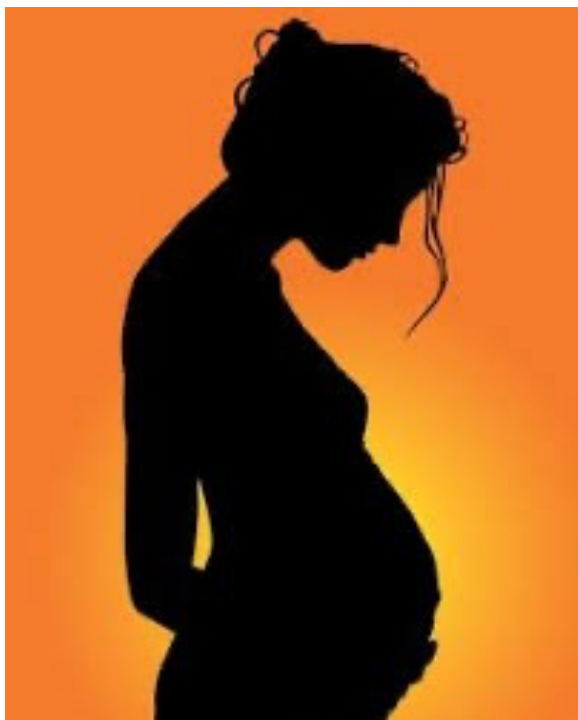


BACHELORPROJEKT



BARNDOMMENS SKYGGER

– KOMMENDE FORÆLDRE
MED SENFØLGER EFTER
OVERGREB I BARNDOMMEN

Gruppe: K41
Hold: Sofe24ba

Lisa Marie Schorr – 10399922
Julie Gransgaard Salquist – 10399911

Vejleder: Anne Homann Bjerregaard

Afleveringsdato: 20. december 2024
Antal tegn: 119.976



Abstract

This paper investigates the need for early intervention and special support for individuals experiencing long-term effects of sexual abuse, focusing on pregnancy and the postpartum period during the transition to parenthood. Empirical data was collected through semi-structured interviews with individuals from the target group and a professional working in the field. Additionally, a questionnaire was published in a closed group for parents with long-term effects. An abductive approach was utilized, drawing from both phenomenological and hermeneutic epistemological standpoints.

The transition to parenthood can exacerbate long-term effects of childhood abuse, impacting psychological, physical, social, and relational aspects. Early intervention and special support, including trauma awareness among professionals and timely access to help, can prevent the activation of these effects. Models such as Brante's holistic model, Allardt's welfare theory, and Guldager's vulnerability model can guide effective social interventions.

This paper enhances understanding of how early intervention can support individuals with long-term effects of abuse during the transition to parenthood.

Indholdsfortegnelse:

| | |
|---|-----------|
| ABSTRACT | 1 |
| INDHOLDSFORTEGNELSE: | 2 |
| INDLEDNING | 4 |
| BEGREBSAFKLARING | 4 |
| <i>Senfølger</i> | 4 |
| <i>Seksuelle overgreb</i> | 5 |
| <i>Traume</i> | 5 |
| AFGRÆNSNING | 6 |
| PROBLEMFORMLERING | 6 |
| SOCIALRÅDGIVERENS ROLLE | 7 |
| PROBLEMSTILLINGENS RELEVANS | 7 |
| TVÆRFAGLIGHED..... | 8 |
| UVIDENHED | 10 |
| METODE | 11 |
| VIDENSKABSTEORETISK TILGANG | 11 |
| METODEVALG | 12 |
| DATAINDSAMLING..... | 13 |
| <i>Kvalitativ</i> | 13 |
| <i>Kvantitativ</i> | 14 |
| TILPASNING | 15 |
| ETISKE OVERVEJELSER | 16 |
| EMPIRI | 16 |
| SPØRGESKEMA | 17 |
| KVALITATIVE INTERVIEWS | 17 |
| EKSPERTINTERVIEW | 17 |
| TEORI | 18 |
| BRANTE | 18 |
| <i>Mikroniveau</i> | 18 |
| <i>Mesoniveau</i> | 19 |
| <i>Makroniveau</i> | 19 |
| SÅRBARHEDSMODELLEN | 20 |
| ALLARDT | 22 |
| <i>Allardts dimensioner</i> | 22 |
| ANALYSE | 23 |
| DELANALYSE 1 (LISA SCHORR) - HVORDAN KAN SENFØLGER EFTER OVERGREB PÅVIRKE BORGEREN I OVERGANGSFASEN TIL FORÆLDRESKAB? | 23 |
| <i>Psykiske udfordringer</i> | 24 |
| <i>Bekymringer og udfordringer</i> | 29 |
| <i>Sociale & relationelle udfordringer</i> | 31 |
| <i>Fysiske udfordringer</i> | 33 |

| | |
|--|--|
| DELANALYSE 2 (<i>JULIE SALQUIST</i>) – HVORDAN KAN BORGERNE STØTTES VED HJÆLP AF TIDLIG INDSATS, SÅLEDES AT DET KAN FOREBYGGES AT SENFØLGER AKTIVERES I OVERGANGEN TIL FORÆLDRESKAB? | 38 |
| <i>Oplevelse af støtte</i> | 38 |
| <i>Manglende viden</i> | 42 |
| <i>Forebyggelse</i> | 44 |
| <i>Ønsker for fremtiden</i> | 48 |
| KONKLUSION | 51 |
| DEN SOCIALE INDSATS | 53 |
| VORES TVÆRFAGLIGE SOCIALE INDSATS..... | 53 |
| <i>Teamet</i> | 54 |
| <i>TBT</i> | 54 |
| <i>Inddragelse</i> | 55 |
| KORT- OG LANGSIGTEDE MÅL..... | 56 |
| <i>Kortsigtede mål</i> | 56 |
| <i>Langsigtede mål</i> | 56 |
| JURA | 57 |
| FINANSIERING AF INDSATSEN..... | 59 |
| <i>Satspuljemidler</i> | 59 |
| <i>Handlingsplaner og politiske aftaler</i> | 59 |
| <i>Kommunale og regionale budgetter</i> | 59 |
| ETISKE DILEMMAER | 60 |
| <i>Stigmatisering</i> | 60 |
| <i>Samtykke og autonomi</i> | 60 |
| <i>Balancen mellem hjælp og overvågning</i> | 60 |
| <i>Involvering af pårørende</i> | 61 |
| LITTERATURLISTE | 62 |
| LOVGIVNING | 65 |
| BILAG | 66 |
| BILAG 1 – SAMTYKKEERKLÆRING, INFORMANT 1 | 66 |
| BILAG 2 – SAMTYKKEERKLÆRING, INFORMANT 2 | 67 |
| BILAG 3 – SAMTYKKEERKLÆRING, EKSPERTINTERVIEW | 68 |
| BILAG 4 – INTERVIEWGUIDE, BORGERE | 69 |
| BILAG 5 – INTERVIEWGUIDE, FAGPERSONER..... | 71 |
| BILAG 6 – SPØRGESKEMA, FORÆLDRE MED SENFØLGER..... | FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET. |

Dele af følgende opgave er inspireret af, eller direkte kopieret fra vores modul 12 eksamensopgave på socialrådgiveruddannelsen (Salquist & Schorr, 2024)

Indledning

Ifølge Social- & Ældreministeriet skønnes det, at ca. 2% af en årgang har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, hvilket svarer til ca. 1.200 børn i en årgang på 60.000 personer. Af de personer, som har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, udvikler ca. 60-80% senfølger i voksenlivet (Social- & Ældreministeriet, 2021).

Da der ligeledes forventes et stort mørketal på området, grundet tabuet, der er forbundet med dette emne (Ibid), kan det være svært at præcisere det fulde antal af borgere, der har udviklet senfølger.

Dette har vakt vores interesse, da det kan indikere, at ikke alle borgere ramt af senfølger har mulighed for at få viden om, hvor de kan modtage hjælp, hvis de oplever behov for dette.

Ligeledes er senfølger efter overgreb i barndommen, ifølge psykolog Ask Elklit, det største folkesundhedsmæssige problem (SDU, 2022), hvilket hos os rejser spørgsmålet om, hvorfor der ikke er større fokus og mere viden på dette område.

I denne opgave præsenteres vores indledende overvejelser i forbindelse med undersøgelsen af de udfordringer, som borgere, der oplever senfølger efter overgreb i barndommen, kan møde under graviditeten og overgangen til forældreskab. Vores fokus vil være på, hvordan senfølgerne kan påvirke oplevelsen af graviditet og forældreskab, samt hvilke støttebehov der kan identificeres.

Begrebsafklaring

Senfølger

Senfølger er ikke defineret ved specifikke diagnoser eller symptomer, men kan ses som en reaktion på traumer, der har forstyrret den naturlige udvikling i barndommen og ungdomsårene. Disse reaktioner kan opstå i voksenlivet som følge af overgreb i barndommen (SPOR, 2023). De kan være psykiske, fysiske, relationelle, sociale eller følelsesmæssige og kan manifestere sig som eksempelvis PTSD, angst, depression og lavt selvværd.

Senfølger kan påvirke livskvaliteten negativt, da det ofte er svært at afgøre, hvilke reaktioner der er senfølger, og hvornår de opstår. Intensiteten af senfølger kan variere, men livsændringer kan ofte forværre dem, som eksempelvis ved graviditet (Social- & Boligstyrelsen, 2022).

Seksuelle overgreb

Der findes flere typer af seksuelle overgreb. Center for Seksuelt Misbrugte (herefter kaldet CSM) har afgrænset det til tre typer af overgreb:

1. Uden kropslig kontakt
2. Med kropslig kontakt
3. Med indtrængen

(CSM, 2024a)

Det kan være svært at finde en definition, der omfatter alle typer. WHO definerer seksuelt overgreb af børn således:

”the involvement of a child in sexual activity that he or she does not fully comprehend and is unable to give informed consent to, or for which the child is not developmentally prepared, or else that violate the laws or social taboos of society.”

Traume

Et traume kan opstå, når en person oplever én eller flere hændelser, der er fysisk eller følelsesmæssigt skadelige eller livstruende, hvilket kan føre til en følelse af kontroltab. Ikke alle, der oplever traumatiske hændelser, får langvarige følger, men hvis hændelsen fortsat påvirker personens mentale, fysiske, sociale, eller følelsesmæssige trivsel negativt, betragtes personen som traumatiseret.

Traumer kan have mange årsager, såsom omsorgssvigt, tab af nærtstående, fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgreb, ulykker eller krig. Det kan også opstå ved at være vidne til andres skade eller død, eller ved at føle sig overset og misforstået i sociale systemer. At leve i socialt udsatte positioner kan også føre til traumer, især hvis man ofte føler sig utryk.

Mennesker med traumer oplever ofte stress, utryghed, manglende tillid og et forhøjet alarmberedskab (Social- & Boligstyrelsen, 2023).

Afgrænsning

Kvinder, der har oplevet seksuelle overgreb, har en øget risiko for at udvikle komplikationer under graviditeten. Dette skyldes, at kroppen kan reagere på indtryk, der minder om tidligere overgreb, hvilket kan føre til pludselige og uforudsigelige reaktioner (Servicestyrelsen, 2008).

Vores interesse for emnet er blevet styrket gennem faglige drøftelser med jordemoderstuderende om, hvordan traumer kan reaktiveres under graviditeten, hvordan dette kan påvirke graviditeten, og hvilke støttemuligheder der findes i den forbindelse.

På grund af de mange risikofaktorer mener vi, at det er vigtigt at undersøge, om disse kvinder har adgang til den nødvendige hjælp til at navigere gennem deres graviditet og håndtere senfølger, hvis behovet opstår.

Vi har derfor valgt at fokusere på 'Forældre med senfølger efter overgreb'. Denne afgrænsning er ligeledes valgt, fordi vi begge har personlige erfaringer med relationer, der har været udsat for seksuelle overgreb. For at bevare en vis distance vil vi undersøge en del af problemfeltet, som vi ikke selv kan relatere til.

Problemformulering

Vi vil undersøge behovet for tidlig indsats og særlig støtte til borgere, der oplever senfølger efter overgreb, med særligt fokus på graviditet og tiden efter fødslen - i overgangsfasen til forældreskab.

1. Hvordan kan senfølger efter overgreb påvirke borgeren i overgangsfasen til forældreskab?
2. Hvordan kan borgerne støttes ved hjælp af tidlig indsats, således at det kan forebygges at senfølger aktiveres i overgangen til forældreskab?

Socialrådgiverens rolle

Socialrådgiveren i kommunal myndighed kan komme i kontakt med målgruppen på flere måder. Dette kan blandt andet ske gennem en underretning, hvis der er bekymring for barnets trivsel og sikkerhed (Bekendtgørelse af lov om barnet, 2024, §135). Socialrådgiveren kan også blive involveret via jobcenteret, hvis forældrene evt. har behov for sygemelding eller skal gennemgå en jobafklaringsproces.

Socialrådgiverne i CSM tilbyder gratis og anonym socialfaglig og juridisk rådgivning og vejledning til voksne, der har senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen.

Socialrådgivere i familieambulatoriet arbejder tværprofessionelt og rådgiver og vejleder familierne. Deres arbejde inkluderer en koordinatorfunktion i forhold til det tværfaglige samarbejde i teamet samt det tværsektorielle samarbejde.

Problemstillingens relevans

Formålet med dette projekt er at undersøge senfølgerne, der opstår efter seksuelle overgreb, samt hvordan de påvirker gravide, der står over for at stifte familie. Dette emne er særligt relevant i det sociale arbejdes praksis, da det omhandler, hvordan professionelle kan støtte disse kvinder i at navigere i de udfordringer, de står over for. Det er væsentligt at belyse, hvordan socialrådgivere og andre fagpersoner kan samarbejde tværfagligt for at skabe helhedsorienterede løsninger for hele familien.

Senfølger efter seksuelle overgreb kan øge risikoen for at udvikle sociale problemer. Ifølge Ejernæs forstås sociale problemer som tilstande eller adfærdsmønstre, der både afviger fra og opfattes som uønskede i samfundet (Guldager & Skytte, 2013, s.53). Sociale problemer defineres i denne optik som forhold, der ikke alene udfordrer individets trivsel, men også samfundets normer og værdier. I en velfærdsskandinavisk kontekst anskues sociale problemer desuden som et kollektivt ansvar, hvor staten og dens institutioner gennem socialpolitik og velfærdsydelser søger at kompensere for uligheder og sikre borgernes sociale sikkerhed (Ibid.).

Individer, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, har oftere vanskeligheder med at danne relationer, være i fysisk kontakt og sætte grænser, hvilket yderligere kan udfordre deres forælderrolle. Endvidere oplever de oftere hjemløshed, misbrug, social isolation, dårlig økonomi, vold og prostitution (Social- & Boligstyrelsen, 2023).

Sådanne tilstande falder ind under Ejrnæs' definition af sociale problemer, fordi de repræsenterer samfundsmæssigt uønskede situationer, som bør fjernes, mindskes eller forebygges.

Socialt arbejde spiller her en afgørende rolle. Som det fremgår af International Federation of Social Workers' definition af socialt arbejde, er det en central opgave at fremme social forandring og udvikling, samt at bidrage til forbedret trivsel. I denne kontekst bliver det vigtigt at tilbyde rettidig og målrettet hjælp til borgere med senfølger efter overgreb i barndommen for at reducere risikoen for, at disse borgere udvikler sociale problemer. Dette kræver både individuelt tilpassede løsninger og et samfundsmæssigt engagement i at forstå og forebygge de strukturelle forhold, der bidrager til sociale problemer.

Ved at anvende det velfærdsskandinaviske perspektiv på sociale problemer kan vi få en dybere forståelse af, hvordan senfølger og relaterede sociale problemer ikke blot er individuelle udfordringer, men også samfundsmæssige udfordringer, der kræver helhedsorienterede og tværfaglige indsatser.

Tværfaglighed

I forbindelse med vores projekt har vi valgt at rette fokus mod det tværfaglige samarbejde som en væsentlig tilgang til at støtte gravide med senfølger efter seksuelle overgreb. Gennem vores undervisning på linjen *Tidlig indsats* har vi fået indsigt i betydningen af tværfagligt samarbejde, som indebærer, at flere fagligheder arbejder mod et fælles mål (Højholdt, 2009, s. 21).

I projektet har vi særligt fokus på det tværprofessionelle samarbejde mellem socialrådgivere og jordemødre. Dette samarbejde er essentielt, da gravides første møde med systemet ofte sker gennem lægen eller jordemoderen. For at socialrådgiveren kan træde ind og yde hjælp, er det nødvendigt, at der allerede er etableret et velfungerende tværfagligt samarbejde. På trods af deres forskellige

faglige tilgange kan det være afgørende, at de to professioner arbejder sammen for at sikre, at forældre med senfølger får den nødvendige støtte og vejledning.

En vigtig ressource i denne sammenhæng er familieambulatoriet, som er specialiserede regionale enheder målrettet gravide med sociale eller psykiske udfordringer (Sundhedsstyrelsen, 2023). Her samarbejder sundhedspersonale, psykologer og socialrådgivere om at imødekomme både de sociale og psykologiske behov hos gravide. Et effektivt samarbejde kræver dog, at den gravide giver samtykke til, at oplysninger kan deles mellem de involverede fagpersoner, hvilket skal ske i overensstemmelse med GDPR-reglerne (Bekendtgørelse af lov om databeskyttelse, 2024, §1).

Socialrådgiverens myndighedsrolle er også central i denne kontekst. Ifølge lovgivningen skal socialrådgivere arbejde for at forebygge, at sociale problemer opstår eller forværres (Bekendtgørelse af lov om social service, 2024, §10). Dette kan ske gennem en helhedsorienteret indsats, som f.eks. at henvise til Familieambulatoriet, hvor både tværfaglighed og en helhedsorienteret tilgang til familien prioriteres (Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed, 2019, §5).

En udfordring opstår, hvis den gravide vælger at fravælge tilbud som Familieambulatoriet, hvilket voksne over 18 år har ret til. I sådanne tilfælde har de professionelle en skærpet underretningspligt, hvilket betyder, at hvis bekymringen for det ufødte barn er tilstrækkelig stor, kan det føre til en underretning (Bekendtgørelse af lov om barnet, 2024, §133). Det er derfor vigtigt, at de kommende forældre vejledes om alternative muligheder for hjælp, da socialrådgiverne også har en vejledningspligt (Bekendtgørelse af lov om forvaltning, 2014, §7).

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er en juridisk og etisk forpligtelse for fagpersoner, der skal sikre forældre og børns behov. Jf. bekendtgørelse af lov om sundhed, 2024, §123 er regioner og kommuner pålagt at samarbejde om sammenhængende indsatser, der kan imødekomme særlige behov, såsom senfølger hos gravide.

FN's Børnekonvention understreger desuden barnets ret til trivsel og sundhed, og forpligter myndighederne til at støtte forældre i at skabe trygge rammer (Bekendtgørelse af FN-konvention om Barnets Rettigheder, 1989, art. 3, 6 & 24).

Et styrket tværfagligt samarbejde, baseret på disse principper, kan medvirke til at sikre mere koordinerede og effektive løsninger, der kan forbedre vilkårene for både forældre og barn.

Uvidenhed

Fra starten af projektet har vi haft en hypotese om, at der blandt socialfaglige ikke er udbredt nok viden om netop denne målgruppe. Derfor er det også muligt, at ikke alle fagpersoner ved, hvordan de skal håndtere mødet med en borger ramt af senfølger. Dette kan også gøre sig gældende blandt de sundhedsfaglige og psykologfaglige professionelle, der møder borgerne.

Vores hypotese understøttes blandt andet af en kronik i ”Information” (Winge, 2024), hvor Sarah fortæller om hendes senfølger efter overgreb. Hun beskriver sine udfordringer ifm. at få adgang til specialiseret hjælp efter en traumatisk fødsel, som reaktiverede hendes senfølger. Grundet de lange ventetider til behandlingsstederne, kommer hjælpen ofte meget sent, og borgerne skal i ventetiden selv kunne finansiere samtaleterapi. En anden problematik er, at borgerne ikke har mulighed for at spejle sig i andre. Generelt set kan man ud fra Sarahs kronik konkludere, at viden på området kan virke mangelfuld, og at støttemuligheder ikke er til rådighed.

Dette fremgår ligeledes af følgende citat (Servicestyrelsen, 2008):

”Der var ikke nogen hjælp at finde i sundhedsvæsenet. I de senere år har der været meget fokus på incest generelt, men overhovedet ikke i forbindelse med fødsler. Jeg har som sagt også gået i terapi og har heller ikke fået noget hjælp derfra, selvom min terapeut efterfølgende har fortalt, at hun godt vidste, at seksuelt misbrugte kan få nogle problemer under fødslen, som udspringer af de seksuelle overgreb.”

I samme rapport giver en anden kvinde udtryk for, at graviditeten havde været lettere, hvis eksempelvis en professionel havde klarlagt, at det er helt almindeligt at føle ambivalens i graviditeten, hvis man har været udsat for seksuelle overgreb. Et sådant initiativ ville muligvis være medvirkende til at forhindre kvindernes hårde selvkritik, og deres følelse af skyld og skam. Dette er igen med til at illustrere, at de fagprofessionelle mangler redskaber til at kunne imødekomme målgruppen (Ibid.).

Metode

Dette afsnit beskriver projektets metodologiske tilgang, herunder brugen af kvalitative metoder som semistrukturerede interviews. Det fremhæver vigtigheden af at anerkende borgernes subjektive erfaringsverden og beskriver den induktive tilgang. Derudover diskuteres etiske overvejelser som informeret samtykke og anonymisering. Afsnittet understreger også betydningen af socialrådgivernes professionsetik og etiske teorier i arbejdet med sårbare grupper samt nødvendigheden af tværprofessionelt samarbejde.

Videnskabsteoretisk tilgang

Vi blev på modul 12 introduceret til de forskellige tilgange og retninger. Ud fra det præsenterede, oplevede vi, at den fænomenologiske tilgang tiltalte os mest. Dette skyldtes, at vi på daværende tidspunkt havde en stor interesse for emnet, men ikke havde fastlagt os på bestemte teorier eller begreber. Vi ønskede at få så meget viden som muligt gennem samtaler med informanter. I vores forskning fokuserede vi på borgernes egne historier og accepterede deres fortællinger uden kritiske spørgsmål eller krav om beviser. Dette dannede grundlaget for vores epistemologiske ståsted, fænomenologien, hvor borgernes subjektive erfaringsverden anerkendes (Aagerup & Nielsen, 2018, s.30).

Vi arbejdede først induktivt, da vi bestræbte os på at gå fænomenologisk til værks. Selv om vi startede med en fænomenologisk tilgang, begyndte vi senere at anvende specifikke begreber, efterhånden som vores viden voksede, for at opnå en dybere forståelse af emnet. I takt med, at vores viden blev større på området, blev vi mere deduktive, da vi blev mere bevidste om, hvilke tematikker vi ville undersøge og komme i dybden med for at kunne besvare vores problemformulering. Det kan også ses i den hermeneutiske tilgang, hvor man ud fra sin nye viden kan danne nye forforståelser. Grundet ovenstående udvikling, fra en induktiv tilgang til også at inkludere deduktive tiltag, arbejdede vi i sidste ende abduktivt, da vi blandede tilgangene.

Vi supplerede med hermeneutikken, da den understreger, at fortolkning og forforståelser er et grundvilkår. Det er dog en modstridende epistemologisk antagelse, da man, modsat fænomenologien, ifølge hermeneutikken, aldrig kan tilsidesætte sine forforståelser. Dette strider imod fænomenologiens grundantagelse om, at en autentisk indsigt i menneskers erfaringsverden er udgangspunktet for al erkendelse (Juul & Pedersen, 2012, s.403-404).

Metodevalg

Vores fokus var at sikre åbenhed og manglende forudindtagethed overfor mulige informanter og deres fortællinger, frem for at være styret af eksisterende teorier. Dette indikerede en induktiv tilgang til vores undersøgelse (Aagerup & Nielsen, 2018, s.40). Vi baserede vores projekt på den empiri, vi indsamlede, og tilføjede derefter relevant teori for at understøtte vores fund.

Efter introduktion til forskellige metoder inden for de forskellige tilgange blev vi optaget af det åbne interview, hvor der er plads til, at informanten kan dele uden at være indskrænket af for mange lukkede spørgsmål. Dette oplevede vi, gik mest i ét med den forestilling, vi havde om vores empiriindsamling. Det var også noget vi så i det induktive arbejde under den fænomenologiske tilgang, vi ønskede at arbejde med.

For at opnå en dybere forståelse af informanternes historier, gennemførte vi åbne, semistrukturerede interviews (Aarhus Universitet, 2024b). Denne fænomenologiske tilgang tillader informanterne at styre dialogens retning, hvilket skaber rum for nuancerede samtaler, og er relevant for, hvordan vi forstår og fortolker et kvalitativt forskningsinterview, hvori informanterne giver udtryk for deres opfattelse af virkeligheden, som de oplever den (Kvale & Brinkmann, 2015, s.44). Det giver mulighed for dybdegående svar og opfølgende spørgsmål, hvilket reducerer risikoen for fejlfortolkninger. Vi var særligt opmærksomme på at lytte aktivt og undgå forudindtagede meninger, hvilket krævede, at vi ikke lod os påvirke af forforståelser.

Vores problemformulerings fokus er at undersøge behovet for hjælp, hvilket er subjektivt og varierer fra person til person. Vi dykkede derfor ned i informanternes oplevelser for at identificere passende løsninger og støtte, samt at portrættere borgernes oplevelser så autentiske som muligt.

Til trods for at vi ønskede et meget åbent interview, havde vi dog stadig nogle spørgsmål, vi gerne ville have besvaret, som vi gerne ville guide informanterne i retning af. Vi valgte derfor at bruge semistrukturerede interviews for at have en vis struktur i samtalerne ved hjælp af nogle på forhånd fastlagte spørgsmål.

Vi er også bevidste om, at fortolkningen af interviewene ligeledes er subjektiv, da vi tillægger udsagnene betydning og afgør hvilken kontekst, de skal fremgå i.

Dataindsamling

Vi drøftede allerede inden afleveringen af problemformuleringen, om det ville være muligt for os at finde informanter og havde en del etiske overvejelser omkring, hvorvidt det er for sårbart et emne at interviewe omkring. Vi diskuterede også, hvor meget af sårbarheden, der ligger i diskursen omkring målgruppen, altså at emnet er meget tabuiseret og behæftet med stor berøringsangst.

Vi havde mange drøftelser og konfrontationer om vores egne forestillinger og berøringsangst. Således diskuterede vi, hvorvidt vi kunne "tillade" os at efterspørge, om personer i vores målgruppe kunne have mod på at stille op til et interview, da vi flere gange blev mindet om, at det var et meget sårbart emne. Flere undervisere rådede os til at søge dispensation, da det nok ikke var muligt for os at finde interviewpersoner.

Grundet ovenstående overvejelser kom vi frem til, at vi gerne ville tale med nogen, der havde delt deres historie før, for at undgå at åbne noget, vi ikke har kompetencerne til at lukke igen.

Efter litteratursøgning fandt vi frem til en af vores interviewpersoner, der både har en podcast om emnet, har stillet op til forskellige artikler og skrevet kronikker om hendes oplevelser.

I takt med udviklingen af vores proces blev vi mere sikre på vores valg af emne. Vi fandt omfattende litteratur om emnet og blev gennem forskellige artikler, hvor personer ramt af senfølger, var blevet interviewet, bevidste om behovet for at åbne op om emnet. De informanter, vi spurgte om deltagelse i et interview, takkede alle ja. Informanterne udtrykte, at emnet er overset og mangler at blive belyst, hvilket motiverede dem til at deltage i interviewene. Feedbacken fra interviewpersonerne understøttede denne opfattelse.

Kvalitativ

Gennem hele forløbet var vi sikre på, at vi ønskede at gennemføre et semi-struktureret interview.

I forbindelse med dette, udarbejdede vi en interviewguide, der tog udgangspunkt i vores problemformulering. Dette var et bevidst valg, så de forskellige dele i interviewguiden ville stemme overens med problemformuleringen.

Dette blev en lille udfordring ved vores anden informant, da vi i interviewet fandt ud af, at vi havde svært ved at placere hende i vores målgruppe, hvilket gjorde, at vi blev nødt til at omformulere

vores interviewspørgsmål under interviewet. Interviewet gav os dog stadig et godt indblik i problematikkerne med senfølger og manglende støtte generelt.

Vi valgte i starten ikke at sende interviewguiden til vores informanter på forhånd for at undgå, at de tilpassede deres svar til, hvad de troede, vi ønskede at høre. Dette valg blev truffet på baggrund af, at vores første interviewpersoner allerede havde delt deres historie, arbejdet med emnet og tidligere talt åbent om det.

Vi drøftede dog senere at sende interviewguiden til kommende informanter, der blev rekrutteret efter spørgeskemaet. Argumentet for det var, at kommende informanter evt. står i situationen nu, og derfor muligvis ikke har arbejdet så meget med det endnu.

Alle interviews er, med informanternes samtykke, blevet optaget og efterfølgende transskriberet i deres fulde længde. Ved at transskribere interviewene ville vi sikre, at informanternes udsagn blev gengivet så præcist som muligt, hvilket gjorde dem velegnede til videre brug i analysen. Herefter kodede vi interviewene for at skabe en overskuelig analyseramme, der stemte overens med de gennemgående kategorier i interviewene. Denne tilgang muliggjorde en mere dybdegående refleksion.

Vi er opmærksomme på, at vores problemformulering kan have påvirket interviewene, hvilket potentielt kan have haft indflydelse på vores opfattelse af informanterne eller den professionelle (CSM) i et mere positivt lys.

Kvantitativ

Ved at prioritere kvalitative dataindsamlingsmetoder håbede vi på at opnå en dybdegående indsigt i informanternes behov og udfordringer. I modsætning til kvantitative metoder, som kunne give os overfladiske resultater, giver kvalitative metoder, såsom et kvalitativt interview, os mulighed for at udforske komplekse problemstillinger og tilpasse vores spørgsmål til informanternes svar (Aarhus Universitet, 2024a). Grundet dette afviste vi først at lave et spørgeskema, da vi oplevede, at det føltes for unaturligt og ikke dybdegående nok. Det er et meget bredt emne, der kan være svært at besvare i et spørgeskema. Ligeledes er arbejdet med spørgeskemaer primært deduktivt, hvilket ikke spejlede sig i vores ellers fænomenologiske tilgang.

Efter vi havde fundet to informanter, fik vi dog et tilbud om, at der kunne blive lagt et opslag op i en lukket facebookgruppe til forældre med senfølger. Da vi allerede havde de to obligatoriske borgerinterviews, valgte vi derfor at give spørgeskemaet en chance alligevel, da vi kunne hvile i, at vi havde de informanter vi skulle bruge. Vi lavede spørgeskemaet med udgangspunkt i vores interviewguide, for at sikre, at vi kom omkring de samme emner.

Vi gav det en chance, da vi mente, at et spørgeskema for borgerne kunne føles som et mindre pres, da der er højere anonymitet, man kan gennemgå sine svar inden der er nogen, der ser dem og det er mindre tidskrævende, samt uden personlig kontakt. Vi håbede dermed at kunne inkludere flere stemmer i vores projekt, og selvom nogle svar måske ikke er lige så dybdegående, gav det efterfølgende et ret godt indblik.

I starten af spørgeskemaet introducerede vi emnet, så de interesserede vidste, hvad det handlede om. I starten og slutningen af spørgeskemaet noterede vi vores e-mail, så dem, der kunne have mod på at stille op til et fysisk interview, kunne kontakte os. Dette var et bevidst valg, da vi således ikke skulle bekymre os om, at en informant kun havde sagt ja til et interview, fordi vedkommende havde følt sig presset. Vi gjorde det ligeledes tydeligt, at interviewet kun ville være på deres initiativ og præmisser; fysisk, online, opkald m. sort skærm eller noget helt andet.

Det viste sig at være en succes, da vi, efter spørgeskemaet blev lagt op, fik flere besvarelser og blev kontaktet af flere mulige interviewpersoner. Således fik vi muligheden for at inkludere flere stemmer fra målgruppen og fik flere mættede beskrivelser af målgruppens forskellige livsverdener.

Tilpasning

Vi havde en drøftelse med vores vejleder om, hvorvidt vi skulle tilføje den traumebevidste tilgang (herefter TBT) i vores problemformulering, da dette har fyldt meget i arbejdet med projektet.

Da denne tilgang dog ikke kan stå alene, hvilket vi er kommet frem til gennem arbejdet med vores interviews, og det ikke har været vores egen idé, har vi ikke tilpasset vores problemformulering, da vi mener, at det skal fremstå som viden, vi har fået gennem vores arbejde med emnet og målgruppen. Desuden havde vi lavet vores interviewguide ud fra den nuværende problemformulering.

Vi har dog efter arbejdet med vores interviews, transskribering, kodning osv. omformuleret vores delspørgsmål til faktiske spørgsmål, da det for os er nemmere at arbejde med i analysen.

Etiske overvejelser

I det tværprofessionelle samarbejde er det vigtigt at have en fælles etisk forståelse og respekt for hinandens faglige perspektiver. Dette kan, ifølge Social- & Ældreministeriet, styrkes gennem regelmæssig kommunikation og fælles refleksion over etiske dilemmaer, som kan opstå i arbejdet med denne målgruppe (Social- & Ældreministeriet, 2021).

Trods tværfagligt samarbejde, har socialrådgivere også altid deres egen professionsetik at tage udgangspunkt i. Det er derfor vigtigt at fremhæve værdierne i socialrådgivernes professionsetik, der inkluderer individets værdighed, social retfærdighed, professionel integritet og medmenneskeligt ansvar (Dansk Socialrådgiverforening, 2011). Disse værdier understøtter socialrådgiverens rolle i at fremme social retfærdighed og vise omsorg for de mennesker, de arbejder med.

Når det drejer sig om socialrådgiveres møde med gravide ramt af senfølger, samt det tværprofessionelle samarbejde om denne målgruppe, er omsorgsetik og pligtetik, i vores optik særligt relevante. Omsorgsetik for at skabe en tryk og støttende relation, som er essentiel for at tilbyde nødvendig hjælp, og pligtetik for at sikre retfærdighed, respekt og værdighed for alle involverede (Aadland, 2000, s.81-105). Dette er også relevant i tværprofessionelt samarbejde, hvor klare etiske rammer kan hjælpe med at koordinere indsatsen og sikre, at alle parter arbejder mod et fælles mål.

Gennem vores tilgang stræbte vi efter at belyse vigtige problematikker, der ofte tabuiseres. Vi var åbne og nysgerrige i vores møde med målgruppen. Vi var meget tydelige omkring, at det var på deres præmisser, og de altid havde mulighed for at sige fra. På denne måde var vi mindre indskrænket af vores berøringsangst. Interviewpersonernes feedback understøttede dette, da de gav udtryk for, at det var rart, at der var nogen, der turde at undersøge emnet og spørge ind. Vi håber, at vores arbejde kan bidrage til en bedre forståelse af de udfordringer, som borgere med senfølger kan stå overfor.

Empiri

Projektets primære empiri bygger på vores kvalitative interviews og et spørgeskema. Alle informanter har været udsat for overgreb og er ramt af senfølger herefter. Ligeledes er alle

informanter forældre og har haft lyst til at dele, hvordan deres senfølger har spillet ind i overgangen til forældreskab. Da nogle af informanterne ønskede anonymitet, valgte vi at anonymisere alle.

Ligeledes har vi en fagprofessionel informant, der arbejder indenfor området, og som har delt sin viden med os, så vi også har kunne få et fagprofessionelt perspektiv med.

Spørgeskema

Vi har fået 10 besvarelser fra vores spørgeskema. Svarene kommer fra ni kvinder og en mand i alderen 34-65 år. Spørgeskemaet blev uploadet i en lukket facebookgruppe, som er oprettet gennem SPOR til forældre med senfølger efter overgreb i barndommen.

Kvalitative interviews

”Signe” på 34 år, har 2 børn på hhv. 2 og 6 år. Signe har en uddannelse fra CBS, hvor hun er uddannet i marketing og kommunikation. Hun har været sygemeldt siden en voldsom fødsel af hendes yngste. Senfølgerne som Signe døjer med, fortæller hun, startede da hun fødte sin ældste og blev mor.

(Personlig kommunikation 16. oktober. 2024)

”Emma” er 34 år og har et barn på 9 år. Emma er uddannet sygeplejerske, har lige færdiggjort sin ph.d. og arbejder lige nu som klinisk udviklingssygeplejerske på et sygehus. Emma har altid vidst, at hun havde nogle oplevelser med sig, men ikke tænkt disse som værende overgreb, til hun ved en traumatisk fødsel fødte sit barn. Dette, beskriver hun, var tidspunktet, hvor det hele væltede ind over hende og kickstartede hendes senfølger.

(Personlig kommunikation 29. oktober. 2024)

Ekspertinterview

Sanne er uddannet socialrådgiver og arbejder i CSM. Det er ikke i rollen som myndighed, da CSM er en statslig selvejende institution, men der er mange snitflader. Sanne er inde over de mennesker,

der går i behandling eller står på venteliste til denne. Desuden er hun inde over de handleplaner, der laves til kommunerne, som både indeholder socialt arbejde og forebyggelse. Sanne har både støttende samtaler, holder netværksmøder, men hjælper også folk med at finde rundt i systemet, finde ud af hvor den rette hjælp er og er med til at opkvalificere andet fagpersonale.

(Personlig kommunikation 17. oktober. 2024)

Teori

I dette afsnit vil vi gennemgå de primære anvendte teorier, samt hvorfor vi mener, at disse teorier er relevante i forhold til vores målgruppe og problemfelt.

Brante

Brante var en svensk sociolog, der har udviklet en teori om mikro-, meso- og makroniveauer, der kan være behjælpelige med at forstå, hvordan de forskellige niveauer har indflydelse på hinanden. Denne teori, mener vi, er særlig relevant, da den kan være med til at skabe et billede af kompleksiteten af målgruppens problemstillinger, eftersom alle niveauer spiller ind i problemerne og ligeledes skal tages i betragtning, hvis man skal arbejde helhedsorienteret med målgruppen, for at kunne hjælpe dem bedst muligt.

Brante beskriver, at for hvert højere niveaus eksistens, der har en vis autonomi ift. det lavere, er det lavere niveau en forudsætning. Det lavere niveau kan give en delvis forklaring, der kan inddrages på det højere niveau (Guldager, 2015, s.39).

Mikroniveau

Mikroniveauet fokuserer på individuelle oplevelser, individets egenskaber og identitetsudvikling. Det indebærer ligeledes det sociale, interaktionen mellem individet i sine nære relationer osv.

Dette ser vi som relevant i vores projekt, da denne tilgang åbner for forskellige aspekter, der skal tages hensyn til i støtteprocessen, f.eks. ved at kunne tilbyde en individuelt tilpasset terapi eller proces gennem graviditeten, der tager udgangspunkt i netop den individuelle behov. Alle reagerer

forskelligt og kan derfor også udvikle forskellige coping-mekanismer, som der i denne tid også kan skabes forståelse for eller evt. afhjælpes, hvis disse er u hensigtsmæssige. Der kan tilbydes støtte i hverdagen, som kan fremme helingsprocessen. Desuden kan der ydes støtte til de nære relationer, hvilket kan styrkes ved at involvere partneren eller familien, så de bedre kan hjælpe den gravide.

Mesoniveau

Mesoniveauet omfatter institutioner, organisationer, samt de styrende processer, disse arbejder under.

I vores tilfælde kan dette omfatte behandlingscentre, prænatale sundhedsydelser eller psykologisk støtte. Det er også på dette niveau, at de forskellige fagprofessionelle bevæger sig, hvis der eksempelvis skal udvikles en helhedsorienteret plan. De organisatoriske rammer og strukturer kan være relevante, hvis man eksempelvis vil klæde de professionelle bedre på til at arbejde traumebevidst. Dette, da TBT, på en traumebevidst arbejdsplads, er indarbejdet hos alle medarbejdere og ledere, såvel som i procedurer, strategier, politikker og al kommunikation til borgeren. Hvis man altså ønsker en omlægning til TBT i sin organisation, indebærer det i de fleste tilfælde forandringer, der påvirker hele den organisatoriske og faglige kultur på arbejdspladsen (Social- og Boligstyrelsen, 2023).

Makroniveau

Dette niveau indbefatter overordnede juridiske og politiske rammer samt økonomiske politikker og samfundsmæssige diskurser.

Det er relevant at have for øje, da lovgivningen kan være del af at sikre beskyttelse og rettigheder for målgruppen. Ligeledes kan tilstrækkelig finansierede støtteprogrammer sikres gennem budgetter og prioriteringer.

Det kan også være relevant at overveje, hvordan problemfeltet kan omtales for at reducere stigma og fordomme fra samfundet, f.eks. gennem oplysningskampagner og uddannelsesprogrammer.

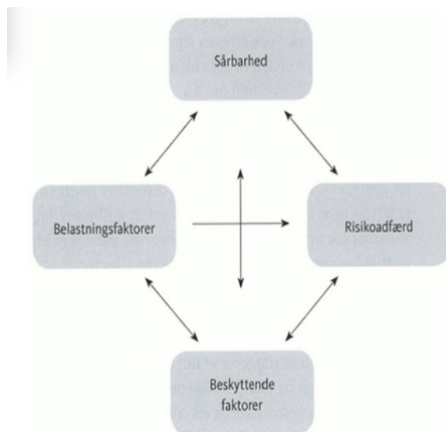
Sårbarhedsmodellen

Per Schultz Jørgensen har udviklet ”Sårbarhedsmodellen”. Denne model bruges primært på børneområdet med formålet at belyse de forhold omkring barnet, der kan have indflydelse på, om barnet får sociale problemer. Man antager, at forskellige belastninger i barnets opvækstmiljø og livssituation vil give øget risiko for, at barnet får sociale eller psykologiske problemer. Modellen inddrager barnets samlede livsverden, og er dermed mere helhedsorienteret, frem for et snævert perspektiv, der kun fokuserer på forældrene. Modellen dækker både over et subjekt- og objektsyn, samt et tidsperspektiv med centralt fokus på nutids- og fremtidsperspektivet, uden dog helt at udelukke fortidsperspektivet (Guldager, 2015, s.53-54).

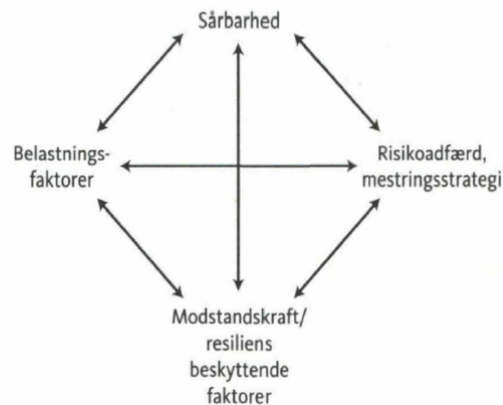
Selvom modellen primært anvendes på børneområdet, kan dens principper også overføres til andre målgrupper, såsom gravide med senfølger efter overgreb i barndommen. Ved at anvende modellens helhedsorienterede tilgang kan man belyse, hvordan tidligere traumer, nuværende livssituation og fremtidige bekymringer påvirker den gravides psykiske og sociale velbefindende. Modellen kan hjælpe med at identificere belastningsfaktorer og sårbarheder, samt udvikle passende mestringsstrategier og styrke resiliensprocesser. Dette perspektiv er afgørende for at kunne tilbyde en målrettet og effektiv støtte til gravide kvinder, der har oplevet overgreb i barndommen.

Hovedtankegangen i modellen er, at muligheden for, at familien får sociale eller psykiske problemer, afhænger af:

1. arten og ophobningen af belastninger
2. barnets eller familiens sårbarhed
3. barnets eller familiens modstandskraft/resiliens og beskyttende faktorer
4. barnets eller familien adfærd og mestringsstrategi



Original fra Schultz Jørgensen



Guldagers modificerede model

Belastningsfaktorer er eksterne eller interne faktorer, der øger pres og stress på individet. De eksterne faktorer kan omhandle økonomi eller boligsituation, hvorimod de interne faktorer kan omhandle psykiske lidelser eller tidligere trauma.

Risikoadfærd er barnets eller familiens reaktion på problemerne. For at hjælpe familien bedst muligt er det vigtigt at kunne gå bag om adfærden, der ofte er en reaktion på noget andet, for således at kunne forstå helhedssammenhængene. Det er derfor ikke altid, at man nødvendigvis skal ind og ændre adfærden men i stedet de bagvedliggende faktorer, der fremkalder denne adfærd. For at forstå risikoadfærden er det derfor relevant at have bagvedliggende kontekst.

Beskyttende faktorer er forholdene, der modvirker belastningsfaktorerne og sårbarhed og dermed individets evne til at modstå og komme sig efter belastninger og stress. Det kan blandt andet være stærke sociale netværk eller adgang til ressourcer.

Sårbarhed omhandler de karakteristika ved et individ, der betyder, at man er i en særligt udsat position. Det kan hos familien inkludere for tidlig fødsel af barnet eller genetisk disposition for psykiske lidelser, hvis forældrene havde en dårlig opvækst eller psykisk sygdom.

Guldager modificerer Schultz Jørgensens model ved at tilføje mestringsperspektivet i kassen med risikoadfærd og resiliens i kassen med beskyttelsesfaktorerne (Ibid.).

Mestringsstrategi er, ifølge Guldager, blevet tilføjet for at fremhæve, at det ikke automatisk er en bestemt adfærd, der kommer ud af samspillet mellem de beskyttende faktorer, de givne belastninger

og sårbarheden. Den endelige adfærd afhænger også af den mestring, familien stiller op imod risiciene.

Resiliens er blevet tilføjet for at understrege dens betydning sammen med andre vigtige samfundsmæssige og sociale beskyttende faktorer.

Allardt

Allardt, en finsk sociolog, har bidraget betydeligt til velfærdssociologien gennem sin definition af velfærd som en flerdimensionel tilstand. Hans teori bygger på tre centrale dimensioner: *at have*, *at elske* og *at være*, som tilsammen beskriver de betingelser, der er nødvendige for menneskelig trivsel og behovstilfredsstillelse (Guldager & Skytte, 2013, s.54-56).

Allardts dimensioner

- *At have* refererer til de materielle ressourcer, som økonomi, bolig og adgang til nødvendige varer og tjenester. Denne dimension fokuserer på de fysiske og økonomiske betingelser, der muliggør et trygt og stabilt liv.
- *At elske* omfatter sociale relationer og netværk, herunder familie, venner og andre betydningsfulde sociale forbindelser. Det handler om den følelsesmæssige støtte, integration og sociale trivsel, der bidrager til en persons generelle velbefindende.
- *At være* beskæftiger sig med individets mulighed for selvrealisering og aktiv deltagelse i samfundet. Denne dimension dækker personlige friheder, autonomi og udvikling af talenter og interesser (Ibid).

Allardt understreger, at disse tre dimensioner er interdependente og påvirker hinanden gensidigt. For eksempel kan mangel på materielle ressourcer (*at have*) medføre stress, der svækker sociale relationer (*at elske*) og begrænser mulighederne for selvrealisering (*at være*).

Allardts velfærdsbegreb bidrager med en holistisk forståelse af trivsel, der inddrager materielle, sociale og personlige aspekter. Hans fokus på behovstilfredsstillelse understreger, at velfærd ikke kun afhænger af individets egne valg, men også af de sociale og strukturelle rammer, som individet

lever under. Dermed tilbyder Allardts teori en vigtig ramme for at analysere og forstå sociale problemer og velfærd i en bredere samfundsmæssig kontekst (Ibid).

Analyse

Denne analyse undersøger, hvordan senfølger efter overgreb påvirker borgeren i overgangsfasen til forældreskab, og hvordan tidlig indsats kan støtte og forebygge reaktivering af senfølger.

Vi anvender Allardts velfærdsmodel for at forstå påvirkningen på individets velfærd, Brantes helhedsmodel for at belyse interaktioner på mikro-, meso- og makroniveau, og Guldagers sårbarhedsmodel for at identificere øget sårbarhed over for nye stressorer. Derudover inddrager vi teorier om mestringsstrategier, den narrative tilgang og Axel Honneths anerkendelsesteori for at give et nuanceret billede af, hvordan borgerne kan støttes i praksis.

Delanalyse 1 (*Lisa Schorr*)

- Hvordan kan senfølger efter overgreb påvirke borgeren i overgangsfasen til forældreskab?

Det er forskelligt, hvor kraftige og invaliderende senfølgerne er for det enkelte menneske. Det er heller ikke alle med en overgrebsoplevelse, der føler sig præget af senfølger. Forskning viser, at især tre faktorer gør en forskel:

1. Overgrebets karakter
2. Tilknytning til den, der har begået overgrebet
3. Hvor lang tid det har varet

(CSM, 2024b)

Senfølger efter overgreb kan manifestere sig på mange måder og påvirke borgeren i overgangsfasen til forældreskab på forskellig vis. Udfordringerne kan, som tidligere beskrevet, være **psykiske, fysiske, relationelle og sociale**.

I vores spørgeskema fremgår det, at 90% af informanterne har oplevet psykiske udfordringer i overgangen til forældreskab, 40% har oplevet fysiske udfordringer og 60% har oplevet sociale udfordringer (*Bilag 6*).

Psykiske udfordringer

De psykiske udfordringer kan ses ved, at mange, der har oplevet overgreb i barndommen, kan lide af psykiske lidelser, såsom PTSD, angst og depression.

Social- og Boligministeriet nævner endvidere lavt selvværd, tvangsforestillinger, selvskadende, suicidal eller seksualiseret adfærd, spiseforstyrrelser og stofmisbrug, som en måde senfølgerne kan komme til udtryk på (Social- og Boligministeriet, 2024).

Ydermere kan stressende livsbegivenheder, som graviditet og forældreskab, være katalysator for, at allerede eksisterende udfordringer kan forværres, hvilket kommet til udtryk hos en informant fra vores spørgeskema, der beskriver at:

”Min anoreksi blussede op igen”

Dette kan yderligere gøre det sværere at håndtere de nye krav og ansvar, der opstår i overgangen til forældreskab, da disse kan fungere som belastningsfaktorer, der kan øge individets sårbarhed. For en gravid med tidligere traumer kan disse belastningsfaktorer forværre eksisterende psykiske lidelser, hvilket yderligere kan komplicere håndteringen af forældreskabets udfordringer.

I vores spørgeskema og interviews kommer det til udtryk, at flere af informanterne har PTSD, depression eller angst.

”Når jeg kigger tilbage har jeg haft voldsomme flashbacks og angstanfald” (Bilag 6)

”Reagere hårdere på stress, der går over i depression” (Bilag 6)

En forælder med PTSD kan opleve flashbacks eller angst, som kan gøre det svært at få hverdagen til at hænge sammen. Dette kan yderligere gøre det udfordrende at være til stede og følelsesmæssigt tilgængelig for barnet. De psykiske udfordringer, som informanterne beskriver, kan gennem Guldagers sårbarhedsmodel ses som belastningsfaktorer, der kan øge informanternes sårbarhed.

For eksempel, når en forælder oplever flashbacks, kan dette fungere som en akut stressor, der kan forværre forælderen allerede eksisterende sårbarhed. Dette kan føre til en ond cirkel, hvor øget stress og angst yderligere kan forværre forælderen overskud til at håndtere dagligdagens krav og ansvar.

Som nævnt før, kan angst være en af de medfølgende senfølger. Her oplever mange ramte angstanfald, hvilket ifølge Allardts begreb *at have*, kan kræve adgang til akut hjælp og langsigtet behandling. Begrebet *at elske* kan indebære støtte til den ramte fra familie og venner i stressede situationer, samt udvikling af hensigtsmæssige mestringsstrategier, der kan bidrage til at reducere hyppigheden og intensiteten af angstanfaldene. For at arbejde med disse udfordringer, ville det ifølge Allardts begreb *at have* være vigtigt at sikre adgang til ressourcer som terapi. Ved at sikre en støttende hverdag gennem terapeutiske ressourcer i nærmiljøet, samt støtte fra og til de nære relationer på mikroniveauet, kan man ifølge Brantes reducere symptomer og forbedre livskvaliteten hos den enkelte.

For at mestre disse situationer og følelser kan man udvikle forskellige mestringsstrategier, som Sanne forklarer i vores ekspertinterview. Hun forklarer, at en meget udbredt mestringsstrategi kan være at dissociere, hvilket kan ses som en måde midlertidigt at reducere sårbarheden ved at undgå de smertefulde minder og følelser. Ifølge Guldagers sårbarhedsmodel kan dissociation ses som en mestringsstrategi, der anvendes til at håndtere overvældende stress og traumer. Dette kan dog på lang sigt øge sårbarheden, da det kan forhindre bearbejdning af traumerne.

”Det man har lyst til, det er ikke at tænke på det. At gemme det væk. Det skal bare væk, væk, væk, væk. Det skal ikke findes. Og det er jo der, hvor man kan udvikle en meget dissociativ måde at være i verden på. Man ikke findes, at man bare lukker ned, og det er jo det, der kan blive rigtig farlig som forældre. Altså, du kan ikke mærke dine børn. Du kan ikke, fordi du forsvinder væk. Det er jo så smerteligt at leve uden for sig selv, jo egentlig. Og så kan det hedde alt muligt andet. Det, tænker jeg, er jo en alvorlig senfølge. Ikke at føle, at man er i sit eget liv” (Sanne)

Som Sanne beskriver, forsvinder de påvirkede væk, lukker ned og lever uden for sig selv. Derfor kan denne mestringsstrategi også beskrives som risikoadfærd, da det, ifølge Sanne, kan blive meget farlig som forælder. Dette, da man ved at anvende denne mestringsstrategi, kan opleve, at man ikke

kun lukker ned for sig selv, men ligeledes heller ikke kan mærke sine børn, hvilket kan skabe en barriere for at opbygge en tryk tilknytning mellem forælder og barn.

For at kunne identificere de underliggende faktorer, og ud fra disse kunne finde relevante løsninger, kan man gøre brug af Guldagers version af sårbarhedsmodellen. Ifølge modellen kan de traumatiske oplevelser fra barndommen og de nye stressende livsbegivenheder, såsom graviditeten, beskrives som belastningsfaktorer, der øger individets sårbarhed. For eksempel kan en borger, der har oplevet overgreb i barndommen, være mere sårbar over for de stressorer, der opstår i overgangsfasen til forældreskab. Disse belastningsfaktorer kan trigge tidligere traumer og forværre psykiske lidelser. Disse tilstande kan forværres i overgangsfasen til forældreskab, hvor nye krav og ansvar kan øge stressniveauet, som Emma beskriver i vores interview, hvor hun siger:

”Jeg synes især lige pludselig at skulle have ansvaret for et andet lille menneske, når jeg ikke selv synes at jeg kunne holde styr på mig selv. Og det var rigtig voldsomt” (Emma)

Dette citat illustrerer, hvordan de nye krav og ansvaret som mor, var et ekstra pres for Emma, der beskriver det som værende voldsomt. Dette er, set med Guldagers model, belastningsfaktorer, der kan føre til, at Emmas sensfølger kan blive trigget yderligere. Modellen forklarer, at når en person med tidligere traumer står over for nye stressorer, som forældreskabets ansvar, kan det øge deres sårbarhed og risikoen for at opleve forværede symptomer. Hvis der fortsat tages udgangspunkt i Guldagers model, ville belastningsfaktorernes påvirkning på Emmas sensfølger være afhængige af Emmas sårbarhed, tidligere trauma, genetisk disposition og personlighedstræk. Endvidere afhænger det af Emmas mestringsstrategier, og hvorvidt disse er hensigtsmæssige, samt hendes resiliensprocesser, hvordan Emma kommer igennem denne udfordring. Emma beskriver, at hendes mor støttede hende meget i tiden efter fødslen.

”Jeg snakkede meget med min mor efterfølgende. Hun var også med til fødslen, og overværede jo det hele der. Efter jeg blev skilt, flyttede jeg ud til min mor” (Emma)

Denne støtte kan have påvirket Emmas resiliensprocesser, og kan have medvirket til, at hun på bedre vis kunne mestre belastningerne, end hvis hun ikke havde haft sin mors støtte.

De tidligere traumer er ligeledes det som Guldager ville beskrive som sårbarhed og kan øge risikoen for at udvikle psykiske lidelser, her spiller der dog også genetisk disposition og personlighedstræk ind, hvilket kan forklare, hvorfor der reageres forskelligt. Ved forværring af psykiske lidelser, kan det ydermere hænge sammen med manglende behandling eller støtte. Dette kan muligvis være

gældende for informanten, der oplevede, at hendes spiseforstyrrelse blev forværret, hvis vi antager, at hun i denne periode ikke har modtaget støtte til hendes senfølger.

Ifølge Guldagers sårbarhedsmodel vil individet udvikle mestringsstrategier for at håndtere belastningsfaktorerne og reducere sårbarheden. For individet vil disse strategier være mestringsstrategier, da de bruger disse for at mestre situationen og livet fremadrettet. For andre kan disse strategier dog se uhensigtsmæssige ud og defineres som risikoadfærd. For eksempel kan en person, der dissocierer for at undgå smertefulde minder, ses som at udvise risikoadfærd, da det kan forhindre personen i at være følelsesmæssigt til stede for vedkommendes børn.

Informanten Signe beskriver for eksempel:

”Jeg har sovet meget tidligere, og jeg har haft mange hviledage. Selvom jeg har lavet meget, som jo også er en strategi” (Signe)

Dette kan gøre, at hun således ikke har tid til at mærke sine følelser eller kan tænke over, hvad der foregår. Således kan man argumentere for, at det er en mestringsstrategi for hende, for at undgå de svære følelser og tanker, der ellers kan være for ubærlige.

Gennem udvikling af mere hensigtsmæssige mestringsstrategier, evt. gennem terapi eller social støtte, kan individets resiliensprocesser styrkes. Ifølge Guldagers sårbarhedsmodel kan disse strategier reducere sårbarheden ved at håndtere belastningsfaktorer effektivt. Dette kan ske gennem nære relationer på mikroniveauet, hvilket Allardt beskriver med begrebet *at elske*. Dette begreb kan realiseres ved støtte fra familie og venner, som både Emma og Signe beskriver, gennem hhv. deres mand og mor. Emma beskriver, at hendes mor har været en stor støtte. Signe beskriver, at hendes partner er en stor støtte, der giver hende plads til at gøre, hvad hun har brug for, for at få det bedre.

”Det har jo også været en kæmpe gave, men det har også været en stor belastning, altså at skulle tage en barsel, og alle de bekymringer der også er i forhold til mig, der bare sov” (Signe)

Disse resiliensprocesser kan ligeledes styrkes ved, at de senfølgeramte har nogen, de kan spejle sig i. Ifølge Brantes mikroniveau er det afgørende at have støtte fra nære relationer, som kan hjælpe med at reducere sårbarheden og styrke resiliensprocesserne. Signe fortæller, at det for hende ville

have været rart at have nogen, der forstod hende. Sanne beskriver ligeledes, at hun i sit faglige virke oplever, at forældre kan have svært ved at dele deres bekymringer og tanker med nogen, især fagpersoner omkring dem, da de er bange for, at de bliver set som dårlige forældre eller frygter, at deres barn skal fjernes:

”Det er jo deres største frygt. Eller at blive kritiseret for at være en dårlig mor. Det er jo for fanden det allerværste der kan ske. (...) Og hvor kan du sige det? Du kan ikke sige det til nogen. Og slet ikke dem, der er tæt på dine børn. Hvilket er jo helt sindssygt, for det er jo dem, der burde hjælpe dig. Så, det at have nogle, som selv har oplevet, det har en kæmpe værdi” (Sanne)

Overgrebene kan have en dybtgående indvirkning på individets selvopfattelse og identitet. Følelser af skam, skyld og lavt selvværd kan påvirke, hvordan en person ser sig selv som forælder. En negativ selvopfattelse kan føre til tvivl. Ifølge Whites narrative tilgang kan det være vigtigt at rekonstruere ens livshistorie for at skabe en mere positiv selvopfattelse. Der er ikke én sand historie, men mange mulige fortællinger, som kan ændres og omfortælles for at skabe nye perspektiver på ens liv (White, 2006 s.172). Spejling kan derfor være vigtig for forælderens egen identitetsudvikling og selvværd. Positive spejlinger fra partner og sociale netværk kan styrke forælderens selvopfattelse og hjælpe med at genopbygge et positivt selvbillede efter overgreb. Her kommer Allardts dimension *at være* i spil. Denne dimension fokuserer på selvrealisering, personlig udvikling og identitet, der indebærer støtte fra nære relationer, som kan give følelsesmæssig tryghed og styrke individets selvværd.

Senfølger efter overgreb i barndommen kan ligeledes være forbundet med en stor sorg. Ved siden af alle de andre udfordringer kan der altså også være en sorgproces i gang. Man kan sørge over, hvad der kunne have været, de muligheder man grundet sine senfølger ikke fik, eller i Signes tilfælde, den mor man ønskede at være.

”Jeg var 100% overbevist om, at jeg ville blive en speltmor, og selv skulle lave bærmos og grød, og alt det der pis, og det blev slet ikke. Der var slet ikke noget overskud. Det var også en sorg. Det at jeg troede jeg ville blive en anden mor, at det bare var psykopat hårdt, på en helt anden måde” (Signe).

For muligvis at kunne undgå, at dette bliver en yderligere belastningsfaktor, kan det ifølge Whites narrative tilgang være hjælpsomt at arbejde med narrativer om tab og sorg for at finde mening og skabe en ny forståelse af ens liv.

Bekymringer og udfordringer

Som nævnt før kan store livsomvæltninger være en katalysator for forværring af senfølgerne. I vores spørgeskema giver 80% udtryk for, at senfølgerne har påvirket dem, 'meget' eller 'ekstremt meget' mere end de plejer, i overgangsfasen til forældreskab. 70% har 'ofte' eller 'hele tiden' oplevet bekymringer i denne tid, som de mener skyldes deres senfølger. Vi har desuden spurgt, hvor meget de senfølgerrelaterede udfordringer i graviditeten har påvirket informanten og vedkommendes familie. Her har 40% svaret, at det har påvirket dem 'moderat', 30% har svaret 'meget' og 30% har svaret 'ekstremt meget'. De to andre svarmuligheder 'lidt' og 'slet ikke' er der 0%, der har valgt.

Vi bad ligeledes om en uddybning af udfordringerne, hvor vi blandt andet fik følgende svar:

"Rædsel for ikke at kunne etablere sund tilknytning" (Bilag 6)

I dette svar ses den tvivl, der kan ligge hos de kommende forældre om egne evner som forælder og frygt for at gentage negative mønstre fra fortiden.

Dette kan skabe en selvforstærkende cyklus af usikkerhed og stress. Ifølge Guldagers sårbarhedsmodel kan dette ses som endnu en belastningsfaktor, der øger sårbarheden hos nybagte forældre med senfølger, især hvis de ikke får den nødvendige støtte. Frygten for ikke at kunne etablere en sund tilknytning kan føre til, at forælderen undgår barnet for ikke at gøre noget forkert. Dette kan ses som en mestringsstrategi for at mestre frygten for ikke at kunne etablere en god nok tilknytning. Ifølge modellen kan det også ses som risikoadfærd, da denne undgåelse netop kan medføre, at frygten bliver en selvopfyldende profeti, fordi undgåelse af barnet netop kan stå i vejen for etableringen af en sund tilknytning og dermed forværre situationen.

Denne uhensigtsmæssige mestringsstrategi kan med fokus på Allardts dimension *at være* forebygges eller mindskes ved at udvikle en positiv selvopfattelse som forælder. Som tidligere nævnt kan det være udfordrende, hvis man, som mange ramt af senfølger, kæmper med lavt selvværd og fordomme. Med udgangspunkt i Allardts model ville man dog kunne argumentere for, at det her kan være nyttigt at arbejde med selvaccept og forståelse af egne følelser, bl.a. ved at

eksternalisere fordommene, som målgruppen ofte bliver mødt med. Dette kan hjælpe med at undgå den undgåelsesstrategi, der ellers kan følge med disse belastningsfaktorer, hvis sårbarheden er tilstrækkelig stor.

Ud over rædslen for ikke at kunne etablere en sund tilknytning fortæller informanterne ligeledes, at de havde angst og frygt for at være sammen med baby, og mange havde bekymringer samt mareridt om at begå overgreb mod deres egne børn.

Emma beskriver, at hun begyndte at få tvangstanker, når hun eksempelvis skulle have sin søn i bad. Hun uddyber i vores interview, at hun er bange for at gøre noget upassende ved sin søn, og at det det første lange stykke tid ikke var hende, der badede sønnen, men manden eller mormoren.

Ligeledes understøtter følgende kommentar fra spørgeskemaet Emmas oplevelse.

”De problemer jeg havde i forhold til ham var: fysisk nærhed, at skifte ble (fordi jeg skulle røre ham intimt), at amme, mareridt om at jeg selv begik overgreb” (Bilag 6)

Vedkommende beskriver her de samme problematikker som Emma, at det kan være angstprovokerende at være fysisk tæt på sin baby af frygt for at komme til at røre dem forkert eller lignende. Disse bekymringer og tvangstanker kan ifølge Guldagers sårbarhedsmodel ses som belastningsfaktorer, der kan øge sårbarheden og eventuelt forværre de psykiske udfordringer.

Disse udsagn viser, hvor dybt deres traumer kan sidde og ligeledes kan fordomme fra samfundet spille ind. Sanne fortæller, at der er en fordom om, at man selv udsætter sine børn for overgreb, hvis man er blevet udsat for det i sin egen barndom. På den anden side kan det dog også hænge sammen med, at man udvikler sig modsat og er så bange for at gøre noget forkert, fordi man ikke nødvendigvis selv kunne sige fra og sætte grænser, og dermed er bange for, at man overskrider sin babys grænse, som er for lille til at kunne sige fra. Altså, at de netop, fordi de selv har oplevet det, vil gøre ekstra meget for ikke at udsætte deres børn for de samme traumer, som de selv har oplevet. CSM beskriver ligeledes, at mange voksne med senfølger er bange for, at de selv på et tidspunkt krænker nogen seksuelt. Den risiko er uendelig lille, og det sker meget sjældent. Det er derfor ofte mere et udtryk for angst og usikkerhed, da langt de fleste voksne med senfølger tager så skarpt afstand til seksuelle overgreb, at det aldrig kommer til at gentage sig (CSM, 2024d).

Sociale & relationelle udfordringer

I langt de fleste tilfælde er krænkeren et medlem af familien (30%), en ven eller bekendt (60%). Kun i 10% af tilfældene er der tale om en fremmed (Teilmann, 2023). Dette kan være endnu en belastningsfaktor og forklare, hvorfor senfølgeramte kan have ekstra svært ved at danne nære relationer, da det for 90% var i deres nære relationer, på mikroniveauet, at deres grænser blev overskredet. Emma beskriver blandt andet i vores interview med hende:

”Jeg har ikke det store netværk, jeg er ikke en megasocial person. Så på den måde, har jeg ikke haft en masse mennesker, der er blevet påvirket af det.

Men det har jo påvirket efterfølgende, når jeg skal indgå i nye relationer” (Emma)

Ifølge Allardts dimension *at elske*, som fokuserer på sociale relationer og følelsesmæssige bånd, der er essentielle for menneskelig trivsel, kan senfølger efter overgreb gøre det svært at danne og vedligeholde nære relationer. Emma beskriver i ovenstående citat, hvordan hendes oplevelser har påvirket hendes evne til at være tæt på andre. Dette illustrerer, hvordan traumer kan hindre opfyldelsen af behovet for kærlighed og intimitet, som Allardt beskriver.

På mikroniveau er relationerne til partner, familie og nære venner afgørende. En forælder, der har oplevet overgreb, kan have svært ved at stole på andre og danne nære relationer. Dette kan påvirke deres evne til at samarbejde med en partner om forældreskabet og søge støtte fra familie og venner. I vores ekspertinterview beskriver Sanne, at *”der er så mange fordomme omkring forældre der har været udsat for overgreb, som jo også skaber en kæmpe angst for at de selv kan komme til at begå overgreb eller egen dømmekraft eller lukke nogen andre mennesker ind i deres liv, som gør, at deres børn bliver udsat for overgreb”*

Dette kan blandt andet være med til at forklare, hvorfor samarbejdet om forældreskab kan blive svært. Personer ramt af senfølger kan som barn have fået forvirrende erfaringer med, at kærlighed forveksles med sex, og seksualitet blandes sammen med kærlighed på en grundlæggende forkert og ødelæggende måde i dets udvikling. Dette bryder med den tillid, omsorg og blufærdighed, som barnet skulle have oplevet. CSM forklarer, at det på baggrund af ovenstående typisk er de nærmeste relationer, der vil være de sværeste at få til at lykkes, for voksne med senfølger (CSM, 2024c).

Emma forklarer, at hun altid har vidst, at hun har noget med sig. Ud fra Guldagers sårbarhedsmodel, kan man i vores optik forstå, hvordan hendes tidligere traumer kan have ført til mistillid som en

mestringsstrategi, da hun således kunne beskytte sig selv mod yderligere følelsesmæssig skade. Det understøttes af Emmas fortælling i vores interview:

”Altså blandt andet, så har jeg altid haft enormt svært ved nærhed og sex, og synes at det var voldsomt ubehageligt, og uden rigtig egentlig at forstå hvorfor” (Emma)

Traumer kan medføre tillidsproblemer og vanskeligheder i forhold til at knytte sig til andre, herunder partner og barn. Dette kan skabe udfordringer i forældreskabet, da en tryk tilknytning mellem forælder og barn er afgørende for barnets udvikling (Rigshospitalet, 2015).

Signe beskriver:

“Jeg blev smidt ud af min familie som 16-årig, fordi de ikke troede på mit overgreb, og det er jo også bare noget, mange af os oplever, og det har jo også bare en indvirkning” (Signe)

Det ville ifølge Guldager være en central belastningsfaktor i Signes liv, at hun først oplevede det traume at blive udsat for seksuelle overgreb, og derefter oplevede svigtet af sin familie, der både ikke troede på hende og smed hende ud. Støtte fra familie og venner kan være en vigtig beskyttende faktor, men hvis denne støtte mangler, kan det være en belastningsfaktor, der kan øge sårbarheden for udviklingen af sociale problemer. Risikoadfærden, der kan bunde i dette, kan være en forværret følelse af isolation og manglende søgen efter hjælp, eftersom tidligere svigt kan have langvarige konsekvenser for evnen til at skabe trygge og stabile relationer. Signes resiliensprocesser har gjort det muligt for hende at søge hjælp alligevel. Dette har hun gjort længe trods begrænsede ressourcer, og at der ikke altid var meget at komme efter. Dette kan defineres som et yderligere svigt, denne gang på mesoniveau, fra systemet, der ikke formåede at gribe hende.

”Jeg søgte første gang hjælp til mit overgreb, da jeg var 16 år, og har gjort det nærmest lige siden, men det var først da jeg var 32, jeg reelt fik hjælp” (Signe)

Signe beskriver, at hun i dag har en god og støttende partner, hvilket afspejler Allardts pointe om, at nære relationer og succesoplevelser i disse relationer kan hjælpe med at genopbygge tilliden. Signes mand kan altså i Guldagers model kategoriseres som en beskyttelsesfaktor, da han viser Signe det modsatte af de svigt, hun har oplevet.

Emma derimod beskriver følgende oplevelse, da hun begynder at arbejde med sine senfølger.

*”Man kan sige, det havde jo den konsekvens, at jeg blev skilt.
(...) Jeg kunne bare mærke, at der var noget i vores relation, som ikke var som den
skulle være” (Emma)*

Det går op for hende under fødslen, at der er noget galt og ved at åbne op for dette og få mere viden om sig selv og sine senfølger, begynder Emma at sætte grænser. Hun beskriver, at noget i relationen til hendes mand ikke var som det skulle være og satte en grænse ved at slutte relationen. Denne grænsesætning kan i Guldagers model beskrives som en del af Emmas resiliensprocesser og kan gå ind under Allardts dimension *at være*. Her kan man argumentere for at grænsesætningen kan øge Emmas selvværd og personlige udvikling, som igen kan være med til at styrke tilliden til andre.

I vores spørgeskema beskriver en informant følgende:

”Jeg blev retraumatiseret under graviditet og fødsel af min søn. Jeg vidste ikke det var det der skete, så jeg gik i flere år efter fødslen uden hjælp og støtte. Det har gjort at jeg har mistet kæreste, familie og venner fordi jeg har reageret og ageret ud fra de traumereaktioner jeg fik i forskellige situationer” (Bilag 6)

Dette viser yderligere, hvordan de mestringsstrategier man bruger, kan være uhensigtsmæssige og dermed ligeledes påvirke de nære relationer man har omkring sig. Vedkommende fortæller ligeledes, at hun ikke fik hjælp eller støtte, hvilket, ifølge hende selv, har gjort at hun har mistet flere relationer. Hjælp og støtte fra netværk, der hører under Allardts dimension *at elske*, eller fra professionelle, der hører under dimensionen *at have*, ville i denne sammenhæng således kunne have været en beskyttende faktor. En faktor, der evt. kunne have forebygget, at vedkommende mistede så mange relationer, grundet hendes risikoadfærd.

Fysiske udfordringer

Der kan være mange fysiske senfølger forbundet med at have været udsat for seksuelle overgreb i barndommen.

Når man som barn udsættes for seksuelle overgreb, kan det være stressfremkaldende både mentalt, følelsesmæssigt og fysisk. Symptomer på stressbelastning kan være mavepine, hovedpine og ændret søvn- og spisemønster. Man kan være plaget af fysisk anspændthed og muskelspændinger i kroppen, man kan have ledsmerter, føleforstyrrelser, angstanfald m.m. (CSM, 2024e).

Ifølge Allardts velfærdsmodel, kan seksuelle overgreb i barndommen påvirke alle tre dimensioner af velfærd. Stressbelastning kan manifestere sig fysisk som mavepine og hovedpine (*at have*), følelsesmæssigt som ændret søvn- og spisemønster (*at elske*), og mentalt som en forstyrret selvopfattelse (*at være*).

Fysiske udfordringer kan også være en konsekvens af senfølger efter overgreb. Ifølge Guldagers sårbarhedsmodel kan fysiske symptomer som kroniske smerter eller træthed ses som belastningsfaktorer, der øger individets sårbarhed. For eksempel kan en person, der oplever kroniske smerter, have sværere ved at håndtere de fysiske krav i overgangsfasen til forældreskab. Med udgangspunkt i modellen kan dette hænge sammen med, hvordan tidligere traumer kan forstærke kroppens reaktion på nye stressorer, hvilket gør det sværere for individet at tilpasse sig nye livssituationer. Det understreger Signe:

”Det kan være ret voldsomt. Også i takt med at jeg er begyndt at mærke min krop, sådan migræne og kvalme og forstoppelse, altså det er hele paletten, vil jeg sige” (Signe)

At være udsat for seksuelle overgreb i barndommen kan også have konsekvenser for, hvilket forhold man som voksen får til sin egen krop. Generelt kan det at mærke sin krop føles ubehageligt. Man kan have en dårlig fornemmelse af kroppen og dens fysiske behov, og nogle kan have svært ved at mærke kroppen i det hele taget (CSM, 2024e).

”Min krop jo har været lukket stort set siden jeg var 11 år. (...) Jeg har overhovedet ikke nogen viden omkring, okay er det fordi jeg er sulten, er det fordi jeg er vred, er det fordi jeg fryser. Så det var også ret overvældende, det der med at mærke noget som jeg aldrig har mærket før, samtidig med at jeg så var gravid, og at der var alt muligt andet jo” (Signe)

”Jeg havde mange angstanfald, især inden jeg skulle føde mit barn. Jeg var så bange for at skulle føde, da jeg ikke havde forbindelse med mit underliv, uden at få angst” (Bilag 6)

Flere kommer altså ind på, at de ikke kunne mærke deres krop, ikke var i kontakt med deres krop og ikke kendte til deres krops signaler. Dette kan være et problem i sig selv, og kan være en endnu større udfordring for denne målgruppe. Sanne forklarer i vores interview:

”Der er jo ingen tvivl om, at dét at være gravid og også en fødsel kan aktivere og genkalde en masse traumer, også en masse fortrængte ting. Altså, kroppen forandrer sig. Der kan være mange, der egentlig fungerer rigtig fint og så det at blive gravid eller at skulle være far kan aktivere traumerne”

Med udgangspunkt i Brantes mikroniveau, som fokuserer på individets nære omgivelser og daglige interaktioner, kan Sannes forklaring forstås som, at graviditet og fødsel kan fungere som triggere, der genaktiverer tidligere traumer. Sanne forklarer, hvordan graviditet og fødsel kan bringe fortrængte traumer op til overfladen. Samlet set viser disse eksempler, hvordan tidligere traumer kan have langvarige fysiske og psykiske konsekvenser, der kan påvirke både individets velbefindende og dets evne til at håndtere nye livsudfordringer.

Fødslen af et barn kan være den mest smertefulde oplevelse i en kvindes liv og kan være så traumatisk for kvinden, at hun får langvarige fysiske og psykiske reaktioner. I værste tilfælde kan oplevelsen føre til PTSD (Griffiths, 2019). Mange informanter beskriver, at de havde voldsomme eller traumatiske fødsler, hvilket yderligere kan trigge deres tidligere traumer, som de ikke nødvendigvis er forberedte på. En fødsel er et kæmpe kontroltab, især for denne målgruppe, der efter deres tidligere traumer har brug for kontrol. Sanne forklarer dette i vores interview.

”Jeg tror for mange kommer det først efter eller i forbindelse med. Det er jo hele det her med at kroppen husker, men at man kan fortrænge rigtig, rigtig kraftigt og så lige pludselig kommer der en kropslig fornemmelse af noget” (Sanne)

Signe forklarer i vores interview, hvordan hun oplevede fødslen, samt hvordan det har påvirket hende efterfølgende.

”Så kom der en rigtig voldsom fødsel, jeg var sikker på at jeg skulle dø, fordi det var så voldsomt. Min krop gik i sådan nogle rystelser, og det sætter jo også bare sine spor udover. Det har været meget træthed. Og meget lavt energiniveau er det, jeg er plaget meget af nu, kognitive forstyrrelser, altså dårlig hukommelse, koncentration, tung i kroppen” (Signe)

Ifølge Guldagers sårbarhedsmodel kan traumatiske oplevelser som en voldsom fødsel reaktivere tidligere traumer og forværre senfølgerne. Signe beskriver, hvordan hendes krop reagerede med rystelser, efterfølgende træthed og kognitive forstyrrelser, hvilket kan ses som en manifestation af

øget sårbarhed over for nye stressorer. Emma beskriver netop dette, at fødslen følte som et nyt overgreb, og det var der hun blev retraumatiseret.

”Jeg havde en lidt traumatisk fødsel. Og da jeg så lå der på den briks, og det hele det bare gjorde ondt, og altså der kom 5 forskellige jordemødre igennem den der fødsel, og læger og undersøgte mig, og det gjorde altså stjerne ondt

Så følte det i sig selv som et overgreb”

Igennem den narrative tilgang kan Emmas oplevelse af fødslen som et nyt overgreb forstås som en del af hendes overordnede fortælling. Denne oplevelse kan intensivere hendes følelse af retraumativering, hvilket understøtter teorien om, at kroppen husker tidligere traumer og kan reagere på nye stressorer ved at genopleve gamle traumer.

Emma kommer i interviewet desuden ind på, hvordan hun følte sig forkert, da hun i løbet af sin graviditet ikke blev glad, da hun mærkede liv, men følte det som ubehageligt og ulækkert.

”Jeg synes det var ulækkert, og jeg havde virkelig virkelig svært ved at forholde mig til at jeg syntes det var ulækkert, fordi det var jo meningen jeg skulle være glad, ikke? Jo længere hen jeg kom, jo mere ønskede jeg faktisk at gå i for tidlig fødsel, fordi jeg bare gerne ville have den graviditet overstået, og så fik jeg dårlig samvittighed, fordi jeg vidste godt, at det ville jo ikke være så godt for ham, og så kørte der sådan en spiral” (Emma)

Ifølge Whites narrative tilgang kan Emmas oplevelse ses som en del af hendes større fortælling om traumer og kropslig selvopfattelse. Samtidig følte hun dog også, at disse fornemmelser var forkerte, da man ifølge samfundets forventninger skal være glad, når man er gravid. Dette kan relateres til Allardts velfærdsmodel, hvor følelsesmæssig velfærd *at elske* påvirkes af sociale normer og forventninger. Jo længere hun kom i graviditeten, jo mere ønskede hun faktisk at gå i for tidlig fødsel, fordi hun bare gerne ville have den overstået. Ifølge Guldagers sårbarhedsmodel kan dette ønske og den efterfølgende dårlige samvittighed ses som en reaktion på øget sårbarhed over for nye stressorer, som hendes tidligere traumer har medført. Emma beskriver, hvordan denne spiral af følelser forstærkede hendes oplevelse af forkerthed og skyld.

Når fødslen er ovre, kommer den næste udfordring, da forældrene nu er ansvarlige for et lille væsen, hvis udvikling er afhængig af fysisk nærhed, kontakt og intimitet (En God Start, 2024). Flere af vores informanter beskriver dette som ubehageligt, da de i lang tid har lukket så meget af for deres krop, at det nu giver decideret ubehag at skulle finde tilbage i den.

”Min krop jo har været lukket, ja stort set siden jeg var 11 år. (...)

Jeg har overhovedet ikke nogen viden omkring, okay er det fordi jeg er sulten, er det fordi jeg er vred, er det fordi jeg fryser.

Så det var også ret overvældende, det der med at mærke noget som jeg aldrig har mærket før” (Signe)

En yderligere udfordring med den nye kropskontakt, kan være amning, der for mange kan føles ekstremt ubehageligt. Selvom det fra mange bliver beskrevet som en udfordring at amme, siger Emma faktisk det modsatte.

”Og så synes jeg omvendt, så havde jeg rigtig god gavn af amningen, selvom at den jo også er meget intim på mange punkter.

Og jeg ligesom har læst efterfølgende, at det er der mange, der kan have problemer med.

Men det blev sådan lidt et helle for mig, fordi også i og med at jeg så var deprimeret, så gjorde den ligesom jeg havde et holdepunkt i, at der var noget jeg kunne, som ikke der var nogen andre” (Emma)

Emma beskriver, at det var hendes helle. Det var i midten af en fødselsdepression en bekræftelse af, at der var brug for hende. Dette kan ses som en beskyttende faktor i midten af en stor belastning, som en fødselsdepression er. Ifølge Allardts velfærdsmodel kan denne oplevelse ses som en måde at opnå følelsesmæssig velfærd *at elske* ved at finde en meningsfuld rolle og funktion i en svær tid.

Delanalyse 2 (Julie Salquist)

– Hvordan kan borgerne støttes ved hjælp af tidlig indsats, således at det kan forebygges at senfølger aktiveres i overgangen til forældreskab?

Oplevelse af støtte

Når vi ser på Emmas og Signes oplevelser gennem Allardts velfærdsteori, kan deres udfordringer forstås som et samspil mellem systemiske og individuelle faktorer. I Emmas tilfælde spiller Allardts dimension *at have* en central rolle, da hendes adgang til ressourcer som psykologhjælp og støtte fra sundhedssystemet har været oplevet som mangelfuld.

Emma fortæller, hvordan hendes sundhedsplejerske blev opmærksom på hendes efterfødselsreaktion og samtidig blev klar over, at Emma som barn havde været udsat for seksuelle overgreb. Sundhedsplejersken forsøgte at hjælpe ved at etablere kontakt til CSM. Alligevel beskriver Emma en oplevelse af, at hjælpen lod vente på sig:

"Altså... Der gik ret lang tid, før jeg fik ordentligt hjælp"(Emma)

Dette udsagn kan pege på et muligt hul i det sikkerhedsnet, som burde sikre hurtig adgang til støtte og behandling for personer i en sårbar situation. Fra et teoretisk perspektiv kan denne mangel på ressourcer tolkes som en svækkelse af Emmas mulighed for at opfylde basale behov for mental sundhed og følelsesmæssig stabilitet.

Den manglende adgang til ressourcer kan ifølge Guldagers sårbarhedsmodel forstærke den belastning, som Emma allerede oplevede. Modellen fremhæver, at sårbarhed ikke alene er et resultat af individuelle ressourcer, men også af eksterne faktorer som støtte og beskyttelse fra omgivelserne. For Emma betød den lange ventetid på hjælp fra CSM, at hendes sårbarhed kunne blive yderligere forværret:

"Og efter at have stået på venteliste i 14 måneder derinde, så kom jeg til"(Emma)

Ligeledes fremgår det i en kronik i information, at Sarah ventede tre et halvt år før hun fik terapi hos CSM:

"Jeg ventede tre et halvt år på at få hjælp til senfølgerne af seksuelle overgreb"(Winge, 2024).

Denne oplevelse kan illustrere, hvordan manglende rettidig adgang til hjælp kan fastholde borgere i en tilstand af psykisk belastning.

Mens Emma ventede på hjælpen, tog hun selv initiativ til at finde en lokal psykolog, hvilket viste hendes evne til at søge alternative ressourcer for at mindske sin sårbarhed. Hun fik også støtte fra sin mor, som spillede en vigtig rolle i denne periode ved at køre Emma til og fra psykologbesøgene:

"Altså min mor var rigtig god til, altid at køre med mig, eller i hvert fald de fleste gange"
(Emma)

Dette kan understøtte Guldagers pointe om, at beskyttelsesfaktorer som støttende relationer eller selvopsøgt hjælp kan have en vigtig betydning for at reducere belastningen i en situation præget af sårbarhed. I kombination med Emmas egen handlekraft kan det antydes, at samspillet mellem interne og eksterne ressourcer har potentiale til at mindske sårbarheden, selv når systemet ikke ser ud til at kunne levere rettidig støtte.

Dimensionen *at elske* i Allardts velfærdsteori giver os en ramme til at forstå de følelsesmæssige udfordringer, som Signe og Emma beskriver, som de har oplevet i mødet med systemet. Signe fortæller, at hun under sin første graviditet delte med sin jordemoder, at hun som barn havde været udsat for seksuelle overgreb, men det blev ikke taget op eller drøftet yderligere:

"...og det var slet ikke noget, vi talte om"(Signe)

Dette kan indikere en mangel på følelsesmæssig støtte og anerkendelse fra sundhedspersonalet, som kunne have været med til at anerkende betydningen af hendes traumehistorie.

Emma delte en lignende oplevelse, da hun søgte psykologhjælp hos CSM. Hun beskriver, hvordan psykologen virkede tilbageholdende og berøringsangst over for emnet:

"Men hun virkede i hvert fald som om, hun ikke synes, det var rart at snakke om, og det er det jo selvfølgelig aldrig, men det virkede som om, at hun havde rigtig svært ved, at vi skulle snakke om sådan noget"(Emma)

Dette illustrerer, hvordan mangel på åbenhed og forståelse kan forstærke følelsen af isolation og utryghed hos traumeramte personer.

TBT kan tilbyde en løsning på sådanne udfordringer ved at sikre, at borgere mødes med empati, forståelse og en dybere indsigt i deres traumehistorie. Ifølge denne tilgang er det afgørende at skabe et miljø, hvor borgerne føler sig trygge, hørt og anerkendt. Dette indebærer, at fagpersoner arbejder med at forstå, hvordan tidligere traumer kan påvirke adfærd, følelser og behov. En sådan tilgang kan ikke blot fremme tillid mellem borgeren og systemet, men kan også reducere risikoen for, at tidligere traumer genaktiveres (Social & Boligstyrelsen, 2023).

Fraværet af TBT, som potentielt ses i Signes og Emmas oplevelser, kan have svære konsekvenser. Guldagers sårbarhedsmodel understreger, at manglende støtte og anerkendelse kan forstærke sårbarheden hos borgere i en udsat position. For Signe kan den manglende opmærksomhed på hendes overgreb i barndommen, under graviditeten have øget hendes følelsesmæssige belastning, idet hun kan have oplevet ikke at føle sig set eller hørt i en sårbar periode. For Emma kan psykologens tilbageholdenhed have skabt en barriere for at bearbejde traumerne, hvilket potentielt kan have fastholdt hende i en tilstand af psykisk belastning.

TBT kan således betragtes som en måde at bryde denne cyklus på. Ved at skabe relationer baseret på tillid og tryghed kan fagpersoner ikke blot hjælpe med at reducere borgernes sårbarhed, men også styrke deres evne til at håndtere de udfordringer, der følger af deres traumehistorie. Når denne tilgang ikke implementeres, som kan være tilfældet for Signe og Emma, kan borgere efterlades i en situation, hvor de må navigere alene i deres udfordringer, hvilket kan føre til yderligere belastning og mistro.

Sanne fremhæver i vores interview en væsentlig dimension i mødet mellem borger og system: den ofte udfordrede tillid, som senfølgeramte kan opleve. Hun beskriver, hvordan angsten for ikke at blive forstået og bekymringen for at tage imod hjælp præger mange:

"Og så er der selvfølgelig hele angsten for; Hvem kan forstå mig? Og helt sikkert også den her bekymring for at tage imod hjælp og manglende tillid"(Sanne)

Ifølge Allardts velfærdsteori kan denne udfordring forstås i dimensionen *at have*, som omfatter adgangen til nødvendige ressourcer og støtte. Manglende tillid til systemet kan ses som en konsekvens af tidligere negative erfaringer, hvor hjælpen enten har været fraværende eller

utilstrækkelig. Når systemet ikke imødekommer de komplekse behov hos borgere i udsatte positioner, kan det fungere som en barriere frem for en støtte.

For Emma kom denne problematik til udtryk i hendes frygt for, hvordan systemet kunne opfatte hende som forælder. Hun forklarer:

"Det var netop frygten for, at så skulle der komme nogle og vurdere, jeg ikke var egnet til at være forælder"(Emma)

Ligeledes deler Signe:

"Jeg var bange for, at de ville komme og tage min baby, ved begge graviditeter" (Signe)

Dette illustrerer, hvordan systemets magt og vurderingsrolle kan opleves som skræmmende for borgere i en sårbar position.

Det berører også dimensionen *at elske*, som i Allardts teori dækker over følelsesmæssig støtte og sociale relationer. Tillid og anerkendelse fra professionelle er afgørende for at skabe et trygt og støttende miljø, og fraværet heraf kan hæmme borgernes villighed og evne til at modtage hjælp.

Resultaterne fra vores spørgeskema giver et bredere perspektiv på denne problematik. 30% angiver, at de ikke modtog nogen form for støtte under graviditeten, mens yderligere 30% vurderer den støtte, de fik, som *"slet ikke hjælpsom."* Dette kan pege på en strukturel udfordring, hvor manglende traumeinformerede tilbud og utilstrækkelig opfølgning kan have efterladt borgere med en følelse af, ikke at have fået den nødvendige hjælp.

Ifølge Allardts dimension *at have* kan manglende ressourcer og tilgængelig støtte have en betydelig negativ indflydelse på borgerens oplevelse af velfærd.

På den positive side viser spørgeskemaet også, at psykologisk støtte, var hjælpsom for nogle. 30% vurderer denne støtte som *"meget hjælpsom,"* hvilket kan understrege, at målrettede og tilgængelige støttetilbud kan gøre en væsentlig forskel. Dette kan indikere, at selvom mange risikerer at føle sig overset af systemet, kan traumebevidste og ressourceorienterede indsatser muligvis bidrage til at styrke dimensionerne *at have* og *at elske*. Dermed kan systemet spille en afgørende rolle i at forbedre senfølgeramtes oplevelse af hjælp og støtte.

Manglende viden

En anden væsentlig udfordring, der fremkommer i både Emmas og Signes oplevelser, er deres manglende bevidsthed om sensfølger i forbindelse med graviditeten. Begge kvinder beskrev ubehag og udfordringer, men uden at vide, at disse kunne være relateret til tidligere traumer. Denne mangel på indsigt og støtte kan have stor betydning, da en stresset graviditet kan påvirke den prænatale tilknytning mellem mor og barn – en tilknytning der spiller en central rolle for barnets tidlige udvikling (Stenstrup & Højland, 2017).

Den prænatale tilknytning refererer til de følelsesmæssige og mentale bånd, der formes mellem mor og barn allerede under graviditeten. Når graviditeten præges af stress, ubehag eller uløste traumer, kan det hæmme denne tilknytning (Ibid). For eksempel beskrev Emma, hvordan hun oplevede det som voldsomt ubehageligt at mærke sit barns bevægelser:

"De begyndte så også at komme, i takt med at jeg mærkede mere og mere liv, og det synes jeg var voldsomt ubehageligt. Altså jeg synes overhovedet ikke, at det var særlig sjovt at være gravid"(Emma)

Ligeledes nævnte Signe, hvordan fokus på kroppen under graviditeten aktiverede følelser, hun tidligere havde forsøgt at undertrykke:

"Og den der fokus på kroppen, satte bare noget i gang, fordi det var ellers noget, jeg ellers har cuttet af, på min krop, for ikke at mærke"(Signe)

Disse oplevelser kan forstås gennem Brantes helhedsmodels mikroniveau, som fokuserer på individet og de nærmeste omgivelser. På dette niveau ser vi, hvordan de kropslige reaktioner og følelsesmæssige udfordringer hos Emma og Signe kan have påvirket deres evne til at finde ro og glæde i graviditeten. Denne form for stress og ubehag kan hæmme morens mulighed for at udvikle en stærk prænatal tilknytning til barnet (Ibid).

Hvis vi inddrager Guldagers sårbarhedsmodel, kan det antydes, at forskellige risikofaktorer muligvis kan forstærke sårbarheden i forbindelse med graviditet og fødsel. Modellen peger på, hvordan biologiske, psykologiske og sociale faktorer potentielt kan interagere og påvirke den enkeltes oplevelse af sårbarhed.

I vores interview med Sanne fremhæves det, hvordan graviditeten i nogle tilfælde kan genkalde traumer og fortrængte oplevelser, hvilket tilsyneladende kan have betydelige konsekvenser:

"Der er jo ingen tvivl om, at dét at være gravid og også en fødsel kan aktivere og genkalde en masse traumer, også en masse fortrængte ting. Kroppen forandrer sig. Der kan være mange, der egentlig fungerer rigtig fint og så det at blive gravid eller at skulle være far kan aktivere traumerne

Og selve fødslen kan så være meget retraumatiserende" (Sanne)

Eksempler som dem, Signe og Emma deler, synes at understøtte denne pointe og kan pege på, hvordan psykologiske belastninger for nogle bliver forværret af de biologiske og sociale faktorer, der er til stede under graviditeten og fødslen. Signe beskriver eksempelvis, hvordan hendes anden fødsel oplevedes som en voldsom situation:

"På grund af fødslen nummer to, altså min yngste, som var ret voldsom" (Signe)

På samme måde fremhæver Emma en lignende oplevelse, hvor manglende stabilitet og kontinuitet under fødslen muligvis kan have bidraget til en traumatisk oplevelse:

"Jeg havde en lidt traumatisk fødsel. Og da jeg så lå der på den briks, og det hele bare gjorde ondt, og altså der kom 5 forskellige jordemødre igennem den der fødsel, og læger og undersøgte mig" (Emma)

Ved at anvende Guldagers model tydeliggøres det, at et helhedsorienteret blik på disse faktorer kan være nyttig for at skabe en forståelse af, hvordan senfølger opstår. Dette kan pege på et behov for at identificere og adressere belastninger tidligt, da der er risiko for, at ubehandlede udfordringer med tiden kan udvikle sig og potentielt skabe længerevarende problemer.

På et makroniveau kan dette anskues som et muligt samfundsmæssigt ansvar for at investere i tidlige og målrettede indsatser, der kan have potentiale til at reducere sårbarhed og forebygge senfølger. Signes refleksion synes at tilbyde et væsentligt perspektiv på, hvad manglende hjælp i en tidlig alder eventuelt kan betyde i et større perspektiv:

“Jeg tror mit liv havde set helt anderledes ud, hvis jeg fik hjælp som 16-årig, det er jo enormt sørgeligt at tænke på, både for mig, men også for samfundet. Jeg er ikke sikker på, at jeg kan komme til at arbejde igen, fordi jeg er så ramt nu. Det var bare en enormt dårlig investering” (Signe)

Sanne supplerer dette perspektiv ved at påpege de økonomiske og sociale konsekvenser:

”For det er borgere, der bliver utrolig dyre i drift. For, selvom de har formået at få sig en rigtig god uddannelse, så kan tingene knække. Og så, lige pludselig, havner de i jobcentret og kan ikke forsørge deres familie. Det er jo bare så ulykkeligt” (Sanne)

Disse citater kan tolkes som en påmindelse om, hvordan manglende tidlig indsats muligvis ikke kun påvirker borgeren negativt, men også kan have konsekvenser på et samfundsmæssigt niveau. En stresset graviditet og en traumatisk fødsel kan, ifølge forskning, have betydelige følger. Det antydes for eksempel, at forhøjet stress under graviditeten kan påvirke barnets udvikling negativt, både fysisk og psykisk, samt øge risikoen for fødselskomplikationer (Sundhedsstyrelsen, 2021) Guldagers model tilbyder dermed et muligt perspektiv, hvor samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer kan skabe en øget sårbarhed. Eksemplerne fra Sanne, Signe og Emma peger i denne forbindelse på en tendens, der synes at understrege behovet for at arbejde proaktivt og forebyggende. Dette kan være relevant ikke kun af hensyn til den enkelte borger, men potentielt også for at styrke samfundets samlede bæredygtighed og trivsel.

Forebyggelse

En central problematik, som både Emma og Signe har fremhævet, er manglende eller utilstrækkelig støtte fra systemet. Signe beskriver, hvordan hendes erfaringer med systemet ofte har ført til en følelse af at blive overset eller skubbet rundt mellem forskellige behandlere:

”Jeg har også oplevet mange gange, de siger, 'det er ikke mit kompetenceområde', og så bliver man flyttet videre, som om man er giftig. Det gør det jo også svært at tale om, hvis man føler, at der ikke er plads til at rumme det, man gerne vil sige” (Signe)

Dette kan understrege behovet for en helhedsorienteret tilgang, hvor borgerens samlede livssituation tages i betragtning.

Brantes helhedsmodel kan eventuelt anvendes til at belyse behovet for tværfaglig og helhedsorienteret støtte. Modellen fremhæver tre niveauer, som tilsammen kan give en forståelse for, hvordan forskellige faktorer kan spille ind på borgerens oplevelser i systemet.

På mikroniveau synes modellen at pege på vigtigheden af at tage højde for den enkelte borgeres specifikke behov, mentale helbred og tidligere erfaringer. For Signe kan det eksempelvis handle om at anerkende de traumer og sårbarheder, som tidligere seksuelle overgreb har efterladt, samt de kognitive og følelsesmæssige udfordringer, der kan opstå i mødet med professionelle.

*"Der er meget tabu, også som behandler. Man kan nærmest se, at behandleren panikker, når man nævner seksuelle overgreb. De er sådan, f*** det har jeg ikke kompetencerne til. Man kan nærmest høre deres tanker, og det mærker man med det samme, fordi ens sansesystem er så... Altså det er noget af det, vi har overlevet med, det er ligesom at scanne folk" (Signe)*

Sannes refleksion synes at supplere dette perspektiv ved at indikere, hvordan fagprofessionelles usikkerhed potentielt kan føre til enten for meget eller for lidt engagement:

"Enten, kan man sige, er der for lidt eller for meget engagement. For der er de fagpersoner som bare vil have du skal åbne op og bare fortælle, og at; 'Det er okay. Du kan sige alt til mig'. Som slet ikke kan finde ud af at sætte den der ramme. Og så er der helt klart også alle dem, der selv bliver så utrolig berørte af det" (Sanne)

Dette kan tolkes som en påpegnings af, hvordan manglende faglig tryghed og berøringsangst kan skabe en ubalance i mødet med borgeren. Enten kan fagpersonen blive distanceret og tilbageholdende, eller de kan fremstå overengagerede, hvilket kan resultere i, at rammerne for samtalen bliver uklare. I begge tilfælde kan borgeren risikere at opleve sig selv som til besvær og uvelkommen i systemet.

Samlet set kan Signes og Sannes erfaringer antyde, at det er væsentligt for professionelle at udvikle både faglige kompetencer og tryghed i arbejdet med komplekse problemstillinger. Mikroniveauet kan derfor pege på nødvendigheden af at møde borgeren med empati, struktur og faglig robusthed, så borgeren i højere grad kan føle sig set, hørt og mødt i en tryk og tillidsfuld ramme.

Mesoniveauet fokuserer på samspillet mellem borgeren og de relationer, der omgiver borgeren, herunder professionelle, institutioner og organisationer. Dette niveau belyser, hvordan interaktioner mellem forskellige aktører kan påvirke borgerens oplevelse af støtte og tryghed.

Signes erfaring illustrerer, hvordan mangel på tillid og kontinuitet i mødet med behandlere har skabt usikkerhed. Hun beskriver dog også, hvordan hendes mand har spillet en afgørende støttende rolle under forløbet. Under sin anden graviditet, hvor hun blev tilknyttet 'Sårbare gravide' i familieambulatoriet, oplevede hun dog en udfordring med fagpersonernes antagelser om hendes partner:

"Det kommer også til at fylde, at de havde en bekymring om, hvem han var, selvom jeg jo sagde, at vi har et rigtig godt forhold, og han støtter rigtig meget" (Signe)

Denne oplevelse peger på nødvendigheden af et tættere og mere tillidsfuldt samarbejde mellem borgerens personlige netværk og de professionelle aktører. Ved at anerkende og styrke de eksisterende ressourcer i borgerens relationer, såsom en støttende partner, kan professionelle skabe en mere helhedsorienteret og tryk ramme om forløbet.

På makroniveau kan modellen adressere de samfundsmæssige strukturer og normer, der kan påvirke systemets evne til at rumme komplekse problemstillinger som traumer og psykiske sårbarheder. Modellen kan påpege behovet for uddannelse, oplysning og organisatoriske ændringer, der potentielt kan sikre, at fagprofessionelle er bedre klædt på til at håndtere komplekse situationer og tilbyde helhedsorienteret støtte.

Dette behov synes at blive understreget af Signe, der beskriver sin oplevelse:

"Og det sætter bare sine spor, at man ikke bliver mødt og set særligt alvorligt, så jeg troede bare, det var mig der var svag, eller ikke kunne klare mosten i samfundet. Jeg tænkte jo ikke, det var mine overgreb der fyldte, fordi psykiatrien jo sagde, at det ikke var overgrebene, der var årsag til mine udfordringer" (Signe)

En lignende pointe fremgår af spørgeskemaet, hvor informanterne bliver spurgt: *"Ville det være relevant at styrke og udvide samarbejdet mellem de forskellige fagpersoner?"*

Flere informanter peger på betydningen af traumeviden og faglige kompetencer som forudsætning for et styrket samarbejde. En informant svarer:

"Kun hvis de fagpersoner er traumebevidste og har kompetencerne til at støtte" (Bilag 6)

En anden deltager fremhæver betydningen af tidlig opdagelse og koordinering:

"Først og fremmest skal de klædes på til at opdage, at der overhovedet er et problem. Jeg fortalte det til min sundhedsplejerske, som forsøgte at hjælpe, men hun havde ikke rigtig kompetencerne til det, og der var ingen koordinering mellem hende og min egen læge. Det ville have givet et meget bedre forløb, hvis de havde kunnet samarbejde"(Bilag 6)

Disse udsagn kan understrege behovet for strukturelle ændringer og et øget fokus på fagprofessionelle kompetencer, så de bedre kan identificere, støtte og koordinere indsatser for borgere med traumer og psykiske sårbarheder.

Honneths anerkendelsesteori understreger vigtigheden af, at borgere føler sig set og hørt i mødet med behandlere og det sociale system. Manglende anerkendelse kan føre til isolation og øget sårbarhed (Høilund & Juul, 2015, s.26). Dette afspejles i Signes oplevelse:

"Og så når du som mig, møder et system, der negligerer mine overgreb, altså det er ikke slemt nok, til du kan komme i overgrebsgrupper."(Signe)

Hendes erfaring fremhæver behovet for en tryk og respektfuld dialog, hvor borgernes perspektiver og erfaringer bliver anerkendt og taget alvorligt.

Anerkendelse er også central i arbejdet med at skabe forståelse for fagpersoners støtte og indsatser. Emma beskriver, hvordan det kan gøre en stor forskel, når det tydeliggøres, at hjælp ikke nødvendigvis er forbundet med en trussel:

"Så man ligesom får italesat, det her er slet ikke en trussel, og der kommer ikke nogen og tager dit barn, bare fordi vi laver den her underretning"(Emma)

Dette peger på vigtigheden af, at fagprofessionelle skaber tryghed og en positiv ramme omkring graviditeten og familielivet.

Guldagers sårbarhedsmodel kan bruges til at forstå de risikofaktorer, der påvirker borgernes oplevelse af sårbarhed. Psykologiske faktorer som tidligere traumer, biologiske belastninger og

sociale udfordringer kan tilsammen udgøre en kompleks kombination af udfordringer. Signes oplevelse af at blive overset eller ikke taget alvorligt belyser, hvordan der kan mangle en målrettet og sammenhængende indsats:

”Det kunne også have været rart, at der var nogle fagpersoner, der ligesom havde greb om det, eller havde en gameplan, ikke?”(Signe)

For at skabe en mere helhedsorienteret indsats foreslår Signe et tættere samarbejde mellem det sociale system og organisationer som SPOR:

”Jeg tænker, man kunne lave et eller andet samarbejde med dem, altså noget der ligesom er allerede etableret, måske få en jordemoder ind over, eller få en af dem ind på hospitalet”(Signe)

Allardts velfærdsteori kan være et nyttigt redskab til at strukturere indsatsen, så den tilgodeser borgernes basale behov som sociale relationer og mulighed for selvrealisering. For eksempel kan adgang til specialiserede grupper og støtteordninger, der tager højde for tidligere traumer, styrke borgernes mentale trivsel og opfylde deres sociale og eksistentielle behov.

SPOR har i 2024 oprettet et 'forældregruppeprojekt', hvor forældre med senfølger kan spejle sig i hinanden og udveksle erfaringer med andre i samme situation (SPOR, 2024). Denne helhedsorienterede tilgang, kombineret med respektfuld kommunikation og tværfagligt samarbejde, kan være med til at skabe tryk og anerkendelse for borgere i sårbare situationer.

Ønsker for fremtiden

Signe og Emmas refleksioner om deres ønsker til fremtidige indsatser kan indikere et behov for en helhedsorienteret tilgang til støtte for borgere med senfølger og andre komplekse livserfaringer. Honneths anerkendelsesteori fremhæver, hvor vigtigt det kan være, at borgerne føler sig set og hørt. Dette kan dog også kræve strukturelle forandringer, der kan sikre, at de får den rette støtte på det rette tidspunkt.

Brantes helhedsmodel tilbyder en ramme for at forstå, hvordan forskellige niveauer kan bidrage til en bedre indsats. På mesoniveau peger både Sanne og Emma på nødvendigheden af tættere samarbejde mellem professionelle og lokalsamfundsressourcer.

Emma udtrykker ønsket om, at sundhedsplejersker og jordemødre blev bedre rustet til at genkende tegn på traumer og tage den nødvendige samtale:

"Hvis nu de havde været klædt på til at tage den samtale, når de kunne se, at der måske var nogle tegn"(Emma)

Sanne supplerer med en lignende pointe og understreger betydningen af TBT blandt fagprofessionelle:

"Man kan både nå at opfange det meget før, og de fagprofessionelle bliver måske heller ikke så bange for det, men prøver at finde ud af; 'Hvordan kan vi så støtte dig?' i stedet for bare at sige; 'Det er synd for dig'."(Sanne)

På makroniveau fremhæver Emma behovet for systemer, der kan skabe kontinuitet og overblik. Hun foreslår bedre informationsdeling og en central hotline:

"Fordi det med at have overblikket over, hvad har vi egentlig i vores systemer, både sundhedsvæsenet, men også inden for socialsystemet"(Emma)

Sanne støtter dette perspektiv og foreslår, at praktiserende læger og jobcentre får adgang til mere specialiseret viden om senfølger:

"Hvis den praktiserende læge ved noget om senfølger og kan henvise til teams med traumefokuserede tilbud, kunne man hjælpe tidligere"(Sanne)

Allardts velfærdsteori fremhæver vigtigheden af en helhedsorienteret tilgang til støtte.

Den første dimension, *at have*, handler om at sikre adgang til basale ressourcer og lokalt tilgængelig hjælp. For borgere som Emma er geografiske afstande til eksisterende tilbud en barriere:

"Jeg bor i udkantsdanmark, og har 1,5 times kørsel indtil CSM. Så det med også at sørge for, at der er nogle lokale muligheder"(Emma)

Den anden dimension, *at elske*, fremhæver betydningen af sociale relationer og støtte til pårørende.

Signe peger på, at undervisning til pårørende kan gøre en forskel:

"Det kunne også have været en støtte, hvis der havde været undervisning tre gange med pårørende"(Signe)

Sanne foreslår desuden at udbrede peerstøtte og forældregrupper som dem, der findes i SPOR, hvor sårbare forældre kan dele erfaringer:

"Hvis man kunne udbrede forældregrupper som SPOR, så man kan tale med andre i lignende situationer"(Sanne)

Den tredje dimension, *at være*, fokuserer på selvrealisering gennem psykoedukation og fleksible støttemuligheder. Signe fremhæver behovet for materialer, som kan tilgås i eget tempo:

"Det kunne også være noget videomateriale, hvor der er en, der snakker, så man ikke skal sidde overfor en fysisk"(Signe)

Hun påpeger også, at det kan være svært at huske, hvad der bliver sagt i møderne med fagprofessionelle:

"Man bruger virkelig meget energi i samtaler med en autoritet, og det gør bare, at man ikke nødvendigvis kan huske, hvad der bliver sagt"(Signe)

Sanne understreger vigtigheden af anonyme tilbud uden registrering, da det ofte afholder mange fra at søge hjælp:

"At kunne have et sted, hvor man kan tale med andre sårbare forældre – helt åbent og anonymt"(Sanne)

Spørgeskemaet viser, at forskellige former for støtte under graviditeten varierer i deres hjælpsomhed. Psykologisk rådgivning blev vurderet som mest effektiv, med 100%, der fandt det nyttigt. Social støtte blev også fremhævet af 80%. Der var dog også et ønske om kurser og information til personer ramt af senfølger, så de kunne forberede sig på udfordringer som at kramme deres eget barn eller håndtere intimhygiejne, som kan trigge gamle sår (*Bilag 6*).

Både Signe og Emma peger på, at en tidlig og koordineret indsats kunne have gjort en stor forskel.

Guldagers sårbarhedsmodel belyser, hvordan psykologiske, sociale og biologiske risikofaktorer kræver individuelle tilgange. Signe understreger betydningen af tidlig indsats:

"Det skulle være kommet meget tidligere. Og det skulle have været hjemme, noget 1-1 inden"(Signe)

Endelig ønsker Signe der var et system, der automatisk aktiverer støtte, når borgere med senfølger identificeres:

"Lige så snart man siger i et fagrum, 'seksuel overgreb', bliver der trykket på en knap, og så er der et system, der går i gang"(Signe)

Sanne foreslår tilsvarende løsninger med erfaringseksperter, som kan tilbyde specialiseret støtte:

"Jeg kunne ønske mig, at erfaringseksperter blev en del af familieenheder, så de kunne støtte, når der kommer underretninger eller familier selv beder om hjælp"(Sanne)

Ved at integrere disse perspektiver og modeller kunne fremtidige indsatser muligvis blive mere tilgængelige, helhedsorienterede og individuelt tilpassede.

Konklusion

Overgangen til forældreskab kan være særligt udfordrende for personer med senfølger efter overgreb i barndommen. Livsomvæltningen, der følger med graviditet og forældreskab, kan kickstarte eller forværre senfølgerne, hvilket kan nedsætte forældrenes psykiske funktionsevne og gøre det endnu sværere at håndtere de nye udfordringer, som forældreskab fører med sig. Dette kan også føre til ensomhed, hvis forældrene ikke har nogen at dele deres oplevelser med.

Traumerne bag senfølgerne kan skabe bekymringer og frygt hos forældrene om at udsætte deres barn for lignende overgreb. Disse bekymringer kan føre til u hensigtsmæssige mestringsstrategier, hvor forældrene trækker sig fra deres barn for at undgå at gøre noget forkert. Dette kan resultere i, at deres frygt for ikke at kunne etablere en sund tilknytning bliver til virkelighed på grund af den manglende kontakt. Det er derfor en udfordring at finde en balance mellem at passe på deres barn og dem selv.

Manglende tillid, som er en senfølge af tidlige svigt, kan hæmme forældrene i at udvikle og bibeholde trygge relationer til andre. Dette kan påvirke relationen mellem mor og barn og udfordre forældreskabet. Forældrene kan have svært ved at lukke mennesker ind i deres liv, da de forsøger at beskytte sig selv og deres barn mod mulige overgreb. Dette kan også påvirke relationerne i deres nærmiljø. Støtte fra familie og venner kan være en stor beskyttende faktor, men kan også være en belastning, hvis den mangler.

En anden senfølge af barndomstraumer er manglende kontakt til egen krop. Dette kan påvirke moren under graviditeten, samt føre til en traumatisk fødsel og efterfødselsreaktioner. Det kan gøre det svært for mor og barn at opnå en sund tilknytning, da moren kan opleve ikke at kunne være i sin krop og dissociere som en mestringsstrategi. Dette kan resultere i, at barnet ikke får den nødvendige kontakt for en sund tilknytning og udvikling. Disse eksempler viser, hvordan tidligere traumer kan have langvarige fysiske og psykiske konsekvenser, der påvirker både individets velbefindende og deres evne til at håndtere nye livsudfordringer.

Analysen peger på, at forældre med senfølger efter overgreb i barndommen kan opleve betydelige udfordringer i forbindelse med graviditet og forældreskab. Disse udfordringer forstærkes af systemiske forhold som manglende traumebevidsthed blandt fagpersoner, utilstrækkelig støtte og forsinket adgang til hjælp. Erfaringerne fra Signe, Emma og Sanne tyder på, at der er behov for en mere helhedsorienteret og koordineret indsats, der tager højde for kompleksiteten i borgernes livssituation.

Modeller som Brantes helhedsmodel, Allardts velfærdsteori og Guldagers sårbarhedsmodel indikerer, at der kan opnås forbedringer ved at fokusere på både mikro-, meso- og makroniveau. På mikroniveau er det vigtigt at styrke empati, faglig robusthed og tydelige rammer i mødet mellem borger og professionelle. På mesoniveau er kontinuitet og samarbejde mellem fagfolk og borgerens netværk centrale elementer, mens der på makroniveau kan skabes forbedringer gennem strukturelle tiltag som opkvalificering af fagpersoner og øget tværfagligt samarbejde.

En fremadrettet indsats bør fokusere på tidlige indsatser, styrkelse af fagpersoners kompetencer, øget brug af erfaringseksperter og bedre adgang til fleksible og lokalt forankrede tilbud. Peerstøtte og specialiserede projekter kan skabe en følelse af anerkendelse og tilhørsforhold. Samlet set peger analysen på, at en mere systematisk og TBT kan forbedre trivslen for både forældre og deres børn.

Den sociale indsats

Ud fra konklusionen har vi samlet viden som vi vil bruge til at komme med et forslag til en social indsats, der gennem tidlige og målrettede tiltag kan forebygge yderligere fysiske, psykiske og sociale belastninger, med øje for individernes egne, subjektive behov.

På baggrund af analysen ønsker vi at implementere en indsats, der omfatter flere centrale elementer. For det første vil vi anvende TBT for at skabe tryghed gennem professionelle, som er uddannet til at arbejde med traumeramte individer. Derudover er det essentielt at øge vidensniveauet på området og tilbyde forældrene et sted, hvor de føler sig hjemme, for at undgå risikoen for at de bliver overset i systemet. Det er også afgørende, at forældrene bliver spejlet, så de føler sig set og kan udtrykke deres bekymringer uden frygt for underretning, vurdering som dårlige forældre eller risikoen for at deres barn bliver fjernet fra hjemmet.

Indsatsen er en inkrementel innovation, da den er en videreudvikling af Familieambulatoriet, som allerede findes. Da vi bevæger os inden for inkrementel innovation, gør det det muligt hurtigere at implementere indsatsen. Endvidere kan vi gøre brug af den viden, Familieambulatoriet har gennem deres arbejde. Vi håber yderligere på, at SPOR vil bidrage med deres viden om målgruppen for at støtte målgruppen bedst muligt, samt et tæt samarbejde med CSM.

Vores tværfaglige sociale indsats

Formålet med denne indsats er at tilbyde specialiseret støtte til gravide og småbørnsforældre, der lider af senfølger efter overgreb i barndommen. Indsatsen skal sikre, at disse forældre får den nødvendige hjælp til at håndtere deres traumer og styrke deres forældrekompetencer, samtidig med at de skaber en stabil og tryk familiesituation.

For at sikre kontinuerlig støtte gennem en kritisk periode i barnets og forældrenes liv, vil indsatsen tilbyde støtte fra graviditeten til barnet fylder 2 år.

Indsatsen er en udvidelse af det eksisterende familieambulatorium. Familieambulatoriet er specialiserede regionale enheder målrettet gravide, der har behov for ekstra støtte af sociale eller psykiske årsager (Sundhedsstyrelsen, 2023).

Teamet

Udvidelsen består af et specialiseret team som omfatter socialrådgivere, jordemødre, sundhedsplejersker, kropsterapeuter, familierapeuter og psykologer. For at styrke trygheden igennem forløbet ønsker vi at familierne møder de samme fagfolk.

Socialrådgiveren vil have den koordinerende rolle, så tilbuddet passer til de individuelle familiers behov. Ligeledes indebærer socialrådgiverens rolle den juridiske bistand, som forældre med senfølger kan have behov for, fx i forbindelse med børnesager eller sociale ydelser og at navigere i det juridiske system.

Den gravide får en fast jordemoder, som de kan gå til konsultationer ved, og som er der ved fødslen, hvis muligt.

Sundhedsplejersken vil følge familien efter fødslen, og have fokus på familiens behov i tiden efter.

Kropsterapeuterne vil have fokus på kroppen, og hvordan traumer kan sætte sig fysisk i kroppen. Familierne vil kunne få tilbudt at få konsultationer, og kropsterapeuterne vil lave workshops hvor man også kan komme som pårørende, og høre hvordan traumer kan sætte sig i kroppen.

Psykologerne vil tilbyde samtalerapi på individ- og gruppeniveau.

Vi håber at kunne involvere nogle brugere fra SPOR, der kunne have mod på at holde nogle workshops, dele ud af deres erfaringer og eventuelt være gruppeleder eller deltage i gruppeterapien. Dette ønsker vi, da vi gerne vil give familierne nogen de kan spejle sig i. En de kan dele deres bekymringer med, som kan relatere og hvor de ikke skal være nervøse for, at alt de deler bliver journaliseret eller formuleret i en underretning.

TBT

Dette team skal være trænet i TBT, have erfaring med senfølger og kunne arbejde tværfagligt for at sikre en helhedsorienteret indsats. Formålet er at tilbyde en helhedsorienteret og tværfaglig støtte til målgruppen. Alle aspekter af indsatsen vil tage højde for traumer. Alle fagfolk vil blive trænet i TBT, og indsatsen vil være designet til at minimere risikoen for retraumatisering.

For at gøre det mere acceptabelt at tale om senfølger og sikre, at fagfolk er klædt på til at håndtere emnet, vil der blive udviklet uddannelsesprogrammer for fagfolk, informationskampagner og

tilgængelige tilbud. Dette kan gøre det lettere for borgere at søge hjælp uden frygt for stigmatisering.

For at sikre, at indsatsen er relevant og effektiv, vil der blive oprettet et panel bestående af medlemmer fra SPOR og andre der oplever senfølger efter overgreb i barndommen. Dette panel vil give feedback og input til udvikling og evaluering af indsatsen, hvilket sikrer, at de berørte personers perspektiver og behov bliver taget i betragtning.

Vi ønsker ligeledes at inddrage forældrene i evalueringen. Efter seks måneder evalueres indsatsen ved at indsamle feedback fra familien og de involverede aktører, gennem individuelle statusamtaler. Hvis det eksempelvis viser sig, at tiltagene ikke er tilstrækkelige, fordi forældrene ikke møder forbedring i deres senfølger, kan forløbet revurderes, og der tilføjes ekstra individuelle terapitimer eller alternative støttetilbud.

Inddragelse

Indsatsen vil også inkludere hjælp til pårørende, da de ofte bliver påvirket af senfølgerne. Tilbuddet vil omfatte rådgivning og støttegrupper for pårørende, så de kan få viden om senfølger og lære at støtte deres kære bedst muligt. Dette vil vi opfylde gennem workshops, grupper for pårørende, samt et tæt samarbejde med CSM og deres tilbud.

Indsatsen vil samarbejde med andre relevante instanser, eksempelvis CSM, SPOR og familieafdelinger i kommunale myndigheder for at sikre en koordineret og helhedsorienteret indsats. Dette vil sikre, at alle aspekter af borgernes behov bliver mødt.

Borgerne vil blive aktivt inddraget i planlægningen og evalueringen af indsatsen. Deres feedback vil blive brugt til løbende at tilpasse tilbuddene, så de er frivillige og tilpasset borgernes behov. Dette kan sikre, at indsatsen er relevant og effektiv.

For at sikre, at gravide med senfølger bliver opmærksomme på tilbuddet, vil der blive udviklet informationsmateriale, som læger og jordemødre skal udlevere, og som skal sendes via e-Boks, så snart en graviditet er registreret. Materialet vil fokusere på traumer og ekstra støtte, ikke på overgreb, for at undgå stigmatisering. Det vil understrege, at tilbuddet handler om at tilbyde ekstra støtte til dem, der har oplevet traumer, og ikke om at de er ekstra udsatte.

Kort- og langsigtede mål

Vi har opstillet nogle kort- og langsigtede mål for at sikre, at indsatsen både adresserer de umiddelbare behov og arbejder mod langsigtede forbedringer i livskvaliteten for forældre med senfølger efter overgreb i barndommen.

Kortsigtede mål

1. Øjeblikkelig støtte og rådgivning:

- Tilbyde akut psykologisk støtte og rådgivning til forældre, der oplever senfølger.
- Sikre adgang til terapi og støttegrupper for at håndtere akutte symptomer som angst og PTSD.

2. Opbygning af støttenetværk:

- Etablere støttegrupper og netværk for forældre med lignende oplevelser.
- Involvere pårørende og skabe et støttende miljø omkring den berørte forælder.

3. Uddannelse og opkvalificering:

- Uddanne sundhedspersonale og socialarbejdere i TBT.
- Sikre, at alle involverede fagfolk er klædt på til at håndtere senfølger og tilbyde relevant støtte.

4. Informationsmateriale og kommunikation:

- Udarbejde og distribuere informationsmateriale til gravide og småbørnsforældre om tilgængelige støttetilbud.
- Sikre, at materialet er tilgængeligt gennem læger, jordemødre og e-Boks.

Langsigtede mål

1. Forbedring af mental sundhed:

- Reducere forekomsten af psykiske lidelser som følge af senfølger gennem vedvarende terapi og støtte.
- Forbedre den generelle mentale sundhed og livskvalitet for berørte forældre.

2. Stabil og tryk familiesituation:

- Skabe en mere stabil og tryk familiesituation, hvor forældre føler sig støttet og i stand til at tage sig af deres børn.

- Styrke relationerne mellem forældre og børn gennem forbedrede forældreovner og følelsesmæssig støtte.

3. **Reduktion af stigma og øget bevidsthed:**

- Arbejde for at reducere stigma omkring senfølger efter overgreb og øge bevidstheden i samfundet.
- Gøre det mere acceptabelt at tale om senfølger og søge hjælp uden frygt for stigmatisering.

4. **Bæredygtig og integreret støtte:**

- Sikre, at støttetilbuddene er bæredygtige og integreret i det eksisterende sundheds- og socialsystem.
- Etablere langsigtede samarbejder mellem kommunale og regionale myndigheder, sundhedsvæsenet og civilsamfundsorganisationer.

5. **Løbende evaluering og tilpasning:**

- Implementere en løbende evaluering af indsatsen for at sikre, at den forbliver relevant og effektiv.
- Tilpasse indsatsen baseret på feedback fra brugerne og de involverede aktører.

Målet er at forebygge, at senfølgerne forværres og at målgruppen får opbygget et støttenetværk. Langsigtede virkninger kan inkludere forbedret mental sundhed for borgeren, bedre håndtering af stress og en stærkere relation til barnet.

Jura

Kommunerne har et ansvar for at hjælpe personer med nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, herunder personer med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Dette fremgår af servicelovens §12, som pålægger kommunalbestyrelsen at sørge for tilbud om gratis rådgivning (Bekendtgørelse af lov om social service, 2024, §12). Derudover kan kommunerne yde hjælp og støtte efter servicelovens §85 og §102, som omfatter behandlingsmæssig bistand, når det er nødvendigt for at bevare eller forbedre den pågældendes fysiske, psykiske eller sociale funktion (Bekendtgørelse af lov om social service, 2024, §85 & §102).

Indsatsen skal overholde EU's General Data Protection Regulation (GDPR), som beskytter persondata. Dette indebærer, at alle personoplysninger skal behandles fortroligt og kun anvendes til de formål, de er indsamlet til. Der skal indhentes samtykke fra de berørte personer, og de skal informeres om, hvordan deres data vil blive brugt og beskyttet. Det er essentielt, at disse kvinder giver samtykke til, at oplysninger kan deles blandt de involverede fagpersoner, i overensstemmelse med GDPR (Bekendtgørelse af lov om databeskyttelse, 2024, §1).

Trods fortrolig behandling af oplysninger og tavshedspligt, har alle involverede professionelle skærpet underretningspligt jf. Bekendtgørelse af lov om barnet, 2024, §133.

Personer, der har udviklet psykiske lidelser som følge af senfølger, har ret til behandling under sundhedslovgivningen (Social- og Boligministeriet, 2024). Dette inkluderer adgang til psykiatrisk udredning og behandling. Indsatsen skal sikre, at der er klare henvisningsprocedurer til psykiatrien, og at der er et tæt samarbejde mellem de sociale og sundhedsfaglige aktører.

Det er både en kommunal og regional opgave at tilbyde hjælp til personer med senfølger. Kommunerne har ansvar for den sociale indsats, mens regionerne har ansvar for den sundhedsfaglige behandling. Indsatsen skal sikre en klar ansvarsfordeling og samarbejde mellem de forskellige myndigheder for at undgå overlap og sikre en sammenhængende indsats.

Ved at tage disse juridiske overvejelser i betragtning kan indsatsen blive mere effektiv og sikre, at forældre med senfølger får den nødvendige støtte og beskyttelse. For at sikre, at alle juridiske aspekter bliver håndteret korrekt, kan følgende tiltag eksekveres:

- **Uddannelse af Fagfolk:** Alle involverede fagfolk skal uddannes i de relevante juridiske rammer og GDPR-regler.
- **Standardiserede Procedurer:** Udvikling af standardiserede procedurer for håndtering af persondata og henvisning til psykiatrisk behandling.
- **Samarbejdsaftaler:** Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem kommunale og regionale myndigheder for at sikre klar ansvarsfordeling.
- **Finansieringsplan:** Udarbejdelse af en detaljeret finansieringsplan, der sikrer tilstrækkelige ressourcer til indsatsen.

Finansiering af indsatsen

For at finansiere denne indsats har vi undersøgt hvilke mulige finansieringskilder, der hører ind under de relevante lovgivningsmæssige rammer.

Satspuljemidler

Midler fra satspuljen har tidligere været brugt til at finansiere indsatser for personer med senfølger efter seksuelle overgreb. For eksempel blev der i aftalen om satspuljen for 2012 oprettet tre Centre for Seksuelt Misbrugte, som tilbyder rådgivning og behandling. I aftalen om satspuljen for 2017 blev der afsat permanent bevilling til disse centre (Ibid). Satspuljemidler kan derfor være en relevant finansieringskilde for en udvidet indsats.

Handlingsplaner og politiske aftaler

Der er også mulighed for at finansiere indsatsen gennem politiske handlingsplaner. For eksempel blev der i juni 2021 indgået en aftale om en handlingsplan til styrket indsats til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen. Midlerne til denne handlingsplan blev afsat i aftalen om satspuljen for 2019 (Ibid.).

Kommunale og regionale budgetter

Kommuner og regioner har også mulighed for at afsætte midler fra deres egne budgetter til at finansiere indsatser for personer med senfølger. Dette kan inkludere midler til socialrådgivere, sundhedsplejersker, terapeuter og andre relevante fagfolk, der er en del af indsatsen.

For at sikre en effektiv implementering af finansieringen kan følgende tiltag overvejes:

- **Budgetplanlægning:** Udarbejdelse af en detaljeret budgetplan, der specificerer de nødvendige ressourcer og finansieringskilder.
- **Samarbejde med Myndigheder:** Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem kommunale og regionale myndigheder for at sikre en koordineret indsats.
- **Ansøgning om Midler:** Aktiv ansøgning om midler fra relevante puljer og fonde, herunder satspuljemidler og andre statslige eller regionale tilskud.

Etiske dilemmaer

Vi har drøftet forskellige etiske dilemmaer, der kan være forbundet med etableringen af indsatsen. Her vil vi gennemgå forskellige etiske dilemmaer og deres mulige løsninger.

Stigmatisering

Dilemma: Der er risiko for, at forældre, der deltager i indsatsen, kan blive stigmatiseret af samfundet eller sundhedspersonale. Dette kan ske, hvis de bliver set som "svage" eller "problematiske", grundet deres deltagelse i indsatsen, da de kan opleve at blive kategoriseret ind i en særlig sårbar gruppe.

Løsning: For at minimere denne risiko skal indsatsen kommunikere klart, at det handler om at tilbyde ekstra støtte til dem, der har oplevet traumer, og ikke om at de er ekstra udsatte. Anonymitet og fortrolighed skal sikres, og der skal arbejdes aktivt for at reducere stigma gennem oplysning og uddannelse af både fagfolk og offentligheden.

Samtykke og autonomi

Dilemma: Det er vigtigt at sikre, at forældrene deltager frivilligt og med fuldt informeret samtykke. Der kan opstå et dilemma, hvis forældre føler sig presset til at deltage af sundhedspersonale eller sociale myndigheder, men ikke gør det af egen lyst og motivation. Indsatsen gavner kun, hvis forældrene selv er klar til at arbejde med de mulige traumer, de er påvirket af.

Løsning: Indsatsen skal sikre, at alle deltagere får fuld information om programmet og dets formål, og at deres deltagelse er helt frivillig. Der skal være klare procedurer for at indhente informeret samtykke, og forældrene skal have mulighed for at trække sig fra indsatsen når som helst uden negative konsekvenser.

Balancen mellem hjælp og overvågning

Dilemma: Der kan opstå et dilemma mellem at tilbyde nødvendig støtte og at undgå at virke kontrollerende eller overvågende. Forældre kan føle, at deres privatliv bliver invaderet, hvis indsatsen indebærer hyppige besøg eller omfattende registrering af deres aktiviteter.

Løsning: Indsatsen skal finde en balance mellem at tilbyde støtte og respektere forældrenes privatliv. Dette kan opnås ved at inddrage forældrene i planlægningen af indsatsen og sikre, at de føler sig trygge og respekterede. Der skal være fleksibilitet i, hvordan og hvornår støtten tilbydes.

Involvering af pårørende

Dilemma: Involvering af pårørende kan være et etisk dilemma, hvis forældrene ikke ønsker, at deres familie skal involveres, eller hvis pårørende ikke er villige til at deltage.

Løsning: Indsatsen skal respektere forældrenes ønsker og grænser. Pårørende skal kun involveres med forældrenes samtykke, og der skal tilbydes støtte til både forældre og pårørende for at sikre, at alle føler sig trygge og respekterede.

Ved at være opmærksom på disse etiske dilemmaer og arbejde aktivt for at adressere dem, kan indsatsen blive mere effektiv og respektfuld over for de berørte forældre og deres familier.

Litteraturliste

- Aadland, E. (2000). *Etik - dilemma og valg*. Dansk Psykologisk Forlag
- Aagerup, L. & Nielsen, T. (2018). *Socialrådgiverens undersøgelsesmetoder*. Hans Reitzels Forlag
- Aarhus Universitet (2024 a). *Kvalitativ og kvantitativ forskning*. Metodeguiden.
<https://metodeguiden.au.dk/kvalitativ-og-kvantitativ-forskning>
- Aarhus Universitet (2024 b). *Semistruktureret interview*. Metodeguiden.
<https://metodeguiden.au.dk/semistruktureret-interview>
- CSM: Center for Seksuelt Misbrugte (2024a). *Om seksuelle overgreb*.
<https://csm-danmark.dk/seksuelle-overgreb/om-seksuelle-overgreb/>
- CSM: Center for Seksuelt Misbrugte (2024b). *Om senfølger*.
<https://csm-danmark.dk/forskning/senfolger/>
- CSM: Center for Seksuelt Misbrugte (2024c). *Relationer og grænser*.
<https://csm-danmark.dk/forskning/relationer-og-graenser/>
- CSM: Center for Seksuelt Misbrugte (2024d). *Risiko for nye overgreb*.
<https://csm-danmark.dk/seksuelle-overgreb/risikofornyeovergreb/>
- CSM: Center for Seksuelt Misbrugte (2024e). *Fysiske senfølger*.
<https://csm-danmark.dk/forskning/fysiske-senfolger/>
- Dansk Socialrådgiverforening. (2011). *Værdighed Retfærdighed Integritet Ansvar: Professionsetik*. DS's professionsetik.
<https://www.socialraadgiverne.dk/wpcontent/uploads/2017/05/2011-Professionsetik.pdf>
- En God Start (2024, 10. december). *Barnets udvikling 0-6 måneder*.
<https://engodstart.dk/barnets-psykiske-udvikling-0-6-maaneder/>

- Griffiths, S. (2019, 24. april). *The effect of childbirth no-one talks about*. BBC.
<https://www.bbc.com/future/article/20190424-the-hidden-trauma-of-childbirth>
- Guldager, J. (2015). Helhedssyn – teori og modeller på børne og familieområdet. I: K. Bo, B. Zeeberg & J. Guldager (Red.), *Udsatte børn – et helhedsperspektiv* (3. udgave s. 16-61). Akademisk Forlag.
- Guldager, J. & Skytte, M. (2013). *Socialt arbejde - teorier og perspektiver* (1. udgave) Akademisk forlag
- Høilund, P. & Juul, S. (2017). Anerkendelse og dømmekraft. I: *Socialt arbejde*. (2.udgave). Hans Reitzels Forlag
- Højholdt, A. (2009). *Den tværprofessionelle faglighed* (1. udgave). Hans Reitzels Forlag
- Juul, S. & Pedersen, K. B. (2012). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: en indføring*. Hans Reitzels Forlag
- Kvale, Steinar & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
- Rigshospitalet (2015, 10. november). *Tilknytning*. Rigshospitalet.
<https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/videnscenter-for-tidligt-foedte-boern/opvaeksten/Sider/Tilknytning.aspx>
- SDU (2022, 21. august). *Seksuelle overgreb som Danmarks største folkesundhedsmæssige problem*.
https://www.sdu.dk/da/forskning/videnscenter_for_psykotraumatologi/nyheder/seksuelle-overgreb-som-danmarks-stoerste-folkesundhedsmaessige-problem
- Servicestyrelsen (2008). *At blive mor*.
<https://landsforeningenspor.dk/wp-content/uploads/2019/02/Rapport-At-blive-mor.pdf>

- Social- og Boligministeriet (2024, 11. december). *Senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen.*
<https://www.sm.dk/arbejdsomraader/udsatte-voksne/senfoelger-efter-seksuelle-overgreb-i-barndommen-og-ungdommen>
- Social- & Boligstyrelsen (2022, 3. maj). *Om senfølger efter seksuelle overgreb.*
<https://www.sbst.dk/voksne/senfoelger-af-seksuelle-overgreb/om-senfoelger-af-seksuelle-overgreb>
- Social- og Boligstyrelsen (2023). *Anbefalinger til at arbejde traumebevidst i den sociale indsats med voksne.*
https://www.sbst.dk/Media/638288021843582519/15-75-06-26_Anbefalinger%20til%20at%20arbejde%20traumebevidst%20i%20den%20sociale%20indsats%20med%20voksne_2023.pdf
- Social- & Ældreministeriet (2021). *Handlingsplan til styrket indsats til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen.*
https://www.sm.dk/Media/637800834842769617/Handlingsplan_styrket_indsats_senfoelger_af_overgreb_t.pdf
- SPOR (2023). *Til mennesker med senfølger efter seksuelle overgreb og deres pårørende.*
https://landsforeningenspor.dk/wp-content/uploads/2023/11/21587-Senfoelger_TG.pdf
- SPOR (2024, 5. oktober). *Forældregrupper i Landsforeningen SPOR.*
<https://landsforeningenspor.dk/foraeldregrupper-i-landsforeningen-spor/>
- Stenstrup, C. & Højland, A. (2017). Tilknytning, prænatal tilknytning og familiedannelse – en relationel proces. *Jordemoderforeningen, 2017* (9).
<https://jordemoderforeningen.dk/journalarticles/tilknytning-pranatal-tilknytning-og-familiedannelse-en-relationel-proces/>
- Sundhedsstyrelsen (2021, 22. september). *Hvad betyder gravidens mentale helbred for barnets første leveår?*

<https://www.sst.dk/da/nyheder/2021/Hvad-betyder-gravides-mentale-helbred-for-barnets-foerste-leveaar>

- Sundhedsstyrelsen (2023, 20. april). *Familieambulatorier målrettet gravide*.
<https://www.sst.dk/da/Fagperson/Graviditet-og-smaaboern/Svangreomsorgen/Familieambulatorier>
- Teilmann, G.K. (2023, 23. februar). *Seksuelle overgreb mod børn*. Sundhed.
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke-hos-boern/sygdomme/socialpaediatri/seksuelle-overgreb-mod-boern/>
- White, M. (2006). Narrativ praksis og udpakning af identitetskonklusioner. I: *Narrativ praksis* (s. 172-182). Hans Reitzels forlag.
- Winge, S. (2024, 24. april). *Jeg ventede tre et halvt år på at få hjælp til senfølgerne af seksuelle overgreb*. Information.
<https://www.information.dk/debat/2024/04/ventede-tre-halvt-aar-paa-faa-hjaelp-senfoelgerne-seksuelle-overgreb>

Lovgivning

- Bekendtgørelse af lov om barnet. LBK nr. 890 af 2024-06-19. (2024)
- Bekendtgørelse af lov om databeskyttelse. LBK nr. 289 af 2024-03-08. (2024)
- Bekendtgørelse af lov om forvaltning. LBK nr. 433 af 2014-04-22. (2014)
- Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed. LBK nr. 1121 af 2019-11-12 (2019)
- Bekendtgørelse af lov om social service. LBK nr. 909 af 2024-07-03. (2024)
- Bekendtgørelse af lov om sundhed. LBK nr. 1015 af 2024-05-09. (2024)
- Bekendtgørelse af FN-konvention om Barnets Rettigheder af 20/11/1989. (1989)

Bilag

Bilag 1 – Samtykkeerklæring, Informant 1

16-10-24

Samtykkeerklæring

Projektansvarlige

Vi hedder Lisa & Julie.

Vi går på socialrådgiveruddannelsen på Københavns professionshøjskole. Og er tilknyttet linjen 'Tidlig indsats'.

Interviewets formål

Formålet med interviewet, er at give os som undersøgere, en dybere forståelse af senfølger efter overgreb, og hvordan disse eventuelt har påvirket/ påvirker informanten. Især i forbindelse med graviditeten og tiden efter fødslen. Derudover er vi interesserede i, hvordan vi som fagpersoner bedst kan støtte borgere, der oplever senfølger efter overgreb, samt hvordan vi kan afhjælpe den mulige berøringsangst, der kan være blandt professionelle.

Efterfølgende vil vi benytte vores data fra interviewet, til en del af analysen i vores bacheloropgave.

Fortrolighed og anonymisering

Vi behandler og opbevarer naturligvis dine svar og data fortroligt. For at sikre dig bedst muligt, arbejder vi med anonymiserede data både i analysedelen og i den efterfølgende formidling. Det vil derfor ikke være muligt at identificere dig som person i forbindelse med behandlingen af det, du siger i interviewet.

Samtykket

Jeg tilkendegiver med min underskrift nedenfor, at jeg er blevet informeret om projektet og dets indhold, og at de anonymiserede informationer må bruges til de formål, der er angivet ovenfor.

Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. Det gør du ved at sende en mail til: 10399911@kp.dk eller 10399922@kp.dk.


Underskrift

Bilag 2 – Samtykkeerklæring, Informant 2

29-10-24

Samtykkeerklæring

Projektansvarlige

Vi hedder Lisa & Julie.

Vi går på socialrådgiveruddannelsen på Københavns professionshøjskole. Og er tilknyttet linjen 'Tidlig indsats'.

Interviewets formål

Formålet med interviewet, er at give os som undersøgere, en dybere forståelse af senfølger efter overgreb, og hvordan disse eventuelt har påvirket/ påvirker informanten. Især i forbindelse med graviditeten og tiden efter fødslen. Derudover er vi interesserede i, hvordan vi som fagpersoner bedst kan støtte borgere, der oplever senfølger efter overgreb, samt hvordan vi kan afhjælpe den mulige berøringsangst, der kan være blandt professionelle.

Efterfølgende vil vi benytte vores data fra interviewet, til en del af analysen i vores bacheloropgave.

Fortrolighed og anonymisering

Vi behandler og opbevarer naturligvis dine svar og data fortroligt. For at sikre dig bedst muligt, arbejder vi med anonymiserede data både i analysedelen og i den efterfølgende formidling. Det vil derfor ikke være muligt at identificere dig som person i forbindelse med behandlingen af det, du siger i interviewet.

Samtykket

Jeg tilkendegiver med min underskrift nedenfor, at jeg er blevet informeret om projektet og dets indhold, og at de anonymiserede informationer må bruges til de formål, der er angivet ovenfor.

Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. Det gør du ved at sende en mail til:

10399911@kp.dk eller 10399922@kp.dk.



Underskrift

Bilag 3 – Samtykkeerklæring, Ekspertinterview

17-10-24

Samtykkeerklæring

Projektansvarlige

Vi hedder Lisa & Julie.

Vi går på socialrådgiveruddannelsen på Københavns professionshøjskole. Og er tilknyttet linjen 'Tidlig indsats'.

Interviewets formål

Formålet med interviewet, er at give os som undersøgere, en dybere forståelse af senfølger efter overgreb, og hvordan disse eventuelt har påvirket/ påvirker informanten. Især i forbindelse med graviditeten og tiden efter fødslen. Derudover er vi interesserede i, hvordan vi som fagpersoner bedst kan støtte borgere, der oplever senfølger efter overgreb, samt hvordan vi kan afhjælpe den mulige berøringsangst, der kan være blandt professionelle.

Efterfølgende vil vi benytte vores data fra interviewet, til en del af analysen i vores bacheloropgave.

Fortrolighed og anonymisering

Vi behandler og opbevarer naturligvis dine svar og data fortroligt. For at sikre dig bedst muligt, arbejder vi med anonymiserede data både i analysedelen og i den efterfølgende formidling. Det vil derfor ikke være muligt at identificere dig som person i forbindelse med behandlingen af det, du siger i interviewet.

Samtykket

Jeg tilkendegiver med min underskrift nedenfor, at jeg er blevet informeret om projektet og dets indhold, og at de anonymiserede informationer må bruges til de formål, der er angivet ovenfor.

Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. Det gør du ved at sende en mail til: 10399911@kp.dk eller 10399922@kp.dk.



Underskrift

Bilag 4 – Interviewguide, Borgere

Introduktion

- **Baggrundsinformation**

- Kan du fortælle lidt om dig selv og din baggrund?

Hoveddel

Erfaringer med senfølger efter overgreb

- **Senfølger og overgreb**

- Kan du beskrive dine oplevelser med senfølger efter overgreb?
- Hvordan har disse senfølger påvirket dig i overgangsfasen til forældreskab?
 - *Har de påvirket dig? Var det noget du tænkte over?*

- **Tanker og følelser**

- Hvilke tanker eller mulige bekymringer har du haft i forbindelse med graviditet og tiden efter fødslen?
- Hvordan har du håndteret disse følelser?

Støtte og interventioner

- **Modtaget støtte**

- Hvilken form for støtte har du modtaget under graviditeten og efter fødslen?
 - Var der noget rettet mod senfølger? (hvis hun var åben om det med sin jordemoder/læge)
- Hvilke aspekter af denne støtte har været mest hjælpsomme? og hvorfor?

- **Udfordringer**

- Hvilke udfordringer har du oplevet i denne proces?
- Hvordan har disse udfordringer påvirket dig og din familie (netværk, arbejdsliv og fritidsliv)

Forebyggelse og tværfaglig indsats

- **Forebyggelse af belastninger**

- Hvilke tidlige og målrettede tiltag tror du ville være mest effektive?
- Hvordan mener du, at vi kan forebygge at forværre de mulige fysiske, psykiske og sociale udfordringer som kommende forældre med senfølger efter overgreb i barndommen kan opleve?

- **Tværfaglig indsats**

- Hvordan kunne du forestille dig, baseret på dine erfaringer, at vi kunne opbygge en tværfaglig indsats?
 - Hvordan kunne en sådan indsats se ud med den viden, du har?
- Hvilke typer information og ressourcer ville være mest nyttige?
- **Stigmatisering**
 - Tror du, at en sådan indsats kunne være stigmatiserende?
 - Hvorfor eller hvorfor ikke?

Afslutning

- **Afsluttende bemærkninger**
 - Er der noget, du gerne vil tilføje, som vi ikke har dækket?
 - Tak for din tid og dine værdifulde indsigter.

Bilag 5 – Interviewguide, Fagpersoner

Introduktion

- **Præsentation af interviewer og formål med interviewet**
 - Forklar kort formålet med interviewet og hvad du håber at opnå.
 - Sikr samtykke til at optage interviewet og brug af data.
- **Baggrundsinformation**
 - Kan du fortælle lidt om dig selv og din faglige baggrund?

Hoveddel

Erfaringer med senfølger efter overgreb

- **Senfølger og overgreb**
 - Kan du beskrive dine erfaringer med at arbejde med borgere, der oplever senfølger efter overgreb?
 - Hvordan har du set disse senfølger påvirke borgere i overgangsfasen til forældreskab?
- **Tanker og følelser**
 - Hvilke tanker eller bekymringer har du observeret hos borgere i forbindelse med graviditet og tiden efter fødslen?
 - Hvordan har du set borgere håndtere disse følelser?

Støtte og interventioner

- **Modtaget støtte**
 - Hvilken form for støtte har du set være mest effektiv for borgere under graviditeten og efter fødslen?
 - Er der specifik støtte rettet mod senfølger, som du har erfaring med?
- **Udfordringer**
 - Hvilke udfordringer har du observeret hos borgere i denne proces?
 - Hvordan har disse udfordringer påvirket borgerne og deres familier?

Forebyggelse og tværfaglig indsats

- **Forebyggelse af belastninger**
 - Hvilke tidlige og målrettede tiltag mener du kunne være mest effektive?
 - Hvordan kan vi undgå at forværre de fysiske, psykiske og sociale udfordringer for kommende forældre med senfølger efter overgreb i barndommen?
- **Tværfaglig indsats**

- Hvordan kunne du forestille dig, baseret på dine erfaringer, at vi kunne opbygge en tværfaglig indsats?
- Hvordan kunne en sådan indsats se ud med den viden, du har?
- Hvilke typer information og ressourcer ville være mest nyttige?

Specifikke tiltag og materialer

- **Pjecer og screening**
 - Hvilken rolle tror du pjecer og screeningsværktøjer kunne spille i at støtte personer med senfølger efter overgreb?
- **Forebyggelse på forskellige niveauer**
 - Hvordan ser du på almen forebyggelse (primær, sekundær, tertiær)?
 - Hvor mener du, indsatsen skal ligge – i den almene befolkning eller mere specialiseret?

Stigmatisering og deling af erfaringer

- **Stigmatisering**
 - Tror du, at en sådan indsats kunne være stigmatiserende? Hvorfor eller hvorfor ikke?

Afslutning

- **Afsluttende bemærkninger**
 - Er der noget, du gerne vil tilføje, som vi ikke har dækket?
 - Tak for din tid og dine værdifulde indsigter.

Bilag 6 – Spørgeskema, Forældre med senfølger

Vi er 2 socialrådgiverstuderende, der er i gang med vores bachelorprojekt om kommende forældre med senfølger efter overgreb i barndommen. Vi håber derfor, at du kunne have lyst til at hjælpe os ved at udfylde nedenstående spørgeskema. Alt anonymiseres.

I spørgeskemaet ønsker vi at fokusere på tiden under graviditeten og lige efter fødslen. Dette, da vi ved, at store livsomvæltninger kan være en katalysator for, at senfølgerne forværres. Vi vil også gerne inddrage dine egne forestillinger om, hvilken hjælp du ville have ønsket at kunne få og fra hvem, om den gav mening ift. netop jeres behov, samt hvordan du tænker, støtten kan forbedres fremadrettet.

Hvis du kunne have lyst til at hjælpe os endnu mere, ved at stille op til et interview, ville vi være så taknemmelige, hvis du kontaktede os på enten 10399911@kp.dk eller 10399922@kp.dk.

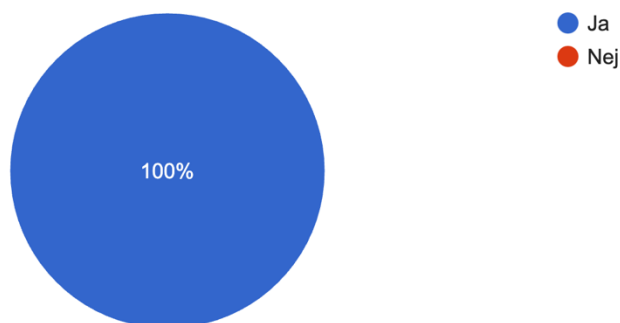
Interviews kan foregå fysisk, online (med sort skærm), over telefon eller hvordan du har det bedst med det. Disse bliver ligeledes anonymiseret.

Mange tak på forhånd!

Vi ser frem til at læse dine svar.

Giver du samtykke til brug af dine data i anonymiseret version?

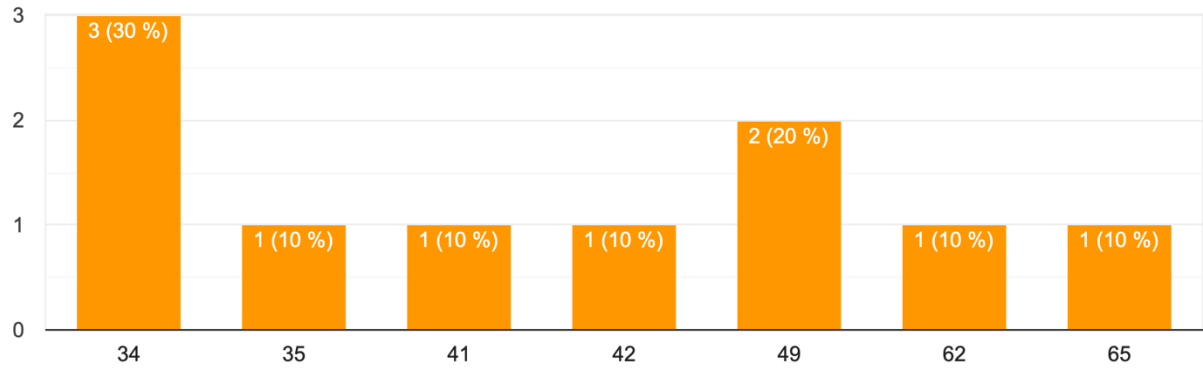
10 svar



BAGGRUND

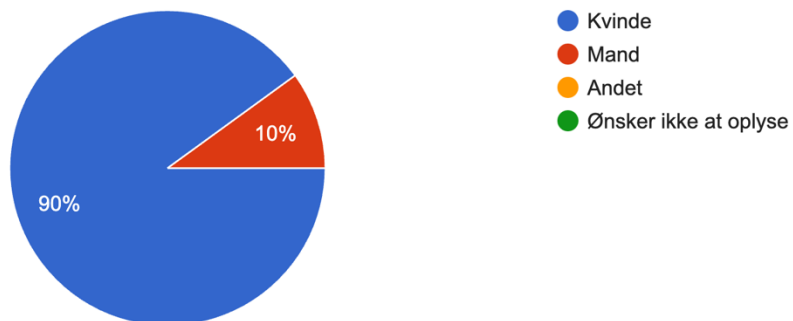
Alder

10 svar



Køn

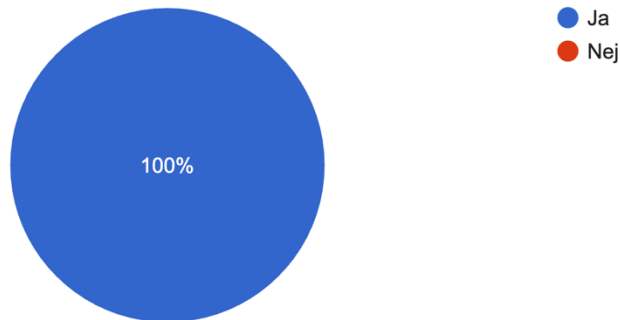
10 svar



ERFARINGER MED SENFØLGER

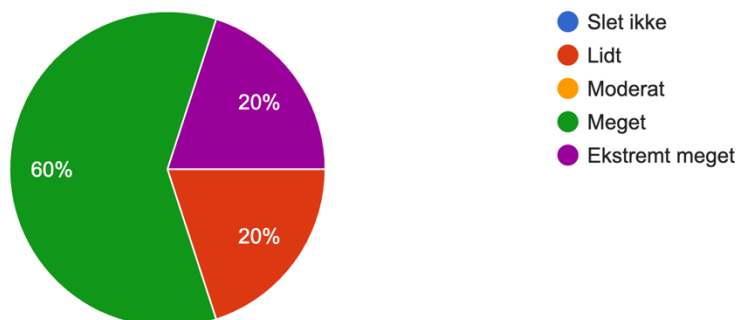
Har du oplevet senfølger efter overgreb?

10 svar



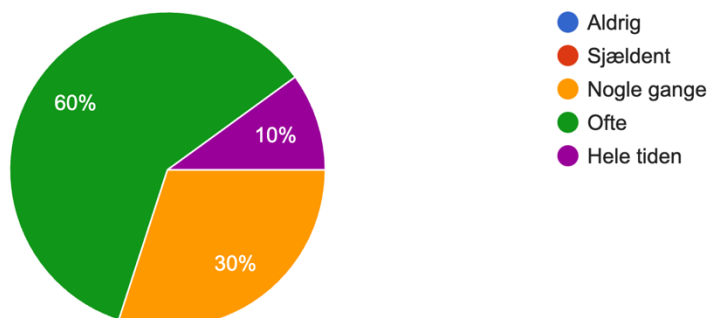
Har senfølgerne påvirket dig, mere end de plejer, i overgangsfasen til forældreskab?

10 svar



Hvor ofte har du oplevet bekymringer under graviditeten og efter fødslen, som du tror kan skyldes senfølgerne, i modsætning til gængse bekymringer i denne periode?

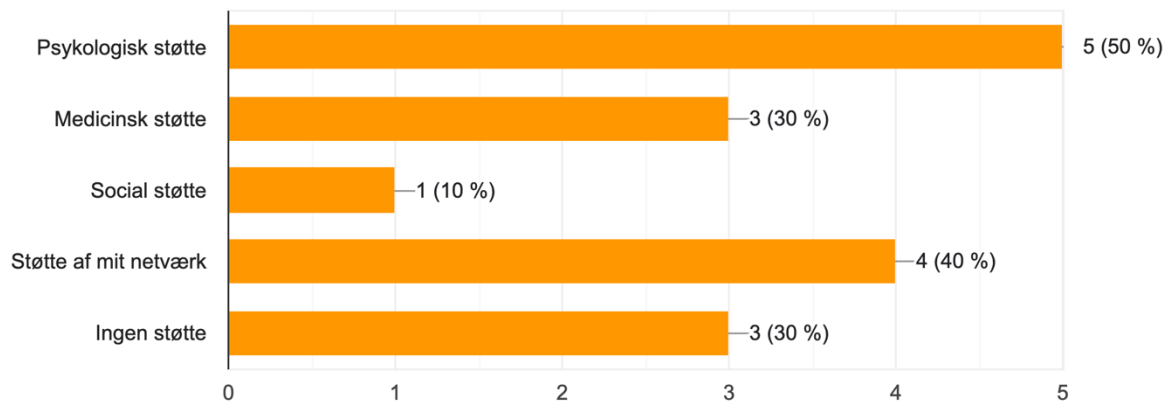
10 svar



STØTTE

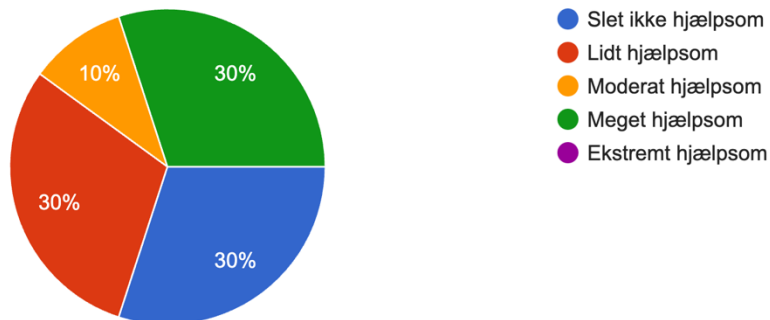
Hvilken form for støtte har du modtaget under graviditeten og efter fødslen? (Vælg alle der gælder)

10 svar



Hvor hjælpsom har du oplevet den modtagne støtte?

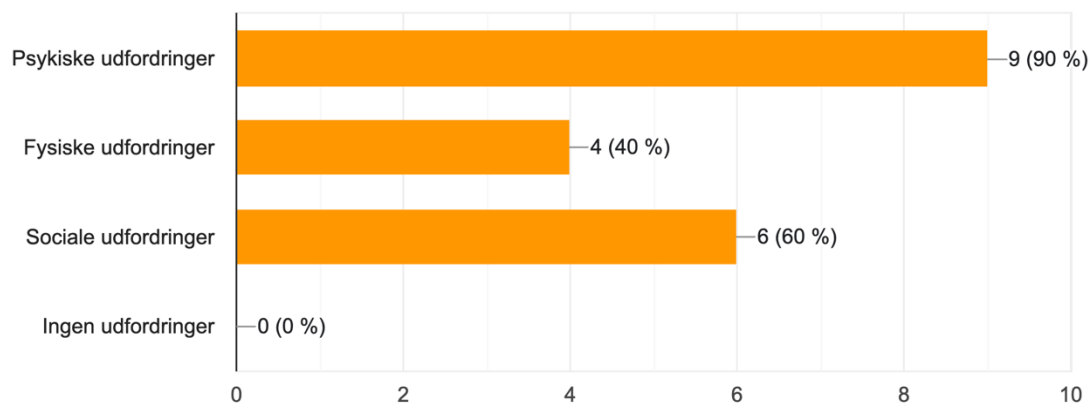
10 svar



UDFORDRINGER

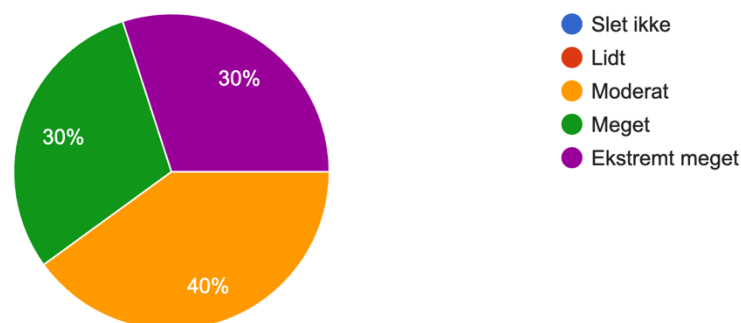
Hvilke udfordringer har du oplevet i denne proces? (Vælg alle der gælder)

10 svar



Hvor meget har disse udfordringer påvirket dig og din familie (netværk, arbejdsliv og fritidsliv)?

10 svar



Uddyb, hvordan udfordringerne har påvirket dig:

Jeg blev retraumatiseret under graviditet og fødsel af min søn. Jeg viste ikke det var det der skete, så jeg gik i flere år efter fødslen uden hjælp og støtte. Det har gjort at jeg har mistet kæreste, familie og venner fordi jeg har reageret og ageret ud fra de traumereaktioner jeg fik i forskellige situationer.

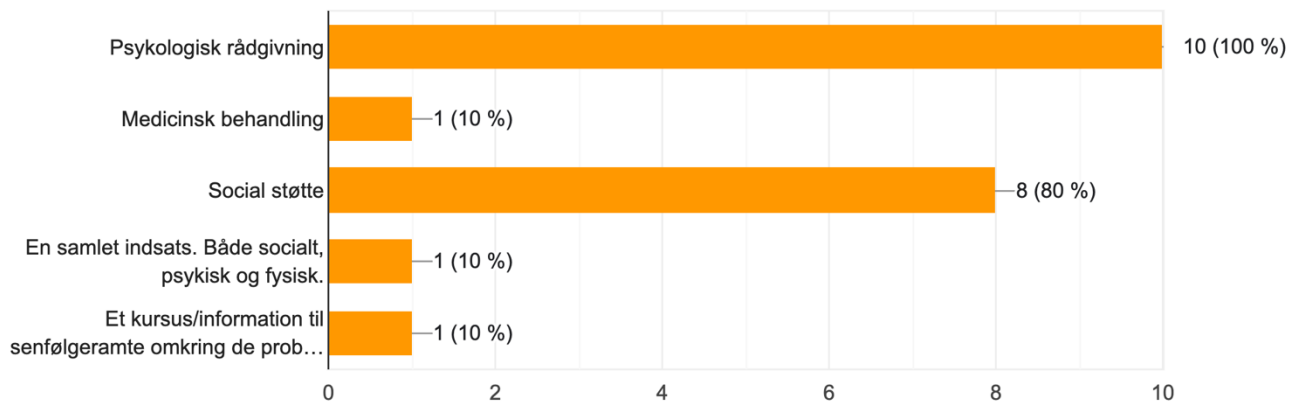
Berøringer, amning, enorm psykisk/fysisk træthed - udover det normalt forventet, følelsen af ikke at kunne være i egen krop, tanker om at være god nok, tanker om det kunne ske for mit barn, overskride egne behov, overspisning

| |
|--|
| <p>Jeg blev først rigtig klar over, at jeg levede med senfølger, da jeg fødte min søn og pludselig oplevede at blive overvældet af flashbacks. I tiden efter fik jeg en svær fødselsdepression med psykotiske symptomer. Jeg var panisk angst for at skulle vaske min nyfødte søn eller skifte ble på ham, fordi jeg var så bange for selv at komme til at gøre noget upassende ved ham. Jeg isolerede mig og oplevede desværre at der ikke rigtig var nogen der hjalp mig hverken fagpersoner eller folk i mit netværk.</p> |
| <p>Jeg har ikke længere kontakt til min ældste datter</p> |
| <p>Jeg havde mange angstanfald, især inden jeg skulle føde mit barn. Jeg var så bange for at skulle føde, da jeg ikke havde forbindelse med mit underliv, uden at få angst.</p> |
| <p>Rædsel for ikke at kunne etablere sund tilknytning</p> |
| <p>Mit svar er lidt todelt, da jeg fik tilbudt et forløb hos kommunen for unge forældre (det er 14 år siden) eller mødre hjem. Jeg sagde nej tak til mødre hjemmet, da jeg var utroligt bange for at de ville fjerne min søn. "Hjælpen" fra kommunen var ingen hjælp. Det følte som et pres og en mistænkeliggørelse som jeg havde utroligt svært ved at rumme. Der kom to damer fra kommunen for at tjekke om mit barn havde det godt nok, det første år af mit forældreskab. Det gjorde det svært at være den forældre jeg gerne ville være, fordi jeg altid var bange for at jeg gjorde noget forkert. Sideløbende havde jeg selv opsøgt en psykolog mens jeg var gravid. Hun var spædbørnspsykolog og havde også forstand på senfølger. Hun hjalp mig overordentlig meget. Da jeg begyndte at få mareridt om at begå overgreb mod min søn, bar Hun mig ganske blidt igennem, selvom jeg sad og kastede op og hulkede i hendes konsultationslokale. Hun hjalp mig også da jeg havde svært ved fysisk nærhed med min søn - amningen gik virkelig dårligt, fordi jeg ikke kunne slappe af, når han var tæt på mig. Hun forsikrede mig om at jeg var normal, og at jeg ikke begik overgreb mod ham ved at skifte ble, at amme ham, at kramme ham og at bade ham. De problemer jeg havde i forhold til ham var: fysisk nærhed, at skifte ble (fordi jeg skulle røre ham intimt), at amme, mareridt om at jeg selv begik overgreb, og min anoreksi blussede op igen.</p> |
| <p>Reagere hårdere på stress, der går over i depression. Derfor sygemeldinger.</p> |

TVÆRFAGLIGHED

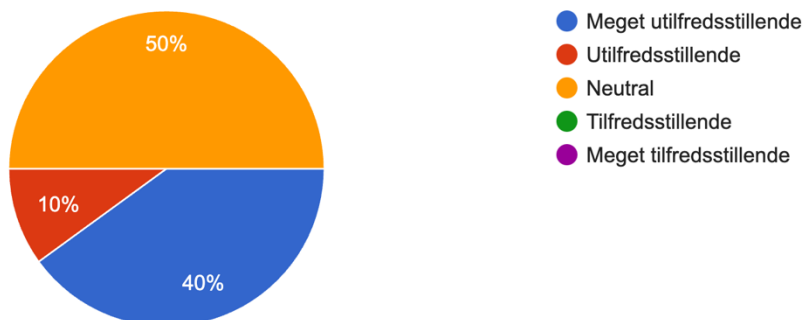
Hvilke tidlige og målrettede tiltag tror du ville være mest effektive? (Vælg alle der gælder)

10 svar



Hvordan oplever du, at samarbejdet blandt forskellige fagpersoner har været i forløbet?

10 svar



Ville det være relevant at styrke og udvide samarbejdet mellem de forskellige fagpersoner?

Begrund, hvorfor eller hvorfor ikke.

| |
|---|
| Ja, men kun hvis de fagpersoner er traumerbevidste og har kompetancerne til at støtte. |
| Ja, men det kræver at fagpersoner er bekendt med senfølgerne. Og at senfølger personen ved, man kan få hjælp og hvor. |
| Ja helt klart. Men først og fremmest skal de klædes på til at opdage at der overhovedet er et problem. Jeg fortalte det til min sundhedsplejerske, som forsøgte at hjælpe, men hun havde ikke rigtig kompetencerne til det og der var ingen koordinering mellem hende og min egen læge fx. Det ville have givet et meget bedre forløb, hvis de havde kunnet samarbejde. |

| |
|--|
| Ikke i mit tilfælde |
| ja alle med senfølger skal have den hjælp de har brug for og lige så længe de har brug for den |
| Ja, da det er vigtig, at psykologen og lægerne kender til de udfordringer der er. Det er svært, når man aftaler hjælpende tiltag med psykologen, når så lægerne på barselsgangen ikke kender til disse aftaler eller mener, at det ikke kan lade sig gøre. |
| Ja meget. Hvis samarbejdet var styrket ville jeg nok have undgået at blive underrettet til kommunen af de to damer i kommunens tilbud. Min søn ville ikke have øjenkontakt med den ene af dem, og det så hun som et meget stort tegn på omsorgssvigt. Heldigvis oplevede vuggestuen ikke det samme - og han er senere blevet diagnosticeret med autisme. |

Hvilke fordele og/eller ulemper kan du se ved et større fokus blandt fagpersoner på kommende forældre med senfølger efter overgreb i barndommen?

| |
|--|
| Der er kun fordele hvis de fagpersoner ved hvad det er og får undervisning i hvordan man er traumerbevidst - ellers kan det gøre mere skade end gavn. |
| Det er utroligt sårbart at fortælle andre. Men større fokus vil altid være vejen frem. |
| Jeg tænker primært der er fordele, i og med at man ville kunne opspore forældre med et øget behov for støtte og tilbyde noget ordentlig hjælp. |
| Jeg havde nok grædt mindre og følt mig mindre usikker, hvis jeg havde haft en at snakke med. |
| At der ikke bliver endnu en generation der skal lide under overgrebene |
| Bedre forståelse for os og vores reaktioner. Hjælp inden presset bliver for stor og det hele bliver uoverskuelig. |
| Ulempen er klart at de kan bestyrke hinanden i at mennesker med senfølger også selv har tendens til at begå overgreb - det er til stadighed en myte der flourerer på kommunens gange. Fordelen ville være at man kunne klæde den gravide og de pårørende bedre på til opgaven. |

AFSLUTNING

Er der noget, du gerne vil tilføje, som vi ikke har dækket?

| |
|---|
| Det er umuligt at svare ordenligt på et spørgeskema. Dette emne er så stort og i et spørgeskema kan I risikere at I ikke får et retvisende billede. I skal hellere interviewe nogle casepersoner. |
|---|

Dejligt der endeligt bliver sat focus på dette emne....det var der slet ikke da jeg fik børn....Tak til jer

Det vil være dejligt, hvis man kendte jordemoderen, som er tilsted ved fødslen, da det vil give tryghed.

MULIGT INTERVIEW

Er du interesseret i at stille op til et interview?

10 svar

