeren har fået den behandling, han/hun havde brug for					

12. Vurderer du, at brugeren har brug for yderligere behandling eller hjælp for sine senfølger efter seksuelle overgreb ud over den gratis psykologbehandling, du har givet vedkommende i Psykologordningen? (Sæt kun et kryds)

- 1 Ja
2 Nej. Gå til spørgsmål 14.

13. Hvilken form for yderligere behandling eller hjælp for senfølger efter seksuelle overgreb, mener du, at brugeren har behov for?

(Sæt eventuelt flere kryds)

- 1 Psykologbehandling/ psykoterapeutisk behandling
2 Psykiatrisk behandling
3 Selvhjælpsgruppe/støttegruppe
4 Anden form for hjælp, skriv hvilken _____

14. Er du bekendt med, om der er arrangeret yderligere behandling eller hjælp for senfølger efter seksuelle overgreb for brugeren fremover? (Sæt kun et kryds)

- 1 Ja
0 Nej. Gå til afslutningen af skemaet.
8 Ved ikke. Gå til afslutningen af skemaet.

15. Hvilken form for behandling eller hjælp for senfølger efter seksuelle overgreb er der arrangeret for brugeren? (Sæt evt. flere kryds)

- 1 Psykologbehandling/ psykoterapeutisk behandling
2 Psykiatrisk behandling
3 Selvhjælpsgruppe/støttegruppe
4 Anden form for hjælp, skriv hvilken _____

16. Fortsætter brugeren hos dig efter det gratis forløb i psykologordningen i et nyt forløb med flere konsultationer evt. over Sygesikringsordningen? (Sæt kun et kryds)

- 1 Ja, brugeren fortsætter over Sygesikringsordningen hos mig
2 Ja, brugeren fortsætter hos mig for egen regning
4 Det er uafklaret om brugeren fortsætter hos mig
5 Nej, men brugeren fortsætter over Sygesikringsordningen hos anden psykolog
6 Nej

Mange tak for din besvarelse af spørgeskemaet
Spørgeskemaet indsendes til Servicestyrelsen

Bilag 3 Fra ansøgning til behandling – om undersøgelsespopulationen

Krydstabeller. Sammenligningen af delpopulation 1A og delpopulation 1B

Tablet 78. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på køn.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Mand	47 % (57)	53 % (64)	100 % (121)
Kvinde	41 % (388)	59 % (561)	100 % (949)
Total	42 % (445)	58 % (625)	100 % (1.070)

Svarprocent: 97 %. Population 1.

Tablet 79. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på alder.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Op til 29 år	43 % (138)	57 % (180)	100 % (318)
30-39 år	46 % (154)	54 % (178)	100 % (332)
40-49 år	39 % (105)	62 % (168)	101 %* (273)
50 + år	33 % (48)	67 % (99)	100 % (147)
Total	42 % (445)	58 % (625)	100 % (1.070)

Svarprocent: 97 %. Population 1.

Tablet 80. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på alder ved første overgreb.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
0-4 år	35 % (62)	65 % (115)	100 % (177)
5-9 år	43 % (210)	57 % (282)	100 % (492)
10-14 år	42 % (125)	58 % (172)	100 % (297)
15+ år	43 % (26)	57 % (35)	100 % (61)
Total	41 % (423)	59 % (604)	100 % (1.027)

Svarprocent: 93 %. Population 1.

Tablet 81. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på varighed af overgreb.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
0-1 år	44 % (150)	56 % (194)	100 % (344)
2-5 år	38 % (138)	62 % (225)	100 % (363)
6-10 år	43 % (90)	57 % (120)	100 % (210)
11+ år	39 % (32)	61 % (50)	100 % (82)
Total	41 % (410)	59 % (589)	100 % (999)

Svarprocent: 90 %. Population 1.

Tabel 82. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på biologisk relation med krænker.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Nej	44 % (216)	56 % (272)	100 % (488)
Ja	41 % (205)	59 % (300)	100 % (505)
Total	42 % (421)	58 % (572)	100 % (993)

Svarprocent: 90 %. Population 1.

Tabel 83. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på om boede med krænker.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Ja, boede fast med krænkeren	40 % (196)	60 % (295)	100 % (491)
Ja, boede periodisk med krænkeren	41 % (47)	59 % (67)	100 % (114)
Nej, boede ikke med krænkeren, men denne kom i hjemmet	45 % (113)	55 % (136)	100 % (249)
Nej, boede ikke med krænkeren og denne kom ikke i hjemmet	46 % (55)	54 % (65)	100 % (120)
Total	42 % (411)	58 % (563)	100 % (974)

Svarprocent: 88 %. Population 1.

Tabel 84. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på familietype under overgreb.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Kernefamilie med begge biologiske forældre	41 % (199)	60 % (292)	101 %* (491)
Enlig familie med biologisk mor	45 % (46)	55 % (56)	100 % (102)
Enlig familie med biologisk far	41 % (14)	59 % (20)	100 % (34)
Sammenbragt kernefamilie med biologisk mor og en stedfar	41 % (70)	60 % (103)	101 %* (173)
Sammenbragt kernefamilie med biologisk far og en stedmor	88 % (7)	13 % (1)	101 %* (8)
Familie bestående af bedsteforældre eller andre slægtninge	42 % (5)	58 % (7)	100 % (12)
Adoptivfamilie	17 % (1)	83 % (5)	100 % (6)
Plejefamilie	40 % (4)	60 % (6)	100 % (10)
Døgninstitution	67 % (2)	33 % (1)	100 % (3)
Andet	56 % (5)	44 % (4)	100 % (9)
Total	42 % (353)	58 % (495)	100 % (848)

Svarprocent: 77 %. Population 1.

Tabel 85. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog fordelt på relation til krænkeren.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Bedstefar eller sted- /pleje-/adoptivbedstefar	40 % (23)	60 % (35)	100 % (58)
Bedstemor eller sted- /pleje-/adoptivbedstemor	50 % (1)	50 % (1)	100 % (2)
Far eller sted- /pleje- / adoptivfar	40 % (157)	60 % (233)	100 % (390)
Mor eller sted- /pleje- / adoptivmor	48 % (12)	52 % (13)	100 % (25)
Bror eller sted- /pleje- / adoptivbror	42 % (44)	58 % (60)	100 % (104)
Søster eller sted- /pleje- / adoptivsøster	14 % (1)	86 % (6)	100 % (7)
Svoger eller sted- /pleje- / adoptivsvoger	18 % (2)	82 % (9)	100 % (11)
Onkel eller sted- /pleje- / adoptivonkel	40 % (22)	60 % (33)	100 % (55)
Tante eller sted- /pleje- / adoptivtante	50 % (1)	50 % (1)	100 % (2)
Fætter eller sted- /pleje- / adoptivfætter	23 % (7)	77 % (23)	100 % (30)
Kusine eller sted- /pleje- / adoptivkusine	50 % (2)	50 % (2)	100 % (4)
Andre i familien	50 % (12)	50 % (12)	100 % (24)
Ven eller bekendt af opvækstfamilien	46 % (45)	54 % (53)	100 % (98)
Voksen eller barn i døgninstitution	57 % (4)	43 % (3)	100 % (7)
Voksen eller barn i dagpasning, skole, fritidsordning eller lignende	62 % (8)	39 % (5)	100 % (13)
Voksen eller barn i organiseret fritidsaktivitet (fx forening eller sportsklub)	50 % (1)	50 % (1)	100 % (2)
Egen kæreste	58 % (7)	42 % (5)	100 % (12)
Anden person i nærmiljøet	43 % (68)	57 % (90)	100 % (158)
Anden person uden for nærmiljøet	43 % (20)	57 % (27)	100 % (47)
Total	42 % (437)	58 % (612)	100 % (1.049)

Svarprocent: 95 %. Population 1.

Tabel 86. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på partner/kærestere relation.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	
Har en ægtefælle/ samlever/ kæreste	42 % (278)	58 % (385)	100 % (663)
Har ikke en ægtefælle/ samlever/ kæreste	41 % (167)	59 % (239)	100 % (406)
Total	42 % (445)	58 % (624)	100 % (1.069)

Svarprocent: 97 %. Population 1.

Tabel 87. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på om har børn.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Ja, egne børn eller adoptivbørn	41 % (258)	59 % (374)	100 % (632)
Ja, sammenbragte børn	36 % (5)	64 % (9)	100 % (14)
Ja, både egne/ adoptivbørn og sammenbragte børn	80 % (4)	20 % (1)	100 % (5)
Nej, ingen børn	43 % (177)	57 % (236)	100 % (413)
Total	42 % (444)	58 % (620)	100 % (1.064)

Svarprocent: 96 %. Population 1.

Tabel 88. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på boform.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Bor alene med børn	43 % (80)	57 % (107)	100 % (187)
Bor alene uden børn	42 % (170)	58 % (237)	100 % (407)
Samboende/gift med børn	44 % (125)	56 % (162)	100 % (287)
Samboende/gift uden børn	37 % (68)	63 % (116)	100 % (184)
Total	42 % (443)	58 % (622)	100 % (1.065)

Svarprocent: 97 %. Population 1.

Tabel 89. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på tilknytning til arbejdsmarkedet/ uddannelsessted.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Er i arbejde	39 % (137)	61 % (218)	100 % (355)
Er under uddannelse	47 % (101)	53 % (113)	100 % (214)
Er langtidssygemeldt	41 % (88)	59 % (125)	100 % (213)
Er ikke i arbejde/ under uddannelse	41 % (116)	59 % (165)	100 % (281)
Total	42 % (442)	58 % (621)	100 % (1.063)

Svarprocent: 96 %. Population 1.

Tabel 90. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på højeste skoleuddannelse.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Ikke afsluttet folkeskoleeksamen	46 % (38)	54 % (44)	100 % (82)
Folkeskoleeksamen	47 % (229)	54 % (264)	100 % (493)
Ikke afsluttet studentereksamen/ HF-eksamen/ HH-eksamen og lignende	44 % (18)	56 % (23)	100 % (41)
Studentereksamen/ HF-eksamen/ HH-eksamen og lignende	36 % (158)	64 % (286)	100 % (444)
Total	42 % (443)	58 % (617)	100 % (1.060)

Svarprocent: 96 %. Population 1

Tabel 91. Borgere i Psykologordningen. Udfyldt alle eller nogle skemaer fordelt på højeste erhvervskompetencegivende.

	Nogle skemaer	Alle skemaer	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Specialarbejderuddannelse	20 % (1)	80 % (4)	100 % (5)
HG, EFG-basisår, men ikke 2. del	46 % (10)	55 % (12)	101% (22)
Fuldført lærlinge- eller EFG-uddannelse	30 % (7)	70 % (16)	100 % (23)
Anden faglig uddannelse	50 % (44)	50 % (44)	100 % (88)
Kort, mellem, lang videregående uddannelse	38 % (208)	62 % (336)	100 % (544)
Ingen uddannelse	46 % (153)	54 % (179)	100 % (332)
Total	42 % (423)	58 % (591)	100 5% (1.014)

Svarprocent: 92 %. Population 1

Bortfaldsanalyse – dem der møder op hos psykologen, og dem der ikke gør

Tabel 92. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på køn.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Mand	77 % (121)	23 % (36)	100 % (157)
Kvinde	81 % (949)	19 % (228)	100 % (1.177)
Total	80 % (1.070)	20 % (264)	100 % (1.334)

Svarprocent: 98 %. Visitationsskema.

Tabel 93. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på alder.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Op til 29 år	77 % (318)	23 % (96)	100 % (414)
30-49 år	82 % (605)	18 % (136)	100 % (741)
50+ år	82 % (147)	18 % (32)	100 % (179)
Total	80 % (1.070)	20 % (264)	100 % (1.334)

Svarprocent: 98 %. Visitationsskema.

Tabel 94. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på alder ved første overgreb.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
0-4 år	81 % (177)	19 % (42)	100 % (219)
5-6 år	80 % (492)	20 % (127)	100 % (619)
10-14 år	80 % (297)	20 % (73)	100 % (370)
15+ år	85 % (61)	15 % (11)	100 % (72)
Total	80 % (1.027)	20 % (253)	100 % (1.280)

Svarprocent: 94 %. Visitationsskema.

Tabel 95. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på varighed af overgreb.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
0-1 år	84 % (344)	16 % (67)	100 % (411)
2-5 år	80 % (363)	20 % (89)	100 % (452)
6-10 år	75 % (210)	25 % (69)	100 % (279)
11+ år	79 % (82)	21 % (22)	100 % (104)
Total	80 % (999)	20 % (247)	100 % (1.246)

Svarprocent: 91 %. Visitationsskema.

Tabel 96. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på familietype under overgreb.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Kernefamilie med begge biologiske forældre	83 % (491)	18 % (104)	100 % (595)
Enlig familie med biologisk mor	77 % (102)	23 % (31)	100 % (133)
Enlig familie med biologisk far	76 % (34)	24 % (11)	100 % (45)
Sammenbragt kernefamilie med biologisk mor og en stedfar	80 % (173)	20 % (44)	100 % (217)
Sammenbragt kernefamilie med biologisk far og en stedmor	100 % (8)	0 % (0)	100 % (8)
Familie bestående af bedsteforældre eller andre slægtninge	100 % (12)	0 % (0)	100 % (12)
Adoptivfamilie	75 % (6)	25 % (2)	100 % (8)
Plejefamilie	100 % (10)	0 % (0)	100 % (10)
Døgninstitution	50 % (3)	50 % (3)	100 % (6)
Andet	69 % (9)	31 % (4)	100 % (13)
Total	81 % (848)	19 % (199)	100 % (1.047)

Svarprocent: 77 %. Visitationsskema.

Tabel 97. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på biologisk relation med krænker.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Nej	81 % (488)	19 % (115)	100 % (603)
Ja	79 % (505)	22 % (138)	100 % (643)
Total	80 % (993)	20 % (253)	100 % (1.246)

Svarprocent: 91 %. Visitationsskema.

Tabel 98. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på om boede med krænker.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Ja, boede fast med krænkeren	80 % (491)	20 % (126)	100 % (617)
Ja, boede periodisk med krænkeren	82 % (114)	18 % (25)	100 % (139)
Nej, boede ikke med krænkeren, men denne kom i hjemmet	80 % (249)	20 % (62)	100 % (311)
Nej, boede ikke med krænkeren, og denne kom ikke i hjemmet	83 % (120)	17 % (25)	100 % (145)
Total	80 % (974)	20 % (238)	100 % (1.212)

Svarprocent: 89 %. Visitationsskema.

Tabel 99. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på relation til krænkeren.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Bedstefar eller sted- /pleje-/adoptivbedstefar	78 % (58)	22 % (16)	100 % (74)
Bedstemor eller sted- /pleje- /adoptivbedstemor	50 % (2)	50 % (2)	100 % (4)
Far eller sted- /pleje- / adoptivfar	79 % (390)	21 % (104)	100 % (494)
Mor eller sted- /pleje- / adoptivmor	83 % (25)	17 % (5)	100 % (30)
Bror eller sted- /pleje- / adoptivbror	78 % (104)	22 % (29)	100 % (133)
Søster eller sted- /pleje- / adoptivsøster	64 % (7)	36 % (4)	100 % (11)
Svoger eller sted- /pleje- / adoptivsvoger	73 % (11)	27 % (4)	100 % (15)
Onkel eller sted- /pleje- / adoptivonkel	86 % (55)	14 % (9)	100 % (64)
Tante eller sted- /pleje- / adoptivtante	100 % (2)	0 % (0)	100 % (2)
Fætter eller sted- /pleje- / adoptivfætter	77 % (30)	23 (9)	100 % (39)
Kusine eller sted- /pleje- / adoptivkusine	80 % (4)	20 % (1)	100 % (5)
Andre i familien	83 % (24)	17 % (5)	100 % (29)
Ven eller bekendt af opvækstfamilien	82 % (98)	18 % (21)	100 % (119)
Voksen eller barn i døgninstitution	70 % (7)	30 % (3)	100 % (10)
Voksen eller barn i dagpasning, skole, fritidsordning eller lignende	72 % (13)	28 % (5)	100 % (18)
Voksen eller barn i organiseret fritidsaktivitet (fx forening eller sportsklub)	67 % (2)	33 % (1)	100 % (3)
Egen kæreste	86 % (12)	14 % (2)	100 % (14)
Anden person i nærmiljøet	83 % (158)	17 % (32)	100 % (190)
Anden person uden for nærmiljøet	89 % (47)	11 % (6)	100 % (53)
Total	80 % (1.049)	20 % (258)	100 % (1.307)

Svarprocent: 96 %. Visitationsskema.

Tabel 100. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på partner/kærestere relation.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Har en ægtefælle/ samlever/ kæreste	81 % (663)	19 % (151)	100 % (814)
Har ikke en ægtefælle/ samlever/ kæreste	79 % (406)	21 % (109)	100 % (515)
Total	80 % (1.069)	20 % (260)	100 % (1.329)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskema.

Tabel 101. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på om har børn.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Ja, egne børn eller adoptivbørn	82 % (632)	18 % (141)	100 % (773)
Ja, sammenbragte børn	100 % (14)	0 % (0)	100 % (14)
Ja, både egne/ adoptivbørn og sammenbragte børn	83 % (5)	17 % (1)	100 % (6)
Nej, ingen børn	77 % (413)	23 % (122)	100 % (535)
Total	80 % (1.064)	20 % (264)	100 % (1.328)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskema.

Tabel 102. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på boform.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Bor alene med børn	79 % (187)	21 % (51)	100 % (238)
Bor alene uden børn	79 % (407)	21 % (106)	100 % (513)
Samboende/gift med børn	84 % (287)	16 % (56)	100 % (343)
Samboende/gift uden børn	79 % (184)	21 % (48)	100 % (232)
Total	80 % (1.065)	20 % (261)	100 % (1.326)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskema.

Tabel 103. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på tilknytning til arbejdsmarkedet/ uddannelsessted.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Er i arbejde	82 % (355)	18 % (77)	100 % (432)
Er under uddannelse	78 % (214)	22 % (61)	100 % (275)
Er langtidssygemeldt	80 % (213)	20 % (54)	100 % (267)
Er ikke i arbejde/ under uddannelse	80 % (281)	20 % (69)	100 % (350)
Total	80 % (1.063)	20 % (261)	100 % (1.324)

Svarprocent: 97 %. Visitationsskema.

Tabel 104. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på højeste skoleuddannelse.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Ikke afsluttet folkeskoleeksamen	72 % (82)	28 % (32)	100 % (114)
Folkeskoleeksamen	79 % (493)	21 % (130)	100 % (623)
Ikke afsluttet studentereksamen/ HF-eksamen/ HH-eksamen og lignende	82 % (41)	18 % (9)	100 % (50)
Studentereksamen/ HF-eksamen/ HH-eksamen og lignende	84 % (444)	17 % (88)	100%* (532)
Total	80 % (1.060)	20 % (259)	100 % (1.319)

Svarprocent: 96 %. Visitationsskema.

Tabel 105. Borgere i Psykologordningen. Været ved psykolog eller ej fordelt på højeste erhvervskompetencegivende.

	Været ved psykolog	Kun visiterede	Total
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Specialarbejderuddannelse	83 % (5)	17 % (1)	100 % (6)
HG, EFG-basisår, men ikke 2. del	76 % (22)	24 % (7)	100 % (29)
Fuldført lærlinge- eller EFG-uddannelse	79 % (23)	21 % (6)	100 % (29)
Anden faglig uddannelse	72 % (88)	29 % (35)	101 %* (123)
Kort, mellem, lang videregående uddannelse	83 % (544)	17 % (113)	100 % (657)
Ingen uddannelse	79 % (332)	21 % (90)	100 % (422)
Total	80 % (1.014)	20 % (252)	100 % (1.266)

Svarprocent: 93 %. Visitationsskema.

Bilag 4. Borgerens aktuelle livssituation

Tabel 106. Sygedagpenge. Fuldtidspersoner i pct. af befolkningen

		2010
		Fuldtidspersoner i pct. af befolkningen 16-66 år
Hele landet	16-19 år	0,0 %
	20-24 år	0,1 %
	25-29 år	0,2 %
	30-34 år	0,2 %
	35-39 år	0,3 %
	40-44 år	0,3 %
	45-49 år	0,4 %
	50-54 år	0,3 %
	55-59 år	0,3 %
	60-64 år	0,2 %
	65+ år	0,0 %

Kilde: KMD's sygedagpengeregister og Arbejdsmarkedsportalen.

Anm.: Befolkningen er opgjort som befolkningen i alderen 16-66 år. Aldersgruppen 65+ år dækker over 65-66-årige.

Pr. 1. juni 2008 er arbejdsgiverperioden øget fra 15-21 dage. Dette vil isoleret set medføre færre og kortere sygedagpengeforløb. Pga. efterregistreringer vil specielt den seneste måned der findes data for blive øget ved næste opdatering.

Tabel 107. Førtidspension. Fuldtidspersoner i pct. af befolkningen

		2010
		Fuldtidspersoner i pct. af befolkningen 16-66 år
Hele landet	16-19 år	0,0 %
	20-24 år	0,1 %
	25-29 år	0,2 %
	30-34 år	0,2 %
	35-39 år	0,4 %
	40-44 år	0,6 %
	45-49 år	0,9 %
	50-54 år	1,1 %
	55-59 år	1,4 %
	60-64 år	1,7 %
	65+ år	0,2 %

Kilde: KMD's register for sociale pensioner

Anm.: Befolkningen er opgjort som befolkningen i alderen 16-66 år. Aldersgruppen 65+ år dækker over 65-66-årige.

"Uoplyst" område dækker over Den Sociale Sikringstyrelses udbetalinger af pension til personer bosat i udlandet. Det bemærkes, at invaliditetsydelse ikke er medtaget i opgørelsen.

Bilag 5. Fortiden

Tabel 108. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på hvorvidt de seksuelle overgreb ophørte på baggrund af samtalen. Kun blandt dem, der talte om overgrebene i denne periode.

Seksuelle overgreb ophørte på baggrund af samtalen	Andel (antal)
Ja	36 % (57)
Nej	64 % (103)
I alt	100 % (160)

Svarprocent: 95% (udregnet på baggrund af de, der talte om overgrebet i perioden.

Svarprocenten for dette spørgsmål er ikke 100%. Den reelle svarprocent for dette spørgsmål er derfor lavere end 95%.) Skema 1. Population 1.

Tabel 109. Borgerne i Psykologordningen fordelt på politianmeldelse af overgrebene, og om der blev underrettet om de seksuelle overgreb til Socialforvaltningen af borgeren eller andre. Kun blandt dem, der talte om overgrebene i denne periode.

	Seksuelle overgreb politianmeldt	Underrettet om de seksuelle overgreb til Socialforvaltningen
	Andel (antal)	Andel (antal)
Ja	32 % (53)	19 % (32)
Nej	66 % (110)	67 % (112)
Ved ikke	3 % (5)	14 % (24)
I alt	100 % (168)	100 % (168)

Svarprocent: 100%. udregnet på baggrund af de, der talte om overgrebet i perioden.

Svarprocenten for dette spørgsmål er ikke 100%. Den reelle svarprocent for dette spørgsmål er derfor lavere end 95%.) Skema 1. Population 1.

Tabel 110. Borgerne i Psykologordningen fordelt på højeste erhvervskompetencegivende Højeste erhvervskompetencegivende

Højeste erhvervskompetencegivende	Andel / (antal)
Specialarbejderuddannelse	1 % (5)
Handelskolens grunduddannelse (HG), efg-basisår (men ikke 2. del)	2 % (22)
Fuldført lærlinge- eller efg-uddannelse	2 % (23)
Anden faglig uddannelse	9 % (88)
Kort videregående uddannelse, under 3 år	15 % (153)
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år	25 % (257)
Lang videregående uddannelse, over 4 år	13 % (134)
Ingen uddannelse	33 % (332)
I alt	100 % (1.014)

Svarprocent: 92 %. Visitationsskemaet. Population 1.

Table 111. Citizens in the Psychological Order. Boede med krænker krydset med om borgeren og evt. søskende blev udsat for vold af forældre.

	Boede fast med krænkeren	Ja, boede periodisk med krænkeren	Boede ikke med krænkeren, men denne kom i hjemmet	Boede ikke med krænkeren og denne kom <i>ikke</i> i hjemmet	I alt
	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)	Andel (antal)
Ikke slået	44 % (244)	13 % (74)	29 % (157)	14 % (76)	100 % (551)
En eller begge forældre slog borgere og/eller borgers søskende	62 % (201)	10 % (33)	20 % (64)	9 % (29)	100 % (327)
	51 % (445)	12 % (107)	25 % (221)	12 % (105)	100 % (878)

Svarprocent: 92 %. Visitationsskemaet. Population 1.

Bilag 6. Behandlingsforløbet, logistiske regressioner

Tabel 112. Logistisk regression: Hvilke faktorer er afgørende for, at borgeren hører til den gruppe, der har den dårligste trivsel ved behandlingens start

PARAMETER	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET STEPWISE MODEL
	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn	Ns	
Kvinde (ref)		
Mand	Ns	
Alder	Ns	
Optil 29 år		
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50+ år	Ns	
Antal krænker	Ns	
En krænker (ref)		
2 krænker	Ns	
3 eller flere krænker	Ns	
Krænkens køn	Ns	*
Mand (ref)		
Kvinde eller pige	8,2*	Ns
Dreng	Ns	Ns
Boede med krænker	Ns	Ns
Talte om overgrebet, mens det fandt sted	Ns	
Varighed af overgrebet	Ns	Ns
0-1 år (ref)		
2-5 år	Ns	Ns
6-10 år	Ns	Ns
11+ år	2,9*	Ns
Opvækst: Velfungerende kernefamilie	0,6*	Ns
Opvækst: Velfungerende skilsmisefamilie	Ns	
Opvækst: Socialt isoleret kernefamilie	Ns	
Opvækst: Socialt isoleret skilsmisefamilie	Ns	
Opvækst: Omsorgssvigt ift. børnene i familie	Ns	
Opvækst: Vold imellem forældre	Ns	Ns
Opvækst: Forældre(er) slog borgere og evt. søskende	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde alkohol eller stofmisbrug	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde psykisk dårligt helbred	1,8**	1,6*
Opvækst: Forældre(er) stod udenfor arbejdsmarkedet	Ns	
Opvækst: Ikke taget hånd om pasning af borgere og evt. søskende	Ns	
Opvækst: Intet af dette passer på borgerens opvækstfamilie	Ns	
Har børn	Ns	
Har en partner	0,7*	0,6*
Tilknytning til arbejdsmarkedet	***	***
I arbejde (ref)		
Under uddannelse	Ns	Ns
Langtidssygemeldt	5,0***	5,7***
Uden arbejde	2,0**	Ns
Konstant		2,3**

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05

Nagelkerke i justeret model: 0,140, Hosmer and Lemeshow test: P=0,705. N=532 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 85 %.

Tabel 113. Logistisk regression: Hvilke faktorer er afgørende for, at borgeren hører til den gruppe, der har haft den dårligste udvikling i forhold til trivsel ved behandlingens slutning

PARAMETER	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET MODEL-STEPWISE ¹⁰⁹
	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn		
Kvinde (ref)		
Mand	Ns	
Alder		
Optil 29 år	Ns	Ns
30-39 år	1,6*	Ns
40-49 år	1,7*	1,9*
50+ år	Ns	2,0*
Antal krænker		
En krænker (ref)		
2 krænker	Ns	
3 eller flere krænker	Ns	
Krænkens køn		
Mand (ref)		Ns
Kvinde eller pige	2,6*	3,5*
Dreng	Ns	Ns
Boede med krænker		
	Ns	
Talte om overgrebet, mens det fandt sted		
	Ns	
Varighed af overgrebet		
0-1 år (ref)		
2-5 år	Ns	
6-10 år	Ns	
11+ år	Ns	
Symptomer på PTSD, behandlingens start		
Alvorlige symptomer på angst, behandlingens start		
Alvorlige symp. depression, behandlingens start		
Alvorlige symp. nærtagenhed, behandlingens start		
Behov for yderligere hjælp	3,5***	2,8***
Lav tilfredshed med behandlingen	6,3***	7,2***
Har børn	Ns	
Har en partner	Ns	
Tilknytning til arbejdsmarkedet		
I arbejde (ref)	**	Ns
Under uddannelse	Ns	Ns
Langtidssygemeldt	1,9**	Ns
Uden arbejde	Ns	Ns
Konstant		0,4***

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05

Nagelkerke i justeret model: 0,186, Hosmer and Lemeshow test: P=0,926. N=479 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 77 %.

¹⁰⁹ Backstep og stepwise giver den samme model.

Tabel 114. Logistisk regression: Hvilke faktorer er afgørende for, at borgeren hører til den gruppe, der har det højeste niveau af PTSD-symptomer ved behandlingens start

PARAMETER	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET BACKSTEP ¹¹⁰
PARAMETER	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn	Ns	
Kvinde (ref)		
Mand	Ns	
Alder	Ns	
Optil 29 år		
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50+ år	Ns	
Antal krænker		
En krænker (ref)		
2 krænker	Ns	
3 eller flere krænker	1,8*	
Krænkens køn	Ns	
Mand (ref)		
Kvinde eller pige	Ns	
Dreng	Ns	
Boede med krænker	Ns	
Talte om overgrebet, mens det fandt sted	Ns	
Varighed af overgrebet	**	**
0-1 år (ref)		
2-5 år	Ns	Ns
6-10 år	2,5***	2,5***
11+ år	2,2*	Ns
Opvækst: Velfungerende kernefamilie	Ns	
Opvækst: Velfungerende skilsmissefamilie	0,5**	0,5**
Opvækst: Socialt isoleret kernefamilie	Ns	
Opvækst: Socialt isoleret skilsmissefamilie	Ns	
Opvækst: Omsorgssvigt ift. børnene i familie	Ns	
Opvækst: Vold imellem forældre	2,6***	2,2**
Opvækst: Forældre(er) slog borgere og evt. søskende	1,6*	
Opvækst: Forældre(er) havde alkohol eller stofmisbrug	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde psykisk dårligt helbred	1,8**	
Opvækst: Forældre(er) stod udenfor arbejdsmarkedet	Ns	
Opvækst: Ikke taget hånd om pasning af borgere og evt. søskende	1,9**	
Opvækst: Intet af dette passer på borgerens opvækstfamilie	0,6**	0,6*
Har børn	Ns	
Har en partner	Ns	
Tilknytning til arbejdsmarkedet	***	****
I arbejde (ref)		
Under uddannelse	1,7*	2,3**
Langtidssygemeldt	4,0***	5,0***
Uden arbejde	1,9**	1,8*
Konstant		0,4***

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05. Nagelkerke i justeret model: 0,186, Hosmer and Lemeshow test: P=0,692. N=480 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 77%.

¹¹⁰ Det er de samme variable, der bliver signifikante ved en stepwisemodel.

Tabel 115. Logistisk regression: Hvilke faktorer er afgørende for, at borgeren hører til den gruppe, der har haft den dårligste udvikling i forhold til PTSD-symptomer ved behandlingens slutning

	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET MODEL- BACKSTEP ¹¹¹
PARAMETER	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn	Ns	
Kvinde (ref)		
Mand	Ns	
Alder	Ns	
Optil 29 år (ref)		
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50+ år	Ns	
Antal krænker	Ns	
En krænker (ref)		
2 krænker	Ns	
3 eller flere krænker	Ns	
Krænkers køn	Ns	
Mand (ref)		
Kvinde eller pige	Ns	
Dreng	Ns	
Boede med krænker	Ns	
Talte om overgrebet, mens det fandt sted	Ns	
Varighed af overgrebet	Ns	
0-1 år (ref)		
2-5 år	Ns	
6+ år	Ns	
Trivselsproblemer, behandlingens start	Ns	
Alvorlige symptomer på angst, behandlingens start	0,5**	0,4**
Alvorlige symp. depression, behandlingens start	0,4***	Ns
Alvorlige symp. nærtagenhed, behandlingens start	0,4***	0,4**
Behov for yderligere hjælp	2,9***	5,1***
Lav tilfredshed med behandlingen	5,7***	6,2***
Har børn	Ns	
Har en partner	Ns	
Har en partner	Ns	
Tilknytning til arbejdsmarkedet	Ns	
I arbejde (ref)		
Under uddannelse	Ns	
Langtidssygemeldt	Ns	
Uden arbejde	Ns	
Konstant		Ns

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05

Nagelkerke i justeret model: 0,235, Hosmer and Lemeshow test: P=0,520. N=331 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 53%.

¹¹¹ Det er de samme variable, der bliver signifikante med en stepwise model.

Tabel 116. Logistisk regression: Hvilke faktorer er afgørende for, at borgeren hører til den gruppe, der har alvorlige angst-symptomer ved behandlingens start

PARAMETER	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET BACKSTEP ¹¹²
	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn	Ns	
Kvinde (ref)		
Mand	Ns	
Alder	Ns	
Optil 29 år (ref)		
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50+ år	Ns	
Antal krænker	Ns	
En krænker (ref)		
2 krænker	Ns	
3 eller flere krænker	Ns	
Krænkens køn	Ns	Ns
Mand (ref)		
Kvinde eller pige	3,3*	Ns
Dreng	Ns	Ns
Boede med krænker	Ns	
Talte om overgrebet, mens det fandt sted	0,6*	0,5*
Varighed af overgrebet	*	
0-1 år (ref)		
2-5 år	Ns	
6-35 år	1,6*	
Opvækst: Velfungerende kernefamilie	Ns	
Opvækst: Velfungerende skilsmissegfamilie	Ns	
Opvækst: Socialt isoleret kernefamilie	Ns	
Opvækst: Socialt isoleret skilsmissegfamilie	Ns	
Opvækst: Omsorgssvigt ift. børnene i familie	Ns	
Opvækst: Vold imellem forældre	Ns	
Opvækst: Forældre(er) slog borgere og evt. søskende	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde alkohol eller stofmisbrug	1,8**	Ns
Opvækst: Forældre(er) havde psykisk dårligt helbred	Ns	
Opvækst: Forældre(er) stod udenfor arbejdsmarkedet	Ns	
Opvækst: Ikke taget hånd om pasning af borgere og evt. søskende	2,7***	2,5***
Opvækst: Intet af dette passer på borgerens opvækstfamilie	Ns	Ns
Har børn	Ns	
Har en partner	Ns	
Tilknytning til arbejdsmarkedet	***	***
I arbejde (ref)		
Under uddannelse	Ns	Ns
Langtidssygemeldt	4,2***	4,3***
Uden arbejde	1,9**	1,9***
Konstant		0,7*

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05 Nagelkerke i justeret model: 0,137, Hosmer and Lemeshow test: P=0,096. N=524 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 84 %

¹¹² Det er de samme variable, der bliver signifikante ved en stepwisemodel.

Tabel 117. Logistisk regression: Hvilke faktorer er afgørende for, at borgeren hører til den gruppe, der har haft den dårligste udvikling i forhold til angstsymptomer ved behandlingens slutning

PARAMETER	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET MODEL-BACKSTEP ¹¹³
	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn	Ns	
Kvinde (ref)		
Mand	Ns	
Alder	Ns	
Optil 29 år (ref)		
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50+ år	Ns	
Antal krænker	Ns	
En krænker (ref)		
2 krænker	Ns	
3 eller flere krænker	Ns	
Krænkers køn	Ns	
Mand (ref)		
Kvinde eller pige	Ns	
Dreng	Ns	
Boede med krænker	Ns	
Talte om overgrebet, mens det fandt sted	Ns	
Varighed af overgrebet	***	*
0-1 år (ref)		
2-5 år	1,9***	2,3**
6+ år	Ns	Ns
Trivselsproblemer, behandlingens start	0,4***	Ns
Alvorlige symptomer på PTSD, behandlingens start	0,6**	Ns
Alvorlige symp. depression, behandlingens start	0,3***	0,4*
Alvorlige symp. nærtagenhed, behandlingens start	0,3***	0,3***
Behov for yderligere hjælp	2,0**	3,3***
Lav tilfredshed med behandlingen	3,9***	5,4***
Har børn	Ns	
Har en partner	Ns	
Tilknytning til arbejdsmarkedet	Ns	
I arbejde (ref)		
Under uddannelse	Ns	
Langtidssygemeldt	Ns	
Uden arbejde	Ns	
Konstant		Ns

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05

Nagelkerke i justeret model: 0,283, Hosmer and Lemeshow test: P=0,186. N=358 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 57 %.

¹¹³ Det er de samme variable, der bliver signifikante i en stepwisemodel..

Tabel 118. Logistisk regression: Hvilke faktorer er afgørende for, at borgeren hører til den gruppe, der har haft alvorlige depressive symptomer ved behandlingens start

PARAMETER	IKKE-JUSTERET MODEL ODDS RATIO	JUSTERET MODEL BACKSTEP ¹¹⁴ ODDS RATIO
Køn		
Kvinde (ref)		
Mand	Ns	
Alder		
Optil 29 år (ref)	Ns	
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50+ år	Ns	
Antal krænker		
En krænker (ref)		
2 krænker	Ns	
3 eller flere krænker	Ns	
Krænkens køn		
Mand (ref)		
Kvinde eller pige	Ns	
Dreng	Ns	
Boede med krænker		
Talte om overgrebet, mens det fandt sted	Ns	
Varighed af overgrebet		
0-1 år (ref)	*	Ns
2-5 år	Ns	-
6-35 år	1,9*	Ns
Opvækst: Velfungerende kernefamilie		
Opvækst: Velfungerende skilsmissefamilie	Ns	
Opvækst: Socialt isoleret kernefamilie	Ns	
Opvækst: Socialt isoleret skilsmissefamilie	Ns	
Opvækst: Omsorgssvigt ift. børnene i familie	Ns	
Opvækst: Vold imellem forældre		
Opvækst: Forældre(er) slog borgere og evt. søskende	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde alkohol eller stofmisbrug	2,2**	Ns
Opvækst: Forældre(er) havde psykisk dårligt helbred	Ns	
Opvækst: Forældre(er) stod udenfor arbejdsmarkedet	Ns	
Opvækst: Ikke taget hånd om pasning af borgere og evt. søskende	2,6***	2,4**
Opvækst: Intet af dette passer på borgerens opvækstfamilie	0,6**	
Har børn		
Har en partner	-	
Tilknytning til arbejdsmarkedet	Ns	
I arbejde (ref)	***	***
Under uddannelse		
Langtidssygemeldt	Ns	2,0*
Uden arbejde	5,0***	4,8***
	3,1 ***	3,3***
Konstant		
		Ns

**** P<=0,001, *** P<=0,01, ** P<=0,05. Nagelkerke i justeret model: 0,135, Hosmer and Lemeshow test: P=0,498. N=507 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 81 %

¹¹⁴ Der er lavet en endelig justeret model med backstep-funktionen. Det er de samme variable, der bliver signifikante ved en stepwisemodel.

Tabel 119. Logistisk regression: Hvilke faktorer er afgørende for, at borgeren hører til den gruppe, der har haft den dårligste udvikling i forhold depressions-symptomer målt ved behandlingens slutning

	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET MODEL- BACKSTEP ¹¹⁵
PARAMETER	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn		
Kvinde (ref)		
Mand	0,4**	Ns
Alder		
Optil 29 år (ref)	Ns	
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50+ år	Ns	
Antal krænker		
En krænker (ref)		
2 krænker	Ns	
3 eller flere krænker	Ns	
Krænkens køn		
Mand (ref)		
Kvinde eller pige	Ns	
Dreng	Ns	
Boede med krænker		
Talte om overgrebet, mens det fandt sted	Ns	
Varighed af overgrebet		
0-1 år (ref)	Ns	Ns
2-5 år	1,5*	Ns
6-35 år	Ns	Ns
Trivselsproblemer, behandlingens start		
Alvorlige symptomer på PTSD, behandlingens start	Ns	
Alvorlige symp. angst, behandlingens start	0,7*	Ns
Alvorlige symp. nærtagenhed, behandlingens start	0,3***	0,2***
Behov for yderligere hjælp		
Lav tilfredshed med behandlingen	2,8***	4,0***
Har børn		
Har en partner	Ns	
Tilknytning til arbejdsmarkedet		
I arbejde (ref)		
Under uddannelse	Ns	
Langtidssygemeldt	Ns	
Uden arbejde	Ns	
Konstant		
		Ns

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05

Nagelkerke i justeret model: 0,224, Hosmer and Lemeshow test: P=0,017. N=382 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 61%.

¹¹⁵ Der er lavet en endelig justeret model med backstep-funktionen. Det er de samme variable, der bliver signifikante ved en stepwisemodel.

Tabel 120. Logistisk regression: Hvilke faktorer er afgørende for, at borgeren hører til den gruppe, der har haft alvorlige symptomer på nærtagenheds ved behandlings start

PARAMETER	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET BACKSTEP MODEL
PARAMETER	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn		
Kvinde (ref)		
Mand	Ns	
Alder		
Optil 29 år (ref)	Ns	
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50+ år	Ns	
Antal krænker		
En krænker (ref)		
2 eller flere krænker	Ns	
Krænkens køn		
Mand (ref)		
Kvinde eller pige	Ns	
Dreng	Ns	
Boede med krænker	Ns	1,6*
Talte om overgrebet, mens det fandt sted		
	Ns	
Varighed af overgrebet		
0-1 år (ref)		
2-5 år	Ns	
6-35 år	Ns	
Opvækst: Velfungerende kernefamilie		
Opvækst: Velfungerende skilsmissefamilie	Ns	
Opvækst: Socialt isoleret kernefamilie	2,4*	Ns
Opvækst: Socialt isoleret skilsmissefamilie	Ns	
Opvækst: Omsorgssvigt ift. børnene i familie	Ns	
Opvækst: Vold imellem forældre		
Opvækst: Forældre(er) slog borgere og evt. søskende	1,9*	Ns
Opvækst: Forældre(er) havde alkohol eller stofmisbrug	Ns	
Opvækst: Forældre(er) havde psykisk dårligt helbred	1,7*	1,8*
Opvækst: Forældre(er) stod udenfor arbejdsmarkedet	Ns	
Opvækst: Ikke taget hånd om pasning af borgere og evt. søskende	2,4***	2,3**
Opvækst: Intet af dette passer på borgerens opvækstfamilie	0,6**	Ns
Har børn		
Har en partner	-	
Tilknytning til arbejdsmarkedet	Ns	
I arbejde (ref)		
Under uddannelse	****	****
Langtidssygemeldt		
Uden arbejde	Ns	Ns
	4,0***	6,1***
	2,3***	2,8**
Konstant		
		Ns

**** P<=0,001, *** P<=0,01, ** P <=0,05 P Nagelkerke i justeret model: 0,150, Hosmer and Lemeshow test: P=0,960. N=487 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 78%

Table 121. Logistisk regression: Hvilke faktorer er afgørende for, at borgeren hører til den gruppe, der har haft den dårligste udvikling i forhold nærtagenheds-symptomer målt ved behandlingens slutning

PARAMETER	IKKE-JUSTERET MODEL	JUSTERET MODEL-ENTER ¹¹⁶
	ODDS RATIO	ODDS RATIO
Køn		
Kvinde (ref)	Ns	
Mand	Ns	
Alder		
Optil 29 år (ref)	Ns	
30-39 år	Ns	
40-49 år	Ns	
50+ år	Ns	
Antal krænker		
En krænker (ref)		*
2 krænker	1,5*	1,8*
3 eller flere krænker	1,7*	1,9*
Krænkens køn		
Mand (ref)	Ns	
Kvinde eller pige	Ns	
Dreng	Ns	
Boede med krænker		
	Ns	
Talte om overgrebet, mens det fandt sted		
	Ns	
Varighed af overgrebet		
0-1 år (ref)	Ns	
2-5 år	Ns	
6-35 år	Ns	
Trivselsproblemer, behandlingens start		
Alvorlige symptomer på PTSD, behandlingens start	Ns	
Alvorlige symp. angst, behandlingens start	0,5***	0,5**
Alvorlige symp. depression, behandlingens start	0,4***	0,4**
Behov for yderligere hjælp		
	2,5***	3,8***
Lav tilfredshed med behandlingen		
	4,3***	3,8***
Har børn		
	Ns	
Har en partner		
	Ns	
Tilknytning til arbejdsmarkedet		
I arbejde (ref)	Ns	
Under uddannelse	Ns	
Langtidssygemeldt	Ns	
Uden arbejde	Ns	
Konstant		Ns

*** P<=0,001, ** P<=0,01, * P <=0,05

Nagelkerke i justeret model: 0,192, Hosmer and Lemeshow test: P=0,319. N=420 i den justerede analyse. Delpopulation 1A. Svarprocent: 51 %

¹¹⁶ I Backstep-modellen er det de samme variable, som kommer med. Der er dermed ikke forskel på en stepwisemodel og en backstep-model.

Bilag 7. Borgernes vurdering af psykologordningen

Tabel 122. Borgerne i Psykologordningen, fordelt på borgerens generelle vurdering af tilbuddet om gratis psykologbehandling

Generel vurdering af psykologordningen	Andel (antal)
Psykologordningen er et rigtig godt tilbud	51 % (315)
Psykologordningen er en start, men må suppleres med flere konsultationer	48 % (295)
Psykologordningen fungerer ikke i sin nuværende form	0 % (0)
Ved ikke	1 % (6)
I alt	100 % (616)

Svarprocent: 99 %. Skema 2. Delpopulation 1A.