



Socialstyrelsen

Vidensopsamling om børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd

februar 2021

Viden til gavn

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

Download eller se rapporten på
www.socialstyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

ISBN: 978-87-94059-30-5

Forord

Børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd kan være en kompleks målgruppe, som kræver specialiseret udredning og behandling. Ofte kan en seksuelt grænseoverskridende adfærd være et tegn på, at man som barn eller ung mistrives, eller at man har andre vanskeligheder, der kræver særlig støtte.

Denne vidensopsamling følger op på erfaringerne med en landsdækkende indsats til målgruppen. Indsatsen blev oprettet som led i en række initiativer i overgrebspakken, der var en del af satspuljeaftalen for 2013.

Der er tre behandlingssteder, der tilbyder rådgivning om målgruppen samt udfører udredning og behandling som en del af den landsdækkende indsats til målgruppen. De tre behandlingssteder er: SEBA i Aalborg, Rådgivningscentret i Aarhus og JanusCentret i København og Odense.

Behandlingsstederne skal have en stor tak for deres bidrag til vidensopsamlingen.

Indholdsfortegnelse

Forord	1
Indledning	4
Formål	4
Baggrund	4
Sammenfatning	6
Kvantitativ analyse af klientgruppen	6
Klienternes oplevelse af behandlingen	8
Indsatsen i dag	8
Status på forankring af indsatsen	9
Kommunernes erfaringer med tilbud til målgruppen	9
Økonomisk analyse af udrednings- og behandlingsforløbene	9
Definitioner	12
Målgruppen	12
Seksuelle adfærdsproblemer	12
Metode	15
Fokusområder	15
Datakilder og metodiske overvejelser	16
Eksisterende viden på området	21
Viden om målgruppen	21
Viden om den landsdækkende indsats	22
Kvantitativ analyse af klientgruppen	23
Klientkarakteristika målt før forløb	23
Klienternes udvikling vedrørende sociale forhold, skolegang, kriminalitet og sundhed	32
Klienternes udvikling i trivsel	42
Opsamling	47
Oplevelse af behandlingen	48
Svar fra klienter	48
Svar fra omsorgspersoner	48
Opsamling	48

Indsatsen i dag	49
Udredning og behandling	49
Erfaringer med åbningen af JanusCentret Syd	56
Opsamling	58
Status på forankring af indsatsen	59
Antal gennemførte forløb	59
Status for hvert behandlingssteds forankring	62
Opsamling	66
Kommunernes erfaringer med tilbud til målgruppen	67
Kendskab til målgruppen	68
Kendskab til behandlingsstederne	68
Benyttelse af behandlingsstederne	69
Kommunernes forslag til forbedring af indsatsen over for børn og unge i målgruppen	73
Opsamling	75
Økonomisk analyse af udrednings- og behandlingsforløbene	76
Omkostningsvurdering	76
Budgetøkonomisk analyse	79
Opsamling	89
Litteraturliste	90
Bilag	93
Bilag 1: Register- og variabeloversigt	93
Bilag 2: Konstruktion af kontrolgruppe	100
Bilag 3: Supplerende tabeller til den kvantitative analyse	102
Bilag 4: Supplerende tabeller til den økonomiske analyse	103

Indledning

Formål

Formålet med vidensopsamlingen er at følge op på erfaringerne med indsatsen for børn og unge med seksuelt bekymrende og krænkende adfærd.

Socialstyrelsen har fået i opdrag at lave en registerbaseret undersøgelse af udviklingen hos de børn og unge, der har været i udredning og behandling. Desuden skal karakteristika om målgruppen hos de tre behandlingssteder afdækkes.

Derudover skal der laves beregninger af de økonomiske konsekvenser ved den specialiserede indsats med anvendelse af Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM).

Endelig skal der følges op på andre forhold af betydning for den videre indsats, herunder erfaringerne med et nyt behandlingssted i Region Syddanmark.

Vidensopsamlingens fokusområder, datakilder mv. uddybes i kapitlet *Metode*.

Baggrund

Den nationale indsats over for børn og unge med seksuelt grænseoverskridende adfærd bliver oprettet som et initiativ under overgrebspakken, der løber fra 2013 til 2016.

I efteråret 2012 bliver satspuljepartierne enige om at afsætte 268 mio. kr. til udmøntning af overgrebspakken. Med overgrebspakken besluttet det at ændre lovgivningen og igangsætte en række initiativer, så børns mistro bliver opdaget og håndteret tidligere. Et af overgrebspakkens initiativer er projektet *Børn, der krænker andre børn*.

Baggrunden for oprettelsen af projektet er, at *Ekspertpanelet om overgreb mod børn* anbefaler en styrket indsats over for børn og unge, der krænker andre børn. Intentionen er, at børnenes krænkeradfærd stoppes, så en krænkeradfærd i voksenlivet forebygges:

Børn, der selv udviser krænkeradfærd kan have brug for særlig støtte og behandling. Børn og unge med krænkende adfærd kan således have brug hjælp til at stoppe denne adfærd via en psyko-social indsats, som forebygger udvikling af et mere fast krænker mønster i voksenlivet. Indsatsen kan dermed også ses som led i den forebyggende indsats. (Ekspertpanel om overgreb mod børn, 2012)

Der gives midler til en styrkelse af indsatsen over for børn og unge med seksuelt grænseoverskridende adfærd, blandt andet med henblik på at udvikle en landsdækkende indsats. Indsatsen bevilges 7 mio. kr. årligt (finansloven, 2013, § 15.25.11.30).

Tilskudsmodtagerne er to kommunale behandlingssteder, Rådgivningscentret i Aarhus (dengang Projekt JUNO) og SEBA i Aalborg (dengang Projekt SEBA) samt den selvejende

institution JanusCentret i København. Tilsagnene om tilskud gives i september 2013, hvorfor den landsdækkende indsats reelt starter op i 2014.

Med aftalen om overgrebspakken bliver det også besluttet, at der skal laves en erfaringsopsamling af projektet. Erfaringsopsamlingen bliver udarbejdet af KORA (nu VIVE) og bliver offentliggjort i marts 2017.

På baggrund af KORA's erfaringsopsamling bliver det med finansloven for 2018 besluttet at afsætte midler til oprettelsen af et nyt behandlingssted for kommunerne i Region Syddanmark (Finansloven, 2018, § 15.25.11.30). Behandlingsstedet skal drives af JanusCentret. Tilbuddet placeres i Odense og åbner i februar 2018.

Derudover får Socialstyrelsen til opgave i 2020 at udarbejde denne vidensopsamling om målgruppen og den specialiserede indsats samt i 2021 at gennemføre oplysningsaktiviteter om målgruppen.

Sammenfatning

I det følgende præsenteres en sammenfatning af vidensopsamlingens resultater.

Kvantitativ analyse af klientgruppen

Den kvantitative analyse bygger på data om 162 børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd, der har været i udredning og/eller behandling ved JanusCentret, SEBA eller Rådgivningscentret i perioden 2014-2016.

Opgørelser af klientgruppens baggrundsforhold viser, at 83 pct. af klienterne er drenge. Klienterne er op til 20 år. Størstedelen af klienterne er i aldersgruppen 6-15 år (84 pct.).

Samlet set har 65 pct. af klienterne udvist seksuelt krænkende adfærd, og de resterende 35 pct. har udelukkende udvist seksuelt bekymrende adfærd.

Der tegner sig et billede af en klientgruppe, der i høj grad er udsat for omsorgssvigt og overgreb. Samlet set har 69 pct. af klienterne været udsat for fysisk vold, psykisk vold og/eller seksuelle overgreb, hvoraf fysisk og psykisk vold forekommer hyppigst. Desuden kommer 36 pct. af klienterne fra hjem karakteriseret af seksuel grænseløshed.

Over halvdelen af klienterne (52 pct.) er registreret med en psykiatrisk diagnose inden visitation til behandlingsstedet, hvoraf ADHD er hyppigst forekommende. 22 pct. af klienterne er registreret med mere end én psykiatrisk diagnose. Desuden er 63 pct. af klienterne registreret med sociale problemer, såsom udadreagerende adfærd og skolefravær, og 43 pct. af klienterne har en IQ, der er under gennemsnittet for alderen.

En analyse af klienternes udvikling vedrørende sociale forhold viser, at klienter, der har været i udredning og/eller behandling, modtager flere foranstaltninger efter forløbsafslutning sammenlignet med en statistisk konstrueret sammenligningsgruppe, der ikke har været visiteret til et af behandlingsstederne i 2014-2016. Eksempelvis stiger andelen af klientgruppen, der anbringes uden for hjemmet, fra 26 pct. før visitation til 39 pct. efter visitation, hvorimod der stort set ingen udvikling ses for kontrolgruppen. Det indikerer ikke nødvendigvis et større behov for foranstaltninger hos børn og unge, der har været i udredning og/eller behandling, men kan fx også indikere, at behovet for foranstaltninger i højere grad opdages hos klienter, der har modtaget udredning og/eller behandling.

Der er indgivet underretninger på en mindre andel af klientgruppen (19 pct.) end kontrolgruppen (32 pct.) i perioden 1-2 år efter forløbsafslutning. Dette kan være et tegn på en positiv ændring i klientens adfærd eller på, at klienten har fået bedre opvækstvilkår fx i hjemmet. Analysen viser desuden, at der er indgivet underretninger på en større andel klienter visiteret med seksuelt krænkende adfærd (24 pct.) sammenlignet med klienter visiteret med udelukkende seksuelt bekymrende adfærd (11 pct.).

Opgørelser vedrørende skolegang viser, at klientgruppen har en samlet registreret skolefraværsprocent på 8,7 målt i perioden 1-3 år efter forløbsafslutning, mens det tilsvarende

tal for landsgennemsnittet er 5,7. Skolefravær skal dog tolkes med yderst varsomhed som følge af forskellig registreringspraksis på tværs af kommuner og skoler og som følge af en lav populationsstørrelse. Den kvantitative analyse viser, at der ikke er forskel mellem klientgruppen og kontrolgruppen med hensyn til andelen, der har gennemført 9. klasse.

En mindre andel af klientgruppen (16 pct.) er dømt eller sigtet for forskellige typer af kriminalitet i perioden 1-3 år efter forløbsafslutning sammenlignet med kontrolgruppen (24 pct.).

Klienter, der har været i forløb ved et af de tre behandlingssteder, henvises i øvrigt i højere grad til psykiatrien, end der er tilfældet for kontrolgruppen. Øget kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen betyder ikke nødvendigvis, at klienterne har mere udbredte psykiske problemer end kontrolgruppen. Den øgede kontakt kan fx også indikere, at behovet for psykiatrisk hjælp i højere grad opdages og imødekommes. Det fremgår desuden, at en større andel af klienter med seksuelt krænkende adfærd (48 pct.) kommer i kontakt med psykiatrien efter forløbsafslutning sammenlignet med dem, der udelukkende har udvist bekymrende adfærd (33 pct.).

Flere klienter (34 pct.) diagnosticeres med minimum én psykiatrisk diagnose 0-2 år efter forløbsafslutning sammenlignet med kontrolgruppen (22 pct.). Den hyppigst forekommende diagnose er ADHD, som 29 pct. af klienterne og 15 pct. af kontrolgruppen har fået i perioden efter forløbsafslutning.

Ovenstående kvantitative analyseresultater skal dog læses med visse forbehold. Blandt andet er der ikke kendskab til, hvilke indsatser børnene og de unge i kontrolgruppen eventuelt kan have modtaget. Det vides eksempelvis ikke, om kontrolgruppen er opstartet i udredning og/eller behandling ved et af de tre behandlingssteder efter 2016.

Desuden kan en udvikling for klientgruppen ikke nødvendigvis tolkes som en kausal effekt af klienternes forløb på behandlingsstederne. Til de kvantitative analyser i vidensopsamlingen er der udarbejdet en statistisk kontrolgruppe, der ud fra registerdata minder så meget om klientgruppen som muligt. Dette er gjort ved hjælp af den kvasi-eksperimentelle metode propensity score matching (herefter matching), men det kan ikke garanteres, at klient- og kontrolgruppen er tilpas sammenlignelige på alle relevante parametre. Matching er imidlertid en god statistisk metode til at tilnærme sig kausale effekter af en indsats, når der ikke foreligger et randomiseret kontrolleret studie, men metodens resultater skal altid holdes op imod det tilgængelige datagrundlag.

I vidensopsamlingen præsenteres også data om klienternes udvikling i trivsel målt med Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), som er et forskningsbaseret og valideret screeningsværktøj i spørgeskemaform. Trivselsmålingerne viser, at klienter og forældre oplever, at klienternes trivselsproblemer falder en smule fra før udrednings- eller behandlingsforløbets start til behandlingsforløbets afslutning. Omvendt oplever de professionelle omkring barnet (fx lærere eller pædagoger), at klienternes grad af trivselsproblemer stiger en smule. Stigningen kan indikere, at de professionelle er blevet mere opmærksomme på klientens trivselsudfordringer undervejs i klientens forløb. Det kan således ikke udledes, at behandlingen har en negativ effekt på klienternes trivsel.

Trivselsmålingerne viser yderligere, at både klienter, forældre og professionelle oplever, at forløb ved de specialiserede behandlingssteder er til gavn for klienternes oplevede problemer, og at forløbene er gavnlige på andre måder, fx ved at tilvejebringe ny viden eller gøre det lettere at leve med problemerne.

Klienternes oplevelse af behandlingen

Kvalitative besvarelser fra 11 børn og unge, der har været i behandling i SEBA, viser, at klienterne efter forløbet oplever at have lært sig selv bedre at kende, og/eller at de har lært om andres grænser.

Når man spørger barnets nære omsorgspersoner, hvordan barnet eller den unge har det efter et forløb, svarer de fleste, at barnet eller den unge er blevet bedre til at sætte ord på hændelser og følelser eller har fået mere ro og er gladere.

Besvarelserne indikerer, at et behandlingsforløb på et behandlingssted som SEBA bidrager med positive oplevelser blandt klienter og nærmeste omsorgspersoner.

Indsatsen i dag

Interviews med behandlingsstederne viser blandt andet, at alle tre behandlingssteder tilbyder forløb med udredning af varierende længde, hvor følgende metoder kan anvendes: Psykologisk testning, klinisk interview, anamnese, netværkssamtale og/eller risikovurdering.

Idet mindre omfangsrige modeller oftere anvendes end tidligere, er der sket en udvikling i behandlingsstedernes udredningspraksis siden KORA's erfaringsopsamling fra 2017 (KORA, 2017). Særligt JanusCentret og Rådgivningscentret giver udtryk for, at de har justeret deres udredningsmodeller i de senere år.

Derudover tilbyder alle tre behandlingssteder individuel behandling, netværksforløb samt mediation. Eftersom det ikke var alle behandlingssteder, der havde gennemført individuel behandling eller mediationer i indsatsens første år, har der også været en udvikling siden KORA's erfaringsopsamling på dette område.

JanusCentret er imidlertid fortsat det eneste behandlingssted, der har gennemført gruppeforløb for denne målgruppe, og SEBA er fortsat det eneste behandlingssted, som har egentlige pakker med konsultative forløb for myndighedsrådgiver, forældre og/eller netværk.

Interview med JanusCentret viser desuden, at der kan peges på en række anbefalinger og opmærksomhedspunkter i forbindelse med åbningen af et nyt behandlingssted. Således har JanusCentret gjort sig erfaringer med hensyn til blandt andet etablering af de fysiske rammer og opbygning af samarbejdet mellem de to afdelinger.

Eksempelvis har JanusCentret gode erfaringer med at have en fælles visitation, hvor sekretæren i København også dækker Odense-lokationen. Dette kan være med til at binde afdelingerne sammen til én samlet organisation.

Status på forankring af indsatsen

En opgørelse over antal afsluttede forløb¹ viser, at SEBA i perioden 2014-2019 har haft 30 udredningsforløb og 16 forløb med behandling inklusiv forudgående udredning.

Rådgivningscentret har haft 31 udredningsforløb og 17 forløb med behandling inklusiv forudgående udredning. Derudover har Rådgivningscentret haft 27 forløb med behandling uden forudgående udredning i årene 2014-2019.

JanusCentret har i perioden haft 151 udredningsforløb og 47 forløb med behandling og forudgående udredning.

En status på de enkelte behandlingssteders organisering viser, at de har forskellige udgangspunkter for deres arbejde med målgruppen. Eksempelvis er et af behandlingsstederne selvejende og to af behandlingsstederne kommunalt forankret, og det er forskelligt, hvor mange ansatte hvert behandlingssted har.

Statussen peger derudover på, at alle tre behandlingssteder er i tvivl om, hvorvidt kommunerne har betalingsvilje til at dække de fulde omkostninger til indsatsen, såfremt den statslige medfinansiering bortfalder.

Kommunernes erfaringer med tilbud til målgruppen

Interviews med udvalgte kommuner viser, at samtlige interviewede myndighedsafdelinger har kendskab til mindst et af behandlingsstederne.

Interviewene viser også, at der er en række faktorer, såsom sagens alvorsgrad, der har betydning for, at kommuner vælger at anvende behandlingsstederne. Ligeledes er der en række faktorer, såsom afstand til nærmeste behandlingssted, som har betydning for, at kommuner fravælger behandlingsstederne.

Desuden foreslår kommunerne at styrke indsatsen med øget fokus på udbredelse af procedurer og handleanvisninger på området samt af specialiseret viden om målgruppen. Kommunerne efterspørger desuden billigere og mere lettilgængelige tilbud samt tilbud uden ventetid.

Økonomisk analyse af udrednings- og behandlingsforløbene

En analyse af omkostningerne ved indsatsen estimerer, at den gennemsnitlige pris pr. klient på tværs af behandlingssteder og sagstyper (udredning og/eller behandling) er 72.000 kr. (2020-priser).²

¹ I behandlingsstedernes sagsstyringssystem har der været usikkerhed om nogle af registreringerne, hvorfor tallene skal anvendes med en vis forsigtighed. Dette uddybes i selve kapitlet.

² Den samlede gennemsnitlige pris på 72.000 kr. overstiger både den gennemsnitlige udrednings- og behandlingspris, da ca. 32 pct. af klienterne både visiteres til udredning og behandling.

Udredning koster i gennemsnit ca. 63.000 kr. pr. klient. På tværs af behandlingsstederne er der et spænd på ca. 9.000 kr., hvor prisen er lavest i SEBA (ca. 56.000 kr. pr. klient) og højest i JanusCentret (65.000 kr. pr. klient).

Behandling koster i gennemsnit ca. 28.000 kr. pr. klient. Hos SEBA findes den laveste gennemsnitspris for behandling (ca. 21.000 kr. pr. klient), mens den højeste gennemsnitspris for behandling findes i Rådgivningscentret (ca. 34.000 kr. pr. klient). Prisforskellen mellem de to behandlingssteder er på knap 13.000 kr.

Der kan være usikkerheder forbundet med resultaterne. Dette skyldes, at hvert enkelt forløb kan variere i ydelser og dermed også priser. Gennemsnitsomkostningerne er derfor et skøn. Desuden er priserne ikke sammenlignelige på tværs af behandlingsstederne, da behandlingsstederne tilbyder forskellige ydelser.

En budgetøkonomisk analyse viser et samlet negativt nettoresultat for det offentlige på ca. 86 mio. kr. (nutidsværdi, 2020-priser) over tidsperioden 2014-2018. Foruden omkostningerne til drift af behandlingsstederne er resultatet primært drevet af et øget forbrug til sociale foranstaltninger i kommunalt regi for klienter i udredning og/eller behandling relativt til en kontrolgruppe, der ikke har modtaget det specialiserede tilbud i den pågældende periode. Dvs. at kommunernes udgifter til sociale foranstaltninger er højere for klientgruppen end for kontrolgruppen. Derimod er udgifterne på områderne efterværn samt politi, retsvæsen og kriminalforsorg lavere for klientgruppen end kontrolgruppen.

Det skal påpeges, at omkostninger afholdt af staten er overestimerede, da de inkluderer aktiviteter, der går ud over udredning og behandling af børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd, såsom rådgivning til fagpersoner. Det betyder, at nettoresultatet for staten og det samlede nettoresultat for det offentlige for drift af udrednings- og behandlingstilbuddene reelt er mindre negativt, end beregningen angiver.

Den budgetøkonomiske beregning tager ikke højde for forhold som øget trivsel. Desuden er der kun beregnet konsekvenser relateret til klienterne – og derved ikke potentielle positive konsekvenser for børn og forældre som følge af udrednings- og behandlingsforløbene. Et negativt nettoresultat er således ikke ensbetydende med, at det ikke kan være godt givet ud at investere i udredning og behandling til børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd.

Der kan desuden kun ses konsekvenser for en femårig periode, hvorfor konsekvenser på langt sigt ikke indgår i analysen. Hvis udrednings- og behandlingstilbuddene eksempelvis viser sig at øge sandsynligheden for, at klienterne kommer i beskæftigelse, vil nettoresultatet på sigt øges som følge heraf. Dette forudsætter dog en fremtidig budgetøkonomisk analyse, hvor klienterne følges over længere tid, end hvad der er muligt i denne beregning.

Opsummerende kan det siges, at den kvantitative analyse peger på, at der efter forløbsafslutning er en række forskelle på klientgruppen og kontrolgruppen med hensyn til brugen af offentlige ydelser. Klientgruppen modtager fx oftere sociale foranstaltninger og bliver oftere diagnosticeret med blandt andet ADHD. Den økonomiske analyse viser således også, at

der kan være negative økonomiske konsekvenser på disse områder, netop som følge af et større forbrug af offentlige ydelser.

Analyserne viser imidlertid også, at de kommunale myndighedsafdelinger modtager færre underretninger om klientgruppen sammenholdt med kontrolgruppen, og at klienterne ikke lige så ofte sigtes eller dømmes for kriminalitet. Udrednings- og behandlingsforløb kan altså på kort sigt være en udgift for den offentlige sektor, men på længere sigt kan forløbene muligvis få en positiv betydning for klientgruppens forbrug af offentlige ydelser, når man sammenholder deres udvikling med en kontrolgruppe.

Definitioner

I dette kapitel præsenteres en gennemgang af centrale begreber i rapporten.

Målgruppen

Vidensopsamlingen omhandler behandlingsstedernes tilbud til børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd.

Når der i vidensopsamlingen refereres til "klientgruppen", er der tale om de børn og unge, som har modtaget en indsats ved et af behandlingsstederne. Når der refereres til "målgruppen", henvises der, medmindre andet er anført, til alle børn og unge med seksuelt bekymrende og krænkende adfærd, som kunne være i målgruppen for en indsats ved behandlingsstederne.

Behandlingsstedernes klienter er typisk i alderen 4-18 år.³

Seksuelle adfærdsproblemer

Behandlingsstederne skelner mellem de to begreber "seksuelt bekymrende adfærd" og "seksuelt krænkende adfærd" (i modsætning til en normativ seksuel adfærd). Begreberne uddybes nedenfor, men generelt kan det siges, at der ikke ligger et medicinsk eller psykologisk syndrom bag seksuelle adfærdsproblemer (Chaffin et al., 2008: 200).

Når en seksuel adfærd betegnes som bekymrende eller krænkende, skyldes det, at den overskrider, hvad der anses for socialt acceptabelt i samfundet (Chaffin et al., 2008: 200). I vidensopsamlingen anvendes således også det overordnede begreb "seksuelt grænseoverskridende adfærd". Det omfatter både den seksuelt bekymrende og den seksuelt krænkende adfærd.

Seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd kan være selvfokuseret eller involvere andre børn. Eksempelvis kan onani være en del af en bekymrende adfærd, hvis den er tvangspræget, men onani kan også være krænkende, hvis onanien gennemføres med eller på et offer.

JanusCentret har udviklet et bekymringsbarometer, som kan anvendes til at vurdere barnets seksuelle adfærd med udgangspunkt i forskellige alderstrin (JanusCentret, u.å.a).

Bekymringsbarometret angiver også, hvordan den voksne overordnet set bør handle, alt afhængigt af bekymringsgraden.

Seksuelt bekymrende adfærd

Behandlingsstedets vurdering af, hvor bekymrende den seksuelle adfærd er, afhænger af klientens alder, funktionsniveau, mentale udvikling og seksuelle udviklingsstadium samt adfærdens alvor (JanusCentret, 2019: 22).

³ I ganske få tilfælde tilbydes udredning og/eller behandling til unge over 18 år. Behandlingsstederne oplyser, at dette sker undtagelsesvist. Det vil typisk være i sager, hvor den unge har et lavt intellektuelt funktionsniveau, eller hvis klienten er henvist som 17-årig, men når at fylde 18 år inden opstart.

Seksuelt bekymrende adfærd kan blandt andet omfatte seksualiserende adfærd, dvs. "en ekstrem, konstant og/eller ikke alderssvarende interesse for seksualitet, hvilket eksempelvis kan være tilfældet, når en klient finder almene ting seksuelt stimulerende eller er ekstremt optaget af eksempelvis kønsorganer" (JanusCentret, 2019: 24).

Verbalt krænkende adfærd kan også være bekymrende, når "klienten bruger voldsomt og seksuelt nedladende sprog og/eller har en indladende adfærd overfor andre, hvor neutrale emner tillægges seksuelt indhold" (JanusCentret, 2019: 24).

Bekymrende seksuel adfærd kan desuden vise sig som bekymrende seksuelle fantasier eller bekymrende seksuel viden, fx når barnets viden ikke er alderssvarende (JanusCentret, 2019: 24, 60).

Derudover kan et barn eller en ung udvise seksuelt bekymrende adfærd via blottelser og andre blufærdighedskrænkelser eller såkaldt frottage, dvs. når barnet eller den unge fx gnider sig med genstande for at opnå seksuel tilfredsstillelse (JanusCentret, 2018: 23).

Af andre seksuelt bekymrende handlinger kan nævnes hyperonani, overværelse af porno/børneporno eller overgreb på dyr (JanusCentret, 2019: 24).

Seksuelt bekymrende adfærd kan i øvrigt være relateret til brugen af medier, eksempelvis som seksualiserende beskeder (sexting), deling på sociale medier af foto/video af sig selv med seksuelt indhold eller opfordring til seksuel kontakt på nettet via chatfora (JanusCentret, 2019: 24).

Seksuelt krænkende adfærd

Seksuelt krænkende adfærd vil altid involvere et eller flere ofre. Barnet eller den unge kan dog udvise seksuelt bekymrende adfærd samtidig med – eller forud for – den krænkende handling.

De tre behandlingssteder har en forskellig afgrænsning af børn og unge med seksuelt krænkende adfærd. Dog vil der for alle tre behandlingssteders vedkommende altid være tale om en konkret vurdering. Hos JanusCentret indbefatter målgruppen børn og unge, der har krænket et barn eller er i risiko for at krænke børn. Børn defineres i udgangspunktet som børn op til 12 år eller unge, der modenhedsmæssigt svarer hertil. I SEBA og Rådgivningscentret inkluderer målgruppen derimod også klienter, der har krænket unge jævnaldrende eller er i risiko herfor. Det er imidlertid sjældent, at kommunerne visiterer den sidstnævnte gruppe.

Ifølge behandlingsstederne kan seksuelt krænkende adfærd over for yngre børn og jævnaldrende "dække over mange forskellige typer af adfærd, herunder blottelse af kønsdele, upassende seksuelle berøringer, simulering af seksuelle handlinger, påtvungen seksuel ageren eller påtvungen eksponering for seksuelt materiale, online deling af seksuelt materiale samt deciderede seksuelle overgreb herunder penetration" (JanusCentret, 2019: 19).

Når adfærden er rettet mod et eller flere ofre, kan det karakteriseres som et seksuelt overgreb. JanusCentret skriver i deres statusrapport for 2003-2018, at der er tale om et overgreb, "når et barn inddrages i seksuelle aktiviteter, som det ikke kan forstå rækkevidden af,

udviklingsmæssigt ikke er parat til, og derfor ikke kan give tilladelse til, og/eller aktiviteter af denne karakter, der overskrider samfundets sociale eller retslige normer (Kempe, 1978)" (JanusCentret, 2019: 17).

Et overgreb kendetegnes ved, at der er en ubalance i magtforholdet mellem offer og krænker, eksempelvis med hensyn til alder og modenhed. Ofte vil overgrebet også være omgærdet af hemmeligholdelse, skam, trusler mv. (JanusCentret, 2019: 22).

I vurderingen af et overgreb skelnes der mellem "overgreb af typen 'hands on' såsom berøring, frottage, penetration samt forsøg herpå og 'hands off' såsom blufærdighedskrænkelser som blottelser og offentlig onani, voyeurisme samt verbalt krænkende adfærd" (JanusCentret, 2019: 22).

Seksuelt bekymrende onlineadfærd

Behandlingsstederne har gennem de senere år haft et øget fokus på det, de kalder seksuelt bekymrende onlineadfærd.

Overordnet set kan adfærden inddeles i to typer: 1) offerfokuseret onlineadfærd, hvor klienten udsætter en anden for overgreb, og 2) selvskadende onlineadfærd, hvor klienten via sin adfærd primært udsætter sig selv for skadende handlinger (JanusCentret, 2019: 53).

Emnet er et særtema i JanusCentrets statusrapport for 2003-2018.

Metode

De i vidensopsamlingen anvendte metoder samt deres begrænsninger beskrives i dette kapitel.

Først gennemgås de tre områder, som vidensopsamlingen har haft fokus på, herunder de datakilder, der er anvendt. Derefter præsenteres metodiske overvejelser og opmærksomhedspunkter i forbindelse med analysen og vidensopsamlingen generelt.

Fokusområder

Vidensopsamlingen har tre fokusområder, der forklares i det følgende. Under hvert fokusområde oplistes de datakilder, der har været anvendt til at belyse området.

De tre fokusområder er:

- 1) Viden om målgruppen og indsatsen
- 2) Status på forankring af indsatsen
- 3) Kommunernes erfaringer med tilbud til målgruppen

Emnerne i fokusområde 1 er vidensopsamlingens primære genstandsfelt, jf. formålet med undersøgelsen. Derfor vil hovedparten af vidensopsamlingen behandle disse emner, og det er under dette fokusområde, der er flest datakilder tilknyttet.

1. Viden om målgruppen og indsatsen

I vidensopsamlingens kapitel *Kvantitativ analyse af klientgruppen* indgår en beskrivelse af målgruppens karakteristika baseret på data indsamlet fra behandlingsstederne. Blandt andet præsenteres baggrundskarakteristika som køn og alder samt karakteristika relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau.

Det er derudover undersøgt, hvordan børnene og de unge klarer sig senere i livet. Der er lavet en registerbaseret analyse af børnenes udvikling efter endt forløb. Analysen tager udgangspunkt i ovennævnte data indsamlet fra behandlingsstederne. Dataene sammenholdes med en sammenlignelig kontrolgruppe. Desuden præsenteres data fra behandlingsstederne, som viser udviklingen i trivsel blandt børn og unge, der har modtaget behandling.

I kapitlet *Klienternes oplevelse af behandlingen* præsenteres kvalitative data fra et af behandlingsstederne, som har arbejdet med at evaluere behandlingsindsatsen via spørgeskemaer til klienter og nærmeste omsorgspersoner.

Vidensopsamlingen tilvejebringer endvidere opdateret viden om, hvordan indsatsen for målgruppen tilrettelægges. Denne viden er fremkommet gennem kvalitativ undersøgelse af behandlingsstedernes praksis. Beskrivelserne af praksis fremgår af kapitlet *Indsatsen i dag*. Her præsenteres også de seneste erfaringer med at åbne et nyt behandlingssted, nemlig JanusCentrets afdeling i Odense.

I kapitlet *Økonomisk analyse af udrednings- og behandlingsforløbene* indgår en analyse af omkostningerne ved den specialiserede indsats for målgruppen. Her ses der også på indsatsens økonomiske konsekvenser for den offentlige sektor. Til disse beregninger anvendes Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM).

2. Status på forankring af indsatsen

Vidensopsamlingen indeholder et kapitel, som gennemgår hvert behandlingssteds forankring med hensyn til organisering, efterspørgsel og økonomisk bæredygtighed. Her angives også antallet af klientforløb for 2014-2019.

Det er en statusopgørelse, som metodisk lægger sig op ad behandlingen af emnet i KORA's erfaringsopsamling (KORA, 2017: 45-49).

3. Kommunernes erfaringer med tilbud til målgruppen

Vidensopsamlingen præsenterer desuden en kvalitativ undersøgelse af kommunernes kendskab til og brug af tilbud til børn og unge med seksuelt grænseoverskridende adfærd. Det er blandt andet undersøgt, hvad kommunerne lægger vægt på i forbindelse med valg af indsats til målgruppen.

Datakilder og metodiske overvejelser

I dette afsnit beskrives vidensopsamlingens datakilder og opmærksomhedspunkter. Der har været anvendt både kvantitative og kvalitative metoder, så overvejelserne er i det følgende delt op i forhold til den kvantitative og den kvalitative dataindsamling.

Følgende datakilder er anvendt:

Boks 1 Oversigt over datakilder

Kvantitative data

- Data for 166 klienter (sager fra årene 2014-2016) til brug for den kvantitative analyse
- Målinger fra 2014 til 2020 af 24 klienters trivsel med redskabet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
- Beregninger med Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM)

Kvalitative data

- Interviews med hvert behandlingssted til brug for omkostningsvurderingen
- Klienters kvalitative besvarelser baseret på data fra et af behandlingsstederne
- Interviews med hvert behandlingssted om deres praksis
- Interview med JanusCentret om åbningen af et nyt behandlingssted i Odense
- Indmeldinger fra hvert behandlingssted i et skema om forankringen af indsatsen
- Interviews med repræsentanter fra otte kommuner

Kvantitativ dataindsamling

Data på individniveau

Socialstyrelsen har fra behandlingsstederne fået tilsendt data på individniveau om 166 klienter, der har været i udredning og/eller behandling i årene 2014-2016. Disse data er anvendt i pseudonymiseret form i vidensopsamlingens registerbaserede analyser.

Hensigten med at anvende data fra før 2017 er, at der kan ses på udviklingen for klienterne. Eksempelvis kan forbruget af foranstaltninger før et forløb sammenlignes med forbruget af foranstaltninger et par år efter forløbsafslutning.

En konsekvens af brug af data fra før 2017 kan imidlertid være, at målgruppen kan have ændret sig siden. Det skal man have in mente, når der i vidensopsamlingen fremlægges karakteristika om målgruppen, blandt andet med hensyn til køn, alder, sociale forhold mv. Det formodes dog, at klientgruppen ikke er meget anderledes i dag sammenlignet med i 2014-2016.

Derudover har Socialstyrelsen modtaget anonymiserede før- og eftermålinger for 24 klienter, der har været i behandling i årene 2014-2020.⁴ Til målingerne har behandlingsstederne anvendt Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), som er et forskningsbaseret og valideret screeningsværktøj i spørgeskemaform. Dataene er anvendt i den kvantitative analyse til at belyse klienternes udvikling i blandt andet trivsel, målt før og efter et forløb ved et af behandlingsstederne.

Vidensopsamlingen kan primært sige noget om behandlingsstedernes klienter. Det betyder, at der kan være faktorer, der ikke fremgår af denne rapport, som gør sig gældende for målgruppen som helhed. Det skyldes, at undersøgelsens kvantitative datagrundlag er forholdsvis spinkelt. Dette er ikke overraskende, idet data kommer fra behandlingsstederne, og da det er begrænset, hvor mange børn og unge, der kommer i udredning og behandling her. Der bør altså være opmærksomhed på, at man ikke kan generalisere over hele den samlede målgruppe af børn og unge med seksuelt grænseoverskridende adfærd i Danmark ud fra de oplysninger, der indgår i vidensopsamlingen.

Til de kvantitative analyser i vidensopsamlingen er der udarbejdet en statistisk kontrolgruppe, der minder så meget om klientgruppen som muligt. Dette er gjort ved hjælp af den kvasi-eksperimentelle metode propensity score matching (herefter matching), hvor kontrolgruppen sammensættes, så den ligner klientgruppen mest muligt ud fra kendte og relevante karakteristika. Ved at anvende matching tages der højde for de observerbare karakteristika, der kan have betydning for, hvem i målgruppen der modtager udredning og behandling hos behandlingsstederne, og hvad effekten af udredningen/behandlingen er. Til udarbejdelsen af kontrolgruppen er der anvendt viden om JanusCentrets klienter fra deres nyeste statusrapport for 2003-2018. Viden herfra er anvendt til at fastsætte de observerbare karakteristika, der ligger

⁴ Behandlingsstederne har oplyst, at der lader til at være en del sager med manglende oplysninger i registreringsystemet. Behandlingsstederne har ikke kunnet pege på, hvad det skyldes, men det betyder, at der kan være gennemført flere målinger. Socialstyrelsen burde dog have modtaget alle de sager, hvori der er foretaget både en før- og eftermåling for en klient.

til grund for matchingen, da dette er den aktuelt bedste viden, der er tilgængelig om børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd i en dansk kontekst.

Matching forsøger at tilnærme sig en eksperimentel situation ved at gøre klient- og kontrolgruppen så ens som muligt ud fra observerbare karakteristika (Justesen & Klemmensen, 2014: 69). Der kan dog være uobserverbare variable, som det ikke er muligt at tage højde for i selve matchingen, hvilket begrænser metodens muligheder for at estimere kausale sammenhænge. Matching er imidlertid en stærk metode til at tilnærme sig kausale effekter af en indsats, når der ikke foreligger et randomiseret, kontrolleret studie.

Kvalitativ dataindsamling

Klienternes oplevelse af behandlingen

For at få et indblik i klienternes oplevelser med at være i et forløb har Socialstyrelsen modtaget anonymiserede kvalitative besvarelser fra et evalueringsskema, som er udfyldt af børn og unge, der har været i behandling i SEBA.⁵ Enkelte forløb har været individuelle, men hovedparten af forløbene er gennemført med inddragelse af forældre, plejeforældre og/eller opholdssted. De voksne, der har været inddraget i behandlingen, besvarer også et spørgeskema. SEBA har siden medio 2018 lavet disse evalueringer.

12 børn og unge har besvaret spørgeskemaet; heraf har 11 børn og unge flere steder uddybet deres svar i spørgeskemaets fritekstfelter. Det er disse fritekstfelter, der i vidensopsamlingen anvendes til at give en indikation på klienternes oplevelser af at være i behandling hos et behandlingssted.

Der er en række opmærksomhedspunkter i forbindelse med disse data. For det første er datamaterialet ikke særlig stort, hvorfor resultaterne skal tolkes med forsigtighed. For det andet er det ikke sikkert, at alle klienter har de samme oplevelser som de klienter, der har besvaret skemaet. Eksempelvis kan det være, at det er de mest velfungerende klienter, der har valgt at skrive et uddybende svar i det åbne tekstfelt.

Man skal desuden være påpasselig med at konkludere, at det, der fremhæves i de pågældende klienters fritekstbesvarelser, også gælder klienter fra de andre behandlingssteder. Man må dog formode, at behandlingsstedernes klienter er forholdsvis ens på mange områder. Eksempelvis er der ikke statistisk signifikante forskelle mellem klienterne på tværs af behandlingsstederne, når man ser på karakteristika relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau (baseret på de kvantitative klientdata fra perioden 2014-2016).

Interviews med behandlingssteder og kommuner

For at få indblik i, hvordan indsatsen har udviklet sig siden KORA's erfaringsopsamling fra 2017, er der foretaget interviews med ansatte fra hvert af de tre behandlingssteder samt med udvalgte kommuner. Interviewene er udført af Socialstyrelsen.

Der er gennemført tre videointerviews med behandlingsstederne om indsatsen for målgruppen – ét interview for hvert behandlingssted. I hvert interview deltog to ansatte. Interviewene var

⁵ For at afdække brugerperspektivet har der været overvejelser om muligheden for at interviewe unge, der har gennemført forløb ved behandlingsstederne. Dette har dog ikke kunnet lykkes.

semistrukturerede. Der var en primær interviewer, der styrede interviewet, og en sekundær interviewer, som kunne supplere med spørgsmål undervejs. Derudover er JanusCentret interviewet specifikt om åbningen af deres afdeling i Odense.

Der er desuden foretaget otte korte telefon-/videointerviews med informanter fra danske kommuner. Interviewene har omhandlet tilbud til målgruppen, herunder kommunernes kendskab til og brug af behandlingsstederne. Der er interviewet fire ansatte på sagsbehandlerv-niveau og fire ansatte på teamleder-/faglig koordinator-niveau. Samtlige informanter har flere års erfaring inden for det kommunale myndighedsarbejde med udsatte børn, unge og familier. Disse interviews har også været semistrukturerede.

Der er en geografisk spredning blandt de interviewede kommuner. Vidensopsamlingen belyser derfor den landsdækkende indsats til målgruppen.

Den geografiske spredning betyder også, at de interviewede kommuners afstand til nærmeste behandlingssted varierer. Målt fra kommunernes hovedadresse varierer afstanden fra omkring fem km til over 130 km til nærmeste behandlingssted.

Der er foretaget interviews med repræsentanter fra kommuner af forskellig størrelse. Fire af kommunerne har mellem 50.000 og 65.000 indbyggere, to kommuner mellem 90.000 og 100.000, og to kommuner har over 100.000 indbyggere. Der er således ikke foretaget interviews med repræsentanter fra kommuner med under 50.000 indbyggere. I tolkningen af resultaterne af kommune-interviewene bør man derfor have for øje, at de otte kommuner formentlig ikke er repræsentative for alle danske kommuner.

Kommune-interviewene kan, med disse forhold taget i betragtning, give en kvalitativ indikation på, hvilke faktorer der er udslagsgivende for valg af indsats til målgruppen, herunder hvilke faktorer der er hæmmende eller fremmende med hensyn til valg af behandlingsstederne som indsats til målgruppen.

Et andet opmærksomhedspunkt i forhold til den kvalitative analyse er, at dataindsamlingen har været udfordret som følge af covid-19. Interviewene måtte afholdes via en online videoforbindelse og for nogle af kommunernes vedkommende også per telefon. Det kan have bevirket, at den flydende dialog, der normalvis tilstræbes i et interview, er blevet begrænset.

Efter aftale med behandlingsstederne fik deres informanter tilsendt den semistrukturerede interviewguide inden interviewet. I og med at interviewene blev gennemført over video, har det været en fordel, at informanterne har kunnet forberede sig på de pågældende spørgsmål forinden. Det har muligvis betydet, at informanterne har haft tid til at tænke over flere forskellige perspektiver og nuancer i forhold til emnerne i interviewene. Imidlertid kan det også have haft den begrænsning, at både interviewere og informanter er blevet fastholdt i de specifikke spørgsmål, og at muligheden for at være åben og eventuelt afsøge andre emner har været begrænset.

Indmeldinger fra behandlingsstederne i et skema

For at belyse, hvad statussen er på forankring af indsatsen, har behandlingsstederne besvaret en række spørgsmål i et indmeldingsskema.

I indmeldingsskemaet har behandlingsstederne blandt andet skullet angive, om de har ventetider, og hvad status er med hensyn til deres økonomiske bæredygtighed. Der har også været spørgsmål til, hvorvidt de oplever, at kommunerne anvender deres tilbud i højere grad end tidligere, og hvordan de oplever kommunernes betalingsvilje i de seneste år.

Det er vigtigt at pointere, at behandlingsstedernes indmelding viser et øjebliksbillede af, hvordan status er i skrivende stund (oktober-november 2020). Eksempelvis har den nuværende situation med restriktioner grundet covid-19 medført nogle særlige udfordringer i år.

Som en del af statussen vil der blive præsenteret tal for, hvor mange forløb, telefonhenvendelser mv. behandlingsstederne har modtaget/gennemført i årene 2014-2019. I den forbindelse skal det pointeres, at behandlingsstederne ikke har en helt ens registreringspraksis. Det præciseres i kapitlet, når der kan være tale om en uensartet praksis.

Eksisterende viden på området

Behandlingsstedernes indsats over for børn og unge med seksuelt grænseoverskridende adfærd er tidligere blevet beskrevet. I det følgende gengives kort centrale pointer om målgruppen, ligesom de tidligere erfaringer fra den landsdækkende indsats beskrives.

Viden om målgruppen

Børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd er en heterogen og ofte kompleks målgruppe. Flere af de børn og unge, som er blevet udredt og behandlet i indsatsen første år, har diagnoser, tegn på en psykose eller autisme, et lavt intellektuelt funktionsniveau, går i specialklasse/-skole og er anbragt uden for hjemmet (KORA, 2017: 20).

Oftentimes kan den seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd være et tegn på, at man som barn eller ung mistrives. KORA peger i deres erfaringsopsamling på, at mange af behandlingsstedernes klienter selv er ofre for overgreb eller omsorgssvigt, har oplevet mobning eller har andre sociale problemer (KORA, 2017: 20).

Børn og unge i målgruppen kan altså være sårbare og i risiko for social udsathed. KORA's undersøgelse viste således, at 72 pct. af klienterne hver især havde tre til seks baggrundskaraktistika knyttet til traume, diagnoser, psykiatri og lav IQ (KORA, 2017: 21).

En sagsgennemgang gennemført af Ankestyrelsen af 21 sager om seksuelt krænkende adfærd, eller hvor der er mistanke herom, bekræfter, at børnene ofte har en række problemer ud over den seksuelt grænseoverskridende adfærd (KORA, 2017: 52). Derfor kan der være tale om børn og unge med komplekse problemstillinger, som har brug for en specialiseret indsats i kommunalt og/eller psykiatrisk regi.

Hvis man ser på JanusCentrets datasæt fra 2003 til 2018 har 524 børn og unge modtaget en indsats. Heraf er 30 pct. visiteret grundet seksuelt bekymrende adfærd, og 70 pct. på baggrund af seksuelt krænkende adfærd mod et eller flere ofre (JanusCentret, 2019: 22). Størstedelen af børnene og de unge henvises altså først, når der er sket et overgreb.

Den seksuelt bekymrende adfærd har ofte stået på i et eller flere år forud for visitation (JanusCentret, 2019: 23), og i de sager, hvor der er sket et overgreb, afsløres det i mange af sagerne ved, at ofret fortæller sine forældre om overgrebet (JanusCentret, 2019: 39).

Det er svært at estimere, hvor stor målgruppen er. Over 300 børn og unge har modtaget en indsats i de tre behandlingssteder mellem 2014 og 2019.⁶ Man må imidlertid formode, at målgruppen i virkeligheden er væsentlig større, idet ikke alle børn og unge med seksuelt grænseoverskridende henvises til udredning og behandling jf. kapitlet *Kommunernes erfaringer med tilbud til målgruppen*. Der er altså mørketal på området.

⁶ Dette udspecificeres længere nede i afsnittet *Antal gennemførte forløb*.

Viden om den landsdækkende indsats

Den landsdækkende indsats er tidligere beskrevet i KORA's erfaringsopsamling fra 2017. KORA undersøgte blandt andet, hvilke udredninger og behandlinger behandlingsstederne tilbød, hvordan samarbejdet var mellem kommunerne og behandlingsstederne, hvordan kommunerne håndterede målgruppen, og hvad behandlingsstedernes status var i forhold til forankring og selvfinansiering. Pointer fra erfaringsopsamlingen vil blive inddraget undervejs i denne vidensopsamling, hvorfor der i det følgende blot redegøres kort for de overordnede erfaringer fra indsatsens første år.

KORA indsamlede data om behandlingsstedernes klienter for 2014 og 2015. I de år har 86 børn og unge modtaget udredning, hvoraf 27 fortsætter med en behandlingssag. Ét barn har derudover haft en behandlingssag uden forudgående udredning (KORA, 2017: 18).

27 af børnene og de unge har været i udredning og/eller behandling pga. seksuelt bekymrende adfærd, og 60 børn og unge grundet seksuelt krænkende adfærd (KORA, 2017: 22).

44 ud af de 60 børn og unge med seksuelt krænkende adfærd har desuden førhen udvist – eller udviser stadig ved visitationen – seksuelt bekymrende adfærd (KORA, 2017: 23).

Undersøgelsen peger på, at der er et godt samarbejde mellem kommuner og behandlingssteder, og at der blandt de kommuner, der har brugt et eller flere af behandlingsstederne, overordnet set er stor tilfredshed med kvaliteten af både deres rådgivning, udredning og behandling (KORA, 2017: 8-9).

43 pct. af kommunerne svarer i en spørgeskemaundersøgelse, at de i perioden 2014-2015 har anvendt behandlingsstederne til udredning af børn/unge (KORA, 2017: 34). 40 pct. af kommunerne har henvist børn/unge til behandling (KORA, 2017: 35).

Spørgeskemaundersøgelsen viser dog, at de fleste kommuner også anvender andre tilbud til målgruppen. Det kan fx være privatpraktiserende psykologer og interne, eventuelt specialiserede, tilbud (KORA, 2017: 42). Dette uddybes i kapitlet *Kommunernes erfaringer med tilbud til målgruppen*.

Kvantitativ analyse af klientgruppen

I dette kapitel præsenteres en kvantitativ analyse af børn og unge, der har været i udredning og/eller behandling ved JanusCentret i København, SEBA i Aalborg (tidligere Projekt SEBA) og Rådgivningscentret i Aarhus (tidligere Projekt JUNO) i perioden 2014-2016.

Formålet med analysen er at bidrage med viden om klienterne og de landsdækkende behandlingstilbud ud fra behandlingsstedernes egne data koblet med registerdata.

Analysen er inddelt i tre afsnit. I første afsnit beskrives klientgruppen ud fra generelle baggrundskarakteristika samt karakteristika relateret til adfærd, traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau registreret ved visitation og udredning.

Andet afsnit udgør en registerbaseret analyse, hvor klienterne beskrives ud fra sociale forhold, skolegang, kriminalitet og kontakt til sundhedsvæsenet målt op til tre år efter forløbsafslutning. Resultaterne sammenholdes med opgørelser af en sammenlignelig gruppe af børn og unge, der ikke har modtaget udredning eller behandling ved et af de tre landsdækkende behandlingssteder i perioden 2014-2016.

I tredje afsnit præsenteres udviklingen i trivsel blandt børn og unge, der har modtaget behandling ved et af de tre behandlingssteder i perioden januar 2014 til og med maj 2020.

Den kvantitative analyse er baseret på behandlingsstedernes egne registreringer samt registerdata fra Danmarks Statistik. For detaljerede oplysninger om benyttede registre og variable henvises til bilag 1.

Klientkarakteristika målt før forløb

I dette afsnit beskrives klienterne ud fra grundlæggende baggrundskarakteristika, adfærdstype (seksuelt bekymrende og/eller krænkende adfærd) samt karakteristika relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau.

I analysen indgår i alt 162 klienter, som har været i udredning og/eller behandling i løbet af perioden 2014-2016 ved JanusCentret (77 pct.), SEBA (13 pct.) og Rådgivningscentret (10 pct.).⁷

I nedenstående tabel fremgår andelen af udrednings- og behandlingssager fordelt på de tre behandlingssteder.

⁷ 166 klienter er opstartet i forløb i 2014-2016. Hertil kommer et ukendt antal klienter, der har været i forløb i 2014 med opstart i 2013. Som følge af manglende oplysninger på klienter, primært fra Rådgivningscentret, indgår ikke alle sager i denne analyse. Det vurderes dog, at datagrundlaget er tilstrækkeligt til at beskrive klientgruppen for den pågældende periode samlet set og i nogle tilfælde på tværs af behandlingssteder, hvilket fremgår af analysen.

Tabel 1
Udrednings- og behandlingssager fordelt på behandlingssted
 Registreret ved visitation

Behandlingssted	Antal i alt	Udredningssager Antal	Udredningssager Andel, pct.	Behandlingssager Antal	Behandlingssager Andel, pct.
JanusCentret	124	86	69	38	31
Rådgivningscentret	17	9	53	8	47
SEBA	21	11	52	10	48
I alt	162	105	65	57	35

Anm.: Udredningssager omfatter klienter, der udelukkende har fået udredning, mens behandlingssager både er inkl. og ekskl. forudgående udredning.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA samt JanusCentret.

Samlet set har 65 pct. af klienterne udelukkende modtaget udredning, 32 pct. har modtaget udredning og behandling, og 3 pct. har udelukkende modtaget behandling. Sagstyperne er nogenlunde ligeligt fordelt i Rådgivningscentret og SEBA, mens udredninger udgør knap 70 pct. af sagerne i JanusCentret.

Klienter, der kun har modtaget udredning, kan efterfølgende være visiteret til andre tilbud af kommunerne (KORA, 2017: 6, 10). Dette uddybes i kapitlet *Kommunernes erfaringer med tilbud til målgruppen*.

Baggrundskarakteristika

Af nedenstående tabel fremgår klienternes fordeling på en række generelle baggrundskarakteristika.

Tabel 2
Klienternes baggrundskarakteristika
 Registreret ved visitation

Baggrundskarakteristika	Andel, pct.
Køn (N = 162)	
- Dreng	83
- Pige	17
Alder (N = 162)	
- 0-5 år	2
- 6-10 år	37
- 11-15 år	47
- 16-20 år	14
Bopælsregion (N = 162)	
- Hovedstaden	22
- Sjælland	44
- Syddanmark	4
- Midtjylland	10
- Nordjylland	17
- Bosat uden for Danmark (Grønland)	2
Dansk nationalitet (N = 152)	95
Bor hos minimum én forælder (N = 162)	60
Specialklasse eller specialskole (N = 132)	57

Anm.: N (antal i alt) varierer pga. manglende oplysninger/registreringer på nogle af klienterne. Specialklasse eller specialskole er kun opgjort for klienter i alderen 6-15 år ved visitationen.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA samt JanusCentret.

Størstedelen af klienterne (83 pct.) er drenge, og 95 pct. af klienterne har dansk nationalitet.

Det fremgår, at 84 pct. af klienterne indgår i aldersintervallet 6-15 år. Det er sjældent, at helt små børn (0-5-årige) visiteres. I ganske få tilfælde tilbydes udredning og/eller behandling til unge over 18 år. Behandlingsstederne oplyser, at dette sker undtagelsesvist. Det vil typisk være i sager, hvor den unge har et lavt intellektuelt funktionsniveau, eller hvis klienten er henvist som 17-årig, men når at fylde 18 år inden opstart.

Det fremgår af tabel 2, at størstedelen af klienterne er bosat i Region Sjælland (44 pct.) eller Region Hovedstaden (22 pct.) på visitationstidspunktet. Syddanmark er den region, hvor den mindste andel af klienterne er bosat (4 pct.).⁸

Det fremgår, at 60 pct. bor hos minimum én forælder. Dvs. at 40 pct. er anbragt uden for hjemmet, herunder i plejefamilie, på institution/opholdssted eller efterskole. Knap 60 pct. af klienterne i alderen 6-15 år går i specialklasse eller -skole.

Der er ikke statistisk signifikante forskelle på fordelingen af klienternes baggrundskarakteristika på tværs af de tre behandlingssteder.⁹

Klienterne har en gennemsnitsalder på 11,6 år ved visitationen. Fordelt på behandlingssteder er gennemsnitsalderen 11,3 år ved JanusCentret, 12 år ved Rådgivningscentret og 13,1 år ved SEBA, som det fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 3
Klienternes gennemsnitsalder fordelt på behandlingssted
Registreret ved visitation

Behandlingssted	Gennemsnitsalder
JanusCentret (N = 124)	11,3
Rådgivningscentret (N = 17)	12
SEBA (N = 21)	13,1

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA samt JanusCentret.

Traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau

Af nedenstående tabel fremgår klienternes karakteristika relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau. Disse faktorer kan udgøre mulige risikofaktorer for seksuelle adfærdsproblemer, men kan også være en konsekvens af seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. Det kan altså ikke udledes, at den grænseoverskridende adfærd er forårsaget af de forskellige karakteristika – eller omvendt (JanusCentret, 2019: 28, 64; KORA, 2017: 21).

⁸ Der er ikke taget forbehold for varierende indbyggertal i de forskellige regioner. Det skal desuden bemærkes, at behandlingsstederne i 2014-2016 ikke havde nogle afdelinger i Region Syddanmark. I 2018 er der åbnet et nyt behandlingssted i Odense, der drives af JanusCentret.

⁹ Baseret på t-test med et signifikansniveau på 5 pct., der for overskuelighedens skyld ikke er vist.

Tabel 4
Klienternes fordeling på faktorer relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau
 Registreret ved visitation og udredning

Traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau	Andel, pct.
Offer for passivt omsorgssvigt/neglect (N = 153)	79
Offer for seksuelle overgreb (N = 162)	31
Offer for fysisk vold (N = 162)	41
Offer for psykisk vold (N = 162)	41
Seksuel grænseløshed i klientens hjem (N = 133)	36
Klienten er blevet mobbet (N = 155)	48
Klienten har en psykiatrisk diagnose (N = 159)	52
Tegn på autismespektrumforstyrrelse (N = 149)	27
Tegn på psykose (N = 150)	18
Selv mordstanker på baggrund af den seksuelle adfærd (N = 149)	7
Klienten har andre sociale problemer (N = 147)	63
IQ* (N = 135)	
- Langt under gennemsnittet for alderen	13
- Noget under gennemsnittet for alderen	30
- På eller over gennemsnittet for alderen	57

Anm.: N (antal i alt) varierer pga. manglende oplysninger/registreringer på nogle af klienterne.

*IQ-test er baseret på WISC-IV. Der er anvendt følgende IQ-inddelinger: 35-69: Langt under gennemsnittet for alderen (mentalt retarderet i lettere eller middelsvær grad), 70-84: Noget under gennemsnittet for alderen (op til én standardafvigelse under normalområdet), 85-115: På gennemsnittet for alderen, >116: Over gennemsnittet for alderen (JanusCentret, 2019: 26).

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA samt JanusCentret.

Opgørelserne i tabel 4 vedr. traume og psykiatri er formodentlig konservative estimater af de faktiske forhold. Hvis et behandlingssted blot har en formodning om, at en klient har været udsat for en af faktorerne relateret til traume og psykiatri, indgår klienten ikke i opgørelsen. Medtages disse klienter i opgørelserne, stiger andelen af klienter, der har oplevet seksuel grænseløshed i hjemmet, med ca. 12 procentpoint, og klienter med tegn på autisme eller psykose samt klienter med selvmordstanker på baggrund af den seksuelle adfærd stiger med 6-

7 procentpoint. Procentandelen stiger i mindre omfang på de resterende faktorer. Andelen af klienter med faktorer relateret til traume og psykiatri kan dermed i virkeligheden være højere.

Det fremgår, at 79 pct. af klienterne har været offer for passivt omsorgssvigt, der eksempelvis kan være af følelsesmæssig, materiel, medicinsk eller ernæringsmæssig karakter. Passiv omsorgssvigt forudsætter, at handlinger (eller mangel på samme) ikke er enkeltstående, men har fundet sted over længere tid (JanusCentret, 2019: 13).

Seksuelle overgreb defineres som inddragelse af børn i seksuelle aktiviteter, som barnet ikke kan forstå rækkevidden af eller ikke er udviklingsmæssigt parat til, og som barnet derfor ikke kan give tilladelse til. Derudover omfatter seksuelle overgreb seksuelle aktiviteter, der overskrider samfundets sociale eller retslige normer (JanusCentret, 2019: 17). Det fremgår af tabellen, at 31 pct. af klienterne har været udsat for seksuelle overgreb, hvoraf 52 pct. af denne gruppe har været udsat for seksuelle overgreb i familien, og 62 pct. af gruppen har været udsat for seksuelle overgreb, der har fundet sted uden for familien.

Fysisk vold indebærer, at en person påfører fysisk skade eller smerte på en anden person, mens psykisk vold blandt andet defineres som massive og gentagne trusler, nedsættende bemærkninger, råben eller verbale ydmygelser mod en anden person (JanusCentret, 2019: 15). Det fremgår, at 41 pct. af klienterne har været udsat for hhv. fysisk og psykisk vold. Heraf har 86 pct. været udsat for fysisk vold i familien, og 89 pct. har været udsat for psykisk vold i familien.

Samlet set har 69 pct. af klienterne været udsat for fysisk vold, psykisk vold og/eller seksuelle overgreb, hvoraf fysisk og psykisk vold forekommer hyppigst. Der tegner sig således et billede af, at klienterne med seksuelt grænseoverskridende adfærd i bredt omfang er ofre for vold og overgreb.

36 pct. af klienterne kommer fra hjem karakteriseret af seksuel grænseløshed, hvilket blandt andet omfatter, at klienterne ikke afskærmes fra forældres eller andres seksuelle aktiviteter, fra brug af pornografi i hjemmet, eller at der bliver talt med børnene om seksuelle emner på en uhensigtsmæssig måde (JanusCentret, 2019: 21).

For knap halvdelen af klienternes vedkommende har klienten selv eller forældre udtrykt, at klienten er blevet mobbet forud for visitationen.

52 pct. af klienterne er registreret med en psykiatrisk diagnose inden visitation til behandlingsstedet. Behandlingsstederne registrerer, om klienterne har diagnoser fordelt på kategorierne autisme, udviklingshæmning, ADHD, tilknytningsforstyrrelse og andre psykiatriske diagnoser, hvoraf flest klienter er registreret med de tre sidstnævnte kategorier. 30 pct. af klienterne er registreret med én diagnose, 15 pct. er registreret med to diagnoser, og 7 pct. er registreret med tre eller flere diagnoser. Desuden udviser 27 pct. af klienterne tegn på autismespektrumforstyrrelser, og 18 pct. udviser tegn på psykose.

7 pct. af klienterne har selvmordstanker som følge af den seksuelle grænseoverskridende adfærd. Behandlingsstederne registrerer udelukkende, om klienterne har selvmordstanker som følge af den seksuelle grænseoverskridende adfærd. Andelen med selvmordstanker generelt er

derfor ikke opgjort. De målte selvmordstanker er således vurderet til at være en konsekvens af den seksuelle adfærd.

63 pct. af klienterne er registreret med andre sociale problemer. Herunder hører udadreagerende/oppositional adfærd (44 pct.), skolefravær (9 pct.), misbrug¹⁰, selvskadende adfærd (5 pct.) og andet (fx øvrige socialsager registreret ved socialforvaltningen, 16 pct.).

43 pct. af klienterne har en IQ, der er under gennemsnittet for alderen. 30 pct. har en IQ, der ligger noget under gennemsnittet, og 13 pct. placerer sig langt under gennemsnittet, hvilket karakteriseres som mentalt retarderet af lettere eller middelsvær grad (JanusCentret, 2019: 26).

Der er ikke statistisk signifikante forskelle i andele af klienter med karakteristika relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau på tværs af behandlingsstederne.¹¹

Det fremgår af tabel 5, at størstedelen af klienterne (84 pct.) er registreret med minimum tre ud af de 12 karakteristika relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau. Omtrent halvdelen af klienterne er registreret med 3-5 faktorer, og 33 pct. er registreret med minimum 6 faktorer. Der er således i høj grad tale om en klientgruppe, der er karakteriseret ved et flertal af problemstillinger relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau.¹²

Tabel 5
Klienternes fordeling på antal faktorer relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau
Registreret ved visitation og udredning

Antal faktorer	Andel, pct.
0-2	16
3-5	51
6+	33

Anm.: N = 162. I opgørelsen medtæller IQ som en faktor, såfremt klienten har en IQ under gennemsnittet for alderen.
Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA samt JanusCentret.

JanusCentret og SEBA er de behandlingssteder, hvor den største andel af klienterne (hvh. 32 pct. og 57 pct.) er registreret med minimum 6 faktorer. Da klientgruppen tilknyttet Rådgivningscentret er relativt lille, kan det ikke udledes, at disse klienters problemtyngde er mindre end tyngden af problemstillinger blandt klienter tilknyttet de to øvrige behandlingssteder.

Af tabel B3.1 i bilag 3 kan man se, hvilke karakteristika relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau der er registreret på klienter med hhv. 0-2, 3-5 og minimum 6 karakteristika.

¹⁰ Andel kan ikke vises grundet diskretionering af personhenførbare oplysninger.

¹¹ Baseret på t-test med et signifikansniveau på 5 pct., der for overskuelighedens skyld ikke er vist.

¹² Det skal bemærkes, at nogle af disse faktorer kan være direkte koblet til hinanden (fx tegn på psykose og diagnose).

Seksuelt bekymrende og seksuelt krænkende adfærd

I udredning eller behandling vurderes det, om klienterne har udvist hhv. seksuelt bekymrende og/eller krænkende adfærd. Disse begreber er nærmere beskrevet i kapitlet *Definitioner*.

Af nedenstående tabel fremgår klienternes fordeling på de to adfærdstyper. Kategorien seksuelt krænkende adfærd dækker over alle klienter, der har udvist seksuelt krænkende adfærd. Disse klienter kan også have udvist seksuelt bekymrende adfærd. Kategorien udelukkende seksuelt bekymrende adfærd dækker over de klienter, der ikke har udvist seksuelt krænkende adfærd, men udelukkende har udvist seksuelt bekymrende adfærd baseret på de to adfærdstyper.

Tabel 6
Klienternes fordeling på adfærdstyper
Registreret ved visitation og udredning

Adfærdstype	Antal	Andel, pct.
Udelukkende seksuelt bekymrende	57	35
Seksuelt krænkende	105*	65

Anm.: N = 162. *76 af disse klienter (svarende til 47 pct. af det samlede antal klienter) har både udvist seksuelt bekymrende og seksuelt krænkende adfærd.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA samt JanusCentret.

65 pct. af klienterne har udvist seksuelt krænkende adfærd, og de resterende 35 pct. har udelukkende udvist seksuelt bekymrende adfærd. Fordelingen er nogenlunde den samme, når der isoleret ses på hhv. udredningssager og behandlingssager.

Andelen af klienter med seksuelt krænkende adfærd er størst i JanusCentret, hvor den udgør 69 pct. Det er ikke muligt at oplyse om fordelingen hos de to øvrige behandlingssteder af hensyn til diskretionering af personhenførbare oplysninger.

I nedenstående tabel fremgår udvalgte klientkarakteristika fordelt på klienternes adfærdstype.

Tabel 7
Klienters baggrundskarakteristika m.m. fordelt på adfærdstype
 Registreret ved visitation og udredning

Baggrundskarakteristika m.m.	Udelukkende seksuelt bekymrende adfærd Andel (pct.)	Seksuelt krænkende adfærd Andel (pct.)
Dreng (N = 162)	77	87
Gennemsnitsalder* (N = 162)	11,1	11,9
Offer for passivt omsorgssvigt/neglect (N = 153)	75	81
Offer for seksuelle overgreb (N = 162)	32	30
Offer for fysisk vold (N = 162)	42	40
Offer for psykisk vold (N = 162)	39	42
Seksuel grænseløshed i klientens hjem (N = 133)	39	35
Klienten er blevet mobbet (N = 155)	41	52
Klienten har en psykiatrisk diagnose (N = 159)	54	50
Tegn på autismespektrumforstyrrelse (N = 149)	30	25
Tegn på psykose (N = 150)	17	18
Selv mordstanker på baggrund af den seksuelle adfærd (N = 149)	9	6
Klienten har andre sociale problemer (N = 147)	54	67
IQ under gennemsnittet for alderen (<85) (N = 135)	37	46
6+ faktorer relateret til traume, psykiatri og IQ under normalområdet (N = 162)	25	38

Anm.: N (antal i alt) varierer pga. manglende oplysninger/registreringer på nogle af klienterne.

*Gennemsnitsalder er angivet i år og ikke i pct.

Der er ikke statistisk signifikant forskel på klientgruppen med hhv. seksuelt bekymrende og seksuelt krænkende adfærd (baseret på t-test med signifikansniveau på 5 pct.).

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA samt JanusCentret.

Det fremgår, at 87 pct. af klienterne med seksuelt krænkende adfærd udgør drenge, og de resterende 13 pct. udgør piger. Klientgruppen, der udelukkende har udvist seksuelt bekymrende adfærd, fordeler sig på 77 pct. drenge og 23 pct. piger.

Seksuelt krænkende adfærd er mest udbredt blandt de børn og unge, som er 6 år eller derover, og forekommer ikke hos de alleryngste børn i modsætning til seksuelt bekymrende adfærd. Gennemsnitsalderen på visitationstidspunktet er derfor en smule højere blandt klienterne, der udviser seksuelt krænkende adfærd sammenlignet med klienterne, der udelukkende har udvist seksuelt bekymrende adfærd.

En større andel af gruppen med seksuelt krænkende adfærd er registreret med seks eller flere faktorer relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau (38 pct.) sammenlignet med gruppen, der udelukkende har udvist seksuelt bekymrende adfærd (25 pct.). Klienter med krænkende adfærd kan derfor i højere grad siges at være udsat for forskellige belastende faktorer sammenlignet med klienterne med bekymrende adfærd.

Fordelingen af faktorer relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau varierer på tværs af de to klientgrupper defineret ud fra adfærdstype. Den største forskel med en variation på 6-13 procentpoint forekommer på parametrene passivt omsorgssvigt, mobning, andre sociale problemer og IQ under gennemsnittet for alderen, hvor andelen er størst blandt klienter med seksuelt krænkende adfærd.

Der er ikke statistisk signifikant forskel på gruppen med seksuelt krænkende adfærd og gruppen med udelukkende seksuelt bekymrende adfærd, når grupperne sammenlignes på baggrundsfaktorer samt på faktorerne relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau.¹³ Dvs. at det ikke med statistisk sikkerhed kan udledes, at klienter med seksuelt krænkende adfærd hyppigere udsættes for eksempelvis passivt omsorgssvigt end klienter, der udelukkende har udvist seksuelt bekymrende adfærd.

Klienternes udvikling vedrørende sociale forhold, skolegang, kriminalitet og sundhed

Dette afsnit indeholder en registerbaseret analyse, hvor klienterne beskrives ud fra sociale forhold, skolegang, kriminalitet og kontakt til sundhedsvæsenet målt op til tre år efter forløbsafslutning.

Klientgruppen sammenlignes med en kontrolgruppe, der ikke har modtaget udredning og/eller behandling ved et af de tre behandlingssteder i perioden 2014-2016. Kontrolgruppen er dannet vha. matching med anvendelse af registerdata.¹⁴ Kontrolgruppen er baseret på personer, der er registreret med en eller flere underretninger om seksuelt krænkende adfærd i 2015-2016.¹⁵ Der er matchet på generelle baggrundskarakteristika samt karakteristika relateret til sociale og socioøkonomiske forhold, sundhed og kriminalitet opgjort forud for visitations- og underretningsdatoerne, jf. bilag 2.

¹³ Baseret på t-test med signifikansniveau på 5 pct., der for overskuelighedens skyld ikke er vist.

¹⁴ Matching er en metode, hvor man statistisk forsøger at opnå sammenlignelige grupper baseret på forskellige individkarakteristika (Angrist & Pischke, 2015: 55). Metoden uddybes i bilag 2. Anvendte registerdata fremgår af bilag 1.

¹⁵ Underretningsstatistikken belyser underretninger om bekymringer om udsatte børn og unge. Statistikken indberettes af kommunerne til Danmarks Statistik og eksisterer først i Danmarks Statistiks registre fra 2015.

Formålet med sammenligningen af klient- og kontrolgruppen er at få nogle indikationer på, hvor udsat behandlingsstedernes klientgruppe er i forhold til en sammenlignelig gruppe af børn og unge, som ikke har modtaget dette tilbud. Sammenligningen skal desuden give indikationer på, hvorvidt forløb ved et af de tre behandlingssteder har en positiv indvirkning på klienterne.

Matching gør det muligt at evaluere effekten af en indsats, hvor der ikke eksisterer en naturlig kontrolgruppe. Det skal dog påpeges, at analyseresultaterne ikke nødvendigvis kan tolkes som en direkte effekt af klienternes forløb på behandlingsstederne, da de to grupper ikke nødvendigvis er sammenlignelige på alle relevante parametre. Ligeledes vides det ikke, om børnene og de unge i kontrolgruppen er opstartet i udredning og/eller behandling ved et af de tre behandlingssteder efter 2016, eller om de har modtaget andre tilbud.

Resultaterne i dette afsnit opgøres forud for visitation og op til tre år efter forløbsafslutning.¹⁶ Da kontrolgruppen ikke har været i et forløb ved et af de tre behandlingssteder, er kontrolgruppens "visitationsdato" sat til underretningsdatoen. Kontrolgruppens "forløbsafslutning" er defineret som underretningsdatoen tillagt 76 dage. De 76 dage svarer til den typiske periode fra visitation til sagsafslutning ved behandlingsstederne. I nedenstående omtales opgørelsestidspunkterne som visitation og forløbsafslutning for både klient- og kontrolgruppe. For detaljeret beskrivelse af tidsmæssig afgrænsning samt konstruktion af kontrolgruppen henvises til bilag 2.

I analysen nedenfor indgår 114 klienter, mens kontrolgruppen består af 538 børn og unge, der indgår i opgørelserne med hver deres vægt.¹⁷ Vægten er dannet ved ovennævnte matching og sikrer, at kontrolgruppen ligner klientgruppen så meget som muligt på de udvalgte parametre.

Sociale forhold

Dette afsnit omhandler foranstaltninger og underretninger registreret på klient- og kontrolgruppen.

Foranstaltninger

Af figur 1 fremgår andelen af klient- og kontrolgruppen, der har modtaget forebyggende indsatser efter servicelovens § 11 samt hjemmebaserede foranstaltninger blandt andet efter servicelovens § 52 (svarende til indsatstrappens trin 2-3) i perioderne 1-2 år før visitationsdato og 1-2 år efter forløbsafslutning.¹⁸ Forebyggende indsatser omfatter blandt andet netværks- eller samtalegrupper, rådgivning om familieplanlægning og konsulentbistand. Eksempler på hjemmebaserede foranstaltninger er praktisk, pædagogisk støtte i hjemmet, familiebehandling, familiekontaktperson, økonomisk støtte til at undgå anbringelse uden for hjemmet samt forældrepålæg.

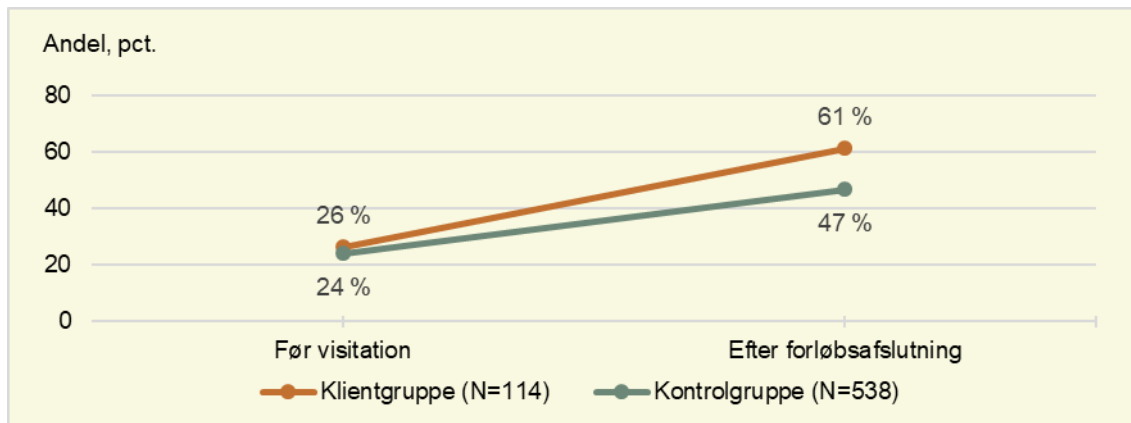
¹⁶ Hvis en klient eksempelvis har afsluttet udredning og/eller behandling d. 1. juni 2015, vil en måling 1-2 år efter forløbsafslutning være afgrænset til tidsperioden 1. juni 2016 til 1. juni 2017. Tidsafgrænsninger er således individuelle for hver person.

¹⁷ Antallet af klienter varierer fra antallet opgjort i afsnittet *Klientkarakteristika målt før forløb*, da der ikke er registreret afslutningsdato på alle 162 klienter.

¹⁸ Indsatstrappen placerer foranstaltninger inden for det specialiserede børneområde på forskellige trin. Trinene indikerer, hvor indgribende foranstaltningen er for barnets og familiens hverdagsliv. Jo lavere trin, jo mindre indgribende er foranstaltningen (Socialstyrelsen, 2020a). Det skal påpeges, at indberetning vedr. serviceloven § 11 er frivillig, hvorfor datagrundlaget ikke er lige så godt som datagrundlaget for øvrige paragraffer.

Figur 1

Forebyggende indsatser og hjemmebaserede foranstaltninger fordelt på klient- og kontrolgruppe
 Registreret 1-2 år før visitation og 1-2 år efter forløbsafslutning



Anm.: Vægtede andele (vægt dannet ved propensity score matching, jf. bilag 2). Andelen i hhv. klient- og kontrolgruppen efter forløbsafslutning er statistisk signifikant forskellige (baseret på t-test med signifikansniveau på 5 pct.).

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret samt Danmarks Statistiks registre Børn og Unge Anbragte, Børn og Unge Forebyggende Foranstaltninger og Befolkningsregisteret.

I perioden før visitationsdatoen er ca. en fjerdedel af klient- og kontrolgruppen registreret med minimum én forebyggende indsats eller hjemmebaseret foranstaltning. Andelen stiger for begge grupper i perioden efter forløbsafslutning. Den største stigning på 35 procentpoint ses hos klientgruppen, hvor 61 pct. i perioden efter forløbsafslutningen har modtaget minimum én forebyggende indsats eller hjemmebaseret foranstaltning. Den relativt større stigning, der ses hos klientgruppen, indikerer ikke nødvendigvis et større behov for foranstaltninger hos børn og unge, der har været i udredning og/eller behandling ved et af behandlingsstederne. Resultaterne kan lige så vel indikere, at der kommer et større fokus på disse klienters behov for særlig støtte, og at en større andel dermed modtager de fornødne foranstaltninger. Det er sædvanlig praksis, at behandlingsstederne rapporterer om barnets/den unges eventuelle behov for yderligere intervention til den tilknyttede myndighedssagsbehandler (JanusCentret, u.å.b).

Stigningen i andelen af klienter registreret med ovennævnte foranstaltninger over tid ses for klienter ved alle tre behandlingssteder. Resultatet er således ikke drevet af klienter fra ét behandlingssted, men udtrykker en generel tendens.

Ligeledes er klienternes adfærdstype ikke afgørende for modtagelse af forebyggende indsatser og/eller hjemmebaserede foranstaltninger. Omtrent lige store andele (61 pct.) af klienter med hhv. seksuelt krænkende adfærd og klienter, der udelukkende har udvist seksuelt bekymrende adfærd, er registreret med de pågældende foranstaltninger i perioden efter forløbsafslutning.

Figur 2 viser andele af klient- og kontrolgruppen, der er blevet anbragt uden for hjemmet (Indsatsrappens trin 4-6)¹⁹ hhv. 1-2 år før visitationsdato og 1-2 år efter forløbsafslutning.

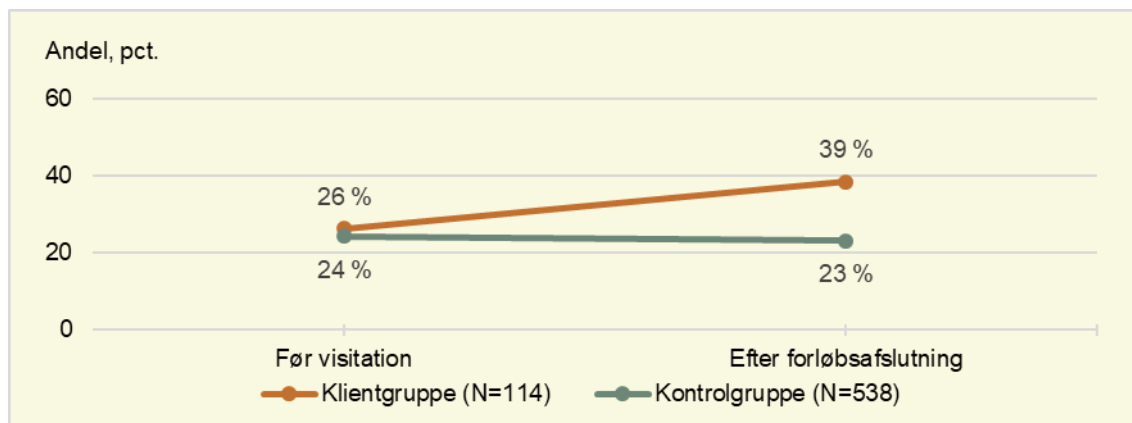
¹⁹ Indsatsrappens trin placerer foranstaltninger inden for det specialiserede børneområde på forskellige trin. Trinene indikerer, hvor indgribende foranstaltningen er for barnets og familiens hverdagsliv. Jo lavere trin, jo mindre indgribende er foranstaltningen (Socialstyrelsen, 2020a).

Anbringelser uden for hjemmet kan forekomme i form af slægts- og netværkspleje, familiepleje samt institutionsanbringelse.

Figur 2

Anbringelse uden for hjemmet fordelt på klient- og kontrolgruppe

Registreret 1-2 år før visitation og 1-2 år efter forløbsafslutning



Anm.: Vægtede andele (vægt dannet ved propensity score matching, jf. bilag 2). Andelen i hhv. klient- og kontrolgruppen efter forløbsafslutning er statistisk signifikant forskellige (baseret på t-test med signifikansniveau på 5 pct.).

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret samt Danmarks Statistiks registre Børn og Unge Anbragte, Børn og Unge Forebyggende Foranstaltninger og Befolkningsregisteret.

Andelen af klientgruppen, der er blevet anbragt uden for hjemmet, stiger fra 26 pct. før visitation til 39 pct. efter visitation. Der ses stort set ingen udvikling for kontrolgruppen. Der tegner sig således et billede af, at børn og unge, der har deltaget i forløb ved et af de tre behandlingssteder, i højere grad anbringes uden for hjemmet sammenlignet med kontrolgruppen.

Dette kan være en indikation på, at behovet for anbringelse i højere grad end for kontrolgruppen opdaget hos klienter, der har modtaget udredning og/eller behandling.

Der er ingen indikation på, at resultaterne er drevet af klienter fra ét behandlingssted, eller at klienternes adfærdstype (seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd) har betydning for andelen, der anbringes uden for hjemmet.

Underretninger

Af tabel 8 fremgår andelen af klient- og kontrolgruppen, der er indgivet minimum én underretning på i perioden 1-2 år efter forløbsafslutning.²⁰ I opgørelsen indgår kun personer, der er under 18 år ved forløbsafslutning, da underretninger kun registreres for personer under 18 år.

²⁰ Andele er ikke opgjort før visitation, da registerdata med underretninger ikke er tilgængeligt for den pågældende periode.

Tabel 8
Underretninger fordelt på klient- og kontrolgruppe (<18 år ved forløbsafslutning)
 Registreret 1-2 år efter forløbsafslutning

Gruppe	Underretninger, generelt Andel, pct.	Underretninger foranlediget af anden bekymrende adfærd Andel, pct.
Klientgruppe (N = 98)	19	10
Kontrolgruppe (N = 530)	32	17

Anm.: Vægtede andele (vægt dannet ved propensity score matching, jf. bilag 2). Andelene i hhv. klient- og kontrolgruppen er statistisk signifikant forskellige (baseret på t-test med signifikansniveau på 5 pct.). Andele er ikke opgjort før visitation, da registerdata med underretninger ikke er tilgængelige for den pågældende periode.
Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret samt Danmarks Statistiks registre Børn og Unge Underretninger og Befolkningsregisteret.

Det fremgår af resultaterne, at der er indgivet underretninger på 19 pct. af klientgruppen og 32 pct. af kontrolgruppen i perioden efter forløbsafslutning. Dette svarer til en forskel på 13 procentpoint.

Samme tendens ses, hvis man udelukkende kigger på underretninger foranlediget af "anden bekymrende adfærd" hos barnet/den unge, der blandt andet omfatter seksuelt krænkende adfærd, udadreagerende adfærd, selvmordstanker, selvmordsforsøg samt følelsesmæssige og sociale problemer. Her er forskellen på de to grupper 7 procentpoint.

De statistisk signifikante forskelle kan være tegn på, at børn og unge, der har været i et forløb hos et af de tre behandlingssteder, har fået den rette hjælp, og at de efterfølgende eventuelt har modtaget de fornødne foranstaltninger, jf. figur 1 og 2. Således finder fagpersoner og andre personer i barnets netværk det muligvis i mindre grad nødvendigt at indgive underretninger på klienterne. Det kan dog ikke udelukkes, at sammenhængen er drevet af andre faktorer end udrednings- og behandlingsforløb ved et af de tre specialiserede tilbud.

Der er 1-2 år efter forløbsafslutning modtaget underretninger (generelt) på en større andel klienter visiteret med seksuelt krænkende adfærd (24 pct.) sammenlignet med klienter visiteret med seksuelt bekymrende adfærd (11 pct.). Dette kan være forbundet med, at børn og unge med seksuelt krænkende adfærd har mere komplekse problemstillinger. Det fremgik eksempelvis af tabel 7, at en større andel af klienterne, der er registreret med seks eller flere faktorer relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau, har udvist seksuelt krænkende adfærd (74 pct.) sammenlignet med gruppen, der udelukkende udviser seksuelt bekymrende adfærd (26 pct.). Det kan således forventes, at fagpersoner i højere grad indgiver underretninger på børn og unge med mere komplekse og iøjnefaldende problematikker, eksempelvis hvis de har begået overgreb.

Det er ikke muligt at oplyse om underretninger fordelt på behandlingssteder af hensyn til diskretionering af personhenførbare oplysninger.

Skole

I dette afsnit præsenteres klient- og kontrolgruppens gennemførelse af grundskolen samt registreret skolefravær.

Gennemført 9. klasse eller højere uddannelsesniveau

I nedenstående tabel fremgår andelen af klient- og kontrolgruppen, der har gennemført grundskolens 9. klasse eller højere uddannelsesniveau²¹ op til tre år efter forløbsafslutning. Kun personer, der er over 14 år ved forløbsafslutning, indgår i opgørelsen.

Tabel 9

Gennemført 9. klasse eller højere uddannelsesniveau fordelt på klient- og kontrolgruppe
 Registreret op til tre år efter forløbsafslutning, afgrænset til ældre end 14 år ved forløbsafslutning

Gruppe	Andel, pct.
Klientgruppe (N = 31)	90
Kontrolgruppe (N = 139)	90

Anm.: Vægtede andele (vægt dannet ved propensity score matching, jf. bilag 2). Vægten tager ikke hensyn til aldersafgrænsningen i denne opgørelse.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret samt Danmarks Statistiks registre Højst fuldførte uddannelse samt Befolkingsregisteret.

Resultaterne viser, at der ikke er forskel på andelen, der gennemfører 9. klasse eller derover, på tværs af de to grupper. Der skal dog tages forbehold for usikkerhed i resultatet, fordi der grundet antallet i klientgruppen er tale om en lav populationsstørrelse.

Klientgruppen er for lille til at vise andele, der har gennemført 9. klasse eller derover, fordelt på adfærdstype og behandlingssted.

Skolefravær

Nedenfor fremgår en opgørelse af klient- og kontrolgruppens registrerede skolefravær. Skolefravær opgøres som registreret dagsfravær blandt børn og unge, der er indskrevet i grundskole (folkeskole, specialskole og ungdomsskole) 1-3 år efter forløbsafslutning. Hvis forløbsafslutning eksempelvis er i 2016, beregnes fravær for den pågældende person i skoleåret 2018/19.

Registreret dagsfravær fordeles på følgende årsagskategorier:

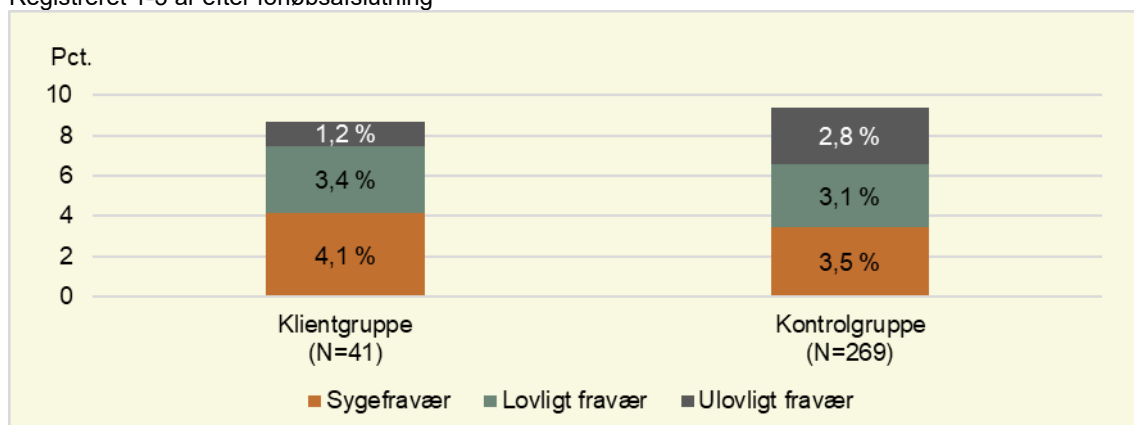
- Fravær pga. sygdom
- Lovligt fravær (fravær med skolelederens tilladelse)
- Ulovligt fravær (fravær uden skolelederens tilladelse)

Det er op til skolelederen at fastsætte, hvordan dagsfravær defineres. Tal vedrørende fravær skal derfor fortolkes med forsigtighed. Eksempelvis skal det understreges, at de indberettede tal ikke dækker alt fravær, hvis skolelederen ikke har defineret delfravær (fx fravær fra første time) som dagsfravær (Styrelsen for It og Læring, 2018).

²¹ Opgjort som 10. klasse, forberedende uddannelser samt gymnasiale eller erhvervsfaglige uddannelser.

Nedenstående figur viser den gennemsnitlige fraværsprocent fordelt på årsagskategorier, som er registreret på klient- og kontrolgruppen.²²

Figur 3
Gennemsnitligt skolefravær fordelt på klient- og kontrolgruppe
 Registreret 1-3 år efter forløbsafslutning



Anm.: Vægtede andele (vægt dannet ved propensity score matching, jf. bilag 2). Vægten tager ikke hensyn til frafald i klient- og kontrolgruppe som følge af afgrænsning til børn og unge indskrevet i grundskole i denne opgørelse.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret samt STIL's fraværsstatistik og Befolkningsregisteret.

Klientgruppen har en samlet registreret fraværsprocent på 8,7. Skolefravær skal som nævnt ovenfor tolkes med varsomhed, og det kan således ikke udledes, at fx mindre ulovligt fravær i klientgruppen i forhold til kontrolgruppen er forårsaget af udrednings- og/eller behandlingsforløbene, men kan fx skyldes forskellig registreringspraksis i kommunerne.

Til sammenligning er den gennemsnitlige fraværsprocent for alle landets elever 5,7 baseret på skoleårene 2015/16 til og med 2018/19. Heraf er 3,1 pct. sygefravær, 1,7 pct. lovligt fravær og 1,0 pct. ulovligt fravær (Styrelsen for It og Læring, u.å.).

Kriminalitet

Tabel 10 viser andelen af klient- og kontrolgruppen, der er registreret med domme (for personer over den kriminelle lavalder) og/eller sigtelser (for mindreårige) i perioden 1-3 år efter forløbsafslutning.²³ I opgørelsen er medtaget domme og sigtelser for seksualforbrydelser, voldsforbrydelser, ejendomsforbrydelser, andre straffelovsforbrydelser og forbrydelser omfattet af lov om euforiserende stoffer samt våbenloven. Kun personer over 8 år ved forløbsafslutning er medtaget, da det er meget sjældent, at yngre børn sigtes for ovenstående forbrydelser.²⁴

²² Fraværsprocenten beregnes ved at dividere elevernes antal fraværsdage med antallet af dage, som eleverne har været indskrevet på skolen i det pågældende år.

²³ Det er ikke muligt at oplyse om domme og sigtelser forud for visitation af hensyn til diskretionering af personhenførbare oplysninger.

²⁴ Ifølge dansk lovgivning kan børn under 15 år ikke anholdes, sigtes eller straffes, uanset hvilken forbrydelse de har begået og uanset forbrydelsens grovhed. Dog registreres mindreårige gerningspersoner med sigtelser i Rigspoliets anmeldelsesregister (Danmarks Statistik, u.å.).

Tabel 10

Domme og/eller sigtelser for mindreårige fordelt på klient- og kontrolgruppe

Registreret 1-3 år efter forløbsafslutning, afgrænset til ældre end 8 år ved forløbsafslutning

Gruppe	Andel, pct.
Klientgruppe (N = 90)	16
Kontrolgruppe (N = 400)	24

Anm.: Vægtede andele (vægt dannet ved propensity score matching, jf. bilag 2). Vægten tager ikke hensyn til frafald i klient- og kontrolgruppe som følge af aldersafgrænsning i denne opgørelse. Andelene i hhv. klient- og kontrolgruppen efter forløbsafslutning er statistisk signifikant forskellige (baseret på t-test med signifikansniveau på 5 pct.).

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret samt Danmarks Statistiks registre Kriminalstatistik afgørelser, Sigtelser for mindreårige samt Befolkningsregisteret.

16 pct. af klientgruppen er dømt eller sigtet for kriminalitet 1-3 år efter forløbsafslutning. Til sammenligning er andelen for kontrolgruppen 24 pct. Forskellen på 8 procentpoint kan være tegn på, at forløbene hos behandlingsstederne mindsker sandsynligheden for, at børnene og de unge begår kriminalitet. Forskellen kan også skyldes, at foranstaltningsniveauet er højere for klienterne end for kontrolgruppen, jf. figur 1 og 2, da det kan forventes, at relevante foranstaltninger medvirker til at mindske kriminalitet. Det kan dog også være andre forhold, der gør, at en mindre andel af klientgruppen begår kriminalitet sammenlignet med kontrolgruppen. Resultaterne skal derfor tolkes med varsomhed.

Da klientgruppen er lille, er det ikke muligt at oplyse om klienternes kriminalitet fordelt på adfærdstype og behandlingssteder af hensyn til diskretionering af personhenførbare oplysninger.

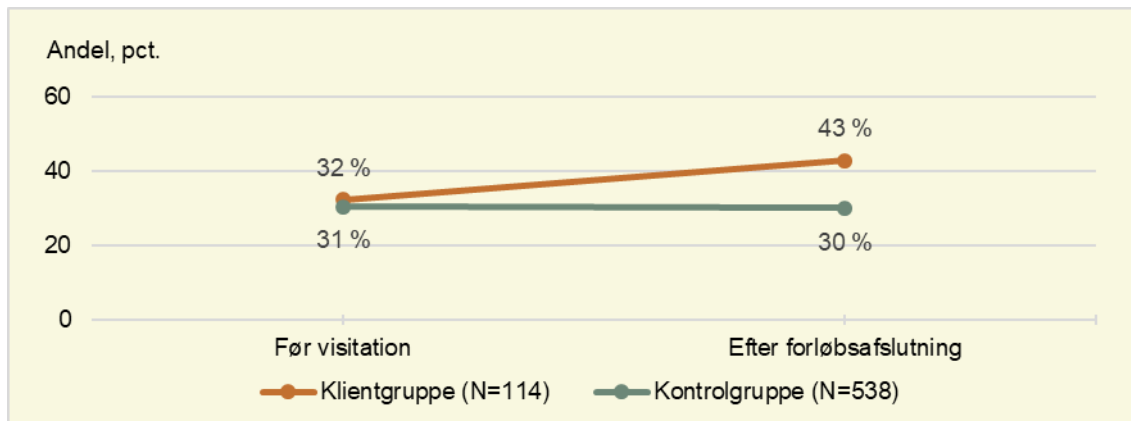
Sundhed

I dette afsnit præsenteres klient- og kontrolgruppens kontakt til sundhedsvæsenet samt diagnosticering med psykiatriske diagnoser.

Kontakt til psykiatrien

Nedenstående figur viser andelen, der har været i kontakt med det psykiatriske hospitalsvæsen i perioden 0-2 år før visitation og 0-2 år efter forløbsafslutning. Kontakt til psykiatrien kan både forekomme i forbindelse med indlæggelse, ambulant behandling og skadestuebesøg.

Figur 4
Kontakt til psykiatri fordelt på klient- og kontrolgruppe
Registreret 0-2 år før visitation og 0-2 år efter forløbsafslutning



Anm.: Vægtede andele (vægt dannet ved propensity score matching, jf. bilag 2). Andelene i hhv. klient- og kontrolgruppen efter forløbsafslutning er statistisk signifikant forskellige (baseret på t-test med signifikansniveau på 5 pct.).

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret samt Landspatientregisteret og Befolkningsregisteret.

I perioden før visitationsdatoen har omtrent 30 pct. af klient- og kontrolgruppen været i kontakt med psykiatrien. Andelen stiger for klientgruppen i perioden efter forløbsafslutning til 43 pct., mens andelen stort set er uændret for kontrolgruppen.

Der er også forskel på andelen af klient- og kontrolgruppen, der er registreret med kontakt til psykiatrien i perioden efter forløbsafslutning, men som ikke har været i kontakt med psykiatrien i perioden før visitation. Dette gør sig gældende for 20 pct. af klientgruppen og 11 pct. af kontrolgruppen.

Forskellene på tværs af klient- og kontrolgruppen viser, at børn og unge, der har været i forløb ved et af de tre behandlingssteder, i højere grad henvises til psykiatrien. Øget kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen betyder ikke nødvendigvis, at psykiske problemer forekommer oftere blandt klienterne end i kontrolgruppen, men kan indikere, at behovet for psykiatrisk hjælp i højere grad opdages og imødekommes hos børn og unge, der har været i udredning og/eller behandling ved et af de tre behandlingssteder. Som tidligere nævnt er det sædvanlig praksis, at behandlingsstederne rapporterer om barnets/den unges eventuelle behov for yderligere intervention, herunder psykiatrisk udredning, til den tilknyttede myndighedssagsbehandler (JanusCentret, u.å.b), hvilket kan have betydning for disse resultater.

Alle klienter, der er registreret med kontakt til psykiatrien efter forløbsafslutning, har været i forløb hos JanusCentret eller Rådgivningscentret. Det skal understreges, at dette fund skal tolkes med varsomhed, da størrelsen på klientgruppen fra SEBA er lille. Det kan heraf ikke udledes, at et behandlingssteds praksis har indflydelse på efterfølgende kontakt til psykiatrien.

Ved sammenligning af klienter, der hhv. har været i udredning og i behandling hos et af de tre behandlingssteder, er der ikke statistisk signifikant forskel på andelene, der har været i kontakt med det psykiatriske hospitalsvæsen efter udrednings- og/eller behandlingsforløb.

Inddeles klienterne på adfærdstype, ses det, at en større andel af klienter med seksuelt krænkende adfærd (48 pct.) kommer i kontakt med psykiatrien efter forløbsafslutning sammenlignet med dem, der udelukkende har udvist bekymrende adfærd (33 pct.). I førmålingsperioden er andelen hhv. 35 pct. for børn og unge med seksuelt krænkende adfærd og 28 pct. for dem, der udelukkende har udvist seksuelt bekymrende adfærd. At andelen er størst blandt børn og unge med seksuelt krænkende adfærd, kan være et tegn på, at psykiatriske problemstillinger forekommer hyppigere hos denne gruppe.

Kontakt til det primære sundhedsvæsen

Klient- og kontrolgruppen er også blevet sammenlignet på kontakt til det primære sundhedsvæsen med specialerne psykiater, børnepsykiater og/eller psykolog. Ganske få klienter (<10) er registreret med kontakt til psykiater, børnepsykiater og/eller psykolog i perioden hhv. 0-2 år før visitation og 0-2 år efter forløbsafslutning. Der er ikke en signifikant forskel ved sammenligning med kontrolgruppen. Ligeledes kan det ikke udledes af resultaterne, at kontakt til det primære sundhedsvæsen varierer på tværs af behandlingsstederne.

Diagnosticering

Nedenstående tabel viser andelen af klient- og kontrolgruppen, der er registreret med minimum én af en række udvalgte diagnoser på en psykiatrisk eller somatisk afdeling i det offentlige hospitalsvæsen 0-2 år efter forløbsafslutning. Diagnoserne afspejler de diagnoser, der benævnes i JanusCentrets statusrapport for 2018 (JanusCentret, 2019). De omfatter følgende:

- Autisme
- Udviklingshæmning
- ADHD (hyperkinetiske forstyrrelser)
- Tilknytningsforstyrrelse
- Psykotiske lidelser
- Personlighedsforstyrrelse²⁵

Tabel 11
Andelen af klient- og kontrolgruppen, der har fået en diagnose 0-2 år efter forløbsafslutning

Gruppe	Andel, pct.
Klientgruppe (N = 114)	34
Kontrolgruppe (N = 538)	22

Anm.: Vægtede andele (vægt dannet ved propensity score matching, jf. bilag 2). Andelen i hhv. klient- og kontrolgruppen er statistisk signifikant forskellige (baseret på t-test med signifikansniveau på 5 pct.).

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret samt Landspatientregisteret og Befolkningsregisteret.

Det fremgår, at 34 pct. af klientgruppen er diagnosticeret med minimum én af de udvalgte diagnoser i perioden efter forløbsafslutning, mens andelen er 22 pct. for kontrolgruppen i samme periode.

²⁵ Se afgrænsning i registrene i bilag 1.

Dette kan som tidligere nævnt være tegn på, at barnets/den unges eventuelle behov for yderligere intervention, såsom psykiatrisk udredning, rapporteres fra behandlingsstederne til myndighedssagsbehandleren.

Det skal påpeges, at en større andel af klientgruppen (39 pct.) er diagnosticeret med minimum én af de udvalgte diagnoser i perioden 0-2 år før visitation sammenlignet med klientgruppen (34 pct.). Dette kan muligvis medføre mindre behov for registrering af diagnoser på klientgruppen i eftermålingsperioden, da hver enkelt diagnose typisk kun gives én gang.

Størstedelen af de diagnosticerede børn og unge er kun registreret med én af de udvalgte diagnoser. De 34 pct. af klientgruppen, der er diagnosticeret efter forløbsafslutning, fordeler sig på 22 pct., der har fået én diagnose, og 12 pct., der har fået to eller flere diagnoser. Blandt kontrolgruppen har 14 pct. fået én diagnose, og 9 pct. har fået to diagnoser eller derover.²⁶

Den hyppigst forekommende diagnose er ADHD. Diagnosen er registreret på 29 pct. af klienterne og 15 pct. af kontrolgruppen i perioden efter forløbsafslutning. Ca. en fjerdedel af klient- og kontrolgruppen blev diagnosticeret med denne diagnose 0-2 år før visitation. Der er ikke en betydelig forskel på registrering af de øvrige diagnoser på tværs af klient- og kontrolgruppen. 8 pct. af klientgruppen og 7 pct. af kontrolgruppen er diagnosticeret med autismespektrumforstyrrelse i perioden efter forløbsafslutning. De øvrige diagnoser er alle registreret på under 8 pct. af hhv. klient- og kontrolgruppen i samme periode.

En større andel med seksuelt krænkende adfærd (37 pct.) er registreret med minimum én diagnose efter forløbsafslutning sammenlignet med klienterne, der udelukkende har udvist seksuelt bekymrende adfærd (28 pct.).

Sammenholdes klientgruppen, der har modtaget behandling, med klientgruppen, der udelukkende har modtaget udredning, er der ikke en signifikant forskel på andelen, der er diagnosticeret i perioden efter forløbsafslutning.

Det er ikke muligt at vise resultaterne for klientgruppen fordelt på behandlingssteder af hensyn til diskretionering af personhenførbare oplysninger.

Klienternes udvikling i trivsel

I dette afsnit præsenteres trivslen blandt børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd, der har været i behandling ved et af de tre behandlingssteder fra januar 2014 til og med maj 2020. De tre behandlingssteder måler trivslen blandt børn og unge, der modtager behandling hhv. forud for udrednings- eller behandlingsforløbet (førmåling) og ved behandlingens afslutning (eftermåling).

Trivselsmålingerne beskrives nærmere i nedenstående boks.

²⁶ De 14 pct. og 9 pct. af kontrolgruppen summer ikke til de 22 pct., der fremgår af tabel 11, grundet afrundinger.

Boks 2

Beskrivelse af trivselsmålinger²⁷

Trivselsmålingerne foretages med SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), der er et standardiseret spørgeskema til systematisk måling af børn og unges mentale trivsel. SDQ omfatter spørgsmål vedrørende barnets/den unges sociale styrkesider, følelses- og adfærdsmæssige symptomer, hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder samt vanskeligheder i forhold til jævnaldrende.

SDQ-spørgeskemaet findes både i versioner til barnet/den unge selv (for 11-årige og opefter), barnets/den unges forældre/værge samt professionelle, der er tilknyttet barnet/den unge (fx lærere eller pædagoger).

Ud fra spørgsmålene beregnes ét samlet mål for omfanget af barnets/den unges trivselsproblemer. Målet går fra 0 til 40, hvor 0 indikerer en meget lav grad af trivselsproblemer, og 40 indikerer en meget høj grad af trivselsproblemer. En score er inden for normalområdet, når den er 0-15 baseret på barnets/den unges egen vurdering, 0-13 baseret på forældres vurdering og 0-11 baseret på professionelles vurdering (Sdqinfo, 2016: 3).

Nedenstående tabel viser den gennemsnitlige udvikling i klienternes trivsel. I opgørelsen indgår kun klienter, hvor der både er foretaget en før- og eftermåling. Der er i alt foretaget før- og eftermålinger på 24 klienter. Grundet den lave populationsstørrelse skal resultaterne tolkes med varsomhed.

Tabel 12

Gennemsnitlig udvikling i klienternes trivselsproblemer (SDQ) baseret på vurdering fra hhv. klienter, forældre og professionelle

Aktør	Førmåling, gns.	Eftermåling, gns.	Udvikling, gns.
Klienters egen vurdering (N = 13)	14,9	13,3	-1,6
Forældres vurdering (N = 18)	18,4	16,2	-2,3
Professionelles vurdering (N = 6)	18,2	22,3	4,2

Anm.: N udgør antal klienter, der er foretaget måling af. Samlet set omfatter tabellen trivselsscorer for 24 unikke klienter. Trivselsscorer baseret på forældres vurdering er foretaget af enten én eller begge forældre. Opgørelsen er baseret på vurderinger fra hhv. 12 mødre og 12 fædre. Udviklingen beregnes som eftermåling fratrukket førmåling (afrundede decimaler).

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014 t.o.m. maj 2020 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret.

²⁷ Uddybning af de i boksens beskrevne kategorier, der indgår i SDQ-målingen: Sociale styrkesider beskriver klientens sociale kompetencer og evne til at indgå positivt i interaktionen med både andre børn og voksne. Følelsesmæssige symptomer dækker over bekymringstendens, affektive vanskeligheder samt forekomsten af psykosomatiske symptomer. Adfærdsmæssige symptomer beskriver problemer i forhold til reguleringsvanskeligheder, oppositionel adfærd og direkte dyssociale symptomer. Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder omfatter rastløshed, fysisk uro og koncentrationsproblemer. Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende beskriver bl.a. barnets evne til at indgå i ligeværdige relationer med jævnaldrende, samt om barnet udsættes for mobning (JanusCentret, u.å.d).

Baseret på klienternes egne vurderinger og forældrenes vurderinger falder SDQ-scoren over tid gennemsnitligt med hhv. 1,6 og 2,3. Dette indikerer, at klienterne og deres forældre oplever et lille fald i graden af trivselsproblemer.

Baseret på de professionelles vurdering ses der omvendt en stigning i gennemsnitsscoren på 4,2, dvs. et rapporteret fald i trivsel. Dette kan indikere, at de professionelle oplever større og/eller flere trivselsproblemer hos barnet/den unge. Stigningen kan dog også indikere, at de professionelle er blevet mere opmærksomme på barnet/den unges trivselsudfordringer.

Det skal understreges, at resultaterne af trivselsmålinger ikke nødvendigvis er et udtryk for behandlingens effekt. Dette skyldes blandt andet en lav stikprøvestørrelse samt fravær af en kontrolgruppe, hvorfor vi ikke har kendskab til klienternes trivselsudvikling, hvis ikke de havde modtaget indsatsen. En udvikling i trivsel kan med andre ord være forårsaget af andre forhold end behandlingsforløbet. Dette gælder også for de følgende resultater baseret på SDQ.

Nedenstående tabel viser antal klienter fordelt på, om deres trivselsproblemer er steget, faldet eller uændrede over tid.

Tabel 13
Antal klienter med hhv. stigende, faldende eller uændrede scorer for trivselsproblemer (SDQ) over tid baseret på vurdering fra hhv. klienter, forældre og professionelle

Aktør	Stigning i trivselsproblemer	Fald i trivselsproblemer	Uændret trivselsscore
Klienters egen vurdering	4	8	1
Forældres vurdering	6	11	1
Professionelles vurdering	5	1	0

Anm.: Tabellen omfatter trivselsscorer for 24 unikke klienter. Trivselsscorer baseret på forældres vurdering er foretaget af enten én eller begge forældre. Opgørelsen er baseret på vurderinger fra hhv. 12 mødre og 12 fædre.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014 t.o.m. maj 2020 af Rådgivningscentret, SEBA samt JanusCentret.

Baseret på klienternes egne vurderinger falder omfanget af trivselsproblemer blandt 8 af 13 klienter, svarende til 62 pct. Baseret på forældrenes vurderinger falder omfanget af trivselsproblemer blandt 11 af 18 klienter, svarende til 61 pct. Trivselsproblemerne falder kun blandt 1 af 6 klienter (17 pct.) baseret på de professionelles vurdering.

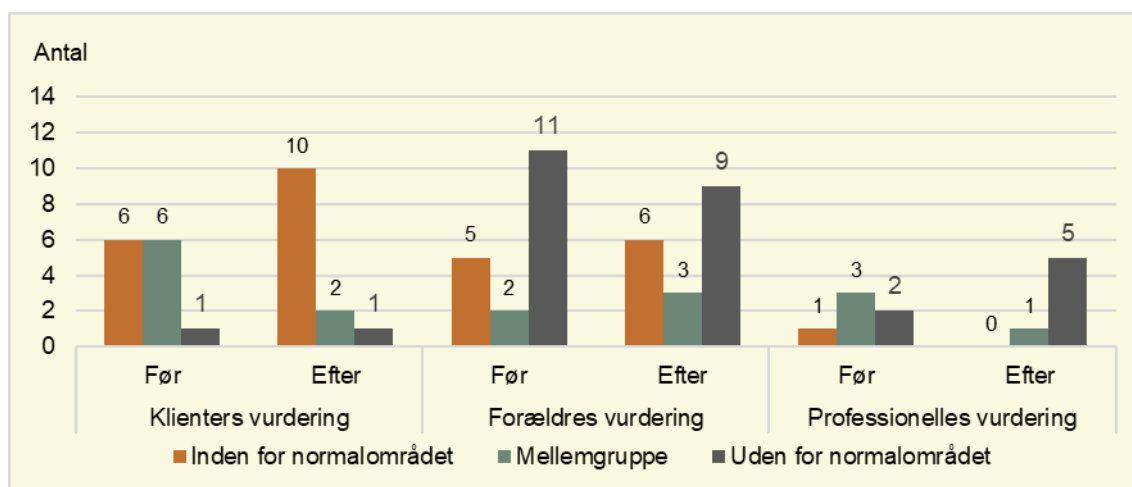
Den samlede SDQ-score kan anvendes til at opdele målgruppen i tre grupper²⁸:

- Inden for normalområdet: Barnet/den unge har få trivselsproblemer
- Mellemgruppe: Barnet/den unge har nogle, men ikke omfattende, trivselsproblemer
- Uden for normalområdet: Barnet/den unge har store trivselsproblemer

Nedenstående tabel viser udviklingen i klienternes fordeling på SDQ-kategorierne.

Figur 5

Antal klienter fordelt på SDQ-kategorier hhv. før og ved afslutning af behandlingsforløb baseret på vurdering fra hhv. klienter, forældre og professionelle



Anm.: Tabellen omfatter trivselsscorer for 24 unikke klienter. Trivselsscorer baseret på forældres vurdering er foretaget af enten én eller begge forældre. Opgørelsen er baseret på vurderinger fra hhv. 12 mødre og 12 fædre.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014 t.o.m. maj 2020 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret.

Baseret på klienternes samt forældrenes vurdering sker der overordnet set en positiv udvikling i klienternes fordeling på SDQ-kategorierne. Baseret på klienternes scorer er 4 af 13 klienter rykket fra mellemgruppen til at ligge inden for normalområdet (svarende til 31 pct.). Baseret på forældrenes scorer, er 2 af 18 klienter rykket fra at ligge uden for normalområdet til at være hhv. inden for normalområdet og i mellemgruppen (svarende til 11 pct.).

Baseret på de professionelles vurdering ses en anden udvikling. Her har 3 af 6 klienter (svarende til 50 pct.) rykket sig fra kategorierne inden for normalområdet samt mellemgruppen til at placere sig uden for normalområdet. Dette er ikke nødvendigvis et tegn på, at behandlingen ikke virker. Som tidligere nævnt kan en stigning i de professionelles vurderingsscorer også afspejle, at de er blevet mere opmærksomme på klientens trivselsudfordringer.

²⁸ Der anvendes forskellige grænseværdier for hhv. børnenes egne, forældrenes og professionelles SDQ-vurderinger. Konkret anvendes følgende grænseværdier: inden for normalområdet (barn) = 0-15 point, mellemgruppe (barn) = 16-19 point, uden for normalområdet (barn) = 20-40 point, inden for normalområdet (forælder) = 0-13 point, mellemgruppe (forælder) = 14-16 point, uden for normalområdet (forælder) = 17-40 point, inden for normalområdet (professionel) = 0-11 point, mellemgruppe (professionel) = 12-15 point, uden for normalområdet (professionel) = 16-40 point (Sdqinfo, 2016: 3; KORA, 2017: 57).

SDQ-spørgeskemaet, der udfyldes ved behandlingsafslutning, indeholder også spørgsmål vedrørende klientens problemudvikling samt gavn af behandlingsforløbet. Besvarelser på disse spørgsmål fremgår af de to nedenstående tabeller.

Tabel 14
Antal klienter fordelt på besvarelser til spørgsmålet "Siden opstarten på klinikken, er dine [din søns/datters, barnets/den unges] problemer nu..."

Aktør	Meget værre	Lidt værre	Omtrent uændrede	Lidt bedre	Meget bedre
Klienters egen vurdering	-	-	-	5	10
Forældres vurdering	-	1	-	8	6
Professionelles vurdering	-	-	1	4	2

Anm.: N = 21 unikke klienter. Besvarelser baseret på forældres vurdering er foretaget af enten én eller begge forældre. Opgørelsen er baseret på vurderinger fra hhv. 11 mødre og 10 fædre.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014 t.o.m. maj 2020 af Rådgivningscentret, SEBA og JanusCentret.

Samlet set viser tabel 14 en tendens til, at både klienter, forældre og professionelle vurderer, at klientens problemer er mindre ved behandlingsafslutning, end da udredningen eller behandlingen blev igangsat. 10 af 15 klienter vurderer, at deres problemer er blevet meget bedre efter forløbsafslutning (svarende til 67 pct.). Det samme gør sig gældende for 6 af 15 vurderinger foretaget af forældre (40 pct.) og for 2 af 7 vurderinger foretaget af professionelle (29 pct.).

Tabel 15 nedenfor viser en tendens til, at klienter, forældre og professionelle vurderer, at behandlingsforløbene har været gavnlige med hensyn til andre forhold, såsom at forløbet har givet ny viden eller gjort det lettere at leve med problemerne.

Tabel 15
Antal klienter fordelt på besvarelser til spørgsmålet "Har forløbet været gavnligt på andre måder, fx givet dig [din søn/datter, banet/den unge] ny viden eller gjort det lettere at leve med problemerne?"

Aktør	Slet ikke	Kun lidt	Ret meget	Virkelig meget
Klienters egen vurdering	-	1	9	5
Forældres vurdering	-	2	9	4
Professionelles vurdering	-	2	4	-

Anm.: N = 20 unikke børn/unge. Besvarelserne baseret på forældres vurdering er foretaget af enten én eller begge forældre. Opgørelsen er baseret på vurderinger fra hhv. 11 mødre og 10 fædre.

Kilde: Data registreret i perioden 2014 t.o.m. maj 2020 af behandlingsstederne Rådgivningscentret, SEBA samt JanusCentret.

Det fremgår, at 14 ud af 15 klienter (svarende til 93 pct.) har svaret, at de har haft ret meget eller virkelig meget gavn af forløbet med hensyn til forhold, der går ud over omfanget af

oplevede problematikker. Det samme gør sig gældende for besvarelser fra 13 af 15 forældre (87 pct.) og fra 4 af 6 professionelle (67 pct.).

Samlet set indikerer resultaterne i tabel 14 og 15, at det opleves, at behandling er til gavn for klientens problemudvikling og andre forhold, såsom at forløbet har givet ny viden eller gjort det lettere at leve med problemerne. Der skal dog tages forbehold for usikkerhed i resultaterne som følge af en lav populationsstørrelse.

Opsamling

Den kvantitative analyse viser, at størstedelen af klienterne er drenge (83 pct.) og i aldersgruppen 6-15 år (84 pct.). 65 pct. af klienterne har udvist seksuelt krænkende adfærd, og 35 pct. har udvist seksuelt bekymrende adfærd.

Der tegner sig et billede af en klientgruppe, der i høj grad er udsat for omsorgssvigt og overgreb. Eksempelvis har 69 pct. af klienterne været udsat for fysisk vold, psykisk vold og/eller seksuelle overgreb.

Analysen af klienternes udvikling vedrørende sociale forhold viser blandt andet, at klienterne modtager flere foranstaltninger efter forløbsafslutning sammenlignet med en statistisk konstrueret sammenligningsgruppe, der ikke har været visiteret til et af behandlingsstederne i 2014-2016. Eksempelvis stiger andelen af klientgruppen, der anbringes uden for hjemmet fra 26 pct. før visitation til 39 pct. efter visitation, hvorimod der stort set ingen udvikling ses for kontrolgruppen.

Den relativt større stigning, der ses hos klientgruppen, indikerer imidlertid ikke nødvendigvis et større behov for foranstaltninger hos børn og unge, der har været i udredning og/eller behandling. Resultaterne kan fx også indikere, at behovet for foranstaltninger i højere grad opdages hos klienter, der har modtaget udredning og/eller behandling.

Trivselsmålinger baseret på SDQ viser, at klienter og forældre oplever, at klienternes trivselsproblemer falder en smule fra før udrednings- eller behandlingsforløbets start til behandlingsforløbets afslutning.

De professionelle omkring barnet (fx lærere eller pædagoger) oplever, at klienternes grad af trivselsproblemer stiger en smule. Stigningen kan indikere, at de professionelle er blevet mere opmærksomme på klientens trivselsudfordringer undervejs i klientens forløb. Det kan således ikke udledes, at behandlingen har en negativ effekt på klienternes trivsel.

Trivselsmålingerne viser desuden, at både klienter, forældre og professionelle oplever, at forløb ved de specialiserede behandlingssteder er til gavn for klienterne oplevede problemer, og at forløbene er gavnlige på andre måder, fx ved at tilvejebringe ny viden eller gøre det lettere at leve med problemerne.

Oplevelse af behandlingen

I dette kapitel præsenteres anonymiserede kvalitative besvarelser fra børn og unge, der har været i behandling i SEBA. 11 børn og unge har i besvarelsen af et spørgeskema efter endt forløb uddybet nogle af deres svar i evalueringsskemaets fritekstfelter.

Enkelte behandlingsforløb har været individuelle, men hovedparten af forløbene er gennemført med inddragelse af forældre, plejeforældre og/eller opholdssted. De voksne, der har været inddraget i behandlingen, besvarer også et spørgeskema.

Det skal bemærkes, at der er tale om et lille datagrundlag, og at der på baggrund heraf ikke kan generaliseres. De metodiske begrænsninger i forhold til denne datakilde er uddybet i afsnittet *Datakilder og metodiske overvejelser*.

Svar fra klienter

På spørgsmålet om, hvad børnene og de unge har lært, svarer størstedelen, at de har lært sig selv bedre at kende, og/eller at de har lært om grænser, og hvad man må og ikke må, fx at man ikke må røre andre på forbudte områder på kroppen.

Når klienterne spørges ind til, hvordan de er blevet hjulpet af forældrene under forløbet – eller hvordan de kunne ønske sig at være blevet hjulpet – svarer flere, at de er blevet hjulpet ved at snakke om det. Flere giver også udtryk for, at der er blevet udvist interesse for dem, eller at de er blevet støttet undervejs i forløbet.

De fleste svarer "nej" eller "ikke rigtigt" på spørgsmålet om, hvorvidt noget i behandlingsforløbet kunne have været anderledes.

Svar fra omsorgspersoner

Når man spørger de voksne, hvordan de oplever, at barnet/den unge har fået det bedre eller værre med sig selv, svarer de fleste, at barnet eller den unge er blevet bedre til at sætte ord på fx hændelser eller følelser, eller at barnet/den unge har fået det bedre, fx er mere åben og bevidst eller har mere ro og er gladere.

På spørgsmålet om, hvordan de voksne oplever, at barnet/den unge har fået det bedre eller værre med andre børn og unge, svarer de voksne, at barnet eller den unge er blevet mere åben og tolerant over for venner og søskende eller har lært egne og andres grænser bedre at kende.

Opsamling

Kvalitative besvarelser fra klienter og omsorgspersoner indikerer, at et behandlingsforløb ved et behandlingssted som SEBA bidrager med positive oplevelser blandt både børnene/de unge og de voksne.

Indsatsen i dag

I dette kapitel beskrives behandlingsstedernes udredningsmodeller og behandlingsformer.

I opsummeringerne præsenteres udviklingen i de seneste fire-fem år, da KORA har beskrevet behandlingsstedernes praksis i en undersøgelse gennemført i årene 2015-2016 (KORA, 2017).

Til sidst i kapitlet beskrives JanusCentrets erfaringer med at åbne et nyt behandlingssted til målgruppen.

Udredning og behandling

Udredningsmodeller

Når behandlingsstederne tilrettelægger udredning, vælger de mellem følgende tests og undersøgelsesmetoder:

Boks 3 Overblik over metoder i behandlingsstedernes udredning

Metode	Forklaring
Psykologisk testning	Den psykologiske testning er en undersøgelse af barnet/den unge kognitivt og personlighedsmæssigt (med eksempelvis WISC, WPPSI, WAIS, TOVA og/eller Rorschach). Behandlingsstederne kan blandt andet teste det intellektuelle funktionsniveau, forekomst af opmærksomhedsmæssige vanskeligheder samt følelsesforvaltning, mestringsstrategier og tilknytningsevne.
Klinisk interview	De kliniske interviews er samtaler med barnet eller den unge om deres forståelse af den bekymrende eller krænkende adfærd, samt hvilke faktorer der kan have haft betydning for udviklingen af denne adfærd (en såkaldt seksuel anamnese). Derudover spørges der ind til opvækstforhold, familieforhold, skolegang, færden på internettet og eventuelt andre særlige problematikker.
Anamnese	Anamnesen er en samtale med barnets forældre om blandt andet familierelationer og -miljø samt barnets opvækst og udvikling. Her kan der også foretages en seksuel anamnese og spørges ind til forældrenes oplevelse af barnets adfærd.
Netværkssamtale	Netværkssamtalen er en samtale med barnets netværk, eksempelvis skole, plejeforældre eller opholdssted. Samtalen kan blandt andet afdække, hvordan man vurderer barnets evne til at indgå i relationer, og hvordan der arbejdes pædagogisk med barnet.
Risikovurdering	Risikovurderingen er en vurdering af, hvorvidt unge, som har krænket andre seksuelt, er i risiko for at udvise krænkende adfærd i fremtiden. Risikovurderingen kan blandt andet foretages med redskabet ERASOR.

Kilde: Oversigt udarbejdet af Socialstyrelsen.

Såfremt alle ovenstående metoder anvendes, vil der være tale om en fuld udredning.

Interviews med behandlingsstederne i september 2020 viser, at alle tre behandlingssteder tilbyder udredning af både kortere og længere varighed. Derfor er det ikke i alle sager, at samtlige ovenstående tests mv. anvendes.

Alle tre behandlingsstederne pointerer i øvrigt, at udredningerne tilpasses barnets alder og kognitive funktionsniveau. Eksempelvis anvender behandlingsstederne legeobservation i stedet for kliniske interviews, såfremt der er tale om mindre børn.

I det følgende beskrives kort hvert behandlingssteds praksis, og til slut gives et samlet overblik.

SEBA's udredning

SEBA tilbyder tre forskellige udredningsmodeller: overgrebsfokuseret udredning – pakke A, B og C (SEBA, u.å.a). SEBA vurderer ud fra den enkelte henvisning, hvor omfattende en udredning der er behov for.

Pakke A indeholder ovenstående udredningsmetoder, dog uden en risikovurdering. I denne pakke indgår der tre psykologiske tests.

Pakke B ligner udredningspakke A, bortset fra at der tilbydes færre tests (en til to tests).

Pakke C er den mindste model. Her foretages der ikke psykologiske tests.

I alle tre modeller kan der til en øget takst suppleres med en risikovurdering, hvis det fagligt set vurderes relevant. Hvis det vurderes relevant, kan der desuden i pakke A og B tilvælges en traumescreening med redskabet Odense Child Trauma Screening (OCTS).

Rådgivningscentrets udredning

Rådgivningscentrets udredningsmodel er fleksibel. Alle ovenstående undersøgelsesmetoder kan anvendes i en udredning (Rådgivningscentret, 2020).

Desuden kan der foretages observation af samspillet mellem barn og forældre via Marschak Interaction Method (MIM).

Man kan sige, at der er tale om én model, der kan tilpasses. Der foretages en konkret vurdering af hver sag. Rådgivningscentret kan fx anbefale kommunen, at der testes, hvis barnet/den unge ikke har været udredt i PPR eller psykiatrien. Ofte er børnene og de unge udredt forinden i forskellig grad, eksempelvis med psykologisk testning af kognitivt niveau og/eller test for opmærksomhedsforstyrrelse, erfarer Rådgivningscentret.

Rådgivningscentret oplever desuden, at man hos behandlingsstedet har øget fokus på, hvordan seksuelle adfærdsproblemer kan være en reproduktion af traumatiske oplevelser.

Behandlingsstedet har p.t. en intern arbejdsgruppe, der undersøger, om traumescreeninger såsom Thomas-testen og OCTS bør inddrages.

JanusCentrets udredning

JanusCentret har tre udredningsmodeller: en basisudredning, en fuld udredning og en udvidet udredning (JanusCentret, u.å.c). JanusCentret vurderer ud fra den enkelte henvisning, hvor omfattende en udredning der er behov for.

I basisudredningen indgår der tre kliniske interviews samt en anamnese og netværkssamtale. Der indgår ikke testning eller risikovurdering i modellen.

Den fulde udredning indeholder ovenstående undersøgelsesmetoder inklusive tre kliniske interviews, dog uden en risikovurdering.

I den udvidede udredning indgår der flere kliniske interviews end i de andre to modeller (fem interviews) samt en systematisk risikovurdering, søskendesamtaler og en traumescreening.

Opsummering

Alle tre behandlingssteder tilbyder udredningsmodeller af varierende længde, hvor alle eller nogle af følgende metoder kan avendes: psykologisk testning, klinisk interview, anamnese, netværkssamtale og/eller risikovurdering.

I interviews fortæller de tre behandlingssteder desuden om et øget traumefokus i deres udredninger inden for de seneste år.

KORA's erfaringsopsamling fra 2017 pegede blandt andet på, at JanusCentret primært havde én udredningsmodel, nemlig den fulde udredning, hvori alle undersøgelsesmetoder anvendes (KORA, 2017: 26).

Der er dermed sket en udvikling i udredningspraksis siden KORA's undersøgelse. De mindre omfangsrige modeller synes nu at være oftere brugt. Det er særligt JanusCentret og Rådgivningscentret, der giver udtryk for, at de har justeret deres udredningsmodeller i de senere år.

JanusCentret giver udtryk for, at deres modeller i højere grad er tilpasset kommunernes behov, mens Rådgivningscentret lægger vægt på, at en mindre udredning ofte også kan give et tilstrækkeligt klinisk indtryk af klienten, når der allerede foreligger oplysninger om barnet/den unge, og idet netværket inddrages.

For alle tre behandlingssteder lader det derudover til, at risikovurderinger ikke er et lige så fast element i en udredning, men at de oftere tilbydes i en udvidet model eller som et supplement eller tilkøb.

Behandlingsindsatsen

Når behandlingsstederne tilrettelægger et behandlingsforløb, vælger de mellem følgende behandlingsformer:

Boks 4

Overblik over behandlingsformer

Behandlingsform	Forklaring
Individuelle forløb	Overgrebsfokuseret, individuel behandling er målrettet børn og unges seksuelle adfærdsproblemer med det formål, at der ikke sker gentagelser af den seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. Det betyder, at man i behandlingen kan fokusere på temaer som seksualitet, grænser og overgreb, som klienten selv har oplevet og/eller begået.
Netværksforløb	Netværksforløb er særligt relevante i de sager, hvor barnet og den unge har vanskeligheder, der gør, at den primære behandlingsindsats fremadrettet skal varetages af netværket (forældre, plejeforældre, skole, opholdssted mv.). Forløbet består derfor, ud over direkte hjælp til barnet/den unge, af en opkvalificering af forældre og professionelle til fremadrettet at varetage det videre arbejde med barnets/den unges vanskeligheder.
Gruppeforløb	Gruppeforløb er gruppebehandling, hvor børn og unge mødes i en fast kadence. Møderne er styret af behandlere. Ikke alle børn og unge vil profitere af gruppebehandling, så grupperne sammensættes ud fra blandt andet deltagernes alder, køn og funktionsniveau for at øge chancen for, at deltagerne kan spejle sig i hinanden. At deltagerne i gruppen kan spejle sig i jævnaldrende samt øve sig i at tale om svære emner og forstå sociale dynamikker, er fordelene ved denne behandlingsindsats.
Behandlingsforløb med familien	Behandlingsforløb med familien kan være relevant at iværksætte i de sager, hvor forældrene til barnet har behov for en særskilt indsats (eksempelvis individuelle samtaler, krisesamtaler eller rådgivningsgrupper). Forældresamtaler mv. gives i udgangspunktet altid som et supplement til et individuelt forløb for en klient. Det kan være, før, under og/eller efter at barnet modtager en indsats.
Mediation	Mediation er en terapeutisk styret proces, hvor offer og krænker forberedes på at møde hinanden. Selve mødet er formålet med mediationen. I mødet modtager offeret en undskyldning fra krænkeren for det eller de overgreb, der er sket. Fordelen ved mediation er, at der kan sættes en helingsproces i gang for både offer og krænker, således at begge parter samt deres familier kan komme godt videre efter hændelserne. Mediation er særligt relevant i de sager, hvor offer og krænker vil komme til at møde hinanden efter overgrebet, eksempelvis i sager, hvor der har fundet overgreb sted mellem søskende.
Konsultativ ydelse	Den konsultative ydelse er et alternativ til behandling og dermed ikke en egentlig behandlingsform. Forløbet retter sig mod at klæde myndighedsrådgiver og/eller netværket på og involverer ikke direkte behandling af barnet eller den unge.

Kilde: Oversigt udarbejdet af Socialstyrelsen.

Interviews med behandlingsstederne i september 2020 viser, at der er forskel på, hvad de tre behandlingssteder tilbyder. Alle tre behandlingssteder tilbyder dog individuel overgrebsfokuseret behandling.

I det følgende beskrives kort hvert behandlingssteds praksis, og til slut gives et samlet overblik.

SEBA's behandling

SEBA tilbyder alle ovenstående typer af behandling på nær gruppeforløb og behandlingsforløb til familien.

SEBA har overvejet gruppeforløb, men er udfordret af, at der er for få klienter i behandling til at kunne sammensætte relevante grupper. Det overvejes, om gruppeforløb for forældre kunne være en mulighed at etablere. Udfordringen her vil formentlig være, at SEBA har for få medarbejdere ansat til at frigive tid til at kunne etablere sådanne forløb.

SEBA har ikke en særskilt ydelse omhandlende forældresamtaler eller anden behandling af familien. Selvom behandlingen er målrettet børnene og de unge, vil SEBA i mange tilfælde inddrage familien og det professionelle netværk, så de bedst muligt kan forstå og støtte børnene og de unge.

SEBA tilbyder imidlertid såkaldte konsultative ydelser, hvor det udelukkende er netværket, og ikke barnet, der modtager en indsats. Dette tilbud er ikke et egentligt behandlingstilbud, i og med at der er tale om rådgivning og ikke behandling.

Ydelsen er et af SEBA's hyppigt anvendte tilbud. Ydelsen kan iværksættes uden forudgående udredning, men kan også benyttes efter en udredning, altså forinden eller som alternativ til et behandlingsforløb til barnet/den unge (SEBA, u.å.b).

SEBA har fire forskellige konsultative pakker, der varierer i omfang, indhold og deltagere (SEBA, u.å.b). En konsultativ ydelse kan eksempelvis være et enkelt kortvarigt møde med myndighedsrådgiveren, hvor SEBA hjælper med at afklare, hvilken indsats der bør iværksættes i SEBA eller eventuelt andet regi. En konsultativ ydelse kan også være et mere sammenhængende forløb, fx et antal møder med barnets plejeforældre, et antal møder med skolen og et samlet møde til sidst. På møderne vil SEBA bidrage med viden om normativ og bekymrende seksuel adfærd samt rådgive netværket i at kunne håndtere adfærden og støtte barnet i at udvikle en sund seksuel adfærd.

SEBA fortæller i øvrigt, at de anbefaler mediation i flere sager, men at kommunerne nogle gange fravælger tilbuddet. SEBA peger på, det kan handle om, at der ikke er godt nok kendskab til fordelene ved mediation, eller at det kan skyldes, at processen kan være lang. Således kan mediation ofte kræve mere koordinering end individuelle klientforløb, i og med at der er to børn og unge involveret i processen og dermed også nogle gange to myndighedsrådgivere.

Rådgivningscentrets behandling

Rådgivningscentret tilbyder alle ovenstående typer af behandling på nær gruppeforløb.

Idet Rådgivningscentret laver meget familiebehandling, vil individuelle forløb som oftest altid være suppleret med andre ydelser, eksempelvis samtaler med hele familien, samtaler med forældre og/eller mediationssamtaler mellem søskende.

Rådgivningscentret tilbyder desuden behandling til børn og unge, der ikke har været i forudgående udredning ved et af behandlingsstederne. I disse sager vil der være et udredende perspektiv i den indledende kontakt med barnet og den unge. Dette i modsætning til JanusCentret og SEBA, som i udgangspunktet ikke tilbyder behandling uden forudgående udredning.

Rådgivningscentret har overvejet gruppeforløb, hvilket de har erfaringer med at tilbyde til nogle af behandlingsstedets andre målgrupper. De er imidlertid udfordret af, at der er for få klienter i behandling til at kunne sammensætte relevante grupper. Rådgivningscentret overvejer, om gruppeforløb for forældre kunne være en mulighed at etablere.

Til brug for måling af progression i individuelle forløb og familieindsatser anvender Rådgivningscentret desuden redskabet Feedback Informed Treatment (Socialstyrelsen, u.å.a). Feedback Informed Treatment er et dialogværktøj til at evaluere, om klienten undervejs i forløbet oplever at få udbytte af indsatsen.

Rådgivningscentret har i øvrigt ikke en specifikt formuleret konsultativ ydelse. De kan dog arbejde med det, de kalder dialogorienteret proceskonsultation målrettet de fagprofessionelle. Barnets myndighedsrådgiver og netværk vil desuden altid blive inddraget i forbindelse med et individuelt forløb.

JanusCentrets behandling

JanusCentret tilbyder alle ovenstående typer af behandling.

De seneste år har JanusCentret øget deres fokus på forældrerådgivning (behandlingsforløb med familien), som de beskriver som et vigtigt fagligt opmærksomhedspunkt for at kunne lykkes bedst muligt med en indsats for en klient.

JanusCentret har ikke på samme måde som SEBA en specifikt formuleret konsultativ ydelse, men barnets myndighedsrådgiver og netværk vil altid blive inddraget i forbindelse med et individuelt forløb.

Opsummering

Behandlingsstedernes tilbud om behandlingsforløb kan præsenteres i en oversigt således:

Tabel 16
Overblik over behandlingsformer fordelt på behandlingssted

	SEBA	Rådgivningscentret	JanusCentret
Individuelle forløb	X	X	X
Netværksforløb	X	X	X
Gruppeforløb			X
Behandlingsforløb med familien		X	X
Mediation	X	X	X
Konsultativ ydelse	X		

Kilde: Interviews med behandlingsstederne gennemført af Socialstyrelsen i september 2020.

Alle tre behandlingssteder tilbyder individuel behandling, netværksforløb samt mediation. Det er særligt individuelle forløb og netværksforløb, der gøres brug af i forhold til behandling af børn og unge.

Siden KORA's erfaringsopsamling er der sket en udvikling i behandlingsstedernes praksis. KORA's undersøgelse pegede eksempelvis på, at SEBA og Rådgivningscentret ikke tilbød individuelle behandlingsforløb (KORA, 2017: 29). Det kan skyldes, at KORA modtog data til erfaringsopsamlingen fra indsatsens første to år, 2014-2015. Det er derfor muligt, at SEBA og Rådgivningscentret endnu ikke havde haft sager af denne type i disse to år.

Desuden tilbyder SEBA i dag mediation. Der gennemføres dog ikke mange af disse forløb, muligvis fordi forløbet kræver mere koordination i kommunen og er en lang proces sammenlignet med individuelle forløb. JanusCentret oplyser ligeledes, de godt kunne tænke sig at lave medationer i flere sager.

JanusCentret er i øvrigt fortsat det eneste behandlingssted, der tilbyder gruppeforløb. Det skyldes især, at Rådgivningscentret og SEBA har færre klienter og dermed sværere ved at sammensætte grupper.

SEBA er derudover fortsat det eneste behandlingssted, som har egentlige modeller for konsultative forløb med myndighedsrådgiver, forældre og/eller netværk.²⁹

²⁹ Det betyder ikke, at de andre behandlingssteder ikke arbejder med netværket. Rådgivningscentret oplyser fx, at de tilbyder dialogorienteret proceskonsultation til de professionelle omkring barnet, men dette er ikke beskrevet som en specifik ydelse på deres hjemmeside.

Erfaringer med åbningen af JanusCentret Syd

I dette afsnit præsenteres JanusCentrets erfaringer med at åbne en ny afdeling i Odense, kaldet JanusCentret Syd. JanusCentret Syd åbnede i februar 2018.

Afsnittet vil indeholde opmærksomheder og anbefalinger til at åbne en underafdeling.

Valg af beliggenhed

JanusCentret Syd er fysisk placeret i Odenses bymidte. Valget er faldet på denne beliggenhed, fordi byen ligger midt i landet og har gode indfaldsveje. Der er også adgang med offentlig transport. Dette kan være en fordel for de visiterede familier. Det kan også gøre det lettere for JanusCentret at rekruttere pendlere. Derudover har den lette adgang til lokationen været vigtig for at kunne sikre sammenhæng med JanusCentrets afdeling i København.

I JanusCentret er man opmærksom på, om man med beliggenheden får dækket udrednings- og behandlingsbehovet for målgruppen i hele Region Syddanmark. JanusCentret giver udtryk for, at det muligvis kan være nødvendigt med flere afdelinger ligesom i Børnehus Syd, hvor man har åbnet afdelinger både i Esbjerg og senest i Aabenraa.

Etablering af fysiske rammer

Etableringen af en helt ny afdeling fra begyndelsen af 2018 har betydet, at JanusCentret på relativt kort tid har skullet finde og opbygge lokaler med den rette indretning, så de kan rumme børn og familier. Når man starter nye afdelinger op, skal man således være opmærksom på, det kan være tidskrævende at oprette kontorpladser, købe legetøj og testinstrumenter ind og få lokalerne klargjort til udredning og behandling inden for kort tid.

Rekruttering og oplæring

I Odense-afdelingen har JanusCentret to fastansatte medarbejdere (en psykolog og en socialrådgiver/psykoterapeut) samt to psykologer tilknyttet på konsulentbasis. Afdelingslederen er desuden i Odense en fast dag om ugen. JanusCentret vurderer, at det er en fordel, at der indimellem er flere ansatte i huset, så det giver afdelingen mere liv, og så de fastansatte har andre at sparre med de dage.

JanusCentret oplyser, at det kan være svært at rekruttere erfarne psykologer, som har en autorisation, og som ønsker at være fastansat, og at det ikke nødvendigvis er en problematik, der er særlig for Odense-området. Selve autorisationen er imidlertid ikke et problem, da JanusCentret kan vælge selv at autorisere deres psykologer.

Når JanusCentret rekrutterer socialrådgivere, er der generelt ikke de samme udfordringer. Blandt andet er det ikke så vigtigt, at kandidaterne har erfaring fra overgrebsområdet, når blot de har erfaring i at tale med børn og unge. Målgruppen og emnet bliver man lært op i og får erfaring inden for, når man er ansat.

JanusCentret fortæller, at der er fokus på oplæring, sparring, fælles kurser og hyppig mailkontakt til alle. JanusCentret har desuden faste manualer og koncepter, hvilket gør, at den nye underafdeling hurtigt kan komme ind i stoffet.

JanusCentret har også gode erfaringer med at have fælles sager, hvor både afdelingen i Odense og København deltager i klientarbejdet. Det kan styrke samarbejdet socialt og fagligt.

Samarbejde mellem de to afdelinger

JanusCentret har en fælles visitationstelefon, hvilket betyder, at sekretæren i København også dækker Odense-lokationen. Sekretæren og den fælles visitation binder afdelingerne sammen til én samlet organisation. Derudover afholdes der månedlige konferencer, hvor sagerne gennemgås og fordeles, og her deltager alle.

Et tæt samarbejde – både fysisk, via e-mail og andre digitale platforme – fremhæves som en vigtig pointe. JanusCentret nævner desuden vigtigheden af fælles personalemøder og sociale arrangementer. At sidde sammen på et kursus gør også, at medarbejderne lærer hinanden bedre at kende, og fælles kurser kan give en oplevelse af samhørighed, også på tværs af afdelingerne.

Nye samarbejdsrelationer

JanusCentret har arbejdet med at udbrede kendskabet til det nye behandlingssted i Odense ad forskellige kanaler.

JanusCentret har blandt andet sendt en nyhed ud i lokalpressen og holdt en åbningsreception for relevante aktører. Der blev også sendt en informationsmail ud til alle kommunale myndigheds- og PPR-afdelinger i området, ligesom JanusCentret tog initiativ til et samarbejds møde med Børnehus Syd og Odense Universitetshospital.

Desuden har JanusCentret haft særligt fokus på at følge op på henvendelser fra kommunerne i regionen med henblik på at spørge ind til, om der kunne være tale om sager om børn og unge, der kunne være i målgruppen for en indsats på behandlingsstedet.

Derudover afholder JanusCentret generelt en række aktiviteter både i København og Odense, som bidrager til at øge kendskabet til deres tilbud. Eksempelvis afholdes der løbende fyraftensmøder og kurser for kommuner. Der sendes jævnligt nyhedsbreve ud til kommuner, hvori der fx gøres reklame for det nye kursus om børnesamtaler. JanusCentret vil i den forbindelse altid være afhængige af, at informationsmails og materiale bliver videresendt til de rette, når de sender noget ud til kommuner.

JanusCentret fremhæver, at de både i Odense og København oplever, at kommuner vender tilbage, hvis de før har haft en sag hos behandlingsstedet. Det kan derfor tyde på, at der for kommunen er kortere vej til sparring, udredning og behandling, når først kendskabet og samarbejdsrelationen er opbygget. Man må også formode, at det skyldes, kommunerne har været tilfredse med det/de tidligere forløb.

Opsamling

Interviewene med behandlingsstederne viser blandt andet, at alle tre behandlingssteder tilbyder forløb med udredning af varierende længde. Særligt JanusCentret og Rådgivningscentret giver udtryk for, at de har justeret deres udredningsmodeller i de senere år.

Desuden tilbyder alle tre behandlingssteder individuel behandling, netværksforløb samt mediation. Eftersom det ikke var alle behandlingssteder, der havde gennemført individuel behandling eller medationer i indsatsens første år, har der også været en udvikling siden KORA's erfaringsopsamling på dette område.

Interview med JanusCentret viser desuden, at der kan peges på en række anbefalinger og opmærksomhedspunkter i forbindelse med åbningen af et nyt behandlingssted. JanusCentret har blandt andet gode erfaringer med at have en fælles visitation, hvor sekretæren i København også dækker Odense-lokationen. Dette kan være med til at binde afdelingerne sammen til én samlet organisation.

Status på forankring af indsatsen

I dette kapitel præsenteres en status for forankring af indsatsen.

Hvert behandlingssted har bidraget med en beskrivelse af deres nuværende status vedrørende en række forhold af betydning for forankringen og bæredygtigheden af tilbuddet. Statusserne er indhentet og uddybet i månederne oktober-december 2020.

I det følgende præsenteres antal gennemførte forløb i årene 2014-2019. Dernæst beskrives hvert behandlingssteds status på følgende områder: Organisering, efterspørgsel og økonomisk bæredygtighed.

Antal gennemførte forløb

Behandlingsstederne varierer i størrelse, hvorfor det er forskelligt, hvor mange forløb de hver især har kapacitet til at gennemføre.

Behandlingsstederne har angivet antallet af sager fra 2014, hvor den landsdækkende indsats startede op, til og med 2019. Opgørelsen præsenteres i følgende tabel:

Tabel 17
Antal gennemførte klientforløb 2014-2019 fordelt på behandlingssted

Behandlingssted	2014	2015	2016	2017	2018	2019	I alt
Udredning							
- SEBA	*	5	5	5	9	*	30
- Rådgivningscentret	*	9	4	7	3	*	31
- JanusCentret	24	16	30	18	30	33	151
I alt	33	30	39	30	42	38	212
Behandling							
- SEBA	*	*	*	*	3	4	16
- Rådgivningscentret	*	*	*	*	*	6	17
- JanusCentret	*	15	9	5	*	4	47
I alt	13	23	14	10	6	14	80
Behandling uden forudgående udredning							
- SEBA	*	*	*	*	*	*	*
- Rådgivningscentret	0	3	5	3	13	3	27
- JanusCentret	*	*	*	*	*	*	*
I alt	*	*	*	*	*	*	*

Anm.: *Observationer er diskretioneret af hensyn til personhenførbare. Udredning indeholder forløb, hvor klienten udelukkende har modtaget udredning, mens behandling indeholder forløb, hvor klienten har modtaget både udredning og behandling. Desuden præsenteret antal forløb med behandling uden forudgående udredning; dog angives der hverken tal for SEBA eller JanusCentret af diskretionshensyn.

Kilde: Behandlingsstedernes opgørelser over dataregistrerede sager.

Opgørelsen over afsluttede forløb viser, at SEBA i perioden 2014-2019 har haft 30 udredningsforløb og 16 forløb med behandling inklusiv forudgående udredning.

Rådgivningscentret har haft 31 udredningsforløb og 17 forløb med behandling inklusiv forudgående udredning. Derudover har Rådgivningscentret haft 27 forløb med behandling uden forudgående udredning i årene 2014-2019.³⁰

³⁰ Som beskrevet i afsnittet *Behandlingsindsatsen*, er det primært Rådgivningscentret, der udfører behandling af klienter uden forudgående udredning. SEBA og JanusCentret vil kun gøre det i sjældne tilfælde, fx hvis et af de andre behandlingssteder har udredt barnet, hvorefter barnet flytter til en kommune i deres område.

JanusCentret har i perioden haft 151 udredningsforløb og 47 forløb med behandling og forudgående udredning. Heraf har den nye afdeling i Odense i 2018-2019 gennemført elleve udredningsforløb og tre behandlingsforløb.

Grundet diskretionshensyn fremgår mange af SEBA og Rådgivningscentrets behandlingssager ikke af tabellen. Det skyldes, at særligt Rådgivningscentret i nogle år har færre end tre forløb med behandling inklusiv forudgående udredning. Det kan dog oplyses, at der for de to behandlingssteder ikke er de store udsving i antallet af sager over årene.

Ud over ovenstående antal udrednings- og behandlingsforløb udfører alle tre behandlingssteder hvert år forskellige former for rådgivning og undervisning.

SEBA har blandt andet gennemført i alt 77 konsultative ydelser i årene 2014-2019.

Rådgivningscentret opgør ikke længere antallet af rådgivninger, men de oplyser, at de jævnligt modtager og besvarer telefonhenvendelser (estimeret gennemsnitligt omkring en til to henvendelser om ugen). Desuden er rådgivning og supervision typisk en del af et behandlingsforløb, og Rådgivningscentret registrerer ikke dette separat.

JanusCentret har siden opstarten i 2003 og til og med 2019 gennemført omkring 245 supervisions-, rådgivnings- eller konsultantsager samt afholdt ca. 485 kurser, foredrag og lignende. I samme periode har de besvaret næsten 1.600 telefonhenvendelser om børn og unge i målgruppen samt omkring 850 henvendelser, som de har vurderet har været uden for målgruppen.

Ovenstående giver ikke et fuldstændigt overblik over behandlingsstedernes aktiviteter, da ikke alle henvendelser, oplæg mv. nødvendigvis registreres. Desuden er det formentligt ikke alle sager over årene, der er endeligt "dataregistreret" (afsluttet) i det fælles sagsstyringsystem, hvorfor antallet af udredninger og behandlinger forventes at være underestimeret.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at behandlingsstederne på nogle punkter har forskellig registreringspraksis. Af tabel 17 fremgår Rådgivningscentrets klienter under den sagstype-kategori, som sagen er opstartet som, også selvom en klient fx overgår fra udredning til behandling. SEBA og JanusCentret vil derimod i udgangspunktet ændre på kategoriseringen af en sag, når en klient overgår fra udredning til behandling. Fælles er, at klienter i udgangspunktet ikke figurerer to steder i opgørelsen.³¹ Det er dog muligt, at nogle af i Rådgivningscentrets klienter, der har været i udredning, også har gennemført behandling, uden at dette vil fremgå af antallet af behandlinger.

Derudover kan der være usikkerhed om, hvilket år sagerne hører til. Ifølge et af behandlingsstederne kunne der i indsatsens første år være udfordring med at skifte ydelse i sagsstyringsystemet. JanusCentrets videnscenter oplyser, at de i 2021 vil undersøge, om der

³¹ SEBA oplyser, at der tidligere har været tvivl om, hvordan sagerne skulle indberettes, hvorfor det ikke kan udelukkes, at en klient kan fremgå både under udredning og behandling i opgørelsen. Det er dog få gange, at dette i så fald har været tilfældet, muligvis slet ikke, pointerer SEBA.

kan integreres en ny datovariabel i systemet, idet den nuværende variabel ikke er optimal til statistisk brug.³²

Status for hvert behandlingssteds forankring

Behandlingsstederne er organiseret forskelligt og har også forskellige udgangspunkter for at sikre bæredygtigheden af deres tilbud.

Tidligere har forventningen været, at den statslige bevilling kunne bortfalde efter overgrebspakkens projektperiode (KORA, 2017: 45). I statussen fra 2016, angivet i KORA's erfaringsopsamling, tvivlede alle tre behandlingssteder dog på kommunernes betalingsvilje til at dække de fulde omkostninger til indsatsen, såfremt den statslige medfinansiering skulle bortfalde (KORA, 2017: 49).

I det følgende præsenteres en opdateret status for hvert behandlingssteds forankring og selvfinansiering. Statussen er indhentet og uddybet i månederne oktober-december 2020.

Som beskrevet i afsnittet *Datakilder og metodiske overvejelser* er der tale om et øjebliksbillede af indsatsen.

Status på SEBA's forankring

Organisering

SEBA startede op som et projekt i Aalborg Kommune i forbindelse med overgrebspakken (satspuljen 2013-2016).

SEBA er organiseret under Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen i Aalborg Kommune og er i 2019 flyttet ind på samme matrikel som Børnehus Nord. Desuden er SEBA under samme ledelse som Børnehus Nord.

SEBA består af et lille team på to psykologer, hvoraf én er ansat på deltid, samt en pædagog, der også fungerer som koordinator, dvs. en form for daglig leder.

Efterspørgsel

SEBA oplever, at alle kommuner i Region Nordjylland i større eller mindre grad efterspørger deres ydelser.

Behandlingsstedet oplever desuden en markant højere efterspørgsel end tidligere. Det betyder, at der aktuelt er omkring to måneders ventetid på visitering og fem-seks måneders ventetid på at igangsætte forløb. Ventetiden kan også skyldes begrænsninger som følge af covid-19.

³² Opgørelsen over antal forløb kan som følge af udfordringerne i sagsstyringssystemet ikke uden videre sammenholdes med KORA's erfaringsopsamling. KORA's datagrundlag var 87 børn og unge, som har modtaget en indsats fra slutningen af 2013 til slutningen af 2015 (KORA, 2017: 17). Ovenstående opgørelse viser, at over 99 børn og unge har været i udredning og behandling i 2014-2015. Diskrepansen kan skyldes, at JanusCentret i forbindelse med indmeldingen til denne vidensopsamling manuelt har gennemgået klientsager fra SEBA og Rådgivningscentret med manglende årsangivelser. Det betyder blandt andet, at i alt 19 sager er tilføjet opgørelsen i disse to år.

Eksempelvis har SEBA ikke kunnet tage sager ind i samme takt som tidligere, hvorfor der formentlig er sket en vis ophobning af sager.³³

Økonomisk bæredygtighed

SEBA har ikke taget betaling for deres ydelser i overgrebspakkens projektperiode, men det gør behandlingsstedet i dag (SEBA, u.å.a).

Ydelseernes priser er forelagt kommunerne i regionen. SEBA udarbejdede et ydelseskatalog med takster for de forskellige ydelser, som blev præsenteret for kommunerne i 2018. Ydelseskataloget indeholdt en oversigt over en gradvis forøgelse af taksterne.

SEBA er gået fra at have en selvfinansieringsandel på 0 pct., dengang de statslige midler finansierede hele tilbuddet, til en selvfinansiering på 7 pct. i 2018 og 15 pct. i 2019.

SEBA angiver i deres status, at det aktuelt ikke ser ud til, at SEBA's stigende takster har betydet en nedgang i henvendelser. SEBA pointerer dog også, at det er uvist, om de nordjyske kommuner er villige til at betale fuld pris for SEBA's ydelser.

Status på Rådgivningscentrets forankring

Organisering

Indsatsen blev igangsat i forbindelse med overgrebspakken som et projekt kaldet JUNO (satspuljen 2013-2016). Projekt JUNO blev forankret i RådgivningsCentret i Aarhus Kommune.

Projekt JUNO er pr. 1. januar 2018 fuldt integreret i Rådgivningscentret, hvorfor der ikke længere er tale om et selvstændigt projekt.

Rådgivningscentret er specialiseret i at arbejde med familier, der er berørt af vold, seksuelle overgreb og svære familieproblematikker.

Rådgivningscentret er organisatorisk en del af Børnecentret, som hører under Magistratsafdelingen for Sociale Forhold og Beskæftigelse i Aarhus Kommune. Rådgivningscentret og Børnehus Midt har adresse på samme matrikel.

Rådgivningscentret har en normering på ni fuldtidsstillinger, fordelt på 11 ansatte med socialrådgiver-, pædagog- og psykologbaggrund. Opgavernes varetagelse fordeles mellem den samlede medarbejdergruppe. Fire af de elleve ansatte deltager desuden i erfaringsudveksling i det landsdækkende netværk mellem de tre behandlingssteder.

Efterspørgsel

Selvom alle kommuner kan benytte Rådgivningscentret, synes de at kunne se et mønster i, at nogle kommuner bruger dem oftere, mens andre kommuner stort set ikke henviser sager. Eksempelvis modtager Rådgivningscentret jævnligt sager fra Aarhus Kommune, der driver tilbuddet og dermed er med til at finansiere det.

³³ Hvis man ser på antallet af sager i SEBA, er der særligt en stigning i de konsultative ydelser siden 2016.

P.t. er der en sagspukkel i Rådgivningscentret, som medfører ventetid på op til seks-syv måneder. Det er sandsynligt, at det skyldes restriktioner og nedlukninger som følge af covid-19. Rådgivningscentret oplyser, at de vurderer, om nogle sager er mere akutte og derfor skal opprioriteres. Det kan eksempelvis gælde sagerne om seksuelt bekymrende og krænkende adfærd.

I deres status angiver behandlingsstedet i øvrigt, at de oplever en tilbageholdenhed fra kommunerne grundet covid-19. Behandlingsstedet forventer ikke, at det handler om manglende behov, men om at fokus er på krisehåndtering i forbindelse med covid-19. Rådgivningscentret oplever stadig et stort behov og en interesse fra fagprofessionelle, når de afholder virtuelle informations-/fyraftensmøder.

Rådgivningscentret har imidlertid en oplevelse af, at der var flere henvendelser om børn og unge i målgruppen i indsatsens første år sammenlignet med de seneste år.³⁴ Behandlingsstedet påpeger, at det ikke kan udelukkes, at beslutningen om at anvende navnet Rådgivningscentret i stedet for JUNO kan have betydet, at færre kommuner har fundet vej til tilbuddet. Oplevelsen er, at behandlingsstedet ikke længere er lige så synligt, hvilket også kan hænge sammen med, at JUNO's projektleder-/koordinatorfunktion blev nedlagt. Rådgivningscentret forventer imidlertid øget efterspørgsel, blandt andet på grund af et stigende fokus på digitale krænkelse.

Med hensyn til kommunernes betalingsvilje oplyser Rådgivningscentret, at der ses tegn på en mindre betalingsvilje eksempelvis med hensyn til tilkøb og deres abonnementsordninger. Behandlingsstedet peger i den forbindelse på, at nedsættelsen af Ungdomskriminalitetsnævnet har betydet, at de henvisende kommuner i nogle tilfælde har bedre mulighed for at bevilge længere forløb.

Økonomisk bæredygtighed

Siden indsatsen startede op i 2014, har der ikke været en nævneværdig ændring af behandlingsstedets priser.

Det har ikke været muligt for Rådgivningscentret at oplyse deres selvfinansieringsprocent, men samlet set vurderer Rådgivningscentret, at deres status er den samme som i KORA's erfaringsopsamling (KORA, 2017: 49).³⁵ Behandlingsstedet tvivler således på, at kommunerne har betalingsvilje til at dække de fulde omkostninger til indsatsen. Selvom Rådgivningscentret forventer, at indsatsen vil fortsætte efter et eventuelt bevillingsophør, forventes det, at det bliver i reduceret form. Fuld selvfinansiering forventes altså ikke at være en mulighed.

³⁴ Dette kan hverken be- eller afkræftes, i og med at Rådgivningscentret ikke opgør antallet af telefonhenvendelser.

³⁵ Selvfinansieringsprocenterne for Rådgivningscentret og SEBA er ikke angivet i KORA's erfaringsopsamling (KORA, 2017: 48). Det er muligt, der kan være tale om mere tidskrævende udregninger for de kommunalt forankrede behandlingssteder.

Status på JanusCentrets forankring

Organisering

JanusCentret i København blev oprettet af Socialministeriet i 2003 som del af regeringens handlingsplan om bekæmpelse af seksuelt misbrug af børn. Den 1. januar 2011 overgik JanusCentret til at være en selvejende institution, der ledes af en bestyrelse. På dette tidspunkt begyndte de også at tage betaling for udredning, behandling mv.

Med finansloven fra 2018 blev der afsat midler til, at JanusCentret kunne oprette et nyt behandlingssted i Odense (Finansloven, 2018, § 15.25.11.30).

JanusCentret har 10 fastansatte, heraf to i Odense, samt en studentermedhjælper. Derudover har behandlingsstedet fire specialistpsykologer tilknyttet som time-/honorarlønnede konsulenter, heraf er to tilknyttet afdelingen i Odense.

Efterspørgsel

JanusCentret angiver i deres status, at antallet af henvisninger varierer fra år til år. Behandlingsstedet forventer årligt 40-50 forløb inklusiv VISO-sager. JanusCentret oplyser, at de i perioden 2003-2019 har været i kontakt med 96 ud af landets 98 kommuner.

I 2020 har JanusCentret måtte tilpasse deres indsats til covid-19-situationen. I perioder har behandlingsstedet oplevet kortere ventetid, op til tre måneder, inden de har kunnet afholde en første samtale med klient/familie. Der er dog ikke ventetid på hverken telefonhenvendelser eller indledende møder med kommunens sagsbehandlere, dvs. forvisitationen af sager.

Hvad angår kommunernes betalingsvilje, oplever JanusCentret til tider, at kommunerne kan være presset af en begrænset økonomi, når de henvender sig. Eksempelvis efterspørger kommunerne i nogle tilfælde mindre omfattende tilbud, end hvad JanusCentret anser for fagligt forsvarligt. Det kan fx være udelukkende rådgivning til de fagprofessionelle omkring barnet, selvom JanusCentret vurderer, der er behov for udredning af barnet.

Som beskrevet i afsnittet *Udredningsmodeller* har JanusCentret udviklet en model med tre udredningspakker af varierende omfang. JanusCentret oplyser, at den nye model kan imødekomme kommunernes behov for tilpasninger med hensyn til pris, uden at gå på kompromis med fagligheden.

Økonomisk bæredygtighed

JanusCentret angiver i deres status, at der fra 2017 til 2020 har været en prisstigning på ca. 10 pct.

JanusCentret er gået fra at have en selvfinansieringsprocent, der ligger mellem 58-60 pct. i 2016-2017 til 50 pct. i 2018 og 45 pct. i 2019.³⁶

³⁶ Dette skyldes flere faktorer. Siden 2016-2017 har JanusCentret blandt andet fået færre sager henvist via VISO, og det er en af grundene til, at selvfinansieringsgraden er faldet, selvom priserne er steget (samtidig med at antallet af sager pr. år har været nogenlunde stabilt). Den samlede statslige finansiering er desuden øget siden 2018 på grund af oprettelsen af JanusCentrets afdeling i Odense. Hvis man ser bort fra etableringen af Odense-afdelingen, er det statslige tilskud dog faldet hvert år i 2017-2020.

JanusCentret oplyser, at de er afhængige af midlerne fra staten, hvis de skal kunne fortsætte arbejdet med udgangspunkt i centrets nuværende tilbud og priser. Priserne er forhøjet i de senere år, og JanusCentret vurderer, at der er grænser for, hvor meget de kan øge prisen i forhold til kommunernes vilje og evne til at betale.

Opsamling

Opgørelsen over antal afsluttede forløb viser, at SEBA i perioden 2014-2019 har haft i alt 46 forløb udredning og behandling.

Rådgivningscentret har haft 48 udrednings- og behandlingsforløb. Derudover har Rådgivningscentret haft 27 forløb med behandling uden forudgående udredning.

JanusCentret har i perioden haft 198 forløb med udredning og behandling inklusiv forudgående udredning.

En status på de enkelte behandlingssteders organisering viser, at de har forskellige udgangspunkter for deres arbejde med målgruppen. Eksempelvis er et af behandlingsstederne selvejende og to af behandlingsstederne kommunalt forankret, og det er forskelligt, hvor mange ansatte hvert behandlingssted har.

Statussen peger derudover på, at alle tre behandlingssteder er i tvivl om, hvorvidt kommunerne har betalingsvilje til at dække de fulde omkostninger til indsatsen, såfremt den statslige medfinansiering bortfalder.

Kommunernes erfaringer med tilbud til målgruppen

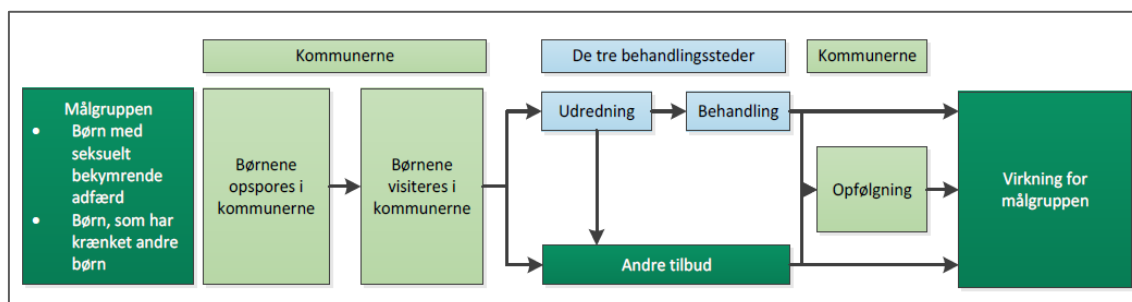
I dette kapitel gennemgås kommunernes erfaringer med målgruppen, herunder hvilke faktorer der har indflydelse på til- og fravalg af behandlingsstederne.

Det er kommunernes opgave at henvise børn og unge i målgruppen til de rette tilbud (KORA, 2017: 6). Det er blandt andet i dagtilbud, skoler, plejefamilier og på anbringelsessteder, at fagpersonerne omkring barnet eller den unge opdager, at barnet/den unge kan have behov for særlig støtte.

Det er derefter de sociale myndigheder, der afklarer, hvilket tilbud der er det rette, og efterfølgende følger op på eksempelvis den udredning, som et behandlingssted har gennemført.

KORA har lavet denne figur, der illustrerer barnets/den unges forløb i forbindelse med en indsats hos behandlingsstederne:

Figur 6
Målgruppens vej gennem projektet



Kilde: KORA, 2017: 6.

Det er altså i kommunen, at indsatsen for barnet er besluttet, og det er kommunen, der foretager den løbende opfølgning.

I det følgende gennemgås det, hvilke erfaringer kommunerne har med at benytte tilbud til målgruppen. Jf. afsnittet *Datakilder og metodiske overvejelser* er beskrivelserne baseret på interviews med repræsentanter fra otte kommuner (gennemført i september-oktober 2020). De interviewede kommuner er geografisk spredt i landet, men er ikke nødvendigvis repræsentative for resten af landets kommuner. De følgende afsnit skal altså læses med et vist forbehold. Det kan ikke uden videre konkluderes, at beskrivelserne gør sig gældende for et bredt udsnit af landets kommuner.

Kendskab til målgruppen

Interviews med udvalgte kommuner peger på, at kommunerne kun har ganske få sager med børn og unge med seksuelt grænseoverskridende adfærd. Det betyder, at det kan være vanskeligt at opbygge den nødvendige særviden. I flere af de interviewede kommunerne er der dog enkelte medarbejdere, der har haft et par sager med børn og unge i målgruppen. Nogle har derfor haft kontakt med behandlingsstederne. Disse ansatte kan blive en form for vidensbærere i organisationen.

Det er desuden gennemgående i alle interviews, at kommunerne har stor respekt for arbejdet med målgruppen, som de beskriver som noget af det mest komplekse i deres ellers ret komplekse arbejdsfelt. Kommunerne udtrykker således, at der er behov for specialiseret viden om målgruppen, og at de ikke selv besidder denne viden.

Kendskab til behandlingsstederne

Samtlige interviewede myndighedsafdelinger har kendskab til mindst et af behandlingsstederne. Kommunerne er opmærksomme på, at behandlingsstederne har specialiseret viden om børn og unges seksuelt krænkende adfærd, og kommunerne beskriver behandlingsstederne som eksperter i forhold til målgruppen.

Det er forskelligt, hvor meget de interviewede kommuner kender til behandlingsstederne, og der ses en tendens til, at de efterspørger ydelser, som allerede eksisterer hos behandlingsstederne. Eksempler på dette kan være sparring på sagsniveau samt kurser og oplæg, fx om børns seksualitet, og om hvornår og hvordan man bør reagere ved bekymringer for et barn.

Flere kommuner fremhæver JanusCentret som det behandlingssted, de kender, også selvom de pågældende kommuner geografisk er placeret nærmere et af de andre behandlingssteder i landet. Det kan muligvis hænge sammen med, at flere nævner JanusCentrets Bekymringsbarometer som baggrund for deres kendskab til behandlingsstederne (JanusCentret, u.å.a).

En spørgeskemaundersøgelse gennemført af KORA i forbindelse med deres erfaringsopsamling viser et lignende billede: "Blandt de 65 kommuner, der har besvaret spørgeskemaet, er der kun én, som ikke kender til nogen af de tre behandlingssteder. Kendskabet er størst til JanusCentret, som kendes af 88 %. 39 % kender Projekt JUNO, og 21 % kender Projekt SEBA" (KORA, 2017: 33).³⁷

³⁷ Det skal påpeges, at SEBA i Aalborg altid kun har dækket kommunerne i Nordjylland, hvorfor det er forventeligt, at færre kommuner kender dette behandlingssted. Projekt JUNO i Aarhus dækkede Region Midtjylland og Syddanmark, og JanusCentret dækkede Region Hovedstaden og Region Sjælland. I dag dækker JanusCentrets behandlingssted i Odense også Region Syddanmark sammen med Rådgivningscentret i Aarhus.

Benyttelse af behandlingsstederne

Generelt udtrykker kommunerne stor tilfredshed med behandlingsstederne. De har en opfattelse af, at behandlingsstederne besidder en specifik og nødvendig viden og kompetence, som de fleste af kommunerne ikke har adgang til andre steder.

Flere kommuner fremhæver et konkret, velfungerende samarbejde omkring et barn og en familie, eller at de har fået læring via oplæg fra behandlingsstederne, blandt andet om børns normale seksuelle udvikling og adfærd.

Kommunerne giver i interviewene udtryk for, at de hovedsageligt benytter behandlingsstederne til sparring og udredninger, ikke i lige så høj grad til behandlinger.

KORA's erfaringsopsamling viste således, at 43 pct. ud af 65 kommuner anvendte behandlingsstederne til udredninger af målgruppen (KORA, 2017: 34), og 40 pct. angav, at de havde visiteret til behandling ved et af de dengang tre behandlingssteder (KORA, 2017: 35).

Tilvalg

Interviewene viser, at der hovedsageligt er tre årsager, der ligger til grund for, at en kommune vælger at anvende et behandlingssted. Årsagerne beskrives i det følgende i vilkårlig rækkefølge.

1) Alvorsgrad og kompleksitet

Kommunerne påpeger, at de benytter behandlingsstederne, når problematikken i en sag vurderes at være meget alvorlig, dvs. når det, der er sket, er så voldsomt, at der er behov for større ekspertise, end hvad der findes i kommunens interne tilbud.

Desuden anvender kommunerne behandlingsstederne, når de har svært ved at afkode barnets adfærd, og de ikke kan gennemskue, hvad der er på spil i sagen.

Nogle kommuner nævner, at der ved deciderede krænkelser benyttes eksterne tilbud, blandt andet behandlingsstederne, mens eksempelvis seksualiseret adfærd, selvstimulering og engangstilfælde vurderes at kunne håndteres i eget regi. KORA's erfaringsopsamling viste et lignende billede:

Undersøgelsen tyder på, at nogle kommuner i højere grad bruger de tre behandlingstilbud, når der er tale om børn og unge med en krænkende adfærd, end når der er tale om børn og unge med en bekymrende adfærd. Dette underbygges af, at man i nogle af de interviewede kommuner kun har brugt behandlingsstederne til de mest alvorlige sager – herunder sager med en tydelig krænkelse. Medarbejderne på behandlingsstederne vurderer desuden, at kommunerne i høj grad visiterer til dem, når der med sikkerhed er foregået en krænkelse.

Det betyder, at andelen af klienter hos behandlingstilbuddene med en krænkende adfærd formentligt er højere end i den samlede målgruppe. (KORA, 2017: 23)

Flere kommuner giver desuden udtryk for, at behandlingstilbuddene benyttes, når de interne udførere giver udtryk for ikke at kunne løfte opgaven, eller når tilbuddet fra de interne udførere ikke har haft den ønskede effekt i en konkret sag.

2) Tid

Flere kommuner beskriver, at valget ofte falder på behandlingsstederne, hvis det vurderes, at problematikken ikke kan afvente, at intern udfører får tid.

Det kan blandt andet være, når der er bekymring for, om barnets adfærd vil gentage sig eller eskalere.

3) Tryghed

Flere kommuner nævner, at det er trygt at anvende de specialiserede behandlingssteder. Heri ligger en forståelse af, at behandlingsstederne er garant for, at der ikke overses noget, og at vigtige informationer og signaler ikke går tabt grundet den professionelle manglende viden om målgruppen. Behandlingsstederne ses dermed at kunne bidrage med svar på, hvad der vil være det rigtige at tolke eller gøre i en konkret sag.

Fravalg

Interviewene viser, at der navnlig er tre årsager, der ligger til grund for, at en kommune vælger at anvende et andet tilbud end behandlingsstederne. Årsagerne beskrives i det følgende i vilkårlig rækkefølge.

1) Geografisk placering

Afstanden til behandlingsstederne betyder, at det kan være uoverkommeligt for nogle familier at fragte sig til dem. Interviewene viser, at dette kan få som konsekvens, at nogle kommuner enten ikke benytter behandlingsstederne eller kun benytter dem, hvis kommunen kan prioritere at understøtte familien i at komme frem og tilbage til behandlingsstedet. Kommunen kan måske understøtte et eller to besøg, men hvis familien vurderes at have behov for mere understøttelse, vil det blive for ressourcekrævende.

Denne problematik er også beskrevet i KORA's erfaringsopsamling. Kommunerne angiver her "afstand til behandlingssted" som den hyppigste årsag til, at behandlingsstederne fravælges til udredning og behandling (KORA, 2017: 39).³⁸

Udfordringen med tilgængelighed kan også betyde, at kommunerne vælger kun at benytte behandlingsstedet til udredning, hvorefter behandling håndteres i andet regi.

2) Økonomi

I interviewene peges der desuden på, at der som udgangspunkt skal benyttes interne tilbud i kommunerne, da eksterne tilbud betyder en forøget udgift for kommunen. Det kan enten medføre, at behandlingsstederne overhovedet ikke benyttes, først benyttes som en slags sidste udvej, når andet er afprøvet, eller benyttes, når problematikkerne har en vis alvorgrad.

³⁸ Siden erfaringsopsamlingen blev publiceret, er der som nævnt åbnet et nyt behandlingssted i Odense, der drives af JanusCentret. Dermed er kommunerne i Region Syddanmark tættere på et behandlingssted end tidligere.

Flere kommuner fremhæver således, at det kan være noget lettere at få bevilget en indsats ved et af behandlingsstederne, hvis de unge har fået en sag behandlet i Ungdomskriminalitetsnævnet.³⁹

3) Andre tilbud til målgruppen

Samtlige kommuner giver i interviewene udtryk for, at de benytter interne udførere som tilbud til målgruppen. Flere kommuner beskriver, at et barns seksualiserede adfærd kan forstås som en del af en grænseløs adfærd mere generelt, eksempelvis som følge af omsorgssvigt, og at adfærden dermed vil være en problematik, der bunder i familiedynamikken. Løsningen kan derfor blive et tilbud til familien fra intern udfører med fokus på fx barnets regulering og mentalisering.

Et par kommuner oplyser, at der internt i kommunen er oprettet et decideret specialiseret tilbud eller en enhed med et antal medarbejdere, der har særviden om målgruppen, hvorfor det vurderes, at intern udfører kan varetage tilbuddet.

KORA's erfaringsopsamling viser samme billede: "Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen blandt kommunernes myndighedsafdelinger, at det kun er et mindretal af kommunerne, der ikke også bruger andre tilbud end de tre behandlingssteder til målgruppen" (KORA, 2017: 39).

En hyppig grund til at benytte andre tilbud er blandt andet, at andre tilbud er tilstrækkelige. KORA tilføjer: "Dette underbygges af, at kommunerne i interviewene giver udtryk for, at de selv løser opgaverne internt, hvis de vurderer, at de har kompetencerne" (KORA, 2017: 10).

I interviewene gennemført i september-oktober 2020 giver et par kommuner imidlertid udtryk for, at der benyttes interne udførere, selvom dette ikke altid er tilstrækkeligt eller det rette tilbud til målgruppen. De kan fx have oplevet, at de interne udførere ikke har haft kompetencerne eller den nødvendige særviden til at videreføre indsatsen til familierne, efter at de er blevet afsluttet hos behandlingsstederne.

Ankestyrelsens sagsgennemgang i KORA's erfaringsopsamling viser i tråd med dette, at kommunerne i halvdelen af sagerne modtog nye underretninger om børnenes seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd, efter at der er iværksat støtteforanstaltninger (KORA, 2017: 53). I disse tilfælde genvurderede kommunerne sagerne, og der blev iværksat yderligere støtte, eller den eksisterende støtte blev forlænget. KORA påpegede dog, at "den relativt store andel af sager, hvor der kommer nye underretninger, kan være en indikation på, at kommunerne ikke altid iværksætter tilstrækkelig støtte i første omgang" (KORA, 2017: 10).

I vidensopsamlingens kvantitative analyse ses der også på andelen af underretninger efter afsluttet forløb. Her fremgår det, at der er modtaget underretninger på 19 pct. af klientgruppen og 32 pct. af kontrolgruppen. Sammenholdt med ovenstående pointe fra Ankestyrelsens sagsgennemgang må det vurderes at være et godt resultat, at der blot underrettes på en femtedel af klienterne ved en måling et til to år efter forløbsafslutning.

³⁹ Ungdomskriminalitetsnævnet behandler sager om børn og unge i alderen 10 til 17 år, der er "i fødekæden til den hårde kerne af unge kriminelle" (Børne- og Socialministeriet & Justitsministeriet, u.å.a: 8). Det kan fx være, hvis en ung er i risiko for at begå yderligere kriminalitet eller har sin kriminelle debut tidligt.

Når det kommer til udredninger, peger Ankestyrelsens sagsgennemgang generelt på, at kommunernes brug af udredninger i de børnefaglige undersøgelser styrker afdækningen af barnets adfærd. I nogle af sagerne påpeger Ankestyrelsen dog, at det ville have været hensigtsmæssigt, hvis kommunen havde konsulteret eller besluttet anvendt et specialiseret tilbud til udredningen, fx et af behandlingsstederne eller psykiatrien (KORA, 2017: 10).

KORA's spørgeskemaundersøgelse viser, at 32 pct. af kommunerne anvender generelle kommunale tilbud til udredning, mens 26 pct. at de anvender specialiserede kommunale tilbud og 26 pct. privatpraktiserende psykologer (KORA, 2017: 40).⁴⁰ Næsten halvdelen af de 65 kommuner, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen, angiver, at de benytter VISO⁴¹ til udredninger.⁴²

Mange af kommunerne fortæller i interviewene gennemført i september-oktober 2020, at de vælger at benytte VISO, når kompleksiteten er af en sådan grad, eller der er så mange problemstillinger i en sag, at det ikke er muligt for kommunerne selv at analysere sig frem til, hvad der er på spil og dermed skal reageres på.

VISO har et landsdækkende leverandørnetværk, som de trækker på i forhold til at tilbyde kommunerne specialrådgivning, udredning og eventuelt mere generelt oplysningsarbejde. Udredninger i VISO-regi kan være lige så omfangsrige som udredningerne i den landsdækkende indsats, men de foregår hos kommunerne og ikke hos VISO-leverandøren.

P.t. er JanusCentret en af VISO's leverandører på området "Børn og unge der har været udsat for fysisk vold, psykisk vold eller seksuelle overgreb, samt børn og unge med seksuel krænkende adfærd" (Socialstyrelsen, u.å.b). Det betyder, at børn i målgruppen også kan visiteres til JanusCentret via VISO.⁴³

Af andre tilbud fremhæver kommunerne desuden De danske børnehuse. Børnehusenes målgruppe er børn og unge i alderen 0 til og med 17 år, der har været udsat for vold eller seksuelle overgreb, eller hvor der er mistanke herom (De danske børnehuse, u.å.).

Flere kommuner giver udtryk for, at de søger konsultativ bistand hos børnehusene i forhold til målgruppen. Nogle af de interviewede kommuner er i den forbindelse klar over, at børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd ikke er en del af børnehusenes målgruppe.

⁴⁰ Når det kommer til behandling, viste KORA's erfaringsopsamling, at 32 p.t. af kommunerne anvendte generelle kommunale tilbud, 28 pct. privatpraktiserende psykologer, og 23 pct. specialiserede kommunale tilbud (KORA, 2017: 41). Af Ankestyrelsens sagsgennemgang fremgik det, at kommunerne som oftest iværksatte familiebehandling eller tilknyttede en kontaktperson til barnet. I nogle sager blev der iværksat andre støtteforanstaltninger, fx behandling af barnets problemer, anbringelse eller praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet (KORA, 2017: 54).

⁴¹ VISO er den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation, forankret i Socialstyrelsen. VISO rådgiver i de mest specialiserede sager på social- og specialundervisningsområdet. VISO er gratis for kommunerne at benytte. De kan blandt andet rådgive om, hvordan kommunen kan tilrettelægge en faglig indsats, men et rådgivningsforløb kan også indeholde en egentlig udredning af barnets situation.

⁴² Både JanusCentret og Projekt JUNO var VISO-leverandører dengang, hvorfor nogle af disse udredninger kan have været foretaget af de to behandlingssteder.

⁴³ Det er imidlertid ikke JanusCentrets VISO-sager, denne vidensopsamling omhandler.

Nogle kommuner fremhæver, at de oplever, at det giver mening at benytte et børnehus, når de har en sag på både krænker og offer, eksempelvis når der er tale om søskende, eller hvor det krænkende barn også er offeret i en sag.

Hvis der opstår viden eller mistanke om, at et barn, der har krænk et andet barn, selv har været udsat for overgreb af en over 15 år, er kriterierne for at benytte de danske børnehuse opfyldt (Socialstyrelsen, 2019: 15). Der skal i så fald være tale om sager, der involverer en anden sektor end kommunen, og hvor kommunen træffer afgørelse om udarbejdelse af en børnefaglig undersøgelse. Et barn med seksuelt grænseoverskridende adfærd vil derfor kun kunne være i målgruppen for en indsats i børnehuset, såfremt disse kriterier er opfyldt.

Kommunernes forslag til forbedring af indsatsen over for børn og unge i målgruppen

Procedurer og handleanvisninger på området

Flere kommuner nævner i interviewene, at sager omkring målgruppen er vanskelige at handle i, blandt andet fordi der – i modsætning til sager om vold og seksuelle overgreb – ikke findes faste procedurer for, hvordan de skal gribes an.

Flere kommuner nævner i denne forbindelse, at lovgivningen i forhold til vold og seksuelle overgreb mod børn understøtter konkrete handleveje, fx i forhold til brug af børnehuse, og at noget tilsvarende på dette område kunne sikre en øget prioritering af målgruppen.

Specialiseret viden om målgruppen

Flere kommuner beskriver et ønske om, at myndighedsområdet, interne udførere og almenområdet får opdateret viden om målgruppen.

Kommunerne fremhæver, at der internt i kommunen kunne være en ansat med specialiseret viden, som kunne holde oplæg om emnet og give sparring eksempelvis i forhold til samtaler med børn om seksualitet og grænser.

Kommunerne peger på, at der kan være behov for et fælles sprog mellem almenområdet, udfører og myndighed for at kunne italesætte og drøfte børns seksuelle adfærd – herunder hvorvidt en observeret adfærd giver anledning til bekymring, som kræver inddragelse af myndighedsafdelingen.

Tilbud til målgruppen

I interviewene med udvalgte kommuner efterspørger myndighedsafdelingerne tilbud til målgruppen uden ventetid, og det påpeges, at der med ventetid for denne målgruppe er risiko for yderligere krænkelse eller en forværring i den bekymrende adfærd.

Flere kommuner udtrykker også et ønske om, at tilbud til målgruppen bliver billigere og lettere tilgængelige.

Et par kommuner fortæller, at de mangler døgntilbud til børn og unge med seksuelt grænseoverskridende adfærd, herunder også målrettet den undergruppe, der består af unge piger, der udviser seksuelt bekymrende adfærd i det virkelige liv såvel som på de sociale medier.

Seksuelt bekymrende adfærd på nettet kan ifølge JanusCentret karakteriseres som "selvskadende seksuel onlineadfærd" (JanusCentret, 2019: 53). JanusCentrets erfaringer med 11 piger, som har udvist seksuelt bekymrende onlineadfærd, er blandt andet, at adfærden er varierende i alvorsgrad. Det kan være alt fra at have sendt et enkelt nøgenbillede til en ekskæreste til gentagende brug af online chatrum til at opsøge ældre mænd. JanusCentret skriver: "I de alvorlige tilfælde observeres ofte også anden voldsom adfærd som ildspåsættelse, dyremishandling, brug af chatfora for kannibalisme eller andet" (JanusCentret, 2019: 59). Man må derfor formode, at der ind imellem kan være tale om særdeles udfordrende sager at håndtere for kommunerne.

Ydermere fremhæver kommunerne, at der kan være behov for mere viden om de børn og unge i målgruppen, der har lavt intellektuelt funktionsniveau. Et par kommuner nævner desuden, at de ser udfordringer i forhold til forældre med vanskeligheder med at omsætte den viden og vejledning, de får, eventuelt som følge af lav IQ. Således beskriver kommunerne, at de har kendskab til familier, der har fået et tilbud hos behandlingsstederne, men ikke haft kompetencerne til at omsætte det og derigennem hjælpe det pågældende barn.

I forlængelse heraf kan det næves, at en fjerdedel af kommunerne i KORA's spørgeskemaundersøgelse angav, at de havde behov for andre tilbud end det, de tre behandlingssteder tilbød (KORA, 2017: 10). Det drejede sig blandt andet om:

Boks 5

Kommunernes efterspørgsel

Behandling og udredning

- Behandling og udredning tæt på: Der er en geografisk udfordring for fx kommuner i Syddanmark
- Tilbud, hvor der ikke er venteliste
- Tilbud målrettet udviklingshæmmede børn og unge
- Tilbud, der er målrettet og/eller tager højde for børn med lav begavelse
- Tilbud, der arbejder med hele familien og søskende – også i familiens hjem
- Tilbud, der både kan håndtere den krænkende adfærd og de andre problematikker vedrørende barnet, så de bagvedliggende årsager håndteres
- Billigere tilbud. Dette ønske kommer frem i spørgeskemaundersøgelsen med kommunerne. Indtrykket fra interviewene i kommunerne er imidlertid, at det ikke er økonomien, der er afgørende for brugen af behandlingstilbud, men derimod kvaliteten.

Vejledning

- Tilbud om supervision af myndighedsrådgivere
- Målrettede tilbud om rådgivning af professionelle
- Rådgivning/undervisning i, hvordan situationen håndteres i lokalsamfundet – fx elever og forældre i klasserne.

Undervisning/information

- Temadage med information fra dem med specialiseret viden. Gerne temadage ude i kommunerne om teoretiske tilgange og behandlingsmuligheder
- Billige kurser, så det ikke bliver fravalgt på grund af den lille målgruppe
- Viden om opsporing.

Anm.: Det er muligt, at der ville tegne sig et andet billede af kommunernes efterspørgsel, hvis man gennemførte spørgeskemaundersøgelsen i dag.

Kilde: KORA, 2017: 11.

Nogle af ovenstående ønsker går igen i interviewene til denne vidensopsamling. Det kan altså tyde på, at eksempelvis pris og afstand stadig er en udfordring for kommunerne, som kan begrænse dem i brugen af behandlingsstederne.

Opsamling

Interviewene med otte udvalgte kommuner viser, at samtlige myndighedsafdelinger har kendskab til mindst et af behandlingsstederne.

Interviewene viser også, at der er en række faktorer, såsom sagens alvorsgrad, der har betydning for, at kommuner vælger at anvende behandlingsstederne. Ligeledes er der en række faktorer, såsom afstand til nærmeste behandlingssted, som har betydning for, at kommuner fravælger behandlingsstederne.

Desuden foreslår kommunerne at styrke indsatsen med øget fokus på udbredelse af procedurer og handleanvisninger på området samt af specialiseret viden om målgruppen. Kommunerne efterspørger desuden billigere og mere lettilgængelige tilbud samt tilbud uden ventetid.

Økonomisk analyse af udrednings- og behandlingsforløbene

I dette kapitel præsenteres en omkostningsvurdering og en budgetøkonomisk analyse af udrednings- og behandlingstilbud ved JanusCentret, SEBA (tidligere Projekt SEBA) og Rådgivningscentret (tidligere Projekt JUNO).

Først præsenteres en omkostningsvurdering baseret på oplysninger fra de tre behandlingssteder. Omkostningerne bruges som input til den budgetøkonomiske analyse foretaget i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) version 2.3.⁴⁴ Denne analyse fremgår af det efterfølgende afsnit.

Omkostningsvurdering

Nedenstående omkostningsvurdering viser de estimerede omkostninger til drift af udrednings- og behandlingsforløb til børn og unge med seksuelt grænseoverskridende adfærd. Omkostningerne afholdes af kommuner, der visiterer børn og unge til behandlingsstederne. Som et led i regeringens overgrebspakke har behandlingsstederne siden 2013 hver især fået et årligt tilskud til udredning, behandling og øvrige aktiviteter.⁴⁵ Tilskuddene er finansieret af satspuljemidler og fremgår af nedenstående afsnit *Budgetøkonomisk analyse*.

Omkostningsvurderingen er baseret på behandlingsstedernes typiske priser på udredning, behandling samt eventuelle supplerende ydelser. Information om ydelser og priser er leveret af de tre behandlingssteder via interviews, dialog og information fra deres hjemmesider. Omkostningsvurderingen er efterfølgende kvalificeret af behandlingsstederne.

Det skal påpeges, at omkostninger afholdt af kommunerne er betinget af ovennævnte satspuljefinansiering. Hvis tilskuddet ikke fortsætter fremadrettet, vil omkostningerne afholdt af kommunerne således forventes at stige.

I beregningerne tages der højde for klientfordelingen på tværs af behandlingsstederne samt fordelingen af udrednings- og behandlingssager. Da priser på forløb afhænger af den enkelte klients behov, tager beregningerne ligeledes højde for andelen af klienter, der modtager supplerende ydelser til udrednings- og/eller behandlingsforløbene. Omkostningerne er således opgjort som den gennemsnitlige pris pr. klient i alt og på tværs af de tre behandlingssteder.

Estimatet af de faktiske omkostninger afholdt af kommunerne vurderes forholdsvis præcist, da ressourcer forbundet med udredning og behandling kan kvantificeres og prisfastsættes.⁴⁶ Med andre ord kendes både ydelsernes priser og indhold samt antallet af klienter, der modtager tilbuddene. Det skal dog påpeges, at hvert enkelt forløb kan variere i ydelser og dermed også priser, og at gennemsnitsomkostningerne derfor er et skøn.

⁴⁴ Læs mere om SØM på Socialstyrelsens hjemmeside: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som-og-okonomiske-analyser/som/om-som> [lokaliseret 22.09.2020].

⁴⁵ JanusCentret har modtaget tilskud siden oprettelsen i 2003.

⁴⁶ Jf. omkostningsvurderinger på niveau 1 i Socialstyrelsens vejledning til omkostningsvurdering (2020b: 3).

Beregningsgrundlag

I det nedenstående gennemgås beregningsgrundlaget for omkostningsvurderingen. Priserne omfatter alle udgifter forbundet med drift af udrednings- og behandlingsforløb, herunder løn til fagprofessionelle, eventuelle transportudgifter samt øvrige driftsudgifter. Omkostninger forbundet med opstart af et behandlingssted indgår ikke i beregningerne.

Omkostningsvurderingen viser således de estimerede omkostninger til fortsat drift af udrednings- og behandlingsforløb.

Indholdet i ydelser forbundet med udredning og behandling varierer fra behandlingssted til behandlingssted. Af denne årsag er priser ikke sammenlignelige på tværs af behandlingsstederne.

JanusCentret

Hos JanusCentret koster en psykologisk udredning, herunder blandt andet kognitiv vurdering og personlighedstest, i omegnen af 65.000 kr.

JanusCentret tilbyder både individuel behandling og netværksbehandling. Ca. 80 pct. af klienterne, der skal have behandling, får individuel behandling, og ca. 20 pct. får netværkstilbud. Individuel behandling består af terapeutiske samtaler hos en psykolog med en timepris på 1.550 kr. Forløbene strækker sig typisk over 11 uger med 11 sessioner a en times varighed. Samlet set koster individuel behandling således typisk omkring 17.050 kr. Netværkstilbud ydes til børn og unge med særlige behov og består af opstartsmøde, undervisning og supervision til familiære og professionelle netværk samt typisk 8 gange 2 timers behandling af klienten. Samlet set koster netværkstilbud typisk 71.500 kr.⁴⁷

SEBA

Hos SEBA koster den hyppigst benyttede udredningspakke 52.603 kr. Hertil kommer tillægsydelser i form af risikovurdering (ydes til ca. 75 pct. af klienterne med en takst på 4.013 kr.), traumescreeing (ydes til ca. 10 pct. af klienterne til en takst på 2.637 kr.) og operationalisering (ydes til ca. 65 pct. af klienterne til en takst på 6.420).

Behandling har en varighed på 10-15 sessioner og koster samlet set typisk 21.430 kr. Behandlingen kan være individuel, men vil i mange tilfælde inddrage det professionelle og/eller familiære netværk.⁴⁸

Rådgivningscentret

Hos Rådgivningscentret koster en psykosocial udredning typisk 60.000 kr.

Stort set alle klienter i behandling modtager en basisydelse, der retter sig mod børn og unge, som har brug for et behandlingsforløb og supplerende netværksarbejde. Behandlingen forløber gennemsnitligt over knap 7 måneder med ca. tre psykologiske samtaler pr. måned. Dvs.

⁴⁷ Yderligere information om ydelser og priser kan findes her: <https://www.januscentret.dk/tilbud/> [lokaliseret 16.09.2020].

⁴⁸ Yderligere information om ydelser og priser kan findes her: <https://seba.aalborg.dk/er-du-professionel> [lokaliseret 16.09.2020].

omtrent 20 samtaler pr. forløb. Beregningerne i omkostningsvurderingen er baseret på behandlingsforløb med en varighed på 207 dage til en gennemsnitlig dagstakst på 165 kr. Samlet set koster et behandlingsforløb således 34.155 kr.⁴⁹

Resultater

Nedenstående tabel viser de estimerede omkostninger pr. klient fordelt på forløbstype samt behandlingssted. Derudover fremgår de gennemsnitlige omkostninger pr. klient samlet set.

I de samlede opgørelser i tabellen vægter priser fra JanusCentret højere end priser fra de øvrige behandlingssteder, da JanusCentret har haft flest klienter i udredning og behandling.⁵⁰ Ligeledes vægter priser på udredning højere end behandlingspriser i den samlede udregning, da der generelt er flest udredningssager.⁵¹ Da ca. en tredjedel af klienterne både visiteres til udredning og behandling, vil den samlede gennemsnitlige pris overstige både den gennemsnitlige udrednings- og behandlingspris, som det fremgår af tabellen.

Tabel 18
Gennemsnitlig pris pr. klient i udrednings- og/eller behandlingsforløb fordelt på behandlingssteder, 2020-priser (kr.)

	Gns. pris pr. klient i udredning	Gns. pris pr. klient i behandling	Gns. pris pr. klient samlet
JanusCentret	65.000	28.219	73.219
SEBA	56.067	21.430	67.248
Rådgivningscentret	60.000	34.155	69.785
Samlet	63.240	27.958	72.000

Anm.: Omkostningerne inkluderer eventuelle tillægsydelser til udredning og/eller behandling. Udregningen af de samlede priser tager højde for fordelingen af klienter ved de tre behandlingssteder samt andelen af hhv. udrednings- og behandlingssager. Den samlede gennemsnitlige pris på 72.000 kr. overstiger både den gennemsnitlige udrednings- og behandlingspris, da ca. 32 pct. af klienterne visiteres til både udredning og behandling.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på ydelsespriser fra JanusCentret, SEBA og Rådgivningscentret.

Udredning koster i gennemsnit ca. 63.000 kr. pr. klient. Prisen er lavest i SEBA (ca. 56.000 kr. pr. klient) og højest i JanusCentret (65.000 kr. pr. klient). Prisforskellen mellem de to behandlingssteder er ca. 9.000 kr.

Behandling koster i gennemsnit ca. 28.000 kr. pr. klient. Hos SEBA findes den laveste gennemsnitspris for behandling (ca. 21.000 kr. pr. klient), mens den højeste gennemsnitspris for

⁴⁹ Yderligere information om ydelser og priser kan findes her:

https://raadgivningscentret.aarhus.dk/media/39576/ydelseskatalog-for-raadgivningscentret-2020_160320.pdf [lokaliseret 16.09.2020].

⁵⁰ Beregningerne er baseret på, at 75 pct. af den samlede klientgruppe i 2014-2016 er visiteret til JanusCentret, 14 pct. til SEBA, og 12 pct. til Rådgivningscentret (andelene summer ikke op til 100 grundet decimalafrounding).

⁵¹ Beregningerne er baseret på, at ca. 65 pct. af den samlede klientgruppe i 2014-2016 er visiteret til udredning (udelukkende), ca. 3 pct. af klienterne er visiteret til behandling (udelukkende), og ca. 32 pct. er visiteret til udredning og behandling.

behandling findes i Rådgivningscentret (ca. 34.000 kr. pr. klient). Prisforskellen mellem de to behandlingssteder lyder på knap 13.000 kr.

Som tidligere nævnt kan priser på tværs af behandlingsstederne ikke sammenlignes en til en, da ydelserne varierer på tværs af behandlingsstederne.

Den gennemsnitlige pris pr. klient på tværs af behandlingssted og sagstype er 72.000 kr. Dette er et estimat for, hvad kommuner i gennemsnit betaler for et forløb. Den budgetøkonomiske analyse, der fremgår af næste afsnit, tager udgangspunkt i dette samt det statsfinansierede tilskud til udredning og behandling.

Det skal påpeges, at de gennemsnitlige omkostninger pr. klient, jf. tabellen ovenfor, udgør estimater baseret på behandlingsstedernes typiske priser. Da udrednings- og behandlingsforløb typisk tilpasses klienters individuelle behov, må der forventes en vis usikkerhed forbundet med resultaterne. For at imødekomme dette foretages en følsomhedsanalyse i beregningen, hvor det samlede budgetøkonomiske nettoresultat udregnes for et bredere spænd af omkostninger. Dette uddybes sidst i næste afsnit.

Budgetøkonomisk analyse

I dette afsnit præsenteres en budgetøkonomisk analyse af udrednings- og behandlingsforløb hos JanusCentret, SEBA og Rådgivningscentret.

Analysen viser det budgetøkonomiske nettoresultat af de specialiserede udrednings- og behandlingstilbud ved en beregning foretaget i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM). Nettoresultatet beregnes ud fra omkostninger og budgetøkonomiske konsekvenser, hvilket uddybes i nedenstående beregningsgrundlag.

De budgetøkonomiske konsekvenser er opgjort for klienter, der har opstartet forløb i projektperioden 2014-2016, sammenlignet med kontrolgruppen, som ikke har modtaget de samme udrednings- og behandlingsforløb.⁵² De budgetøkonomiske konsekvenser vises for en periode på i alt fem år (2014-2018).⁵³ Analysen bidrager således med konkret viden om de realiserede budgetøkonomiske konsekvenser forbundet med tilbuddene, der grundet analysens design ligeledes giver bedste bud på forventede fremadrettede konsekvenser for fremtidige forløb.

I udregningen indgår omkostninger for staten i form af satspuljemidler samt de kommunale omkostninger for udrednings- og behandlingsforløbene jf. afsnittet *Omkostningsvurdering*. Såfremt statstilskuddet til behandlingsstederne skulle bortfalde i fremtiden, vil resultaterne ændres, som følge af at omkostninger afholdt af kommunerne stiger, mens omkostninger afholdt af staten frafalder. Nettoresultatet opdelt på hhv. stat og kommune vil således ændres, mens det samlede nettoresultat på tværs af aktører forbliver uændret, under antagelse af at behandlingsstedernes ressourceforbrug knyttet til udredning og behandling ikke ændres.

⁵² Konstruktion af kontrolgruppen er beskrevet i kapitlet *Kvantitativ analyse af klientgruppen* samt i bilag 2.

⁵³ Beregningen er afgrænset til perioden 2014-2018, da der kan udregnes konsekvensestimater i disse år (udddybes i det nedenstående). Dvs. at klienterne er fulgt op til fem år efter udredning og/eller behandling.

Beregningsgrundlag og antagelser

Den budgetøkonomiske analyse baseres på, at i alt 166 klienter er opstartet i udredning og/eller behandling i perioden 2014-2016, og at et forløb har en varighed på op til ét år.⁵⁴ Fordelingen over årene fremgår af nedenstående tabel.

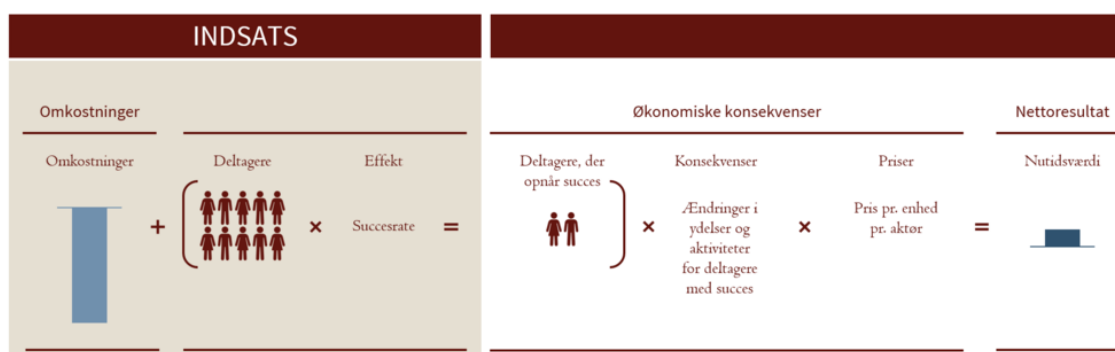
Tabel 19
Antal klienter opstartet i udrednings- og/eller behandlingsforløb, 2014-2016

Klienter	2014	2015	2016	Total
Antal	51	57	58	166

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data fra JanusCentret, SEBA og Rådgivningscentret.

Ved hjælp af SØM beregnes det budgetøkonomiske nettoresultat for det offentlige ved en social indsats. Nettoresultatet er et udtryk for det samlede budgetøkonomiske resultat af indsatsen. Det beregnes som de samlede økonomiske konsekvenser minus omkostningerne ved indsatsen, jf. figur 7.

Figur 7
SØM's beregningsramme



Resultaterne af SØM-beregningen afhænger således af en række oplysninger, herunder omkostninger, priser og konsekvensestimater. I det nedenstående gennemgås beregningsgrundlaget, der danner basis for resultaternes nøjagtighed.

Omkostninger

Beregningen er baseret på, at tilbuddene samlet set koster ca. 30 mio. kr. (2020-priser) i perioden 2014-2016, jf. nedenstående tabel. Dette er baseret på omkostninger afholdt af både kommuner og staten.

De samlede omkostninger afholdt af kommuner for de 166 klienter summer ca. 11,6 mio. kr. (2020-priser) samlet set for perioden 2014-2016. Dette er beregnet ud fra de samlede

⁵⁴ De fleste forløb varer op til ét år. Det er yderst sjældent, at klienter, der er visiteret til et forløb, ikke gennemfører forløbet.

gennemsnitlige kommunale omkostninger pr. forløb, der i afsnittet *Omkostningsvurdering* blev estimeret til 72.000 kr. (2020-priser).

Statstilskud i form af satspuljemidler til behandlingsstederne lyder samlet set for perioden 2014-2016 på ca. 18 mio. kr. (2020-priser).⁵⁵ Statsfinansierede udgifter til behandlingsstederne dækker også aktiviteter ud over udredning og behandling, herunder konsultativ bistand, supervision og undervisning. Det er ikke muligt at opgøre, hvor stor en andel af de samlede udgifter der er brugt specifikt i forbindelse med drift af udredning og behandling. Derfor er omkostningerne afholdt af staten overestimerede i denne analyse. Dette betyder, at udrednings- og behandlingsforløbene ser ud til at være dyrere for staten, end det i virkeligheden er tilfældet.

Af nedenstående tabel fremgår omkostningsniveau fordelt på aktører i hhv. 2014, 2015 og 2016.

Tabel 20
Samlede omkostninger i alt fordelt på aktører, 2014-2016, 2020-priser (kr.)

Aktør	2014	2015	2016	Samlet
Kommune	3.672.000	4.104.000	4.176.000	11.592.000
Region	0	0	0	0
Stat	5.380.603	6.518.487	6.131.640	18.030.730
Total	9.052.603	10.622.487	10.307.640	29.982.730

Anm.: Statsfinansierede udgifter til behandlingsstederne inkluderer også aktiviteter ud over udredning og behandling, herunder konsultativ bistand, supervision og undervisning.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på ydelsespriser og regnskab fra JanusCentret, SEBA og Rådgivningscentret.

I den økonomiske analyse indgår ikke eventuelle sparede omkostninger, som følge af at udrednings- og behandlingstilbuddene erstatter andre tilbud og ydelser. Dette skyldes, at der ikke er kendskab til sådanne sparede omkostninger. Det kan dog forventes, at klienterne alternativt var blevet henvist til psykiatrien, privatpraktiserende psykologer og/eller psykiatere, såfremt de ikke var blevet visiteret til et af de tre behandlingssteder. Er dette tilfældet, ville nogle af omkostningerne alternativt være afholdt af regionerne frem for af kommuner og stat.

Da der kan være en vis usikkerhed forbundet med det fastsatte omkostningsniveau, foretages en følsomhedsanalyse af nettoresultatet ved ændring i omkostningerne. Denne følger sidst i analysen.

⁵⁵ Omregning til 2020-priser følger Finansministeriets (2017) anbefaling om en diskonteringsrente på 4 pct. Der er variation i statstilskuddet på tværs af årene, hvilket skyldes, at tilskudsstørrelserne varierer fra år til år, samt at behandlingsstederne kan overføre ubrugte midler fra ét år til efterfølgende år.

Konsekvenser

Konsekvenser angiver, hvor meget forskellige offentlige ydelser og aktiviteter påvirkes, når en borger oplever en effekt af en indsats. Det kan eksempelvis udspille sig som et øget eller mindsket forbrug af foranstaltninger til børn og unge.

Der er estimeret konsekvenser for klientgruppen, der er visiteret til udrednings- og/eller behandlingsforløb i 2014-2016 via registerdata. Konsekvensestimaterne er beregnet som forskellen i forbrug af ydelser og aktiviteter på tværs af klient- og kontrolgruppen.⁵⁶ Da den økonomiske analyse baseres på klientgruppens faktiske forbrug af de forskellige ydelser og aktiviteter sammenlignet med kontrolgruppens forbrug, bliver det budgetøkonomiske nettoresultat mere pålideligt, end hvis man havde anvendt estimater for en sammenlignelig målgruppe fra SØM's vidensdatabase.

Der er beregnet konsekvenser for alle de områder, der indgår i SØM. Der er i analysen medtaget konsekvensestimater for ydelser og aktiviteter tilhørende følgende områder:

- Sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år⁵⁷
- Grundskole
- Ungdomsuddannelse
- Sundhedsydelser
- Politi, retsvæsen og kriminalforsorg
- Indkomstoverførsler
- Beskæftigelsesindsats
- Skat af indkomst
- Efterværn
- Sociale serviceydelser til voksne over 18 år

Priser

Udregningen af det offentlige økonomiske konsekvenser af en indsats forudsætter viden om priser på ydelser og aktiviteter i hhv. kommune, region og stat.

Denne økonomiske analyse er baseret på priserne i SØM's vidensdatabase, der udgør generelle og gennemsnitlige priser for, hvad forskellige ydelser og aktiviteter koster for det offentlige. Der er i analysen benyttet gennemsnitspriser for målgruppen "Børn og unge udsat for voldelige eller seksuelle overgreb", da der ikke findes en målgruppe i SØM bestående af børn og unge med seksuelt grænseoverskridende adfærd. Gennemsnitspriser på offentlige ydelser og aktiviteter forventes dog ikke at variere på tværs af de to målgrupper. Eksempelvis koster en bestemt type af anbringelse det samme uanset årsag til anbringelsen.

⁵⁶ Der er benyttet de samme registre, som anvendes i SØM. Konstruktionen af kontrolgruppen er beskrevet i kapitlet *Kvantitativ analyse af klientgruppen* samt i bilag 2.

⁵⁷ Der er ikke medtaget konsekvensestimater for hjemmebaserede foranstaltninger for visitationssåret og efterfølgende kalenderår. Det skyldes, at hjemmebaserede foranstaltninger bl.a. omfatter § 52-tilbud efter serviceloven, som benyttes i forbindelse med visitation til et af de tre behandlingssteder. Det formodes, at klienternes forbrug af hjemmebaserede foranstaltninger i udrednings- og behandlingsperioden primært udgør forløbene ved et af de tre behandlingssteder. De hjemmebaserede foranstaltninger i ovennævnte tidsperiode er altså ikke en konsekvens, men udgør selve det specialiserede tilbud. Udgifter forbundet hermed indgår således allerede som en omkostning i SØM-beregningen. Det skal påpeges, at hjemmebaserede foranstaltninger også omfatter eksempelvis anbringelser på eget værelse, kost- og efterskole. Udeladelse af eventuelle konsekvensestimater for disse ydelser i de nævnte kalenderår kan bevirke et underestimeret budgetøkonomisk nettoresultat. Dvs. at nettoresultatet bliver lavere, end det i virkeligheden er tilfældet.

Resultater

Nedenstående tabel viser det samlede budgetøkonomiske nettoresultat ved udrednings- og behandlingstilbuddene over hele tidsperioden 2014-2018, angivet i 2020-priser.

Tabel 21
Nettoresultat fordelt på aktører, nutidsværdi 2020, kr.
 Periode: 2014-2018, 2020-priser

Aktør	Nettoresultat i alt	Nettoresultat pr. klient
Kommune	-62.751.877	-378.023
Region	-831.875	-5.011
Stat	-21.992.969	-132.488
I alt	-85.576.721	-515.522

Anm.: Nutidsværdien er beregnet med en diskonteringsrente på 4 pct.

Kilde: Beregnet vha. SØM version 2.3.

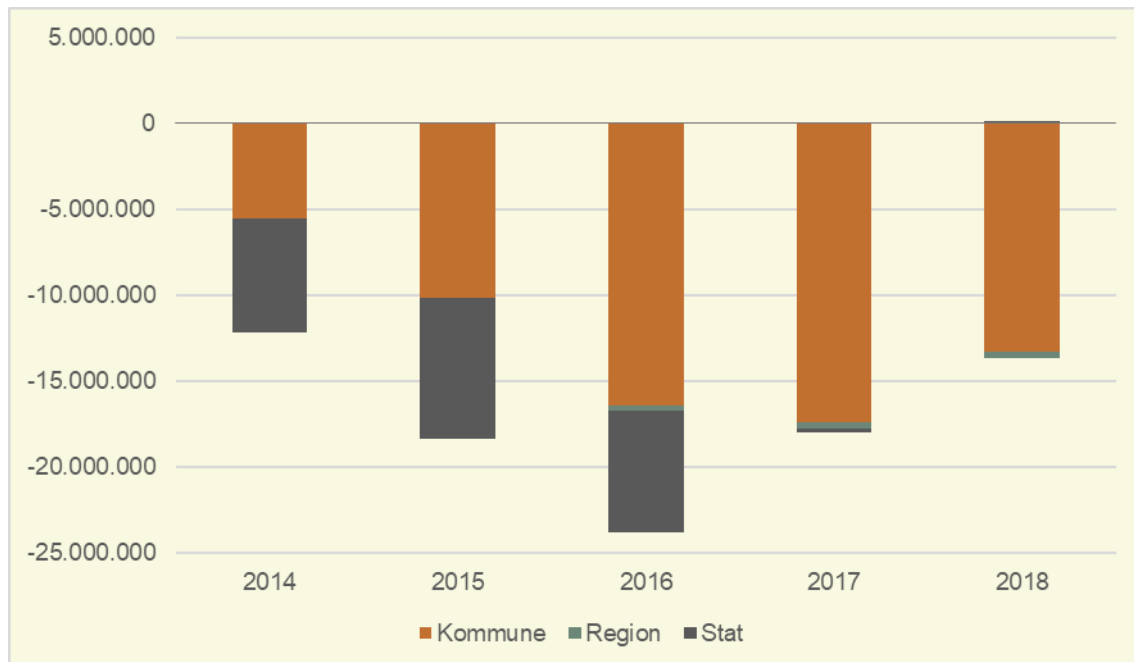
I perioden 2014 til 2018 medfører udrednings- og behandlingstilbuddene samlet set et negativt budgetøkonomisk nettoresultat for det offentlige på ca. 86 mio. kr., svarende til ca. 0,5 mio. kr. pr. klient for hele tidsperioden.

Der er et negativt nettoresultat for kommunerne og staten på hhv. ca. 63 mio. kr. og ca. 22 mio. kr. for hele perioden, hvilket bl.a. skyldes, at det er disse to aktører, der afholder omkostningerne til tilbuddene. Kommunernes nettoresultat er lavest, da kommunerne har de højeste omkostninger, som følge af at det er kommuner, der primært afholder omkostninger til de borgernære indsatser. For regionerne er der et negativt nettoresultat på ca. 800.000 kr. for hele perioden. Det uddybes senere, hvilke offentlige ydelser inddelt på hovedområder der medfører økonomiske tab for de tre aktører.

Et negativt nettoresultat betyder ikke, at det ikke giver mening at investere i udrednings- og behandlingstilbud til målgruppen. I den økonomiske analyse indgår eksempelvis ikke klienternes eventuelle øgede trivsel som følge af tilbuddene, og der regnes udelukkende på konsekvenser for klienterne og derved fx ikke på potentielle konsekvenser for forældre eller de krænkede børn. Derudover kan det være, at man på længere sigt kan se en positiv budgetøkonomisk effekt af udrednings- og behandlingstilbuddene, fx hvis udredning og behandling øger sandsynligheden for, at klienterne kommer i beskæftigelse. Dette forudsætter dog en fremtidig budgetøkonomisk analyse, hvor klienterne følges over længere tid, end det er muligt i denne beregning.

Nedenstående figur viser nettoresultatet fordelt på hele analysens tidshorisont og aktører.

Figur 8
Nettoresultat pr. år fordelt på aktører, nutidsværdi 2020, kr.
Periode: 2014-2018, 2020-priser



Anm.: Nutidsværdien er beregnet med en diskonteringsrente på 4 pct.

Kilde: Beregnet vha. SØM version 2.3.

Nettoresultatet falder fra ca. -12 mio. kr. i 2014 til ca. -24 mio. kr. i 2016 og stiger igen til ca. -14 mio. kr. i 2018.

Nettoresultaterne er mest negative for kommunerne, som det også fremgik ovenfor. I 2016 og 2017 findes de laveste nettoresultater for kommunerne på ca. -16 mio. kr. og ca. -17 mio. kr.

Nettoresultaterne for staten er mindst i 2014, 2015 og 2016, som udgør de år, hvor der er indregnet driftsomkostninger i beregningen i modsætning til de efterfølgende år. I 2018 er der et positivt nettoresultat for staten på ca. 130.000 kr.

For regionerne er der et positivt nettoresultat i 2014 og 2015 på ca. 82.000 kr. og ca. 102.000 kr. Nettoresultatet falder i de efterfølgende år til ca. -382.000 i 2018.

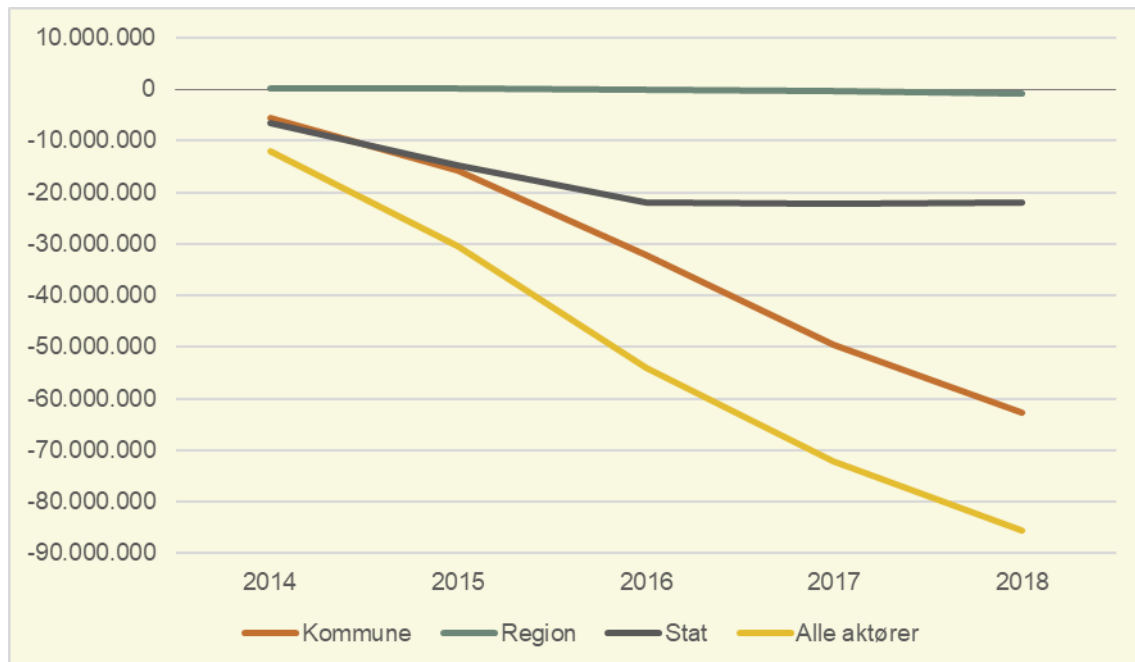
Resultaterne kan også aflæses af tabel B4.1 i bilag 4.

Som tidligere nævnt er der samlet set et negativt nettoresultat på omtrent 86 mio. kr. for hele perioden. Dette fremgår også af nedenstående tabel, der viser det summerede nettoresultat fordelt på aktører.

Figur 9

Summeret nettoresultat pr. år fordelt på aktører, nutidsværdi 2020, kr.

Periode: 2014-2018, 2020-priser



Anm.: Nutidsværdien er beregnet med en diskonteringsrente på 4 pct.

Kilde: Beregnet vha. SØM version 2.3.

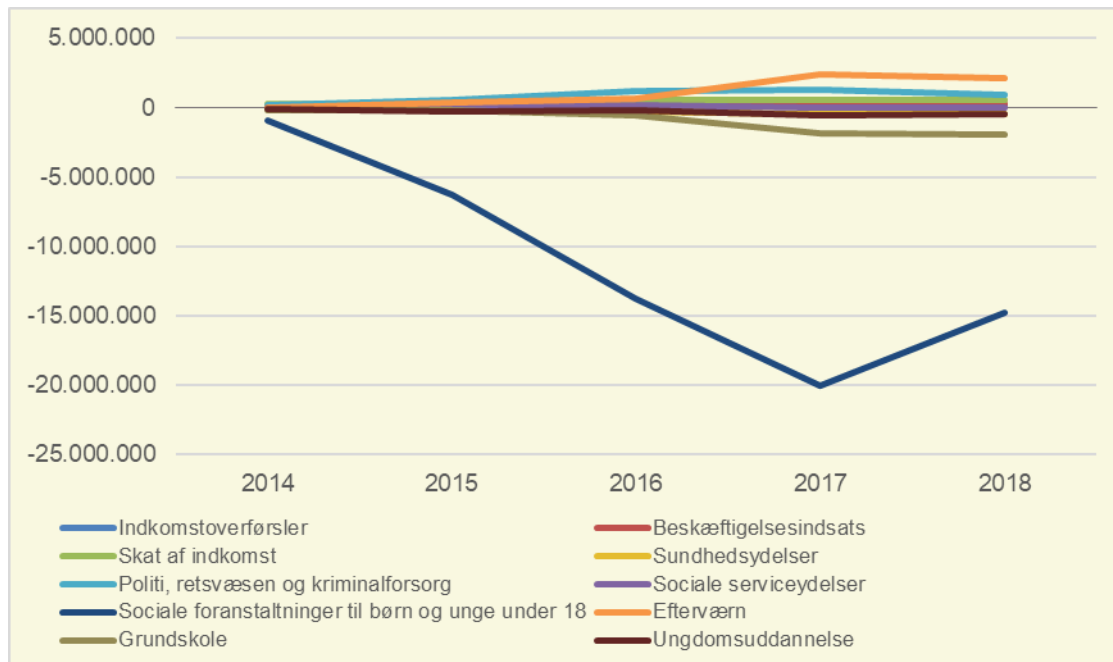
Af 2018-tallene fremgår de økonomiske konsekvenser og omkostninger sammenlagt for alle årene, både fordelt på aktører og samlet for alle aktører.

Nedenstående figur viser de årlige nettoresultater fordelt på hovedområder for hele analysens tidshorisont. For hvert hovedområde fremgår forskellen på økonomiske konsekvenser forbundet med klientgruppens forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter relativt til kontrolgruppens forbrug.

Figur 10

Økonomiske konsekvenser pr. år, fordelt på hovedområder, nutidsværdi 2020, kr.

Periode: 2014-2018, 2020-priser



Anm.: Nutidsværdien er beregnet med en diskonteringsrente på 4 pct.

Kilde: Beregnet vha. SØM version 2.3.

Resultaterne af figur 10 kan også aflæses af tabel B4.2 i bilag 4.

Det fremgår af figuren, at klienterne relativt til kontrolgruppen har et øget forbrug af sociale foranstaltninger relativt til kontrolgruppen i perioden 2014-2018, hvilket stemmer overens med resultaterne fra registeranalysen i afsnittet *Klienternes udvikling vedrørende sociale forhold, skolegang, kriminalitet og sundhed*. Det er forbruget af forebyggende indsatser, hjemmebaserede foranstaltninger samt familiepleje- og institutionsanbringelser, der forårsager de negative økonomiske konsekvenser.⁵⁸ I samme periode ses der øgede udgifter til hovedområdet "Grundskole", som primært skyldes et øget forbrug af specialundervisning og specialskole. Der er ligeledes negative økonomiske konsekvenser for hovedområdet "Ungdomsuddannelse", herunder ordinær ungdomsuddannelse og særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU), for hele perioden.

Sundhedsydelse omfatter ambulante behandling, indlæggelser og skadestuebesøg i det offentlige sygehusvæsen. I perioden 2014-2015 er der positive økonomiske konsekvenser for hovedområdet "Sundhedsydelse" som følge af et mindsket forbrug af sundhedsydelse blandt klientgruppen relativt til kontrolgruppen. I perioden 2016-2018 er der negative konsekvenser for

⁵⁸ Anbringelse i familiepleje forårsager dog udelukkende negative økonomiske konsekvenser i 2018. Derudover indgår hjemmebaserede foranstaltninger ikke som en økonomisk konsekvens i visitationsåret og året efter jf. fodnote 57 i afsnittet *Beregningsgrundlag og antagelser*.

området som følge af et øget forbrug af sundhedsydelse. Sidstnævnte stemmer overens med resultaterne fra registeranalysen i afsnittet *Sundhed*.

Klienterne har et mindre forbrug af efterværn særligt i forbindelse med institutionsanbringelser relativt til kontrolgruppen i perioden 2015-2018, hvilket forårsager positive økonomiske konsekvenser på området i denne periode. På hovedområdet "Sociale serviceydelser" er der positive økonomiske konsekvenser i perioden 2014-2017, som skyldes et mindsket forbrug af behandling for alkohol- og stofmisbrug.

Der sker et fald i antallet af fængselsdage og domme⁵⁹ blandt klientgruppen relativt til kontrolgruppen, hvilket fører til positive økonomiske konsekvenser for hovedområdet "Politi, retsvæsen og kriminalforsorg" i 2014-2018. Ligeledes mindskes forbruget af beskæftigelsesindsatser og indkomstoverførsler, herunder uddannelseshjælp⁶⁰, i samme periode. På hovedområdet "Skat af indkomst" er der samlet set også et positivt nettoresultat i alle årene. Kigger man isoleret set på overførselsindkomster, er nettoresultatet dog negativt i hele perioden, hvilket skyldes, at en større andel af klientgruppen er på overførselsindkomst (fx SU eller kontanthjælp) sammenlignet med kontrolgruppen.

Samlet set viser den budgetøkonomiske analyse et negativt nettoresultat på ca. 86 mio. kr. over hele tidsperioden 2014-2018, der foruden driftsomkostningerne til udredning og behandling primært er drevet af et øget forbrug til sociale foranstaltninger for klienterne sammenlignet med kontrolgruppen.

Et negativt nettoresultat betyder ikke, at det ikke giver mening at investere i udrednings- og behandlingstilbud til målgruppen. I analysen indgår ikke klienternes eventuelle øgede trivsel, som følge af at de har modtaget de fornødne foranstaltninger. Derudover kan det være, at man på længere sigt kan se en positiv effekt, fx i form af øget beskæftigelse blandt klientgruppen, og dermed mindskede offentlige udgifter i form af overførselsindkomster. En sådan opgørelse forudsætter dog en fremtidig budgetøkonomisk analyse, hvor klienterne følges over længere tid, end det er muligt i denne beregning.

Det skal som tidligere nævnt påpeges, at omkostninger afholdt af staten er overestimerede, da de inkluderer aktiviteter, der går ud over udredning og behandling. Statens nettoresultat er derfor i virkeligheden mindre negativt end angivet.

Følsomhedsanalyse

Der er flere usikkerheder forbundet med en beregning af et forventet økonomisk nettoresultat ved sociale indsatser. Da der som tidligere nævnt er usikkerhed forbundet med de estimerede omkostninger i denne analyse, foretages følsomhedsberegninger for det forventede nettoresultat forbundet med de specialiserede tilbud ved ændringer i omkostningerne. Dvs. at nettoresultatet beregnes for forskellige omkostningsniveauer.

⁵⁹ Der indgår domme for volds- og sædelighedsforbrydelser, indbrud, tyveri og hærværk samt overtrædelse af færdselsloven og andre særlove.

⁶⁰ Uddannelseshjælp er en ydelse til unge under 30 år uden uddannelse i stedet for kontanthjælp.

Af nedenstående tabel fremgår det, hvordan en justering af de kommunalt afholdte omkostninger i perioden 2014-2016 påvirker nettoresultatet. Omkostningerne er justeret til hhv. den laveste gennemsnitspris pr. klient på 67.248 kr. (minimumomkostninger), som findes ved SEBA, og den højeste gennemsnitspris pr. klient på 73.219 kr. (maksimumomkostninger), der findes ved JanusCentret, jf. tabel 18.

Tabel 22

Følsomhedsanalyse, nettoresultat ved ændring i kommuneomkostninger, nutidsværdi 2020, kr.

Periode: 2014-2018, 2020-priser

	Gennemsnitsomkostninger		Minimumomkostninger		Maksimumomkostninger	
	Nettoresultat i alt	Nettoresultat pr. deltager	Nettoresultat i alt	Nettoresultat pr. deltager	Nettoresultat i alt	Nettoresultat pr. deltager
Kommune	-62.751.877	-378.023	-61.793.245	-372.248	-62.997.788	-379.505
I alt	-85.576.721	-515.522	-84.618.089	-509.748	-85.822.632	-517.004

Anm.: Nutidsværdien er beregnet med en diskonteringsrente på 4 pct.

Kilde: Beregnet vha. SØM version 2.3.

Følsomhedsanalysen viser, at nettoresultatet for kommunerne spænder fra ca. -61,8 mio. kr. ved minimumomkostninger til ca. -63 mio. kr. ved maksimumomkostninger i perioden 2014-2018. Dette svarer til en forskel på ca. 7.300 kr. pr. deltager.

Resultatet varierer ikke for regionerne og staten, da kun omkostninger afholdt af kommuner er justeret i følsomhedsanalysen med henblik på at se variationen i nettoresultatet, når de kommunale omkostninger varierer fra minimums- til maksimumsomkostningerne.

Ud over justeringen af kommuneomkostninger er det også interessant at beregne nettoresultatet hhv. med og uden statstilskud. For det første er det relevant at vide, hvordan nettoresultatet varierer, såfremt det årlige statstilskud bortfalder. For det andet er det relevant, da statstilskuddet som tidligere nævnt er overestimeret i denne analyse.

Tabel 23

Følsomhedsanalyse, nettoresultat ved ændring i statsomkostninger, nutidsværdi 2020, kr.

Periode: 2014-2018, 2020-priser

	Inklusiv statsomkostninger		Eksklusiv statsomkostninger	
	Nettoresultat i alt	Nettoresultat pr. deltager	Nettoresultat i alt	Nettoresultat pr. deltager
Stat	-21.992.969	-132.488	-80.902	-487
I alt	-85.576.721	-515.522	-63.664.654	-383.522

Anm.: Nutidsværdien er beregnet med en diskonteringsrente på 4 pct.

Kilde: Beregnet vha. SØM version 2.3.

Det fremgår, at nettoresultatet for staten over hele analysens tidshorisont fra 2014 til 2018 stiger med ca. 21,9 mio. kr. som følge af de fjernede omkostninger.

Det samlede nettoresultat falder fra ca. -86 mio. kr., når statstilskuddet indgår i beregningen, til ca. -64 mio. kr., når statstilskuddet ikke indgår i beregningen for perioden 2014-2018.

Det skal påpeges, at de kommuneafholdte omkostninger vil stige, hvis statstilskuddet bortfalder. Dette skyldes, som tidligere nævnt, at omkostninger afholdt af staten i stedet ville skulle afholdes af kommuner. Dermed vil det samlede nettoresultat blive mere negativt end de ca. -64 mio. kr., der er baseret på en beregning, hvor statstilskuddet er fjernet, uden de kommuneafholdte omkostninger er øget.

Følsomhedsanalysen viser, at det samlede nettoresultat for det offentlige i perioden 2014-2018 spænder mellem ca. -85 mio. kr. og -86 mio. kr., når der tages højde for usikkerhed forbundet med kommuneafholdte omkostninger til behandlingsstederne. Derudover viser analysen, at nettoresultatet for staten stiger med ca. 21,9 mio. kr. for perioden, hvis der ikke ydes statstilskud. Det skal bemærkes, at omkostninger til kommunerne øges, såfremt statstilskuddet bortfalder, hvilket ikke indgår i resultatet.

Opsamling

Analysen af omkostninger ved indsatsen estimerer, at udredning i gennemsnit koster ca. 63.000 kr. pr. klient. Behandling koster i gennemsnit ca. 28.000 kr. pr. klient. Gennemsnitsomkostningerne er et skøn.

Den budgetøkonomiske analyse viser et samlet nettoresultat for det offentlige over tidsperioden 2014-2018 på ca. -86 mio. kr. (nutidsværdi, 2020-priser). Det skyldes, at kommunernes udgifter til sociale foranstaltninger er højere for klientgruppen end for kontrolgruppen, selvom udgifterne på områderne efterværn, politi, retsvæsen og kriminalforsorg er lavere for klientgruppen end kontrolgruppen.

Omkostningerne for staten er imidlertid overestimerede, hvorfor det samlede nettoresultat for det offentlige for drift af udrednings- og behandlingstilbuddene i virkeligheden er mindre negativt end angivet.

Samlet set viser analyserne, at udrednings- og behandlingsforløbene på kort sigt kan være en udgift for den offentlige sektor, men på længere sigt kan forløbene få en positiv betydning for klientgruppens forbrug af offentlige ydelser, når man sammenholder deres udvikling med en kontrolgruppe.

Der kan dog kun ses konsekvenser for en femårig periode. Det forudsætter derfor en fremtidig budgetøkonomisk analyse, hvor klienterne følges over længere tid, end hvad der er muligt i denne beregning, hvis man eksempelvis skal vurdere, om udrednings- og behandlingsforløbene øger sandsynligheden for, at klienterne kommer i beskæftigelse, og dermed om nettoresultatet på sigt øges som følge heraf.

Litteraturliste

Angrist, Joshua D. & Pischke, Jörn-Steffen (2015). *Mastering 'metrics: The path from cause to effect*. New Jersey: Princeton University Press.

Børne- og Socialministeriet & Justitsministeriet (u.å.a). *Ud af kriminalitet og tilbage i trivsel. Håndbog til behandling af sager omfattet af lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet*. Tilgængelig fra: ungdomskriminalitetsnaevnet.dk/lovgivning-vejledning/ [lokaliseret 19-11-2020].

Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Lyon, T. D., Page, I. J., Prescott, D. S., Silovsky, J. F., & Madden, C. (2008). Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreatment*, vol. 13 (2): 199–218.

Danmarks Statistik (u.å.). *Sammenlignelighed*. Tilgængelig fra: dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/anmeldte-forbrydelser/sammenlignelighed [lokaliseret 04.09.2020].

De danske børnehuse (u.å.). *Målgruppe*. Tilgængelig fra: boernehuse.dk/om-boernehusene/maalgruppe/ [lokaliseret 19-11-2020].

Ekspertpanel om overgreb mod børn (2012). *Rapport fra Ekspertpanel OM OVERGREB MOD BØRN*. Tilgængelig fra: socialstyrelsen.dk/born/overgreb/overgrebspakken [lokaliseret 18-12-2020].

Finansloven (2013). *Finanslov for finansåret 2013: Tekst § 15*, j.nr.: 12/03519. Tilgængelig fra: oes-cs.dk/bevillingslove/fl13x2.pdf [lokaliseret 09-12-2020].

Finansloven (2018). *Finanslov for finansåret 2018: Tekst og anmærkninger, § 15. Børne- og Socialministeriet*. Tilgængelig fra: oes-cs.dk/bevillingslove/fl18a15.pdf [lokaliseret 17-12-2020].

Finansministeriet (2017). *Vejledning i samfundsøkonomiske konsekvensvurderinger*. Kbh.: Finansministeriet.

Haahr-Pedersen, Ida (2020). *Investigating Polyvictimisation in Child Abuse Cases: A multi-method study within a Danish Child Protection Context*. Dublin: Trinity College Dublin, School of Psychology.

JanusCentret (2018). *Statusrapport XIII: 2003-2017*. Kbh.: JanusCentret.

JanusCentret (2019). *Statusrapport XVI: 2003-2018*. Kbh.: JanusCentret.

JanusCentret (u.å.a). *Bekymringsbarometer*. Tilgængelig fra: januscentret.dk/bekymringsbarometer/ [lokaliseret 17-11-2020].

JanusCentret (u.å.b). *Udredning*.

Tilgængelig fra: januscentret.dk/tilbud/udredning/ [lokaliseret 21-08-2020].

JanusCentret (u.å.c). *Tre udredningsmodeller*.

Tilgængelig fra: januscentret.dk/tilbud/udredning/tre-udredningsmodeller/ [lokaliseret 29-11-2020].

JanusCentret (u.å.d). *Fremtidens projekter: Lidt om effektmål*. Internt dokument – ikke publiceret. Kbh.: JanusCentret.

Jernbro, Carolina & Janson, Staffan (2017). *Våld mot barn 2016: En nationell kartläggning*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Justesen, Mogens K. & Klemmensen, Robert (2014). Sammenligning af sammenlignelige observationer: kausalitet, matching og observationsdata. *Politica*, vol. 46 (1): 60-78.

KORA (2017). *Børn, der krænker andre børn: Erfaringsopsamling*. Kbh.: KORA.

Rådgivningscentret (2020). *Ydelseskatalog for Rådgivningscentret 2020*, version: 16. marts 2020.

Tilgængelig fra: raadgivningscentret.aarhus.dk/professionelle/ [lokaliseret 29-11-2020].

Sdqinfo (2016). *Scoring the Strengths & Difficulties Questionnaire for age 4-17 or 18+*, version: 20. juni 2016.

Tilgængelig fra: [sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Englishqz\(UK\)](http://sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Englishqz(UK)) [lokaliseret 16-11-2020].

SEBA (u.å.a). *Priser*.

Tilgængelig fra: seba.aalborg.dk/er-du-professionel/priser [lokaliseret 08-12-2020].

SEBA (u.å.b). *Konsultative ydelser*.

Tilgængelig fra: seba.aalborg.dk/er-du-professionel/ydelser/konsultative-ydelser [lokaliseret 07-12-2020].

Socialstyrelsen (2019). *Den Danske Børnehusemodel: Faglige beskrivelser af indsatserne i de danske børnehuse*. Odense: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2020a, 15. juni). *Indsatstrappen*.

Tilgængelig fra: socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/redskaber-til-styring-og-udvikling/indsatstrappen-1 [lokaliseret: 03-09-2020].

Socialstyrelsen (2020b). *Omkostningsvurdering af sociale indsatser: Vejledning til omkostningsvurdering samt til Socialstyrelsens omkostningsmodel*. Odense: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2020c). *Den Socialøkonomiske Investeringsmodel*, version: 17. april 2020.

Tilgængelig fra: socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som-og-okonomiske-analyser/som/om-som [lokaliseret 22.09.2020].

Vidensopsamling om børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd

Socialstyrelsen (u.å.a). *Feedback Informed Treatment*.

Tilgængelig fra: Vidensportalen på det sociale område, vidensportal.dk/dokumentation/udsatte-born-og-unge/Feedback-Informed-Treatment [lokaliseret 07-12-2020].

Socialstyrelsen (u.å.b). *VISO-leverandører på børn, unge og specialundervisningsområdet til 31. juli 2025*.

Tilgængelig fra: socialstyrelsen.dk/viso/om-viso/VISOs%20leverandoerer [lokaliseret 19-11-2020].

Styrelsen for It og Læring (2018). *Datadokumentation elevfravær*. Internt dokument – ikke publiceret. Kbh.: Styrelsen for It og Læring.

Styrelsen for It og Læring (u.å.). *Elevfravær*.

Tilgængelig fra: uddannelsesstatistik.dk/Pages/Reports/1833.aspx [lokaliseret 20-08-2020].

Bilag

Bilag 1: Register- og variabeloversigt

Af nedenstående tabeller fremgår anvendte registre og variable benyttet i den kvantitative analyse.

Tabel B1.1: Klientdata fra behandlingsstederne

Tabelnavn: Boern_kreanker_2014_2016, referencetid: 2014-2016

Variable	Koder
Personnummer	CPR
Dato for visitationsmøde	V1.7a_DatoVis_text
Dato for sagens afslutning	V1.7b_DatoAfsl_text
Center/behandlingsenhed	Center - 1: JanusCentret - 2: Projekt JUNO - 3: Projekt SEBA
Sagstype	V1.6_Type - 1: Udredningssag - 2: Behandlingssag - 3: Behandlingssag uden udredning
Seksuelt krænkende adfærd	V2.3a_Overgreb - 1: Ja - 2: Nej
Seksuelt bekymrende adfærd	V2.1_SBA - 1: Ja - 2: Nej
Klients køn	V1.2_Koen - 1: Dreng - 2: Pige
Klients alder på visitationstidspunktet	V1.3_AlderVis_text
Klients nationalitet	V1.5a_klientNat - 1: Dansker
Specialklasse- eller specialskole ved visitation	V1.10a_SpecialVis - 1: Ja - 2: Nej - 3: Uoplyst
Klient offer for passivt omsorgssvigt/neglect	V1.12_PassivOmsorg_11- V1.12_PassivOmsorg_15 - 1: Ja - 0: Nej

Vidensopsamling om børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd

Variable	Koder
Klient offer for fysisk vold hhv. i og uden for familien	V1.13a_FysFam_11- V1.13a_FysFam_17 + V1.13e_FysU_11- V1.13e_FysU_12 - 1: Ja - 0: Nej
Klient offer for seksuelle overgreb hhv. i og uden for familien	V1.14a_SexFam_11- V1.14a_SexFam_17 + V1.14e_SexU_11- V1.14e_SexU_12 - 1: Ja - 0: Nej
Klient offer for psykisk vold hhv. i og uden for familien	V1.15a_PsykFam_11- V1.15a_PsykFam_17 + V1.15e_PsykU_11- V1.15e_PsykU_12 - 1: Ja - 0: Nej
Er der rapporteret om seksuel grænseløshed i hjemmet?	V1.15k_Graenseloes_2- V1.15k_Graenseloes_6 - 1: Ja - 0: Nej
Oplever klienten selv at være blevet mobbet?	V1.15l_Mobning - 1: Ja - 2: Nej
Klienten har en diagnose	V1.17_DiagnFoerJanus_11- V1.17_DiagnFoerJanus_15
Tegn på autismespektrumforstyrrelse	V1.19_TegnASF - 1: Ja - 2: Nej
Tegn på psykose	V1.20_TegnPsyk - 1: Ja - 2: Nej
Klienten har selvmordstanker på baggrund af den seksuelle adfærd	V1.21_SelvmTanker - 1: Ja - 2: Nej
Klienten har andre sociale problemer	V7.1_AndreSocProblem_11- V7.1_AndreSocProblem_15 - 1: Ja - 2: Nej
IQ	V1.18a_IQ_text

Tabel B1.2: Befolkningsregisteret

Tabelnavn: BEF, referencetid: Pr. 1. januar år 2011-2016

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Moderens personnummer	MOR_ID
Faderens personnummer	FAR_ID

Vidensopsamling om børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd

Variable	Koder
Køn	KOEN - 1: Mand - 2: Kvinde
Fødselsdag	FOED_DAG

Tabel B1.3: Underretninger, børn og unge

Tabelnavn: BUU, referencetid: 2015-2019

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Baggrund for underretning	BAGGRUND1-BAGGRUND16
Underretningsdato	UNDERRETNINGSDATO - ≥ startdato for eftermåling. - ≤ slutdato for eftermåling

Tabel B1.4: Underretninger, børn og unge

Tabelnavn: Særudtræk af BUU, referencetid: 2015-2016

Personnummer	PNR
En årsag til underretningen er seksuelt krænkende adfærd (den unge)	BAGGRUND3
Type personnummer	CPRTYPE = 1 (barnets CPR)
Underretningsdato	UNDRETDATO

Tabel B1.5: Anbragte børn og unge

Tabelnavn: BUAF, referencetid: Forløbsregister 1980-2018

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Anbringelsessted type	ANSTED_KLAS - Hjemmebaserede foranstaltninger: 6, 11. - Anbringelser: 1-5, 7-10, 12-20.
Slutdato	Slutdato
Startdato	Startdato
Hændelse i anbringelsessag	Haendelse – Følgende observationer slettes: - Haendelse = 5.

Vidensopsamling om børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd

Variable	Koder
Varighed	- Haendelse = (0.2 eller 5.5) hvis Varighed = 0. Varighed

Tabel B1.6: Forebyggende foranstaltninger, børn og unge

Tabelnavn: BUFO, referencetid: Forløbsregister 1977-2018

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Paragrafkode	PGF - Forebyggende indsatser: 400-405, 407, 452. - Hjemmebaserede foranstaltninger: 406, 415, 420, 425, 430, 435, 440, 445, 450, 451, 455, 200, 210, 215, 220, 225, 230, 240, 245, 250, 260, 270-275, 280, 290.
Slutdato for hændelsen	SAG_VTIL
Startdato for hændelsen	SAG_VFRA

Tabel B1.7: Sygesikringsregisteret

Tabelnavn: SSSY, referencetid: 2011-2018

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Specialekode	SPEC2 = 24, 26, 63 (psykiater, børnepsykiater, psykolog)
Kontakt	KONTAKT ≠ 0 (beholder kun ydelser, der udgør egentlige kontakter)
Honoreringsuge	HONUGE

Tabel B1.8: Landspatientregisteret, diagnoser

Tabelnavn: LPR_DIAG (1994-2018), PSYK_DIAG (Forløbsregister 1995-2018), UAF_DIAG (2018)

Variable	Koder
LPR-identnummer	RECNUM
Diagnose	C_DIAG: Diagnosekoder jf. nedenstående tabel om konstruktion af kontrolgruppe. Diagnosekoder benyttet i afsnit Fejl! Henvisningskilde ikke fundet. : - Autisme: DF840, DF841*, DF843, DF845, DF848, DF849. - Udviklingshæmning: DF70*-DF73*, DF78*, DF79, DQ90*, DQ871E, DF842. - ADHD (hyperkinetiske forstyrrelser): DF90*, DF988C. - Tilknyningsforstyrrelse: DF941, DF942.

Vidensopsamling om børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd

Variable	Koder
	- Psykotiske lidelser: DF20*-DF31*, DF323*, DF333*, DF105*, DF115*. - Personlighedsforstyrrelse: DF070.
Diagnosetype	C_DIAGTYPE: Diagnoser benyttet i afsnit Fejl! Henvisningskilde ikke fundet. afgrænses til aktions- (A) og bidiagnoser (B)

Anm.: *Diagnosekoden har underkategorier, som alle medtages.

Table B1.9: Landspatientregisteret, administrative oplysninger

Tablenavn: LPR_ADM (1994-2018), PSYK_ADM (Forløbsregister 1995-2018), UAF_ADM (2018)

Variable	Koder
Personnummer	PNR
LPR-identnummer	RECNUM
Indskrivningsdato	D_INDDTO
Udskrivningsdato	D_UDDTO
Specialekode (benyttes kun ved UAF_ADM)	C_SPEC: Ved afgrænsning til psykiatri benyttes specialekoderne 50 og 52.

Table B1.10: Landspatientregisteret, psykiatri 1968-1994

Tablenavn: PSYK_68_94 (baseret på DIAG_ICD10, PATIENT_ICD8, PATIENT_ICD10), Referencetid: 1968-1994

Variable	Koder
Diagnose	C_DIAG: Diagnosekoder jf. C_DIAG i LPR_DIAG.
Indskrivningsdato	D_INDDTO
Udskrivningsdato	D_UDDTO

Table B1.11: Ofre for straffelovsforbrydelser

Tablenavn: KROF, Referencetid: 2011-2016

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Gerningskode	OFR_GER7 - Seksualforbrydelser (11*) - Voldsforbrydelser (12*)
Gerningens startdato	OFR_GERFRADT

Anm.: *Koden har underkategorier, som alle medtages.

Tabel B1.12: Kriminalstatistik afgørelser

Tabelnavn: KRAF, Referencetid: 2011-2019

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Gerningskode	AFG_GER7 - Seksualforbrydelser: 11* - Voldsforbrydelser: 12* - Ejendomsforbrydelse: 13* - Andre straffelovsforbrydelser: 14* - Lov om euforiserende stoffer: 32* - Våbenloven: 34*
Afgørelsens eller sanktionens type	AFG_AFGTYP3: - ≠ 411-414, 514 (frifundet, påtale opgivet) - ≠ 519 hvis AFG_STATUS = 1 (fjerner dem, hvor der ikke er faldet endelig dom som følge af frifindelse eller ankesag)
Afgørelsesstatus	AFG_STATUS
Afgørelsens dato	AFG_AFGOEDTO

Anm.: *Koden har underkategorier, som alle medtages.

Tabel B1.13: Sigtelser for mindreårige

Tabelnavn: KRMS, Referencetid: 2011-2019

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Gerningskode	MIN_GER7 - Seksualforbrydelser: 11* - Voldsforbrydelser: 12* - Ejendomsforbrydelser: 13* - Andre straffelovsforbrydelser: 14* - Lov om euforiserende stoffer: 32* - Våbenloven: 34*
Afgørelsesdato	MIN_AFGOEDTO

Anm.: *Koden har underkategorier, som alle medtages.

Tabel B1.14: Højest fuldførte uddannelse

Tabelnavn: UDDF, Referencetid: Forløbsregister 1981-2020

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Højest fuldførte uddannelse	HFAUDD
Tidspunkt for opnået højest fuldførte uddannelse	HF_VFRA

Tabel B1.15: Arbejdsmarkedsregnskab

Tabelnavn: AMRUN, Referencetid: 2013-2015

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Socioøkonomisk status	SOC_STATUS_KODE - Beskæftiget: 110, 120, 131-136

Tabel B1.16: Grundskolekarakterer

Tabelnavn: UDFK, Referencetid: Forløbsregister 2001-2019

Variable	Koder
Personnummer	PNR
Grundskolekarakter	GRUNDSKOLEKARAKTER
Bedømmelsesform	BEDOEMMELSESFORM = Afgangsprøve
Klassetrin	KLTRIN = 09
Prøveform	PROVEVEFORM = Bundne prøvefag
Skoleår	SKOLEAAR ⁶¹

Tabel B1.17: STIL's statistik over elevfravær

Tabelnavn: FRAVAER_2019, Referencetid: Forløbsregister skoleåret 2010/11-2018/19

Variable	Koder
Identnummer	CprNummer
Antal dage med sygefravær i måneden	DageSyg
Antal dage med lovligt fravær i måneden	DageLovFra
Antal dage med ulovligt fravær i måneden	DageUlovFra
Antal aktive dage på institutionen i måneden	DageAktiv
Skoleaar	Skoleaar

⁶¹ Der tages udgangspunkt i kalenderåret for sidste halvdel af skoleåret, hvor eksamens- og årskarakterer gives. Dvs. at skoleåret 2017/18 sættes lig 2018.

Bilag 2: Konstruktion af kontrolgruppe

Nedenfor beskrives konstruktionen af kontrolgruppen samt den tidsmæssige afgrænsning, der benyttes i forbindelse med før- og eftermålinger i den kvantitative analyse.

Konstruktion af kontrolgruppe

I den kvantitative analyse indgår en kontrolgruppe, der er konstrueret ved matching. Formålet med matchingen er at skabe en kontrolgruppe, der ligner klientgruppen på relevante karakteristika.

Kontrolgruppen er baseret på børn og unge, der er registreret med en eller flere underretninger om seksuelt krænkende adfærd i 2015-2016,⁶² og som ikke har modtaget udredning og/eller behandling ved JanusCentret, Rådgivningscentret eller SEBA i 2014-2016. Dette giver en grundkontrolgruppe på 1.231 personer.

Der er benyttet propensity score matching med nearest neighbor-metoden. Propensity-scoren er estimeret ved en probit-model og kan defineres som sandsynligheden for at "havne" i en indsatsgruppe betinget på observerbare karakteristika (Angrist & Pischke, 2015: 55). Hver klient kan matches med op til 10 "naboer" (kontrolenheder med mest sammenlignelige propensity scores) med tilbagelæg (dvs. at samme kontrolenhed kan benyttes flere gange). Der er foretaget robusthedstjek med en kernel density propensity score matching.

Kontrolgruppen er matchet med klientgruppen på en række observerbare variable. Variablene er udvalgt ud fra en vurdering af hvilke faktorer, der er mest relevante for at konstruere en kontrolgruppe, der ligner klientgruppen mest muligt. Der er på denne baggrund udvalgt variable i form af gængse baggrundskarakteristika samt karakteristika beskrevet i JanusCentrets (2019) statusrapport, der giver den bedste viden om målgruppen i en dansk kontekst.

De udvalgte matching-variable er målt i perioden 1-2 år før startdatoen (visitations-/underretningsdatoen) medmindre andet er angivet. Variablene udgør følgende:

- Køn
- Alder (opgjort ved startdato)
- Forebyggende indsatser (serviceloven § 11 – Indsatstrappens trin 2)
- Hjemmebaserede foranstaltninger (forebyggende foranstaltninger, bl.a. serviceloven § 52, og/eller hjemmebaserede anbringelser – Indsatstrappens trin 3).
- Anbringelser uden for hjemmet (Indsatstrappens trin 4-6).
- Kontakt til primære sundhedsvæsen med specialerne psykiater, børnepsykiater og/eller psykolog.
- Patient i psykiatrisk hospitalsvæsen (indlæggelse, ambulant og/eller skadestue).
- Fremgår af Landspatientregisteret med diagnose for mishandlingssyndromer (DT74*), problemer pga. negative oplevelser i barndommen (DZ61*) og/eller barn/ung indlagt begrundet i sociale forhold (DZ768C). (Diagnosticering af mishandlingssyndromer afgrænses til perioden fra barnets fødsel til ét år før startdato).
- Fremgår af Landspatientregisteret med diagnose for autisme (DF840, DF841*, DF843, DF845, DF848, DF849), udviklingshæmning (DF70*-DF73*, DF78*, DF79, DQ90*,

⁶² Danmarks Statistik har ikke data om underretninger fra før 2015.

- DQ871E, DF842), ADHD (DF90*, DF988C) og/eller tilknytningsforstyrrelse (DF941, DF942). (Diagnosticering afgrænset til perioden fra barnets fødsel til ét år før startdato).
- Fremgår af Kriminalstatistikens offerregister (KROF) med gerningskode for seksualforbrydelser (11*) og/eller voldsforbrydelser (12*).
 - Siget (mindreårige) eller dømt for seksualforbrydelser (11*), voldsforbrydelser (12*), Ejendomsforbrydelser (13*), andre straffelovsforbrydelser (14*), forbrydelser omfattet af lov om euforiserende stoffer (32*) og/eller forbrydelser omfattet af våbenloven (34*) – udeladt pga. for få observationer.
 - Minimum én forælder med gymnasium, erhvervsuddannelse eller højere uddannelsesniveau ultimo året før startår.
 - Minimum én forælder med kort videregående uddannelse eller højere uddannelsesniveau ultimo året før startår.
 - Minimum én forælder registreret i beskæftigelse året før startår.⁶³

**Diagnosen har underdiagnoser, som alle er medtaget. Alle diagnosekoder udgør ICD10-koder (børnene/de unge var ikke i live, da man benyttede ICD8-koder).*

Propensity score-test viser, at kontrol- og klientgruppen ikke er statistisk signifikant forskellige på nogen kontrolvariable efter matching (baseret på t-test med signifikansniveau på 5 pct.). Mean bias ("gennemsnitlig skævhed") er blevet reduceret betydeligt fra 24,1 før matching til 2,9 efter matching.

Den endelige kontrolgruppe indeholder 538 personer. Hver person indgår i analysens opgørelser med hver sin vægt, der er dannet ved matching-metoden, som beskrevet ovenfor.

Tidsmæssig afgrænsning

Der beregnes individuelle start- og slutdatoer for alle klient- og kontrolindivider. Disse benyttes til tidsmæssig afgrænsning i forbindelse med matching samt eftermålinger jf. afsnittet *Klienternes udvikling vedrørende sociale forhold, skolegang, kriminalitet og sundhed*.

Klientgruppe:

Startdato = dato for visitation.

Slutdato = dato for sagens afslutning.

Kontrolgruppe:

Startdato = underretningsdato (A).

Antal dage mellem start- og slutdato = klientgruppens typiske antal dage (76) fra visitation til sagsafslutning (B).

Slutdato = A+B.

⁶³ Danmarks Statistiks dokumentation for beskæftigelse:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/sociooekonomisk-status-i-arbejdsmarkedstatistikken>

Bilag 3: Supplerende tabeller til den kvantitative analyse

Tabel B3.1

Klienternes faktorer relateret til traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau fordelt på antal faktorer

Registreret ved visitation og udredning

Traume, psykiatri og intellektuelt funktionsniveau	0-2 faktorer Andel, pct.	3-5 faktorer Andel, pct.	6+ faktorer Andel, pct.
Offer for passivt omsorgssvigt/neglect (N = 153)	40	79	94
Offer for seksuelle overgreb (N = 162)	*	*	44
Offer for fysisk vold (N = 162)	*	*	69
Offer for psykisk vold (N = 162)	*	*	74
Seksuel grænseløshed i klientens hjem (N = 133)	*	*	65
Klienten er blevet mobbet (N = 155)	33	45	61
Klienten har en psykiatrisk diagnose (N = 159)	33	51	60
Tegn på autismespektrumforstyrrelse (N = 149)	27	24	30
Tegn på psykose (N = 150)	0	12	34
Selv mordstanker på baggrund af den seksuelle adfærd (N = 149)	0	8	10
Klienten har andre sociale problemer (N = 147)	17	63	81
IQ under gennemsnittet for alderen ⁶⁴ (N = 135)	*	*	65

Anm.: *Observationer er diskretioneret af hensyn til personhenførbarehed.

Kilde: Socialstyrelsens beregninger baseret på data registreret i perioden 2014-2016 af Rådgivningscentret, SEBA samt JanusCentret.

⁶⁴ IQ < 85.

Bilag 4: Supplerende tabeller til den økonomiske analyse

Tablet B4.1

Nettoreultat pr. år fordelt på aktører, nutidsværdi 2020, kr.

Periode: 2014-2018, 2020-priser

Aktør	2014	2015	2016	2017	2018
Kommune	-5.518.494	-10.179.133	-16.438.918	-17.373.466	-13.241.866
Region	82.161	101.996	-257.636	-375.977	-382.420
Stat	-6.654.703	-8.142.260	-7.083.844	-242.522	130.360
I alt	-12.091.035	-18.219.397	-23.780.397	-17.991.965	-13.493.926

Anm.: Nutidsværdien er beregnet med en diskonteringsrente på 4 pct.

Kilde: Beregnet vha. SØM version 2.3.

Tablet 02

Omkostninger og økonomiske konsekvenser pr. år, fordelt på hovedområder, nutidsværdi 2020, kr.

Periode: 2014-2018, 2020-priser, alle aktører

Hovedområde	2014	2015	2016	2017	2018	I alt
Indkomstoverførsler	15.428	49.298	210.939	262.169	228.269	766.103
Beskæftigelsesindsats	1.552	45.070	250.453	353.841	310.303	961.219
Skat af indkomst	236.079	207.475	581.135	512.935	563.894	2.101.518
Sundhedsydelse	92.212	104.992	-319.267	-450.118	-446.677	-1.018.858
Politi, retsvæsen og kriminalforsorg	207.989	565.328	1.229.099	1.274.989	917.430	4.194.835
Sociale serviceydelse	44.850	103.525	142.529	41.638	-21.484	311.058
Sociale foranstaltninger til børn og unge under 18	-906.342	-6.304.543	-13.714.866	-20.038.586	-14.783.871	-55.748.208
Efterværn	-18.552	340.938	673.829	2.408.974	2.149.453	5.554.642
Grundskole	-212.317	-175.628	-553.536	-1.818.553	-1.973.690	-4.733.724
Ungdomsuddannelse	-97.504	-231.973	-222.231	-539.253	-437.552	-1.528.513
Omkostninger	-11.454.431	-12.923.880	-12.058.481	0	0	-36.436.792
I alt	-12.091.035	-18.219.397	-23.780.397	-17.991.965	-13.493.926	-85.576.720

Anm.: Nutidsværdien er beregnet med en diskonteringsrente på 4 pct.

Kilde: Beregnet vha. SØM version 2.3.



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk