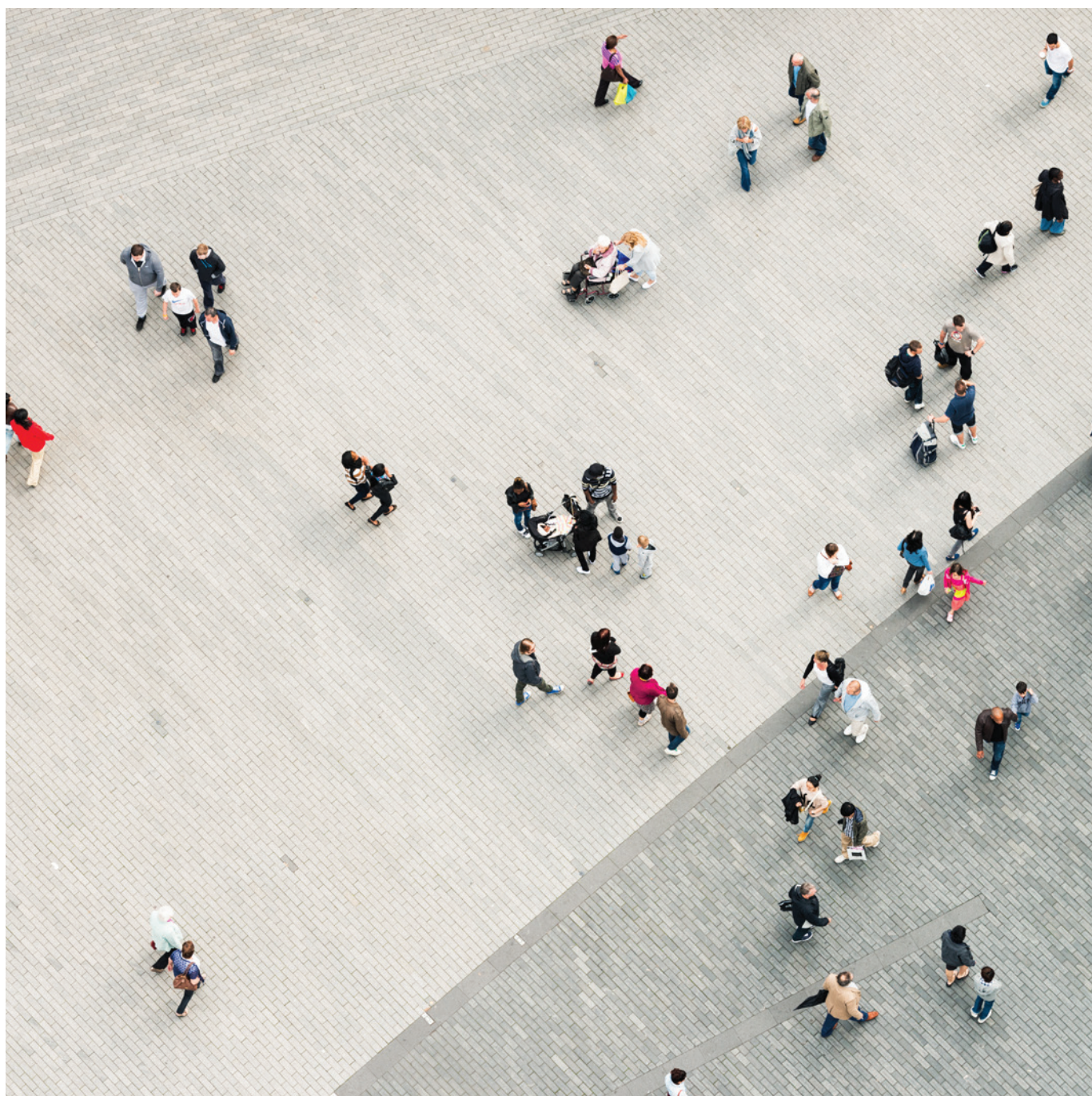


FEBRUAR 2019
SUNDHEDSSTYRELSEN

UNDERSØGELSE AF MULIGHEDER FOR AT **STYRKE INDSATSEN** TIL MENNESKER MED PÆDOFILE TANKER



COWI

ADRESSE COWI A/S
Parallelvej 2
2800 Kongens Lyngby
TLF +45 56 40 00 00
FAX +45 56 40 99 99
WWW cowi.dk

FEBRUAR 2019
SUNDHEDSSTYRELSEN

UNDERSØGELSE AF MULIGHEDER FOR AT STYRKE INDSATSEN TIL MENNESKER MED PÆDOFILE TANKER

INDHOLD

1	RESUMÉ	7
2	BAGGRUND OG FORMÅL	11
2.1	Opgaveforståelse og undersøgelsesspørgsmål	12
2.2	Målgrupper	15
3	KORTLÆGNING	19
3.1	Nationale tilbud og erfaringer	19
4	TVÆRGÅENDE ANALYSE AF ERFARINGER	33
5	MULIGE INDSATSOMRÅDER	45
5.1	Øget oplysning	45
5.2	Bedre betingelser og adgang til tilbud	46
5.3	Øget viden og videndeling	49
5.4	Iværksættelse og forankring af indsatser	49
BILAG A	METODE OG DATA	53
	Metode	53
	Dataindsamling	55

1 RESUMÉ

På finansloven for 2018 er der de næste fire år afsat i alt fem millioner kroner til at styrke indsatsen overfor mennesker med pædofile tanker. Baggrunden for initiativet er, at relativt få mennesker med pædofile tanker om børn søger professionel hjælp. Dette kan blandt andet skyldes den høje grad af stigmatisering, som gruppen møder. En anden væsentlig faktor er den eksisterende henvisningspraksis, som kræver, at henvisning til behandling skal ske igennem egen læge.

Formålet med nærværende undersøgelse er at kortlægge de eksisterende tilbud og behandlingsmuligheder til mennesker med pædofile tanker i Danmark og internationalt med henblik på at undersøge, hvorledes indsatsen overfor mennesker med pædofile tanker kan styrkes.

Målgruppen, mennesker med pædofile tanker, er en heterogen gruppe, som overordnet kan inddeles i henholdsvis ikke-udøvende pædofile og seksuelle krænkere. En relevant undermålgruppe er børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd, da disse kan være i risiko for senere i livet at opleve pædofile tanker. Indenfor hver af de ovennævnte undermålgrupper kan der udføres en yderligere opdeling i forhold til, hvorvidt de ikke-udøvende pædofile har kontrol over deres tanker eller ej, og hvorvidt de seksuelle krænkere har anvendt børneporno, udført seksuelle overgreb eller begge dele.

I Danmark består behandlingsindsatsen til mennesker med pædofile tanker af fire institutioner, Sexologisk Klinik ved Rigshospitalet, Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart i samarbejde med Psykoterapeutisk team ved Odense Universitetshospital, Retspsykiatrisk ambulatorium ved Aarhus Universitetshospital og Herstedvester Fængsel, som tilsammen udgør den national behandlingsordning målrettet voksne. Behandlingsordningen varetager behandling af dømte seksuelle krænkere der typisk har fået et vilkår om behandling ifm. med deres dom. Herudover tilbydes også

behandling til selvhenvendere, der er henvist gennem praktiserende læge. Den landsdækkende behandling varetages primært af psykiatere og psykologer. Behandlingen består primært af individuel samtaleterapi og gruppeterapi, og forløbenes længde varierer afhængigt af patientens behov. Foruden behandlingsordningen eksisterer et anonymt rådgivende tilbud, Bryd Cirklen, der består af såvel en hjemmeside som en hjælpelinje. Hjælpelinjen betjenes af psykiatere og psykologer fra Sexologisk Klinik, Rigshospitalet, som kan rådgive borgerne og orientere om behandlingstilbud.

Derudover eksisterer landsdækkende behandling af børn og unge, som først blev etableret i København ved JanusCenteret og efterfølgende er blevet udbredt til både Aarhus, Aalborg og Odense. Målgruppen er børn og unge i alderen 4-18 år med enten seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. Tilbuddet består af dels et udredningsforløb og derudover muligheden for et behandlingsforløb, såfremt udredningen viser behov derfor, og den kommunale sagsbehandler vurderer det relevant.

Af internationale tilbud har The Dunkenfeld Project i Tyskland særlig erfaring med anonym behandling af mennesker med pædofile tanker og derudover også erfaring med anonym telefonrådgivning. I Sverige har de ligeledes udbredt erfaring med telefonrådgivning gennem linjen PrevenTell. Særligt for denne hjælpelinje er, at rådgiverne har mulighed for direkte at henvise borgerne til behandling uden henvisning fra en læge og samtidig skærme journaloplysninger. Red Barnet i Finland har erfaring med et online

selvhjælpsprogram med formål om at engagere potentielle krænkere til at overveje konsekvenserne af deres seksuelle aktiviteter rettet mod børn og give dem værktøjer til at kontrollere deres adfærd. I England eksisterer et særligt tilbud til tidligere dømt med det formål at etablere et netværk omkring den tidligere dømt for at hjælpe dem med at blive integreret i lokalsamfundet efter endt dom og dermed forsøge at forebygge nye overgreb.

I gennem kortlægningen af nationale og internationale indsats er der blevet identificeret en række områder, hvorved indsatsen til målgruppen i Danmark kan forbedres. Helt overordnet vil indsatsen kunne styrkes indenfor tre hovedområder:

- › Øget oplysning
- › Bedre betingelser for tilbud og adgang til tilbud
- › Øget viden og videndeling

ØGET OPLYSNING

Stigmatisering er en væsentlig problemstilling indenfor dette felt og medfører forringelse af målgruppens livskvalitet og selvopfattelse, hvilket hæmmer dem i at opsøge hjælp, da de oplever fordømmelse. Derfor er det væsentligt at igangsætte indsatser til afstigmatisering og opbygning af en ikke fordømmende tilgang til målgruppen. Hertil vil et konkret tiltag være en offentlig kampagne baseret på personlige historier, der kan bidrage til at menneskeliggøre mennesker med pædofile tanker. Derudover har analyserne påvist et behov for øget oplysning om de allerede eksisterende tilbud, da en mangel derpå udgør en væsentlig hæmsko. Oplysningskampagner om eksisterende tilbud kan anvendes til at styrke antallet af henvendelser til eksempelvis Bryd Cirklen, hvor internationale erfaringer med fordel kan anvendes. Børne- og ungeområdet udfordres af, at ikke alle kommuner kender til de eksisterende tilbud.

EKSEMPLER PÅ MULIGE OPLYSNINGSINDSATSER

- › *Offentlig kampagne ift. afstigmatisering* baseret på personlige historier, der er med til at menneskeliggøre mennesker med pædofile tanker.
- › Udvidelse af eksisterende oplysning på området – eksempelvis Bryd Cirklen. Her kan eksempelvis skeles til oplysningsarbejdet i Finland og Tyskland, hvor der bl.a. er yderligere oplysninger om området samt selv-test værktøjer.
- › Brug af tekniske løsninger der guider brugere til oplysning. En øget anvendelse af 'triggers' på søgeord på internettet / det mørke internet, der kan guide til oplysende hjemmesider som eksempelvis BrydCirklen.dk.
- › Integration af temaet i seksualundervisningen, hvor der tales bredt om seksualitet. Kan bl.a. medvirke til at give unge rådgivning ift. hvor man kan opsøge hjælp.
- › Seminarer og oplysning til andre social- og sundhedsprofessionelle og eventuelt udvidet til at inddrage lærere, pædagoger, socialrådgivere og behandlere i psykiatrien.
- › Erfaringer fra andre landes oplysningsindsatser kan med fordel inddrages. Eksempelvis fra ANOVA, Finland og Tyskland. Erfaringer fra Tyskland har bl.a. vist at bredde oplysning i det offentlige rum er særligt effektivt gennem oplysningsmateriale formidlet i busser og anden offentlig transport.

BEDRE BETINGELSER FOR TILBUD OG ADGANG TIL TILBUD

Et andet vigtigt område, som vil styrke indsatsen, er bedre betingelser for tilbud og adgang dertil. En udvidelse af Bryd Cirklen vil være relevant for dels at øge informationsniveauet på hjemmesiden og eksempelvis anvende erfaringerne med selvtests fra Red Barnet i Finland. Derudover kunne det være fordelagtigt at udvide den klassiske telefon-hotline til andre kommunikationskanaler så som chatfora og eller kontaktmuligheder via de sociale medier.

Betingelserne kan ligeledes styrkes ved en ændring af henvisningspraksis, så en henvisning fra praktiserende læge ikke er nødvendig for, at borgeren kan indgå i og modtage tilbud. Dette må forventes at øge adgangen til tilbuddene, da det fjerner en væsentlig barriere for målgruppen i forbindelse med at opsøge hjælp. Derudover vil en afskærmning af journaloplysninger fra andre dele af sundhedsvæsenet være fordelagtigt for at skabe mere tryghed for de borgere, som opsøger hjælp. Dette har de gode erfaringer med på Sexologisk Klinik, Rigshospitalet og i Sverige.

Det kan endelig overvejes at indføre anonym behandlingsmulighed efter samme model som det er i dag på alkohol- og misbrugsområdet. En sådan ordning ville betyde, at der indledningsvist er mulighed for at være anonym, men at dette ophører, hvis den skærpede underretningspligt kommer i spil eller hvis medicinsk behandling begyndes.

MULIGE INDSATSER DER GIVER BEDRE BETINGELSER OG ADGANG TIL TILBUD

- › **En portal** som samlet indgang med oplysning og rådgivning om muligheder og tilbud på området. Dette kan ske gennem en udvidelse af den eksisterende BrydCirklen.dk
- › **Ændrede rammer** der sikrer øget rekruttering blandt borgere med behov for hjælp. Dette kan ske gennem præciserede anbefalinger eller krav fra Sundhedsstyrelsen om:
 - › Afskaffelse af hidtidig henvisningspraksis gennem praktiserende læge
 - › Indførelse af skærmede journaler på området
 - › Mulighed for anonymitet efter samme model som i alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen
- › **Revision af den nationale behandlingsordning.** Ordningen er ikke revideret siden indførelsen i 1997. En opdatering af denne vil gøre den tidssvarende og bl.a. tage højde for den stigende anvendelse af børneporno som er kommet i takt med internettets udbredelse.

ØGET VIDEN OG VIDENDELING

Der eksisterer i dag en begrænset viden og forskning inden for området af mennesker med seksuelle tanker og fantasier om børn, hvor bl.a. effektstudier af behandlingsindsatser efterlyses. Indenfor børn- og unge området har der siden 2003 eksisteret et videnscenter, som har været forankret i JanusCenteret, der har bidraget til landsdækkende dokumentation og vidensopsamling. Et sådant center eksisterer ikke på voksenområdet, men der er dog bred enighed blandt de fagprofessionelle om, at der er behov for et sådant center. COWI vurderer, at en etablering af et sådant center vil medvirke til at styrke og dokumentere indsatsen samt skabe videndeling til øvrige behandlere og interessenter.

MULIGE INDSATSER DER SKABER ØGET VIDEN OG VIDENDELING

- › **Et fælles videnscenter på området.** Et videnscenter kan med fordel tage udgangspunkt i det allerede eksisterende videnscenter på børne- og ungeområdet. Med yderligere midler kan voksenområdet integreres heri.

Området for tilbud til mennesker med pædofile tanker involverer på centralt niveau både Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet og Justitsministeriet. Det er centralt for en forbedret indsats på området, at disse iværksættes i form af anbefalinger og initiativer fra de centrale myndigheder.

2 BAGGRUND OG FORMÅL

Med finansloven for 2018 og sundhedspuljen målrettet særlige initiativer på sundhedsområdet er der over de næste fire år afsat i alt fem millioner kroner til, at mennesker med pædofile tanker skal have adgang til bedre behandlingstilbud.¹ Baggrunden for initiativet er blandt andet, at en lav andel af mennesker med pædofile tanker opsøger professionel hjælp. Fagpersoner erfarer, at to ud af tre mister kontakten til behandlingssystemet efter henvendelse til det anonyme rådgivningstilbud, Bryd Cirklen.² Det vurderes, at den lave andel af personer, der opsøger hjælp, afhænger af forskellige faktorer.

- › En væsentlig faktor er den stigmatisering og det tabu, som generelt er forbundet med at have pædofile tanker. Flere føler, at de mødes med mistanke og afsky, når de opsøger hjælp, også selvom de aldrig har handlet på deres tanker.³
- › En anden væsentlig faktor er den eksisterende henvisningspraksis i Danmark. Henvisning skal ske via en læge, oftest den praktiserende læge, hvilket medfører, at patientens informationer indføres i patientjournalen, og der er således ikke mulighed for anonym henvisning. Kun enkelte steder har mulighed for at skærme journaloplysninger, så de ikke kan tilgås fra andre afdelinger, hvor patienten måtte søge behandling for andre lidelser. Dette kan være vanskeligt, da der i forbindelse med et behandlingsforløb er oplysninger, som bør være tilgængelige for professionelle, så det er muligt at gøre brug af den skærpede underretningspligt, hvis det vurderes, at et barn er i fare.

Varigheden af og opfølgningen på behandlingen er endnu en udfordring på feltet, vurderer samme eksperter (Se Bilag A for oversigt over datagrundlag). Den rette behandling kan have stor betydning for, hvorvidt der begås overgreb, og opfølgning på denne kan være afgørende for forebyggelse af nye/gentagne overgreb også efter et behandlingsforløb og/eller en eventuel dom. Effekten af behandling på personer, som ikke har begået overgreb, er endnu ikke påvist i Danmark. International forskning viser, at behandling af personer dømt for seksuelle overgreb kan forebygge en tredjedel af nye overgreb.⁴

Undersøgelser viser, at flere personer, der er dømt for seksuelle overgreb på børn, og som har modtaget en dom med vilkår om behandling eller fået vilkår i forbindelse med prøveløsladelse, ønsker at fortsætte behandling ud over det toårige forløb, man i dag får som vilkår. Mange mennesker med pædofile tanker slipper aldrig af med disse tanker, og derfor er forløbet efter løsladelsen af stor betydning.

¹ Sundheds- og Ældreministeriet. Anonym adgang til behandling for pædofili på vej: <https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2018/August/Anonym-adgang-til-behandling-for-paedofili-paa-vej.aspx>

² <https://politiken.dk/indland/art6403105/Flertal-%C3%A5bner-for-anonym-behandling-af-p%C3%A6dofile-tanker>

³ Hjemmesiden Virtuous Pedophiles, som bl.a. hjælper og støtter pædofile som gerne vil undgå at begå overgreb/have seksuel kontakt med børn <https://www.virped.org/giving-getting-help.html>

⁴ Olver et. al. (2009) Outcome Evaluation of a High-Intensity Inpatient Sex Offender-Treatment Program. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3). 522-536.

Hvis ikke der bliver fulgt op, kan der være risiko for, at nogle af disse personer ender i social isolation og deroute, hvilket øger risikoen for, at de begår nye overgreb igen.

Formålet med nærværende undersøgelse er at få kortlagt, hvilke tilbud og behandlingsmuligheder der er i Danmark i dag, og hvilke internationale erfaringer man kan drage nytte af i styrkelsen af indsatsen overfor mennesker med pædofile tanker i Danmark.

2.1 OPGAVEFORSTÅELSE OG UNDERSØGELSESPØRGSMAÅL

Undersøgelsen vil først afdække hvilke indsatser og behandlingstilbud, der findes i dag i Danmark, og hvordan de er tilrettelagt. Derefter vil relevante internationale erfaringer på området blive afdækket. Afdækningen af området vil bidrage til at kvalificere og nuancere problemstillingen, så det tydeliggøres, hvor der er behov for yderligere/andre tiltag, og hvordan man kan forebygge og behandle bedst i forhold til målgruppen. Desuden vil afdækningen af området identificere forskellige muligheder for at styrke indsatser og behandlingstilbud på området. Mere præcist vil undersøgelsen se nærmere på:

- › Hvilke indsatser og behandlingstilbud findes der i Danmark for mennesker med pædofile tanker, og hvordan er de tilrettelagt?
- › Hvilke udenlandske erfaringer kan inddrages i forbindelse med tilrettelæggelsen af danske indsatser og tilbud for mennesker med pædofile tanker?
- › Hvorledes kan nationale og internationale erfaringer anvendes fremadrettet i forbindelse med tilrettelæggelse af behandlingstilbud og indsatser i Danmark for mennesker med pædofile tanker?
- › Hvordan og i hvilket omfang er det muligt at etablere og implementere anonym adgang og anonym behandling for mennesker med pædofile tanker, og hvilke særlige opmærksomhedspunkter er der i den forbindelse?

2.1.1 ÅRSAGER TIL PÆDOFILI OG DIAGNOSEKRITERIER

Grundlæggende hersker der tvivl om de konkrete årsager til, at pædofili opstår. Indenfor psykologien har mange forskellige retninger bidraget med bud derpå, men forklaringen er ikke enkel. Der kan muligvis være en familiemæssig sammenhæng, hvor det dog ikke er klart, hvorvidt det stammer fra genetik eller tillært adfærd. Derudover kan faktorer som seksuelt misbrug i barndommen og hormonelle uregelmæssigheder muligvis øge risikoen, men dette er ikke bevist.⁵ Derfor skal man være forsigtig med at drage konklusioner om årsagerne til pædofili. I puberteten udvikles den seksuelle orientering, og det er allerede der, mange pædofile bliver opmærksomme på deres pædofilisymptomer.

Der eksisterer forskellige diagnosekriterier for, hvornår man er pædofil.

Ud fra *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* karakterises pædofili ud fra kriterierne om, 1) at der over en periode på 6 måneder har været tilbagevendende intense seksuelle fantasier, lyst eller adfærd, som har omfattet seksuel aktivitet med et præpubertært barn eller flere børn (13 år eller yngre), 2) Individet har handlet på de seksuelle lyster eller også medfører lysterne eller fantasierne betydelig lidelse for individet, 3) Individet er mindst 16 år og mindst 5 år ældre end barnet fra første kriterie.⁶

Ifølge det internationale sygdomsklassifikationssystem ICD-10⁷ karakteriseres pædofili som:

- › Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (inklusive psykiske udviklingsforstyrrelser).
- › Forstyrrelser i personlighedsstruktur og i adfærd i voksenalderen.
- › Seksuelle afvigelser (perversioner) og herunder, at pædofili er en seksuel præference for børn, piger eller drenge eller begge dele, normalt i præpuberteten eller i den tidlige pubertetsalder.⁸

Dermed betragtes pædofili af behandlingssystemet som en psykisk sygdom, der giver sig udslag i en seksuel orientering mod børn.

⁵ Psychology today. Pedophilia. 2018. <https://www.psychologytoday.com/us/conditions/pedophilia>

⁶ American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC.

⁷ The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/icd_10/en/

⁸ Oversættelse af ICD-10 kode F65.4 for pædofili: "A sexual preference for children, boys or girls or both, usually of prepubertal or early pubertal age."



2.1.2 RELEVANT LOVGIVNING PÅ OMRÅDET

STRAFFELOVEN

DEN SEKSUELLE LAVALDER

Den seksuelle lavalder i Danmark er fastsat til 15 år. Det betyder, at seksuelle forhold med børn under 15 år er ulovlige. Lovens formål er at beskytte børn. Selvom det i udgangspunktet er ulovligt at have et seksuelt forhold til en person under 15 år, er det ikke ulovligt såfremt det seksuelle forhold bygger på gensidig enighed og lyst mellem eksempelvis to unge på 14 år.

Unge i alderen 15 til 17 år har ret til at have et aktivt seksualliv, men straffeloven fremhæver, at en anden ung eller en voksen ikke må have seksuelle forhold til unge under 18 år, hvis man samtidig har f.eks. en pædagogisk opgave (lærer, pædagog, træner, spejderleder m.m.) over for den unge. En 16-årig kan altså godt være gode venner med f.eks. sin træner på 18 år – men de må ikke have et seksuelt forhold med hinanden.

De mest centrale paragraffer i straffeloven i forhold til området findes i kapitel 24 og er:⁹

§ 210. Den, der har samleje med en slægtning i nedstigende linje, straffes med fængsel indtil 6 år. Adoptionsforhold sidestilles med biologisk slægtskab. Stk. 2. Den, der har samleje med sin broder eller søster, straffes med fængsel indtil 2 år. Straffen kan bortfalde for den, der ikke er fyldt 18 år. Stk. 3. Bestemmelserne i stk. 1 og 2 finder tilsvarende anvendelse med hensyn til andet seksuelt forhold end samleje.

§ 216 Stk. 2. For voldtægt straffes med fængsel indtil 12 år den, der har samleje med et barn under 12 år.

§ 222. Den, som har samleje med et barn under 15 år, straffes med fængsel indtil 8 år, medmindre forholdet er omfattet af § 216, stk. 2. Stk. 2. Har gerningsmanden skaffet sig samlejet ved udnyttelse af sin fysiske eller psykiske overlegenhed ved brug af tvang eller fremsættelse af trusler kan straffen

⁹ LBK nr. 1156 af 20/09/2018 (Straffeloven)

stige til fængsel indtil 12 år. Stk. 3. Ved fastsættelse af straffen efter stk. 1 skal det indgå som en skærpende omstændighed, at gerningsmanden har skaffet sig samlejet ved udnyttelse af sin fysiske eller psykiske overlegenhed.

§ 223. Den, som har samleje med en person under 18 år, der er den skyldiges stedbarn eller plejebarn eller er betroet den pågældende til undervisning eller opdragelse, straffes med fængsel indtil 4 år. Stk. 2. Med samme straf anses den, som under groft misbrug af en på alder og erfaring beroende overlegenhed forfører en person under 18 år til samleje.

§ 225. Bestemmelserne i §§ 216-224 finder tilsvarende anvendelse med hensyn til andet seksuelt forhold end samleje.

§ 226. Den, der optager pornografiske fotografier, film el.lign. af en person under 18 år med forsæt til at sælge eller på anden måde udbrede materialet, straffes med bøde eller fængsel indtil 6 år.

§ 227. Den, der medvirker til, at en person under 18 år deltager i en forestilling med pornografisk optræden, straffes med bøde eller fængsel indtil 6 år. Stk. 2. Den, der som tilskuer overværer en forestilling som nævnt i stk. 1 med deltagelse af en person under 18 år, straffes med bøde eller fængsel indtil 2 år.

§ 232. Den, som ved uanstændigt forhold krænker blufærdigheden, straffes med bøde eller fængsel indtil 2 år eller, hvis forholdet er begået over for et barn under 15 år, med bøde eller fængsel indtil 4 år.

SERVICELOVEN

Af kapitel 27 fremgår den skærpede underretningspligt:¹⁰

§ 153. Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunalbestyrelsen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage.

1. at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte,
2. at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold,
3. at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte på grund af barnets eller den unges ulovlige skolefravær eller undladelse af at opfylde undervisningspligten, eller
4. at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb.

SUNDHEDSLOVEN

Af kapitel 9 fremgår tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.¹¹

§ 40. En patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, jf. dog reglerne i denne lov.

Stk. 2. Stk. 1 finder tilsvarende anvendelse for studerende, der som led i en sundhedsvidenskabelig eller sundhedsfaglig uddannelse deltager i behandlingen af en patient uden at være medhjælp.

Stk. 3. I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter §§ 41-46 er tillagt beføjelser efter de enkelte bestemmelser, påhviler det overordnede ansvar for, at oplysninger videregives eller indhentes i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.

FORTOLKNING AF LOVGIVNING

På baggrund af lovgivningen i forhold til den skærpede underretningspligt og tavshedspligten er sundhedspersoner i udgangspunktet underlagt tavshedspligt i udøvelsen af deres erhverv. Men hvis en sundhedsperson får kendskab til eller har grund til at antage, at et barn har behov for særlig støtte eller har været udsat for overgreb, så er de underlagt den skærpede underretningspligt.

¹⁰ LBK nr. 1114 af 30/08/2018 (Serviceloven)

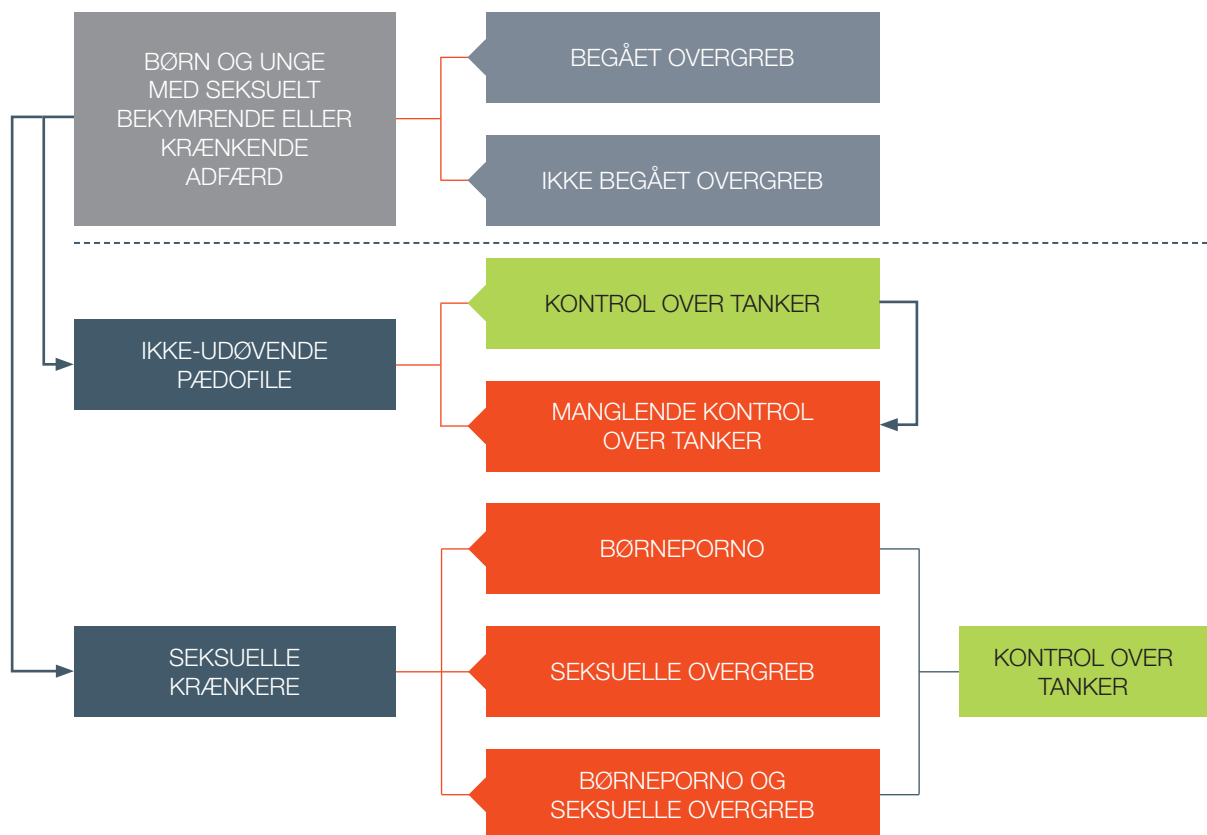
¹¹ LBK nr. 1286 af 02/11/2018 (Sundhedsloven)

Den skærpede underretningspligt trumfer alt – inklusiv tavshedspligten – og eksisterer for at beskytte børn. Denne type af underretningspligt findes i de fleste lande, vi normalt sammenligner os med. I indsatser og behandling af mennesker med pædofile tanker betyder dette, at der i udgangspunktet ikke er fuld fortrolighed mellem behandler og patient.

2.2 MÅLGRUPPER

Mennesker, der har seksuelle tanker om børn, er generelt lige så forskellige som alle andre mennesker. Men fælles for dem er, at de lever med en tyngende hemmelighed [...]. Seksuelle tanker om børn er tabu i vores samfund og kan være umuligt at tale med venner eller familie om. De fleste lever med en stor frygt for at blive afsløret af politiet. Og for at miste familie, job og venner, hvis det bliver opdaget, hvilke tanker der rumsterer i hovedet.¹²

I arbejdet med forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltag for mennesker med pædofile tanker er det væsentligt at være opmærksom på, at målgruppen er heterogen. Overordnet kan gruppen af mennesker med pædofile tanker opdeles i to undermålgrupper. De betegnes her som henholdsvis *ikke-udøvende pædofile* og *seksuelle krænkerere*. Foruden de to målgrupper er der endnu en undermålgruppe, som er børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. Denne undermålgruppe medtages, da nogen unge allerede i puberteten bliver opmærksomme på, at de har pædofile tanker i forbindelse med udviklingen af deres seksualitet. De kan senere være i risiko for at blive enten en del af de ikke-udøvende pædofile eller seksuelle krænkerere, hvorfor det er væsentligt at sætte tidligt ind, da der er et forebyggelsespotentiale. Det er dog langt fra alle i denne målgruppe, som viser sig at have pædofile tanker. Figur 1 illustrer de tre målgrupper.



FIGUR 1: Oversigt over målgrupper

Kilde: Figur udarbejdet af COWI

¹² Bryd Cirkelns hjemmeside <https://www.psykiatri-regionh.dk/bryd-cirklen/seksuelle-tanker-om-boern/Sider/default.aspx>

Figuren viser, at målgruppen af *børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd* ikke på nuværende tidspunkt er en del af den primære målgruppe, men pilene i venstre side i figuren antyder, at de potentielt kan blive det (hvis de ikke får den rette støtte og behandling). Pilene i højre side i figuren viser, at der er potentiale i at forebygge nye hændelser for gruppen af seksuelle krænkere og for dem med manglende kontrol over deres tanker, som er personer, der er angste for at komme til at begå seksuelle overgreb og kan være i risiko for det, hvis ikke de får værktøjer til at få kontrol over deres tanker. Ideelt set burde tilstrækkelige tilbud, forebyggelse og den rette behandling sikre at alle mennesker med pædofile tanker får kontrol over deres adfærd, hvilket boksen markeret med grøn i figuren viser. Det er dog væsentligt at nævne, at interventionen realistisk set ikke vil kunne garantere en 100 pct. effekt, men vil bidrage til en så høj effekt som muligt.

For målgruppen af børn og unge med seksuel bekymrende eller krænkende adfærd kan gruppen enten have begået overgreb eller have en bekymrende adfærd. I gruppen som har begået overgreb har ca. en tredjedel selv været udsat for overgreb.

Gruppen af *ikke-udøvende pædofile* er karakteriseret ved at have seksuelle tanker om børn, men handler ikke på tankerne, og har derfor ikke krænket børn. Gruppen af ikke-udøvende pædofile er dog ikke homogen. Der er forskel på i hvor høj grad, de ikke-udøvende pædofile har kontrol over deres seksuelle tanker om børn og dermed i hvor høj grad, de kan håndtere tankerne på en sådan måde, at de ikke handler derpå. I Figur 1 opdeles de ikke-udøvende pædofile i henholdsvis personer med kontrol og manglende kontrol over tankerne. Det er vigtigt at nævne, at kontrollen over tankerne kan opfattes som et kontinuum og at yderpunkterne præsenteres i figuren. Derudover er der også den forskel, at en del af denne undermålgruppe søger hjælp til at håndtere tankerne og disse benævnes selvhenvendende, hvor andre ikke opsøger hjælpen.

Årligt modtager Bryd Cirklen mellem 60–80 henvendelser fra personer, som søger hjælp, da de oplever seksuelle tanker om børn. Op mod

2/3 af disse personer kommer ikke i kontakt med sundhedsvæsenet.¹³ Derudover viser en tysk undersøgelse, at en andel på 12 pct. af dem, som har seksuelle fantasier om børn, havde overvejet at søge hjælp grundet deres interesse i børn.¹⁴

Gruppen af *seksuelle krænkere* kan opdeles i henholdsvis personer, der anvender børneporno og personer, der begår seksuelle overgreb mod børn samt personer, som gør begge dele. Fælles for de tre grupper er, at der udføres en kriminel handling, som er seksuelt krænkende for barnet.¹⁵ I sondringen mellem gruppen sondres der først og fremmest mellem, om den seksuelle krænker har fået en dom eller ikke. Dette har betydning for adgangen til gruppen, da de dømte har mulighed for at deltage i behandling som en del af deres afsoning. Modsat er gruppen af personer, der har begået seksuelle overgreb, men ikke er dømte for det, ofte svære at identificere. Sondringen er især væsentlig i forhold til den behandlende tilgang, da en større del af dem, som dømmes for anvendelse af børneporno, ikke nødvendigvis har en oplevelse af at have gjort noget forkert, da de ikke har foretaget sig fysisk på et barn. Behandling af denne gruppe kan derfor kræve et særligt fokus på at få ændret personernes forståelse af, at anvendelse af børneporno også skader børn.

Et andet vigtigt aspekt i forhold til gruppen af seksuelle krænkere, som begår seksuelle overgreb mod børn og dømmes, er, at op imod halvdelen af gruppen ikke opfylder kriterierne for pædofili.¹⁶ Det kan der være forskellige årsager til, og det er ofte komplekse problemstillinger, eksempelvis fordi personen selv har været omsorgssvigtet og/eller udsat for overgreb, har sociale udfordringer, og/eller at personen ikke får opfyldt sine seksuelle behov og evt. føler sig underlegen og derfor søger mod grupper, som er mere sårbare som f.eks. børn eller unge.

Tabel 1 viser Kriminalforsorgens opgørelse af personer dømt for sædelighedskriminalitet i perioden 2006–2009 fordelt på, hvorvidt de opfylder pædofili diagnosen eller ikke. Tallene viser, at der totalt set er 24 pct. af de sædelighedskriminelle som opfylder pædofili diagnosen.

¹³ <https://politiken.dk/indland/art6403105/Flertal-%C3%A5bner-for-anonym-behandling-af-p%C3%A6dofile-tanker>

¹⁴ Dombert, B et al. (2016) How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? The Journal of Sex Research. 53(2). 214-223

¹⁵ Justitsministeriet (2018). *Bekendtgørelse af straffeloven*. BEK nr. 1156 af 20/09/2018.

¹⁶ Reference fra mødet med RedBarnet

TABEL 1: Fordelingen af dømt med og uden pædofilidiagnose i perioden 2006–2009

	SEXOLOGISK KLINIK	MIDDELFART	RISSKOV	HERSTEDVESTERFÆNGSEL	TOTAL
PÆDOFIL	ANTAL	ANTAL	ANTAL	ANTAL	ANTAL
Ja	5	2	3	69	79
Nej	39	42	37	217	335
Total	44	44	40	286	414

Kilde: Kriminalforsorgen (2015). En undersøgelse af behandlingsordningen Delrapport 1, visitationsordningen.

Samlet set er den overordnede målgruppe i høj grad heterogen og har få fælles træk andet end, at hovedparten af gruppen er mænd, men der er også et lille antal kvinder. Målgruppen spænder bredt aldersmæssigt.

Der er et særligt forebyggelsespotentiale for personer, som har begået seksuelle overgreb, men ikke ønsker at gøre det igen og for personer i teenagealderen, som har en bekymrende adfærd. Forebyggelse i teenagealderen er relevant fordi seksualiteten udvikles i denne periode, og her bliver flere unge opmærksomme på, at de har andre seksuelle tanker end normalen, hvorfor de har brug for hjælp til at håndtere disse tanker. Dette er både for at undgå overgreb, men ligeledes for at undgå den psykiske belastning der kan komme af at gå alene med disse tanker, samt anspre dem til at få erfaringer med jævnaldrende, idet en betydelig del af disse unge er isolerede uden tilstrækkelig mulighed for at udvikle en mere sund aldersvarende seksualitet på trods af de pædofile fantasier.

Herudover vurderer eksperter, at der er en gruppe af mennesker med pædofile tanker, der lever forpint og ønsker hjælp, men som af forskellige årsager oplever barrierer ift. at få hjælp. Det vurderes således, at der er en gruppe af potentielle selvhenvendende, der ikke får opsøgt hjælp. Denne gruppe omfatter såvel ikke-udøvende pædofile som seksuelle krænker.

3 KORTLÆGNING

I dette kapitel kortlægges området for indsatser til mennesker med pædofile tanker. Kapitlet er delt i to dele. Første del af kapitlet kortlægger de nationale tilbud og erfaringer. Anden del kortlægger udvalgte internationale indsatser og erfaringer.

3.1 NATIONALE TILBUD OG ERFARINGER

Overordnet er der behandlingstilbud henholdsvis til voksne og til børn og unge.

På voksenområdet er der tre typer behandlingstilbud til de forskellige målgrupper. Der er 1) tilbud til selvhenvendende, dvs. personer, som selv henvender sig, med henblik på at få behandling for deres tanker, 2) behandling af personer som har begået seksualkriminalitet, og som har fået en betinget dom eller er prøveløsladt med vilkår om behandling og 3) en landsdækkende anonym telefonrådgivning, Bryd Cirklen, specielt for voksne med seksuelle tanker om børn.

På børneområdet er der tre landsdækkende tilbud til børn og unge med seksuelt bekymrende adfærd, der alle tilbyder samme form for behandling. De ligger i København, Odense, Århus og Aalborg.

Forskellen mellem børne- og voksenområdet er, at behandlingen på voksenområdet ligger inden for ressortområderne for Sundheds- og Ældreministeriet samt Justitsministeriet, mens behandlingen af børn og unge ligger inden for Børne- og Socialministeriets ressortområde.

I det følgende præsenteres tilbuddene henholdsvis til voksne og til børn og unge.

3.1.1 TILBUD TIL VOKSNE

På voksenområdet findes der fire regionale behandlingssteder placeret i København, Odense, Middelfart og Aarhus. Disse fire behandlingssteder tilbyder grundlæggende den samme behandling og er forankret i hospitalsvæsenet.

Udover ovennævnte fire steder er der for dømte også udredning og behandling i Herstedvester fængsel. Behandlingsstedet afhænger af, hvorvidt borgeren indgår i en "behandlingsordning"¹⁷ eller ej. Personer, der bliver sigtet for at have begået et seksuelt overgreb, kan blive omfattet af den særlige behandlingsordning for seksualkriminelle. Personer, der har begået seksuelle overgreb, men ikke er blevet anmeldt eller dømt, kan ligeledes være omfattet af behandlingsordningen. Denne behandling kan foregå enten på Sexologisk Klinik i København, på Psykiatrisk Afdeling i Middelfart eller på Retspsykiatrisk ambulatorium i Aarhus. Behandlingsstederne i Middelfart og Aarhus er en del af retspsykiatrien, mens Sexologisk Klinik i København behandler sædelighedskriminelle på trods af, at de ikke er en del af retspsykiatrien. Herstedvester Fængsel fungerer som en visitationsordning for indsatte med en dom under 5 år, hvor det bestemmes, hvilken psykiatrisk og sexologisk behandling de skal have, samt hvilket behandlingssted de efterfølgende skal visiteres til. For dømte med længerevarende straffe tilbydes behandlingsforløb i Herstedvester Fængsel.

¹⁷ "Behandlingsordningen" blev etableret i 1997 som en forsøgsordning på baggrund af en ændring i straffeloven med fokus på en forstærket indsats mod sædeligheds-kriminalitet, herunder navnlig seksualforbrydelser begået mod børn. Ordningen blev permanentgjort i 2001. Den omfatter fire institutioner, Sexologisk Klinik, København, Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart i samarbejde med Psykoterapeutisk team, Oden-se Universitetshospital og Retspsykiatrisk ambulatorium, Aarhus Universitetshospital, Risskov, samt Herstedvester Fængsel.



På Sexologisk Klinik i København, Retspsykiatrisk ambulatorium i Aarhus og Psykoterapeutisk team, Odense Universitetshospital kan selvhenvendende også modtage behandling. Siden 2004 har Sexologisk klinik i København, udover sit nationale opdrag i behandlingsordningen, tilbudt rådgivning til mennesker, som oplever, at seksuelle tanker om børn giver dem problemer eller ødelægger deres liv. Rådgivning formidles i dag via Bryd Cirklen, der er en hjemmeside og telefonrådgivning under Region Hovedstadens Psykiatri etableret i samarbejde med Red Barnet i 2006. På hjemmesiden kan besøgende indhente viden om mennesker, der har seksuelle tanker om børn samt få telefonnummeret på den anonyme rådgivningslinje, man kan ringe til.

Derudover kan man også indgå i behandlingsforløb hos en privat praktiserende psykiater. I denne undersøgelse er der ikke opnået kendskab til, hvad der karakteriserer målgruppen, som benytter sig af dette, ej heller har COWI kendskab til omfanget.

Nedenstående Tabel 2 giver et overblik over behandlingsordningen for voksne i Danmark, Herstedvester Fængsel og den landsdækkende anonyme rådgivning, Bryd Cirklen.

TABEL 2: Oversigt over behandlingstilbud til voksne i Danmark

		SEXOLOGISK KLINIK RIGSHOSPITALET	PSYKOTERAPEUTISK TEAM PÅ OUH	RETSPSYKIATRISK AFDELING I MIDDELFART	RETSPSYKIATRISK AMBULATORIUM PÅ AUH	HERSTEDVESTERFÆNGSEL	LANDSDÆKKENDE ANONYM RÅDGVNING, BRYD CIRKLEN
BEHANDLINGSORDNINGEN							
OMRÅDE	Behandlingen dækker Region Hovedstaden, Bornholm og Region Sjælland.	Behandlingen dækker Region Syddanmark.	Behandlingen dækker Region Syddanmark.	Behandlingen dækker Region Midt og Region Nordjylland.	Behandlingen foregår i fængslet, men visiterer også indsatte til behandling i retspsykiatrien i Middelfart, AUH og Sexologisk Klinik.	Landsdækkende tilbud, som betjenes af ansatte på Sexologisk Klinik Rigshospitalet.	
MÅLGRUPPE	Dømte, personer der afventer dom og selvhenvendere.	Selvhenvendere og borgere med en afventende dom.	Dømte. Nogle af patienterne er prøveløsladte på den betingelse, at de går i ambulant behandling.	Dømte, personer der afventer dom og selvhenvendere.	Dømte.	Selvhenvendere.	
TILBUD	Tilbuddet består af en udredningsfase og efterfølgende behandling. Behandlingen består af individuel samtalerapi eller gruppeterapi og forløbene er tilrettelagt ud fra patientens behov og problemstillinger. Længden af forløbene varierer afhængig af dom og frivilligt efter patientens ønske og behov. Behandlingen af sædelighedskriminelle foregår i samarbejde med Kriminalforsorgen.	Tilbuddet består af en udredningsfase og efterfølgende behandling. Behandlingen tilrettelægges enten som individuel samtalerapi eller gruppebaseret terapi, hvilket bestemmes ud fra patientens særegne egenskaber. Længden af forløbet er individuelt.	Behandlingen består af enten individuel samtalerapi eller gruppeterapi. Hvert behandlingsforløb er tilrettelagt ud fra den enkelte patients behov og problemstillinger. Længden af behandlingen afhænger af den indsatte domslængde. Der er også mulighed for at fortsætte behandlingen på frivillig basis efter afsluttet dom.	Der tilbydes primært individuelt samtalerapi og gruppeterapi, som bliver justeret efter patientens behov og problemstillinger. Derudover tilbydes et gruppeforløb med en fysioterapeut, hvor der arbejdes med at komme i tættere kontakt med patientens følelser gennem kroppen. Der tilbydes også kønsdriftsdempende behandling. Forløbets længde varierer.	Første del af forløbet indebærer en grundlig udredning for at forstå personens karakter, hvorefter behandlingsforløbet vil bestå af individuel samtalerapi eller gruppeterapi. I visse tilfælde anvendes medicinsk behandling i form af kønsdriftsdempende medicin, dette er dog en frivillig behandlingsform. Længden af behandlingen afhænger af den indsatte domslængde.	Tilbuddet består af anonymrådgivning til dem, som henvender sig gennem telefonhjælpe linjen. Rådgivningen kan bestå af en enkelt samtale, men borgerne kan også oplyses om de landsdækkende behandlingstilbud. Det estimeres, at 20-30 pct. af de borgere som henvender sig, kommer i behandling.	

	SEXOLOGISK KLINIK RIGSHOSPITALET	PSYKOTERAPEUTISK TEAM PÅ OUH	RETSPSYKIATRISK AFDELING I MIDDELFART	RETSPSYKIATRISK AMBULATORIUM PÅ AUH	HERSTEDVESTERFÆNGSEL	LANDSDÆKKENDE ANONYM RÅDGIVNING, BRYD CIRKLEN
BEHANDLERE/ UDBYDER AF TILBUD	Psykiatere, psykologer, og sekretærer.	Psykiatere, psykologer, psykoterapeuter med baggrund i sygepleje og fysioterapi.	Psykiatere og psykologer.	Psykiatere, psykologer, socialrådgivere, fysioterapeuter og sekretærer.	Læger, psykologer og sygeplejersker.	Psykiatere, psykologer fra Sexologisk klinik på Rigshospitalet.
HENVISNING, VISITATION OG MULIGHED FOR ANONYMITET	Henvises fra forskellige kilder så som psykiatere, psykologer, praktiserende læger, politiet etc. Behandlingen er ikke anonym, da patienterne skal oplyse CPR. nr., men deres journaloplysninger bliver skærmet fra det øvrige sundhedsvæsen.	Henvisioning fra læge er påkrævet. Anonymitet er ikke mulig, da patienterne skal oplyse CPR nr. og samtidig er journaloplysningerne ikke skærmet fra det øvrige sundhedsvæsen.	Henvisioning sker fra Herstedvester Fængsel. Anonymitet er ikke mulig, da patienterne skal oplyse CPR nr. og samtidig er journaloplysningerne ikke skærmet fra det øvrige sundhedsvæsen.	Henvisioning fra læge påkrævet for selvhenvendelse. Derudover modtages henvisninger fra Herstedvester Fængsel. Anonymitet er ikke mulig, da patienterne skal oplyse CPR nr. og samtidig er journaloplysningerne ikke skærmet fra det øvrige sundhedsvæsen.	For indsatte med en straf op til 5 år fungerer fængslet som en visitationsordning, hvor det besluttes hvilken psykiatrisk og sexologisk behandling, de skal have. Derefter visiteres de indsatte til behandling på landets retspsykiatriske afdelinger. Til indsatte med længevarende eller forværgningsdomme tilbydes behandlingsforløb i Herstedvester Fængsel.	Rådgivningen er anonym. Borgere kan oplyses om behandlingstilbud.

I det følgende gennemgås karakteristika for forskellige behandlingssteder.

FORANKRING OG DÆKNINGSGRAD

Alle landets regioner har mulighed for at visitere til behandling af borgere med pædofile tanker. Region Hovedstaden og Region Midtjylland varetager udover borgere i deres egen region også behandlingen for henholdsvis Region Sjælland og Region Nordjylland. Sædelighedskriminelle, som har fået dom til behandling, behandles på den retspsykiatriske enhed, som varetager behandlingen for den pågældende region. Sexologisk Klinik Rigshospitalet er ikke en retspsykiatrisk enhed, men varetager behandlingen af sædelighedskriminelle med dom til behandling.

I Herstedvester Fængsel afsoner borgere fra hele landet, som ofte har længerevarende straffe. Gruppen af borgere med kortere straffe kan afsones i både Herstedvester fængsel og Nr. Snede Fængsel.

Bryd Cirklen betjenes af ansatte fra Sexologisk Klinik, Rigshospitalet, men er et landsdækkende anonymt rådgivningstilbud.

PERSONALESAMMENSÆTNING

Behandlingsstederne bemannes af psykiatere, psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere, psykoterapeuter og sekretærer. Det er dog ikke alle faggrupper der er præsenteret på alle behandlingsstederne, se Tabel 2.

De behandlingssteder, som varetager behandling af de dømte sædelighedskriminelle, varetages i samarbejde med kriminalforsorgen. I Herstedvester Fængsel varetages behandlingen af læger, psykologer og sygeplejersker, mens den i Nr. Snede Fængsel varetages af AUH.

Rådgivningstilbuddet Bryd Cirklen betjenes af specialuddannede psykologer og læger. De er ansatte på Sexologisk Klinik Rigshospitalet.

PATIENTMÅLGRUPPE

Målgruppen omfatter, som beskrevet i Figur 1, dels selvhenvendere, der enten har været patienter, som har afsonet en dom og efterfølgende frivilligt ønsker at fortsætte i behandling, men også patienter som henvender sig på egen opfordring og uden en dom, men med en bekymring for at begå overgreb. Den

anden del af målgruppen omfatter patienter, som er dømt for sædelighedskriminalitet og dermed har en dom med vilkår om behandling. For at denne gruppe kan indgå i behandling, skal de indgå frivilligt og være motiveret.

På de enkelte behandlingssteder er der særlige forhold. En større del af målgruppen på psykoterapeutisk team på OUH er patienter, som selv henvender sig, efter de er blevet opdaget i kriminalitet og dermed har en afventende dom. Denne gruppe opstarter behandling ved det psykoterapeutisk team og har mulighed for at fortsætte der efter domsafsigelsen. På Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart behandles også patienter med en egentlig psykiatrisk behandlingsdom, hvis de ikke har andre sværere psykiatriske lidelser.

Målgruppen som opsøger rådgivningstilbuddet Bryd Cirklen er bl.a. selvhenvendere, som ikke har handlet på deres seksuelle tanker om børn, men frygter at komme til det, men også personer, der er blevet opsøgt af politiet eller afsløret af deres familie. Årligt får Bryd Cirklen mellem 60-80 henvendelser og ud af disse vurderes 20-30% at komme i behandling.

HENVISNING

Henvisning til behandling for selvhenvendere til de forskellige steder i landet skal i udgangspunktet ske gennem henvisning fra praktiserende læge.

Bryd Cirklen kan henvise til alle tilbud i landet afhængigt af, hvor patienten er bosat. Det kræver dog en henvisning fra den praktiserende læge, for at patienten kan indgå i behandling på det pågældende behandlingssted. Det sker at denne regel om henvisning via praktiserende læge omgås, ved at behandlingsstederne, på vegne af patienten, kontakter den praktiserende læge og faciliterer en henvisning eksempelvis ud fra et behov for sexologisk behandling uden at nævne pædofili.

Herstedvester Fængsel henviser direkte til behandling i Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart, Retspsykiatrisk Ambulatorium i Aarhus og Sexologisk Klinik Rigshospitalet. Henvisningen foretages af psykologer. Patienterne kan kun komme i behandling, hvis de erkender at de har begået en forbrydelse, og at de har behov for behandling. Hvis

man benægter at have begået en kriminel handling, kan man ikke komme i behandling. Årsagen herpå er, at man skal være motiveret for at indgå i et behandlingsforløb målrettet sine handlinger, da behandlingsmetoden bygger på borgerens egen motivation. Fagpersoner erfarer i dag, at kun 1/3 af gruppen af sædelighedskriminelle er motiveret for behandling. Tidligere har man på Herstedvester Fængsel arbejdet med den resterende gruppes motivationsforhold, men dette er blevet nedprioriteret som følge af begrænsede ressourcer til arbejdet.

Behandlingsstederne har svært ved at opgive antallet af henvendelser, da målgruppen er lille, og de også behandler andre typer målgrupper.

BEHANDLINGSFORLØB OG INDHOLD

Forud for et behandlingsforløb gennemgår patienten en udredning med sigte på at undersøge, om der eventuelt er andre psykiske sygdomme, som skal behandles, før en sexologisk behandling kan igangsættes. Udredningen bruges ligeledes til at få viden om patientens personlighed og dermed opnå viden om patientens behov og problemstillinger. I nogle tilfælde anvendes psykologiske undersøgelser som led i udredningen af, om en person, der har begået kriminalitet, er egnet til almindelig straf, eller om vedkommende er bedst hjulpet af en behandlingsdom, men dette er oftest afklaret i Herstedvester Fængsel.

Behandlingen består af enten individuel samtaleterapi eller gruppeterapi, og forløbene er tilrettelagt ud fra patientens behov og problemstillinger. Længden af forløbene varierer. For patienter med en dom med vilkår om behandling varer behandlingen typisk to år. For selvhenvisende gælder, at de typisk indgår i behandling i 6 måneder eller gennem 10 konsultationer. På Retspsykiatrisk Ambulatorium i Aarhus tilbydes der gruppeforløb med en fysioterapeut, hvor der arbejdes med at komme i tættere kontakt med patientens følelser gennem kroppen. På Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart er der to forskellige grupper med gruppeterapi, som løbende har optag af nye patienter. Den ene gruppe ledes af to psykiatere og den anden ledes af to psykologer. Der anvendes både psykodynamiske og kognitive behandlingsformer.

På Retspsykiatrisk Ambulatorium i Aarhus tilbydes der også kønsdriftsdæmpende behandling til personer som er dømt til forvaring. Forløbene varierer alt efter, om patienterne er dømt for sædelighedskriminalitet eller ikke.

Patienterne har oftest ikke været behandlet tidligere, og mange har stor ambivalens i forhold til behandling. Der kan være vekslende grad af benægtelse og bagatellisering i forhold til risiko for potentiel risikoadfærd. Tidligere behandling er ikke en forudsætning for at tilhøre målgruppen.

I Herstedvester fængsel består behandlingen først en grundig udredning af den indsatte for at forstå personens karakter. Derefter består behandlingsforløbet af individuel samtaleterapi eller gruppeterapi. I visse tilfælde anvendes medicinsk behandling i form af kønsdriftsdæmpende medicin. Dette er dog en frivillig behandlingsform. For gruppen af indsatte med en tidsbegrænset dom vil deltagelse i behandlingen kunne betyde en tidligere prøveløsladelse. Dette vil ofte have tilknyttet en række vilkår som f.eks. at fortsætte i behandling ifm. prøveløsladelse. Indsatte med en dom på op til fem år visiteres til behandling på Sexologisk klinik på Rigshospitalet, Retspsykiatrisk Ambulatorium i Aarhus og Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart. Behandlingen af indsatte med længerevarende straffe sker i Herstedvester Fængsel. Længden af behandlingen afhænger af den indsattes domslængde.

I Bryd Cirklen kan man ikke få decideret behandling, men i rådgivningen kan man blive vejledt i muligheder for behandling og blive rådgivet i, at man ikke behøver at være alene med ens tanker, og at man kan lære at leve med dem, så de ikke er farlige.

AFSLUTNING AF FORLØB

Behandlingsforløb for selvhenvisende afsluttes, når behandlerne og patienten vurderer, at der ikke længere er behov for dette. Behandlingen af de sædelighedskriminelle afsluttes efter endt dom, men de har mulighed for frivilligt at fortsætte i behandling, såfremt de ønsker det, og at behandlerne vurderer, at det er relevant.



I Herstedvester Fængsel afsluttes behandling, som udgangspunkt efter afsoningen. I forbindelse med prøveløsladelse kan der tilknyttes vilkår om, at borgeren f.eks. skal fortsætte i behandling.

ANONYMITET OG UNDERRETNINGSPLIGT

På behandlingsstederne rundt om i landet omgås anonymitet forskelligt. På ingen behandlingssteder er behandlingen anonym, da det er et krav, at patienterne opgiver CPR-nummer for at indgå i et behandlingsforløb. Men i forhold til selve journalføringen, så er patienternes oplysning på Sexologisk Klinik Rigshospitalet skærmet fra det resterende sundhedsvæsen. Anderledes gør sig gældende på Retspsykiatrisk Ambulatorium på AUH, Psykoterapeutisk team på OUH og Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart, som ikke skærmer journaloplysning fra det resterende sundhedsvæsen.

I forbindelse med afsoning af dom/behandlingsdom er anonymitet ikke mulig, da behandlingen er en følge af den indsatte dom og derfor allerede er kendt i retssystemet, dog bliver journaloplysningerne skærmet på Sexologisk Klinik Rigshospitalet.

Rådgivningen hos Bryd Cirklen er anonym, hvilket betyder, at borgerne ikke skal oplyse CPR-nummer

for at modtage telefonisk rådgivningen. Såfremt borgerne henvises til og fortsætter i et forløb, forsvinder anonymiteten.

I Danmark er alle behandlingssteder og offentlige erhverv underlagt skærpet underretningspligt, jf. §153 i Serviceloven og se endvidere afsnit 2.1.

3.1.2 TILBUD TIL BØRN OG UNGE

I behandlingen af børn og unge sondres der mellem, hvorvidt børnene har en seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. Den landsdækkende behandling af børn og unge i alderen 4-18 år bliver varetaget af tre behandlingscentre i Danmark. Det første, JanusCenteret, blev etableret af Socialministeriet i 2003 med én klinik i København og stod indtil 2013 for den landsdækkende behandling af børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. I dag består JanusCenteret af to klinikker i henholdsvis København og Odense og behandlingstilbud i Aarhus, Projekt JUNO, og i Aalborg, Projekt SEBA. De to projekter i Aarhus og Aalborg blev etableret i 2013 og havde et tæt oplæringsforløb af JanusCenteret indtil 2016.

STEDETS FUNKTIONER

De tre tilbud er ens, og har alle til formål at udrede børn med seksuel bekymrende eller krænkende adfærd. De tre tilbud kan også tilbyde behandling af børnene, hvis ikke kommuner selv kan varetage denne funktion.

FORANKRING OG DÆKNINGSGRAD

De tre behandlingstilbud er placeret henholdsvis i Aarhus, Aalborg, København og Odense og skal tilsammen tilbyde udredning og behandling i alle landets kommuner. Projekt Juno er placeret i Aarhus, mens Projekt SEBA ligger i Aalborg og JanusCentret ligger i København og Odense. Finansieringen af tilbuddene har tidligere været satspuljefinansieret, men er nu på finansloven. Derudover finansieres centrene ved indtjening gennem salg af ydelser til kommunerne. Fra 2018 er det blevet besluttet, at Statens tilskud til tilbuddene udfases henover en periode med henblik på at tilbuddene fra 2021 er takstfinansieret.

PATIENTMÅLGRUPPE

Patientmålgruppen er børn og unge i alderen 4-18 år med enten seksuel bekymrende eller krænkende adfærd. Generelt har de børn og unge som henvises meget komplekse problemstillinger, og de har ofte været i forskellige forløb i kommunen, inden de kommer til centeret. Der er bl.a. børn, som har problemer med sociale relationer, opmærksomhedsforstyrrelser, lav kognitiv begavelse, har været udsat for omsorgssvigt af forskellig art. Det kan også være børn og unge, som har meget komplekse familiemæssige problemstillinger f.eks. overgreb mellem (sted-) søskende, eller som er anbragt enten i plejefamilie eller på en institution.

Hvis den unge fylder 18 år, mens vedkommende er i et forløbsforløb, så færdiggøres behandlingen. Ca. 3/4 af børnene/de unge har begået seksuelle overgreb, mens ca. 1/4 af børnene/de unge endnu ikke har begået overgrebene, men har en seksuelt bekymrende adfærd.¹⁸

Generelt ser centrene børn og unge, som har begået overgreb eller udsat andre for seksuelle krænkelse, og det kan både være i tætte relationer f.eks. internt i familien (kusiner/fætre, (sted-) søskende) eller i andre relationer f.eks. i skolen/ institutionen mm. Centrene ser også børn og unge, som ikke har begået overgreb, men har en seksuelt bekymrende adfærd, f.eks. at de har et overforbrug af porno eller har set børneporno, uden at de nødvendigvis selv ved, at det er forkert. På centrene ser de meget få med pædofile tanker, og de kan ikke vide hvilke børn, der kan udvikle de pædofile tanker på sigt. Meget få børn/unge har selv opdaget, at de har pædofile tanker, da pædofili først debuterer i puberteten.

HENVISNING

For alle tilbuddene gælder det, at henvisningen foregår gennem sagsbehandlere i den kommune, hvori barnet/den unge bor, hvis barnets problemstillinger kræver specialiseret behandling, som kommunen ikke har kompetencerne eller ressourcerne til at varetage.

Efter henvisning vil personalet i centret sammen med sagsbehandleren aftale, hvad der skal gøres i den enkelte sag. Centrene kan enten gennemføre en udredning og lave en behandlingsplan til kommunen, eller de kan gennemføre en udredning, lave en behandlingsplan og også gennemføre behandlingsplanen på vegne af kommunen.

UDREDNINGSFORLØB

Udredningsforløbet kortlægger barnets behov og ressourcer gennem indledende møde, psykologiske undersøgelser, kliniske interviews, samtale med forældre, netværksinterviews og risikovurdering. Udredningen varer typisk 3 måneder. Udredningsforløbet følger den samme struktur på tværs af centrene, der forekommer dog mindre variationer.

¹⁸ JanusCenteret (2017) *Statusrapport XIII – 2003–2016*.

Ved Projekt SEBA vurderes udredningsbehovet ud fra barnets tidligere udredning foretaget i den pågældende kommune, og der suppleres med yderligere udredning, hvor det er nødvendigt. De psykologiske tests indgår i mindre grad ved Projekt JUNO, hvor det i højere grad prioriteres at anvende samtaler til at afdække barnets behov. Fælles for tilbuddene er, at udredningsforløbet udmøntes i udarbejdelse af en skriftlig rapport, der indeholder anbefalinger angående barnets videre forløb, som personalet i centrene og sagsbehandleren i kommunen gennemgår sammen (evt. med barnet/den unge og dennes pårørende/netværk). Derefter er det op til sagsbehandleren i kommunen at vurdere, hvordan anbefalingerne skal imødekommes.

BEHANDLINGSFORLØB OG INDHOLD

I nogle tilfælde gennemføres anbefalingerne af centrene frem for af kommunen selv. Dette sker i de tilfælde, hvor kommunen ikke selv har kompetencerne eller ressourcerne til at gennemføre de anbefalede indsatsområder. På baggrund af en henvisning fra sagsbehandleren visiteres barnet til behandling på centeret, hvor kommunen køber et fast antal ydelser, hvorefter forløbet afsluttes og det vurderes, hvad barnet har behov for. Behandlingsforløbet er tilpasset barnets behov og ressourcer, hvor en række forskellige temaer kan indgå i behandlingen som f.eks. barnets seksualitet, grænser, omsorg, relationer, kommunikation og affektregulering etc. Overordnet er der tre former for behandling (evt. i kombination) afhængig af problemstillingen og baseret på barnets funktionsniveau.

1. Et netværksforløb, hvor relevante aktører i barnets netværk inddrages. Det er ofte til de børn/unge som har særlige behov som f.eks. opmærksomhedsforstyrrelser eller lav kognitiv begavelse.
2. Individuel behandling af barnet gennem samtaleterapi, hvilket dog kræver et vist refleksionsniveau hos barnet. Det kan f.eks. være børn/unge som har tilknytningsforstyrrelser og/eller handler i affekt.
3. Et mediationsforløb som er et møde mellem offeret og barnet/den unge, der har begået krænkelsen. Det er ofte kombineret med foregående individuel behandling.

Der opleves variation i hvorvidt, der er ventelister på tilbuddene. Ved Projekt JUNO og Projekt SEBA er der ventetid på omkring 4-5 måneder. For JanusCenteret gælder det, at der oftest ikke er ventelister. Dette kan hænge sammen med, at JanusCenteret har været etableret i en længere periode end de andre tilbud og samtidig har flere behandlere tilknyttet end f.eks. Projekt SEBA.

AFSLUTNING AF FORLØB

Behandlingen afsluttes med et møde med barnet, behandlere og den kommunale sagsbehandler, hvorefter sagen overleveres til kommunen sammen med en skriftlig afrapportering som indeholder anbefalinger til det fremadrettede forløb, som kommunen har ansvaret for at imødekomme.

ANONYMITET OG UNDERRETNINGSPLIGT

Det er ikke muligt at få anonym rådgivning på behandlingscentre.

Behandlingscentrene er underlagt skærpet underretningspligt jf. §153 i Serviceloven, hvis de bliver bekendt med, at der har været begået et overgreb mod et barn.

3.1.3 INTERNATIONALE TILBUD OG ERFARINGER

Internationalt er der tilbud, der kan sammenlignes med de danske tilbud for børn og voksne. Derudover er der i nogle lande også erfaring med udbyggede rådgivningsfunktioner og selvhjælpsprogrammer, anonym behandling og rehabiliterende forløb for sædelighedskriminelle, der har afsonet deres dom. Erfaringer fra udvalgte internationale tilbud præsenteres i dette afsnit.

I Sverige har man *PrevenTell*, som svarer til det danske "Bryd Cirklen". Fælles for det danske og svenske tilbud er, at der er underretningspligt. I Sverige er det dog muligt, at patienter kan få direkte (anonym) henvisning gennem telefonlinjen, og i deres behandlingstilbud på deres psykiatriske center ANOVA har de skærmet journalføring fra det resterende sundhedsvæsen. I Tyskland har man et lignende tilbud, *The Dunkenfeld Project*, som udover at være en telefonlinje også er et behandlingssted. I

det tyske tilbud er der fuld anonymitet i både henvisning og behandling, og der er ingen underretningspligt, hvilket adskiller sig fra både det danske og svenske tilbud. Derudover er *The Dunkenfeld Projects* behandling kun til selvhenvendere.

Det svenske og tyske tilbud er præsenteret i nedenstående to bokse.

PrevenTell (Sverige) er en national hjælpelinje til mennesker, der føler, at de har mistet kontrollen i forhold til deres seksuelle adfærd. PrevenTell er forankret i ANOVA – tidligere Center for Andrologi og Seksuel Medicin, Karolinska Universitetshospital, og i PrevenTells rådgivende funktion opsporer de patienter til ANOVO. ANOVAs overordnede formål er at forhindre seksuel og reproduktiv sygdom og seksuel vold ved at gennemføre diagnostik, behandling, forskning, udvikling og undervisning. Siden 2006 har ANOVA blandt andet undersøgt, diagnosticeret og behandlet patienter med seksuelle sygdomme. Indsatsen henvender sig generelt til mennesker med seksuelle problemstillinger, hvor seksuelle tanker om børn kun er en af dem. Målgruppen har det tilfælles, at de er bekymret for deres tanker og mulige handlinger og kan være bange for at komme til at skade andre.

I ANOVA har de i 2016 startet et forskningsprojekt (PRIOTAB¹⁹), som vha. et randomiseret studie undersøger hvordan en kombination af psykoterapi (individuel kognitiv adfærdsterapi) og et lægemiddel, som sænker testosteronniveauet, kan reducere antallet af pædofile som begår overgreb. Deltagelse er frivillig og foregår igennem ANOVAs hjælpelinje. Formålet er at skabe et evidensbaseret grundlag for behandling af pædofile. De borgere, som ikke ønsker at deltage i forskningsprojektet, bliver tilknyttet et team, som laver en risikovurdering og herudfra lægger en behandlingsplan. I behandlingsteamet indgår bl.a. læger med psykiatrisk og sexologisk speciale. Behandlingsvarigheden kan vare flere måneder og er individuelt tilpasset.

PrevenTell giver mulighed for, at personer kan tale anonymt med en professionel, der kan give råd og vejledning i forhold til mulighed for behandling. Hjælpelinjen er for alle, som føler at de har mistet kontrollen med deres seksuelle adfærd og som er bange for at komme til at handle på deres tanker. Derudover er den også for omsorgspersoner, offentlige myndigheder, organisationer eller foreninger, som har behov for støtte og rådgivning. De professionelle som varetager rådgivningsfunktionen er autoriseret sundhedspersonale, som f.eks. sygeplejersker, psykologer, læger og psykoterapeuter, der alle har erfaring på området. PrevenTell kan henvise til behandlinger i ANOVA. PrevenTell har underretningspligt.

Hvis ikke personen bor i Stockholms-området kan de ringe til PrevenTell for at få råd og hjælp til, hvor de kan indgå i behandling i deres nærområde, idet PrevenTell har oprettet en national referencebank med et netværk af omsorgspersoner over hele landet.

PrevenTells tilbud er til alle målgrupper af personer med uønsket seksualitet, herunder mennesker med pædofile tanker. Majoriteten er 35-45-årige, som ikke er dømt. Ofte har de seksuel interesse for både børn og voksne. Der er ca. 100 personer som ringer årligt og næsten alle kommer i behandling efterfølgende enten i ANOVA eller lokalt.

Behandling i ANOVA bliver gennemført af en tværfaglig gruppe af sundhedsprofessionelle med erfaring på området. Der er ingen visitationskriterier til behandling. Journalisering af behandling er skærmet for sundhedsprofessionelle udenfor ANOVO. ANOVA har underretningspligt, hvis de opdager, at et barn er blevet krænket. Al behandling er tilpasset den enkelte, og behandlingen foregår ved først at lave en risikoscreening, hvor patientens problemer/diagnoser identificeres, dernæst igangsættes den relevante behandling, som enten er psykoterapi og/eller medicinskbehandling.

¹⁹ PRIOTAB, New project tests preventive treatment against child sexual abuse: <https://ki.se/en/medh/new-project-tests-preventive-treatment-against-child-sexual-abuse>

The Dunkenfeld Project (Tyskland) består af 12 behandlingssteder i Tyskland. Indsatsen bliver gennemført på Institut for seksualvidenskab og seksualmedicin på Charité Universitet i Berlin. Projektet består af 1) en anonym telefonrådgivningslinje, hvor borgere, som oplever seksuelle tanker om børn, kan ringe og få råd og vejledning og 2) anonym behandling. Borgere bliver efter henvendelse til telefonlinjen henvist til at møde op til et indledende interview, hvor der laves en risikovurdering af borgeren. Hvis der kan tilbydes et behandlingsforløb, består det af et individuelt bestemt forløb med en kombination af samtaleterapi og gruppeterapi. Der tilbydes også medicinske behandling og parterapi samt terapi med pårørende. Både den telefoniske rådgivning og behandling gennemføres af psykiatere og psykologer.

Målgruppen for tilbuddene er alene til selvhenvendende, som er motiveret for at indgå i behandling. Siden 2005 og frem til i dag har projektet modtaget 9.515 henvendelser telefonisk, hvoraf 925 af borgerne er påbegyndt behandling. Dette svarer gennemsnitligt til, at ca. 70 patienter årligt påbegynder behandling.

Et helt centralt forhold i projektet er den fulde anonymitet. Selve behandlingsindsatsen er grundlæggende den samme som i øvrige sammenlignelige lande, herunder Danmark, men rekrutteringen til projektet er anderledes og baseret på fuldstændig anonymitet for at sikre, flere søger hjælp.

Et særligt forhold i Tyskland er, at de sundhedsprofessionelle ikke har underretningspligt.

Det danske Bryd Cirklen på Sexologisk klinik kan sammenlignes med henholdsvis den svenske og den tyske indsats. Alle tre rådgivningsenheder er nationale, og de kan henvise til behandling på et behandlingssted. Forskellen er dog, at man ikke kan henvise til behandling uden om den praktiserende læge i Danmark modsat de to andre, hvor behandlingsstedet også i højere grad er en integreret del af deres organisation. I Sverige kan personalet på den rådgivende telefonlinje henvise direkte til behandling, og i Tyskland kan man henvise direkte og anonymt til behandling.

I Storbritannien og Irland har man ligeledes en anonym telefonisk rådgivning og kampagne, Stop It Now, hvis formål er at forebygge seksuelle overgreb mod børn. Organisationen minder meget om Bryd Cirklen, men henvender sig også til pårørende til dømte sædelighedskriminelle, tidligere ofre og fagprofessionelle.

Indenfor forebyggelse af seksuelle krænkelse er der i Finland etableret et online selvhjælpsprogram, *Otanvastuun.fi* ('Jeg tager ansvar'), som både unge og voksne med seksuel interesse i børn kan benytte sig af. Det finske tilbud går endnu længere i forhold til forebyggelse og gør informationen tilgængeligt for målgruppen uden involvering af sundhedsprofessionelle. Tilbuddet er beskrevet i det følgende.

Otanvastuun.fi, 'Jeg tager ansvar' (Finland) er et online selvhjælpsprogram af Save the Children, Finland, i samarbejde med Uddannelsesinstituttet for fængsels- og forsøgstjenester (under Straffedomstolskontoret) og Psykiatrien på Helsinki Universitetshospital. Selvhjælpsprogrammet er til voksne og unge, som er bekymrede for deres seksuelle interesse hos børn, men henvender sig også til professionelle og fagfolk, der arbejder med lovovertrædere (seksuelle krænkere) og/eller potentielle lovovertrædere i Finland.

Formålet med programmet er at engagere potentielle seksuelle krænkere til at overveje konsekvenserne af deres seksuelle aktiviteter rettet mod børn og give værktøjer til at kontrollere deres adfærd. Programmet opfordrer også brugerne til at reflektere over deres eget liv og hvordan de kan forfølge ting, der betyder noget, uden at det er skadeligt for andre.

Programmet blev offentliggjort første gang i 2015 og blev lanceret på engelsk i oktober 2018. Programmet er tilgængelig på Mental Hub (mielenterveystalo.fi), som har ca. 80.000-90.000 brugere om måneden og opretholdes af Helsinki Universitetshospital. Mental Hub har allerede forskellige selvhjælpsmaterialer f.eks. til at håndtere depression og angst.

Baggrunden for dette program er i kognitiv adfærdsteori. Programmet udfordrer misforståelser og tanker om seksuelle handlinger over for børn. Det giver også øvelser til at ændre disse og information om, hvor man kan søge hjælp.

Den finske hjemmeside havde tidligere omkring 100 besøgende om måneden. I forbindelse med en nylig kodning i søgemaskiner på internettet / det mørke internet, hvor udvalgte søgeord henviste til programmet, er antallet af besøgende steget markant.

Inden for rehabilitering eksisterer *Circles of Support and Accountability (CoSA)*, der findes forskellige steder i verden bl.a. i England og Canada. Tilbuddet er en rehabiliterende indsats for sædelighedskriminelle, der har begået og blevet dømt for at have begået seksuelle overgreb, og som efter afsoning skal resocialiseres i samfundet.

CoSA Canada blev etableret i England og Wales i 2002 under navnet Circles UK. Circles UK blev i de første tre år etableret som et pilotprojekt. Senere blev det etableret i flere og flere områder i England og Wales. I dag eksisterer der tilbud i alle regioner i England og Wales. I det følgende er tilbuddet beskrevet.

CoSA har sin oprindelse i Canada i 1994, hvor man inden for kirken begyndte at lave "circles" for tidligere dømte med borgere fra lokalsamfundet. Formålet var, at de skulle hjælpe tidligere dømte, med at etablere sig og sikre dem i lokalsamfundet. På daværende tidspunkt var der ingen hjælp til denne gruppe, og man observerede et gennembrud for denne gruppe, som både blev reintegreret i samfundet og blev hjulpet til ikke at begå overgreb igen.

Circles of Support and Accountability (Circles UK), (England) er en paraplyorganisation for lokale "circles" organisationer (fremadrettet kaldet netværks). Circles UK er finansieret delvist af Ministry of Justice og af fondsmidler. Lokalt eksisterer der organisationer, som etablerer de lokale netværk. De lokale netværk bliver drevet af regionale tilsynsværger (probation officer) eller politiet. Der bliver etableret et netværk omkring den enkelte tidligere seksuelle krænker, som har afsonet dom. Den tidligere dømte bliver henvist til tilbuddet enten af deres tilsynsværger eller politiet. Tidligere dømte kan også selv give udtryk for, at de gerne vil indgå i et netværk, når de har afsonet deres dom i fængsel.

Formålet med netværket er at etablere et netværk omkring den tidligere dømte for at hjælpe dem med at blive integreret i lokalsamfundet. Netværket omkring den tidligere dømte krænker består af frivillige, som er blevet godkendt og uddannet i at kunne varetage opgaven. Omkring det frivillige netværk er der etableret et professionelt netværk, MAPPA²⁰. I det professionelle netværk har man lavet en risikovurdering af den tidligere dømte, hvor det gælder, at for de som er i højrisiko, etableres der også forskellige støtteforanstaltninger. I hvert frivilligt netværk er der en koordinator, som er ansat af den lokale organisation, og som indrapporterer til det professionelle netværk. Koordinatoren har tidligere erfaring med at arbejde med denne målgruppe enten inden for kriminalforsorgen eller som socialrådgiver. Indtil i dag har der eksisteret mellem 600-700 netværk. På nuværende tidspunkt er der ca. 600 aktive frivillige.

Den primære målgruppe for tilbuddet er borgere, som er dømt for at have begået seksuelt overgreb, og som har afsonet deres dom. Man har også afprøvet initiativet i et forebyggelsesøjemed på selvhenvendende – både unge og voksne. En forudsætning for at kunne indgå i tilbuddet er, at borgeren skal være motiveret for at kunne få opsat et netværk omkring sig, skal acceptere, at de har begået seksuelt overgreb, og de skal være i risiko for at begå overgreb igen.

Nogle gange begynder planlægningen af behandling og netværket inden den dømte er løsladt. I disse tilfælde kommer de frivillige ind i fængslet og har samtaler med den dømte. Behandlingen består af samtaler kontinuerligt med den tidligere dømte på et anonymt sted i lokalsamfundet. Netværkets primære rolle er at støtte og hjælpe den tidligere dømte til først og fremmest ikke at begå overgreb igen, men også i forhold til at holde den plan som der er lagt for borgeren i samarbejde med tilsynsværger, hjælpe med praktiske ting og til at udvikle sine sociale færdigheder. I udgangspunktet varer forløbene mellem 12-18 måneder. Netværket vil mødes mindre og mindre over tid, når den tidligere dømte begynder at kunne klare sig selv mere og mere.

²⁰ Multi-Agency Public Protection Arrangement (MAPPA) is an arrangement for the "responsible authorities" tasked with the management of registered sex offenders, violent and other types of sexual offenders, and offenders who pose a serious risk of harm to the public. The "responsible authorities" of the MAPPA include the National Probation Service, HM Prison Service and England and Wales Police Forces. MAPPA is coordinated and supported nationally by the Public Protection Unit within the National Offender Management Service. MAPPA was introduced by the Criminal Justice and Court Services Act 2000 and was strengthened under the Criminal Justice Act 2003.

4 TVÆRGÅENDE ANALYSE AF ERFARINGER

I dette afsnit vil vi analysere og diskutere de emner og problemstillinger, som går på tværs af emner, målgrupper og behandlingstilbud. Følgende emner og problemstillinger vil blive behandlet: Stigmatisering, anonymisering, børn og unge, behandling under dom og rehabilitering efter dom samt videndeling og forskning.

4.1.1 STIGMATISERING

Både nationale og internationale erfaringer viser, at der er meget stigmatisering og tabu forbundet med mennesker med pædofile tanker. Det gælder især samfundets opfattelse af målgruppen, men også manglende viden om behandlingsmuligheder.



Det er vigtigt at befolkningen får et syn på, hvad det vil sige at være pædofil, de fastholdes i rollen da de i dag fremstilles som monstre. Det er vigtigt at de oplever en legitimitet i samfundet og at det bliver kommunikeret ud, at en seksuel afvigelse er medfødt og lovlig, men at konsekvensen af seksualiteten er ulovlig.

MEDARBEJDER, SEXOLOGISK KLINIK RIGSHOSPITALET

FORSTÅElsen AF SEKSUEL ORIENTERING MOD BØRN

Indenfor gruppen, som har pædofile tanker og er tiltrukket af børn seksuelt, er der stor variation. På flere af behandlingsstederne i Danmark er der en opfattelse af, at pædofile tanker udspringer af en seksuel orientering og at personerne ikke skal stilles til ansvar for denne seksualitet, men at de

er ansvarlige for deres handlinger som følge af seksualiteten. Erfaringer viser, at en stor andel i denne målgruppe har et ønske om ikke at handle på denne seksualitet. En ekspert forklarer, at seksualitet ikke er noget man selv bestemmer og ikke kan behandles væk, men at seksualiteten kan disciplinere og kontrolleres:



Man har ansvar for, hvordan man håndterer sin seksualitet. Man bestemmer den ikke selv.

EKSPERT

I Bryd Cirklen understøtter man ovenstående tilgang, da det begrundes, at forklaringen på, at nogle personer oplever seksuelle tanker om børn, ikke er enkel. Forklaringer kan skyldes forskellige faktorer som f.eks. hormoner, biologi og traumer fra barndommen. Derudover italesættes det, at seksuelle tanker om børn ikke er ulovlige, men at handle derpå er strafbart.



Det er ikke forbudt at have seksuelle fantasier om børn. Men ligeså snart et konkret barn er involveret i voksnes seksuelle handlinger, er det kriminelt og kan blive strafbart.

BRYD CIRKLEN

I Dunkelfeld projektet i Tyskland beskriver behandlere, at en accept af seksualiteten er afgørende for en succesfuld behandling af målgruppen, da det skaber en øget mulighed for fortrolighed mellem patienten og behandleren, at tilgangen er ikke fordømmende. På de danske behandlingssteder, som primært arbejder med patienter, som er dømte, italesætter de i mindre grad, at opfattelsen af seksualitet ikke er noget individet selv vælger. Dette kan hænge sammen med, at behandlerne ofte konfronteres med kriminaliteten. De forskellige opfattelser af målgruppen i Danmark kan være problematisk for forståelsen af og arbejdet med målgruppen.

Internationalt er der meget fokus på at adskille målgrupperne, henholdsvis mennesker med seksuelle tanker og seksuelle krænkere. Dette fokus er især udtalt i RedBarnet i Finland. I den finske tilgang er der stort fokus på at få budskabet ud om, at der er stor forskel på målgrupperne og ikke altid direkte sammenhænge mellem tanker og handlinger.



Vi prøver at få budskabet ud om, at folk kan handle forskelligt, selvom de har interesse i børn. Selvfølgelig er der risiko, men folk kan komme i behandling og ændre adfærd. [...]

MEDARBEJDER, SAVE THE CHILDREN, FINLAND

I Sverige forklarer de, at der for nogle med pædofile tanker kan være komplekse psykologiske og sociale årsager som f.eks. omsorgssvigt, selv været misbrugt, intet netværk/social støtte, psykiatrisk diagnose, som er udslagsgivende for, at de har seksuelle tanker om børn. Det er vigtigt, at disse personer mødes med en åbenhed, så de kan få den rette hjælp i forhold til det som har været udslagsgivende.



Det er vigtigt at snakke med patienter på en fordomsfri og personlig måde og få afmystificeret problemet og få skabt en relation. Man kan komme til os med sine problemer uden at møde fordømmelse. De har ofte nogle andre problemer.

MEDARBEJDER, ANOVA

I såvel gruppen af krænkerer som ikke-udøvende pædofile er der personer, som er kede af eller ligefrem skammer sig over deres tanker og ønsker hjælp til at kunne kontrollere deres tanker og forebygge potentielle uhensigtsmæssige handlinger. I denne gruppe er der bl.a. personer, som måske selv har været misbrugt og som kan være bange for, at de også vil misbruge børn, fordi det er en af de samfundsmæssige fortællinger, der er om pædofile. Det erfarer i RedBarnet Finland, hvor de også behandler ofrene.



Af de seksuelle krænkerer er der både nogle som selv har været misbrugte, men også mange som ikke har været det. Det kan være noget af det mine patienter [som har været misbrugte] er meget bange for. At fordi de selv er blevet misbrugt, så vil de også kunne misbruge andre. Men det behøver slet ikke være tilfældet. Det er et stigma og misfortolket i samfundet. Det er ikke så sort-hvidt, nogle har været udsatte, men det er ikke altid.

MEDARBEJDER, SAVE THE CHILDREN, FINLAND

I Dunkelfeld projektet i Tyskland mener de, at det er vigtigt at adskille behandlingen af selvhenvendere, som ikke er i forbindelse med retsvæsenet, fra behandlingen af personer med en dom. Denne pointe bygger på argumentet om, at motivationen til behandling er forskellig mellem grupperne. Hvor selvhenvendere vil have en højere motivation, da de selv opsøger hjælpen, sammenlignet med personer som er dømt og som en del af dommen får et vilkår om behandling. Det opleves i Danmark, at gruppen af personer, som har handlet på tankerne og er blevet opdaget af politiet, men endnu ikke er blevet dømt opsøger behandling, hvorved en helt anden motivation ligger til grund.

SEKSUELLE KRÆNKERE UDEN SEKSUEL ORIENTERING MOD BØRN

En anden vigtig distinktion i forhold til målgruppen er, at en stor andel af de seksuelle krænkerere ikke er pædofile. RedBarnet i Danmark vurderer, at af de seksuelle krænkerere, der dømmes for overgreb mod børn er det kun op mod halvdelen som er pædofile. Dette svarer til erfaringer i bl.a. Tyskland og Finland. Samtidig er det også erfaringen på de retspsykiatriske behandlingssteder, at en stor andel af de dømte ikke lever op til pædofilidiagnosen og at deres handlinger, ofte hænger sammen med mange andre faktorer, som f.eks. misbrug, sociale problemstillinger og psykiatriske diagnoser.

AFSTIGMATISERING

Stigmatiseringen får betydning for, hvorvidt personer med seksuelle tanker om børn opsøger hjælp, da gruppen frygter fordømmelse. Behandlerne vurderer, at der er et stort behov for, at synet på mennesker med pædofile tanker nuanceres for den generelle befolkning, så det bliver tydeligt, at der forekommer stor variation i gruppen.

Udover den generelle stigmatisering i befolkningen er der blandt målgruppen også en høj grad af

selvstigmatisering bestående af negative tanker om en selv grundet ens seksualitet. Dette fører bl.a. til forringet livskvalitet hos disse mennesker.

Erfaringerne fra både Finland, Sverige og Tyskland viser, at det er vigtigt med tilbud til den differentierede målgruppe og information til den brede befolkning. I Finland har man erfaret, at det er vigtigt, at det er et uafhængigt medie/site med oplysning om målgruppen, således at det kan nå ud til hele befolkningen.

I Finland er der stort fokus på omtalen af problemet og de fravælger bevidst at bruge pædofil som betegnelse, men taler om mennesker med seksuel interesse i børn. Det finske online selvhjælpsprogram er udviklet som et samarbejde mellem både kriminalforsorgen, psykiatrien og Red Barnet. At der er de forskellige perspektiver inddraget i oplysningsarbejdet mener de i Red Barnet er essentielt, når man arbejder med denne problematik. Det bliver for entydigt, hvis man kun ser det fra enten barnets, offerets eller krænkerens perspektiv og det er derfor nødvendigt at have flere perspektiver og samarbejde på tværs af organisationer på området.

IKKE-FORDØMMENDE TILGANG TIL MÅLGRUPPEN

Flere steder i Danmark og i både Sverige og Finland lægges der stor vægt på at have en ikke-fordømmende tilgang til målgruppen. På tværs af de kvalitative data ses, at synet på målgruppen fra de sundhedsprofessionelle kan være påvirket af den stærke stigmatisering målgruppen møder i den generelle befolkning og bære præg af fordomme. Det er væsentligt, at målgruppen mødes med en ikke-fordømmende tilgang af både behandlere, men også de sociale myndigheder, som især gruppen af dømte står overfor i forbindelse med afslutning af deres afsoning.



Området er svært at tale om, hvilket ofte gør sig gældende i kommunerne, hvor patienterne sjældent mødes med en ikke-fordømmende tilgang, da stigmatiseringen bliver et stort problem og medarbejderne ofte er angst for at arbejde med området. Derudover kræver arbejdet med denne gruppe højt specialiserede kompetencer, som der ofte er mangel på i kommunerne.

I både Danmark, Tyskland og Sverige fokuseres der i behandlingen meget på, at få afdækket, hvordan personen fungerer både socialt og psykologisk f.eks. om der er andre psykologiske lidelser, som kræver opmærksomhed og/eller behandling. Denne grundige udredning gør behandlerne i stand til at forstå hvilke udfordringer patienten står overfor og hvorvidt patienten opfylder pædofilidiagnosen eller ej. I Sverige er der især fokus på, at patienten tilses af et tværfagligt team, hvor der både er en vurdering af patientens tilstand fra en psykiater og en psykolog og eventuelt også andre faggrupper afhængigt af behov. I Sverige har man fokus på, at området er forankret i psykiatrien med en specialiseret personalegruppe, som kender til hele feltet inkl. sexologi. Dette er vigtigt for at kunne opspore om der er andre psykiatriske og/eller misbrugslidelser, som skal behandles.

Tværfagligheden gør sig ligeledes gældende i forhold til behandlingen af børn og unge med seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd. Her italesættes det, at det ofte er højt belastede børn/unge og indsatserne skal derfor være individuelt tilpassede, hvilket kræver, at mange instanser arbejder sammen. Der opstår derfor en udfordring i at samarbejde på tværs af sektorerne. JanusCenteret påpeger, at manglende opkvalificering af medarbejdere især på specialskoler kan være skyld i den manglende anerkendelse af

målgruppen og det vil være relevant at klæde dem bedre på til at håndtere børn med seksuelt krænkende adfærd, da omkring en fjerdedel af overgrebene finder sted på specialskolerne.

4.1.2 MANGLENDE OPLYSNING OM RÅDGIVNINGS- OG BEHANDLINGSTILBUD

En anden problemstilling som italesættes i den danske kontekst er, at relativt få fra målgruppen kender til både Bryd Cirklen og de regionale behandlingstilbud og derfor ikke opsøger hjælpen. Bryd Cirklen har igennem en kampagne forsøgt at skabe opmærksomhed omkring tilbuddet, problemet var dog, at der ikke var afsat midler til kontinuerlig annoncering af tilbuddet. Dunkenfeld projektet i Tyskland har gode erfaringer med at skabe opmærksomhed omkring deres tilbud, hvor projektets opstart bestod af en massiv oplysningskampagne gennem mange forskellige offentlige medier. Kampagnen blev i høj grad afgørende for tilstrømningen til tilbuddet. På flere danske behandlingssteder nævnes det, at der vil være potentiale i at lave en lignende kampagne i forhold til Bryd Cirklen i Danmark. Dette vil kunne skabe mere opmærksomhed omkring Bryd Cirklen, målgruppen og de eksisterende tilbud i Danmark.



Vi ser stort potentiale i at lave en lignende oplysningskampagne i Danmark, hvor man oplyser i det offentlige rum f.eks. offentlig transport, toiletter eller andet. Denne kampagne vil hjælpe til at nå bredere ud, da vi oplever at mange slet ikke kender til behandlingstilbuddet og derfor ikke søger hjælp.

PSYKOTERAPEUTISK TEAM

4.1.3 ANONYMITET

Man kan opnå anonymitet på forskellige niveauer i behandlingsøjemed. Man kan få anonym rådgivning, anonym henvisning, skærmet journaloplysninger og anonym behandling.

ANONYM RÅDGIVNING

I Danmark kan man ved Bryd Cirklen ligesom i Sverige, Tyskland og England få anonym rådgivning i forhold til ens seksuelle tanker om børn. Erfaringer på tværs viser, at den anonyme rådgivning fungerer rigtig godt, idet man gennem rådgivning kan få aflivet nogle af borgerens fordomme, få oplyst om behandlingsmulighederne og på den måde få opsporet nye borgere til at indgå i behandling.

ANONYMITET I FORHOLD TIL HENVISNINGSPRAKSIS

I udgangspunktet skal en henvisning til behandlingstilbud gå igennem den praktiserende læge. I praksis omgås denne ordning en smule for selvhenvendere på behandlingsstederne. Der er eksempler på, at de faciliterer henvisningen fra praktiserende læge.

På alle behandlingssteder samt i Bryd cirklen vurderer de, at det ville være fordelagtigt, hvis henvisning til behandling ikke skulle foregå gennem praktiserende læge, men eksempelvis gennem Bryd Cirklen eller ved direkte henvendelse.

I Tyskland og Sverige findes der også anonym telefonisk rådgivning. Forskellen på dem og Bryd Cirklen er dog, at det er muligt direkte at blive henvist til behandling. Det betyder, at mennesker som har behov for behandling ikke skal igennem det 'almindelige' sundhedsvæsen, men udelukkende skal i kontakt med professionelle, som er specialiseret i målgruppens problemer og behov. Kortlægningen viser, at dette har stor betydning for tilstrømningen. Til sammenligning vurderes det at blot 20-30 pct. af henvendelserne til Bryd Cirklen kommer i behandling mens eksempelvis næste alle der henvender sig til det svenske Preventell kommer i behandling hos ANOVA.

Alle danske behandlingssteder, som beskæftiger sig med selvhenvendere, oplever den nuværende henvisningspraksis som en hæmsko for behandlingen og kan medføre, at en større del ikke søger hjælp. Dette skyldes blandt andet, at det er et meget følsomt område at tale med sin familielæge om.



Det store problem er at borgerne først skal gå til egen læge for at komme i behandling – det er et stort skridt bare at skulle ringe til telefonlinjen [BrydCirklen] og derfor helt urimeligt, at det kræver en henvisning for at komme i behandling.

MEDARBEJDER, SEXOLOGISK KLINIK

I forhold til den eksisterende henvisningspraksis kan man drage paralleller til henholdsvis HIV og alkoholmisbrugsområdet, hvor man har afvejet fra gældende praksis. I dag kan man blive HIV-testet anonymt uden henvisning fra praktiserende læge, ligesom det er muligt at få anonym rådgivning og behandling for sit alkohol- og stofmisbrug, hvis man ønsker det (jf. §141 stk. 7 i sundhedsloven). Dette foldes yderligere ud nedenfor under overskriften *Anonym behandling*.

JOURNALFØRING

Undersøgelsen viser også, at registreringspligten ved journalføring kan være en forhindring for, at borgere opsøger hjælp, idet oplysninger i patientjournal i udgangspunktet er tilgængelige for alle sundhedsprofessionelle. På Sexologisk klinik på Rigshospitalet er den del af patientjournalen som angår sexologisk behandling blevet afskærmet for det resterende journalsystem. Samme praksis eksisterer i Sverige. På de øvrige behandlingssteder sker dette ikke og det problematiseres af behandlerne, da journalførelsen kan være en stor bekymring for patienterne.



Det handler mere om, at patienterne kan få en tryghed om at deres oplysninger ikke bliver tilgængeligt for andre behandlere for hvem oplysningerne ikke er relevante. For nogen fylder det rigtig meget og de kan være meget bekymret for at fortælle noget som helst.

RETSPSYKIATRISK AMBULAROIUM PÅ AUH

Skærmning af oplysninger i patientjournalen er primært en teknisk udfordring, idet der ikke ligger nogle juridiske hensyn til grund herfor. Sundhedsprofessionelle i primærsektoren kan skærme oplysninger. Patienten kan også til enhver tid frabede sig, at oplysninger videresendes til den praktiserende læge, ligesom at patienten selv kan skærme nogle oplysninger på sundhed.dk.

I interviews med behandlingsstederne var der usikkerhed blandt behandlerne omkring reglerne på området og om journalerne måtte afskærmes. Således havde et sted ønsket denne mulighed og den var til afklaring i regionen, hvorvidt dette måtte ske samt kunne lade sig gøre.

I Region Hovedstaden har man for nyligt indført skærmede journaloplysninger. Dette er blandt andet blevet en mulighed i forbindelse med overgangen til Sundhedsplatformen, der teknisk gør dette muligt. Denne mulighed var ikke umiddelbart teknisk til rådighed i det tidligere journalsystem.

Således omhandler problematikken bl.a. eksisterende arbejdsgange, information til patienter om deres rettigheder og it-systemer. Der er ingen samlet tilgang til dette på de forskellige behandlingssteder.

ANONYM BEHANDLING

I Danmark er det ikke muligt at få anonym behandling fordi behandlingen i dag kræver registrering med CPR-nummer. Dette kan afskrække mulige patienter og afholde dem fra at søge hjælp. Derudover mener en række af behandlerne, at dette ikke er foreneligt med den skærpede underretningspligt idet der kan opstå konfliktende situationer.

Anonym behandling findes i Danmark indenfor alkohol- og stofmisbrugsbehandling har behandlerne tavshedspligt og må ikke videregive informationer om behandlingsforløb til andre uden for behandlingen, medmindre personen giver samtykke til det.²¹ Den eneste undtagelse til tavshedspligten er den udvidede underretningspligt, der som beskrevet i kapitel 2 trumfer dette. Ligeledes kan personer ikke være anonyme, hvis de ønsker medicin. I så fald skal lægen have personens CPR-nummer, da medicinen er receptpligtig. Medicinen bliver registreret i Fælles Medicin Kort (FMK), så praktiserende læge og evt. hospital kan se, hvad der er ordineret.

Dunkenfeld projektet i Tyskland er det eneste sted i verden, som tilbyder fuldstændig anonym behandling. Dette er bl.a. en mulighed fordi behandlerne ikke er underlagt samme underretningspligt som i en række andre lande, herunder Danmark. Behandlerne beskriver, at muligheden for fuldstændig anonymitet skaber en stærk fortrolighed mellem patienterne og behandlerne. De har erfaret, at anonymiteten specielt er afgørende ved den første kontakt, hvilket i høj grad hænger sammen med stigmatisering af målgruppen. Derudover mener de, at underretningspligten bliver en hæmsko for at arbejde med forebyggende tiltag, da den vil skræmme en større del af målgruppen væk, herunder de som har begået overgreb, men endnu ikke er blevet opdaget. Ifølge de danske behandlingssteder vil der opstå store etiske udfordringer, ved at overveje indførelsen af fuldstændigt anonyme behandlingstilbud i Danmark, da behandlerne vil ligge inde med oplysninger om seksuelle overgreb på børn, som de ikke har mulighed for at indberette til de sociale myndigheder.

²¹ <https://rusmiddelbehandling.kk.dk/indhold/anonym-alkoholbehandling>

Argumentet i Tyskland er, at underretningspligten ikke altid er den bedste måde at beskytte børnene på, da gruppen som har begået eller stadig begår overgreb, der ikke er blevet opdaget, ikke vil søge hjælp grundet de konsekvenser, der følger med underretningspligten. Der er dermed en stor gruppe af børn som udsættes for overgreb, der aldrig bliver opdaget eller anmeldt. De mener i Tyskland, at den anonyme behandling kan medvirke til at forhindre fortsatte overgreb på de pågældende børn som ellers ikke ville blive opdaget idet personen aldrig ville have henvendt sig, hvis ikke anonymiteten ikke var tilstede.

Undersøgelsen viser, at der kan eksistere et dilemma af etisk natur mellem fuld anonymitet og underretningspligten. Der er blandt de fagprofessionelle på området en modstand mod anonym behandling og en vis skepsis i forhold til, hvorledes det gribes an i Tyskland. Et centralt element i de anonyme tilbud i Tyskland er, at de ikke er omfattet af lovgivning om underretningspligt som er tilfældet i Danmark og de fleste andre europæiske lande. Det er dermed i Tyskland i forbindelse med de anonyme tilbud muligt at have fuld fortrolighed mellem borger og behandler. Der kan således i Dunkelfeld projektet opstå situationer, hvor en behandler bliver bekendt med misbrug af børn, men ikke indberetter det da det er omfattet af fortroligheden mellem borger og behandler. I de tilfælde søger behandlerne i stedet gennem behandlingen på bedst mulig vis at sikre, at overgrebene stopper og barnet ad den vej beskyttes. I Dunkelfeld projektet anerkender de, at der kan være et etisk dilemma. På den anden side er argumentet for deres fremgangsmåde, at disse borgere aldrig ville fortælle om disse overgreb eller i det hele taget møde op til behandling såfremt de ikke var sikret fuld anonymitet. Med andre ord er der tale om overgreb de ellers ikke ville have fået kendskab til og med kendskabet kan de gennem behandlingen medvirke til at forebygge at overgrebene fortsætter. Det er særligt dette etiske dilemma de danske behandlere ikke umiddelbart kan se i en dansk kontekst. Det er ligeledes ikke i Danmark muligt at indføre en model identisk med den tyske grundet den danske lovgivning omkring underretningspligten. Lovgivningen i Danmark er ikke en hindring for at tilbud kan være anonyme, men er derimod en hindring ift. fuld fortrolighed mellem borger og behandler da underretningspligten trumfer andre hensyn.

Som beskrevet oven for eksisterer der anonym rådgivning og behandling i Danmark på alkohol- og stofmisbrugsområdet. Novavi²² tilbyder anonym rådgivning og behandlingsforløb på alkohol- og stofmisbrugsområdet. Borgere der modtager tilbud kan vælge at være anonyme. De tildeles et id-nummer som anvendes ifm. den nødvendige dokumentation. Behandlerne er stadig underlagt underretningspligten – der som tidligere beskrevet trumfer hensynet til anonymitet – og dette orienteres borgeren om ved behandlingsstart. Såfremt en underretning bliver nødvendig, sker en sådan med udgangspunkt i de kendte oplysninger om borgeren som eksempelvis telefonnummer og/eller e-mailadresse. Behandlerne hos Novavi oplever generelt at måden, hvorpå anonymiteten håndteres fungerer godt. Borgeren er orienteret fra start om underretningspligt og anonymitet og samtidig vægtes hensynet til børn højest idet underretningspligten trumfer anonymiteten. Der er således ikke situationer, hvor behandlerne risikerer at sidde med viden om eksempelvis børn i mistrivsel eller vanrøgt som de af hensyn til borgerens anonymitet ikke må reagere på.

Udover mulige problematikker i forhold til underretningspligt i Danmark i forbindelse med anonym behandling, så kan et patientsikkerhedshensyn også blokere for at tilbyde anonym behandling. Det er særligt tilfældet, hvor der er tale om medicinsk behandling, der skal registreres enten ifm. med receptudskrivelse eller i det fælles medicinkort, hvis det gives direkte af behandlingsstederne.

For gruppen som har anvendt børnepornografisk materiale er der ikke samme udfordringer i forhold til at tilbyde en form for anonym behandling, idet underretningspligten ikke indebærer indberetning i forhold til anvendelse af pornografisk materiale, selvom det er strafbart. Dette skyldes, at det typisk ikke er muligt at identificere ofrene i børnepornografisk materiale og der er således ikke noget konkret at indberette.

Ifølge behandlerne i Tyskland oplever de, at op mod 80 pct. af deres patienter har anvendt børnepornografisk materiale. Dette gør sig også gældende i Danmark, hvor denne form for kriminalitet især er udbredt indenfor målgruppen.

²² Se novavi.dk

4.1.4 BØRN OG UNGE

Kortlægningen viser, at der er gode erfaringer med at forebygge bekymrende eller krænkende adfærd hos børn og unge, som kan være i risiko for bl.a. i deres voksenliv at få pædofile tanker. På centrene mener de, at man skal være varsom med at konkludere noget på sammenhæng mellem hvorvidt den bekymrende eller krænkende adfærd hos børn og unge på sigt kan udvikles til pædofile tanker og handlinger.

Generelt fungerer eksisterende praksis godt. Resultater fra JanusCenteret viser, at en stor del af børn og unge med seksuelt krænkende adfærd ikke begår overgreb igen. Risikoen for tilbagefald er knap 8 pct., hvilket JanusCenteret dokumenter gennem deres løbende vidensopsamling. Der findes ingen tilsvarende oplysninger på voksenområdet.

De tre behandlingstilbud i Danmark har et godt samarbejde med kommunerne, men undersøgelsen viser også, at ikke alle kommuner kender til deres tilbud.

OPLYSNING TIL BØRN OG UNGE

I forhold til børn og unge er oplysning afgørende, da det er vigtigt, at man allerede i teenagealderen kommer i behandling, hvis man har en seksuelt bekymrende adfærd. Det er i disse år seksualiteten udvikles og der er unge, som kan have brug for råd og vejledning til grænsesætning. Derfor er der behov for oplysning på skoler og fritidsinstitutioner. I en del af Bryd Cirklen er der også information til unge og henvisning til at kontakte JanusCenteret.

OVERGANG FRA BARN TIL VOKSEN

Evalueringen viser, at overgangen fra barn til voksen ikke er veldefineret og der er en risiko for, at unge kan falde mellem to stole. Hvis der er et barn som bliver 18 år og har en bekymrende eller krænkende adfærd, og som burde indgå i eller på sigt indgå i et behandlingsforløb, så er der lige nu ikke en praksis herfor. På nuværende tidspunkt kan behandlingssteder for børn og unge oplyse om voksenbehandlingstilbud, men henvisning hertil skal som sagt ske gennem praktiserende læge. Ligeledes kan henvendelser til Bryd Cirklen fra unge under 18 år anbefales at kontakte f.eks. Januscenteret. I så fald skal henvisning dog i udgangspunktet ske via en kommunal sagsbehandler.

4.1.5 VILKÅR OM BEHANDLING OG REHABILITERING EFTER DOM

For dømte pædofile gælder der særlig forhold omkring behandling.

MOTIVATIONSFORHOLD

I de behandlingstilbud, der findes i Danmark i dag er der stor forskel på dels hvorfor personerne er i behandling og deres motivation for det og dels hvordan behandlingen foregår. For behandlingssteder, hvor personer selv henvender sig er personer motiverede til behandling, for at få kontrol over deres tanker og forebygge overgreb eller krænkelse.

Motivationsforholdet for gruppen af dømte adskiller sig fra selvhenvendende, da gruppen af dømte ofte har fået en dom med vilkår om behandling. For at disse personer kan indgå i behandling kræver det, at de er motiverede til dette i form af erkendelse af, at de har begået et overgreb eller anvendt børnepornografisk materiale og gerne vil have behandling for dette. En stor del af behandlingen er i dag fokuseret omkring motivationsterapi og således giver det ikke mening såfremt modtageren af tilbuddet ikke er motiveret.

Deltagelse i behandling vil ofte medføre mulighed for tidligere prøveløsladelse, hvilket i sig selv skaber en motivation ligesom behandlingssteder også oplever nogle patienter har en strategisk tilgang til forløbet med henblik på at opnå hurtigere prøveløsladelse. Udover motivationen kræves også, at der skal eksistere et ønske om forandring. Denne gruppe deltager ikke frivilligt og deres fremmøde bliver noteret og oplyst til kriminalforsorgen. Det kan have konsekvenser, hvis de ikke deltager f.eks. ved, at de ikke kan blive prøveløsladt. I dag behandler man ikke dømte, som ikke erkender eller benægter, at de har begået et overgreb eller anvendt børnepornografisk materiale. Behandlingsstederne oplever det som problematisk, idet der er stor risiko for at der begås nye overgreb. På Herstedvester Fængsels åbne afdeling, Holsbjergvej, er der et motivationsgrupperløb, hvor alle indsatte i det åbne fængsel som er dømt for sædelighedskriminalitet skal deltage. Der arbejdes med at skabe motivation for at indgå i behandling, især med fokus på benægterne, men ligeledes for at vedholde personer i behandling. Hvis det ikke lykkes at skabe motivation til at indgå i behandling for benægtere, vil personen afsone den fulde straf uden behandling og ikke have mulighed for prøveløsladelse.

Som beskrevet tidligere er det kun omkring halvdelen af de dømte for overgreb mod børn, der er pædofile. I forhold til denne gruppe er det sværere at motivere til forebyggelige tiltag ift. at begå overgreb igen, da de i udgangspunktet ikke har seksuelle præferencer for børn og derfor ikke kan motiveres til behandling. Behandlere ved Dunkelfeld projektet forklarede det sådan:



[...] Der er også en gruppe som ikke har en seksuel orientering mod børn, som udnytter børn og denne gruppe vil aldrig kunne nås gennem forebyggende tiltag, da de ikke har præferencerne [for børn].

MEDARBEJDER, DUNKELFELD PROJEKTET

REHABILITERING EFTER DOM

I Danmark er der ikke formaliseret rehabilitering for personer der har modtaget dom, men dette afhænger af den enkelte sag. I nogle tilfælde er der et godt samarbejde mellem den kommunale myndighed og kriminalforsorgen, men det er ikke tilfældet for alle.

Der eksisterer en rehabiliterende funktion i kriminalforsorgen, Kriminalforsorgen i Frihed (KIF), som er for personer der er på vilkår. I forbindelse med prøveløsladelse kan de dømte få tildelt en

række forskellige vilkår som f.eks. fortsat at indgå i behandling, at få tildelt en mentor etc. KIF fører tilsyn med dem som prøveløslades og den dømte får tilknyttet en kontaktperson, som ofte vil være en socialrådgiver, der er behjælpelig med at finde passende bolig, job og yde uddannelsesvejledning. Efter endelig løsladelse ophører KIFs forpligtelser overfor den dømte, hvorefter kommunerne overtager forpligtelserne. Ifølge Herstedvester Fængsel kan der være udfordringer i forbindelse med overgangen, da de løsladte kan komme til at stå meget på egne ben.



Jo bedre støtte i forbindelse med løsladelse og efterfølgende, jo større er sandsynligheden for at undgå ny kriminalitet – det gør sig også gældende for sædelighedskriminelle.

HERSTEDVESTER FÆNGSEL

I Herstedvester Fængsel har man erfaret, at den frivillige mentorordning, Primus Motor, tilbudt af Røde Kors²³ og den kommunale mentorordning gennem jobcenteret har kunnet bidrage til en bedre overgang fra fængsel til samfundet for sædelighedskriminelle. Primus Motor skæler ikke til den løsladtes dom eller kriminalitet og deres arbejde går på at støtte den løsladte i hverdagen. Ordningerne bliver dog anvendt i et mere begrænset omfang, hvilket ligeledes taler for, at der er et behov for at styrke overgangen

fra kriminalforsorgen til samfundet yderligere. Internationalt er der udbredt erfaring med brugen af både frivillige og en koordinatorfunktion som støttende organ i forbindelse med løsladelse gennem Circles UK og CoSA Canada. Det som særligt har en god effekt er, at der dannes et netværk omkring den tidligere dømte, hvis formål er at støtte den tidligere dømte i forskellige henseende. I Circles UK dannes der udover det frivillige netværk også et professionelt netværk af MAPPA²⁴, der kender

²³ Primus Motor, Røde Kors: <https://www.rodekors.dk/bliv-frivillig/primus-motor>

²⁴ Bestående af professionelle fra politiet, retsvæsenet og kriminalforsorgen.

til borgerens risikovurdering. Deres opgave er at sikre opsyn af borgerne, at vilkår overholdes og borgeren evt. får ekstra støtte fra systemet. Imellem de to netværk er der en koordinator, som formidler information omkring borgerne. Undersøgelsen viser, at de to netværk har en positiv effekt på borgerne, som føler sig mere trygge i forhold til at komme tilbage til lokalsamfundet. Derudover har det også en positiv effekt i lokalsamfundet og for de frivillige, som indgår i netværket, idet de i lokalsamfundet kan føle sig mere trygge. Endelig letter det frivillige netværk og koordinatoren også noget af arbejdet for det professionelle netværk, idet de dels har en meget bedre idé om, hvordan borgeren fungerer i samfundet, ligesom de kan være gode til at identificere potentielle problemer hos borgerne.

Indenfor retspsykiatrien fremhæver flere, at det ville være en fordel at dem, som har afsonet deres dom og gennemført behandling, kan fortsætte behandlingen på frivillig basis efterfølgende, så gentagende kriminalitet evt. forebygges. Som det er i dag er det ikke alle de retspsykiatriske tilbud, som tilbyder dette. Det er kun i Middelfart, der er denne mulighed p.t. og det er kun meget få som vælger det, men behandlere har gode erfaringer med de få der gør det.

4.1.6 VIDENDELING OG FORSKNING

Evalueringen viser, at der er begrænset forskning på området, hvilket betyder, at effekterne af behandlingstilbuddene er begrænsede. Manglen på forskning skyldes særligt, at det er meget vanskeligt at få finansiering til effektstudier eller forebyggende foranstaltninger. Det opleves generelt, at der er en stor modvilje ift. at blive associeret med målgruppen, hvorfor det er yderst vanskeligt gennem eksempelvis forskellige fonde at få ressourcer til forskning på området. Samtidig er det en selektiv gruppe, der modtager behandling, som selv har henvendt sig. Der findes dermed væsentlige mørketal på området, der ligeledes kan have betydning for, hvor let det er at forske på området.

JanusCentret har siden 2003 haft en videnscenterfunktion, der baserer sig på indsamling af omfattende data fra udrednings- og behandlingssager for børn og unge med seksuel bekymrende adfærd på tværs af behandlingsstederne i landet. Centret har fået til

opgave at indsamle data på tværs af behandlingsskederne til en landsdækkende årlig dokumentation og vidensopsamling på området. Videnscenteret er forankret i JanusCentret og får årligt 1. mio. kr. på finansloven til videnscenterfunktionen.

På voksenområdet efterspørger behandlere ressourcer til forskning og oprettelse af et videnscenter på området, hvor man kan dele erfaringer. En evaluering af behandlingsordningen, som følge af den oprettelse i 1997, viser at behandlingsordningen som helhed mindsker risikoen for recidiv til generel kriminalitet. Der er dog ikke påvist nogen effekt angående recidiv til seksualkriminalitet specifikt.²⁵

Manglen på forskning angående effekt gør sig ligeledes gældende internationalt, hvor der kun i meget begrænset omfang er foretaget undersøgelser. Noget af den forskning, der eksisterer har bl.a. undersøgt dømtes effekt af behandling målt på tilbagefald efter afsoning i Canada²⁶ og derudover har Circles UK igangværende undersøgelser af, hvorvidt en rehabiliterende indsats kan påvirke en række forskellige faktorer, der kan være med til, at påvirke recidiv. Red Barnet har ultimo 2018 modtaget en bevilling til en erhvervs ph.d. på området.

I forhold til forskning af behandlingstilbud til selvhenvendere er der i Sverige i forbindelse med Preventell/ANOVA blevet tilkøbt et stort forskningsprojekt, som har til formål at undersøge effekten af deres behandling både i forhold til medicinsk og psykologisk behandling.²⁷ I Tyskland er der i forbindelse med Dunkelfeld projektet lavet et effektstudie af projektet baseret på selvrapporterede oplysninger angående faktorer relevante for tilbagefald, hvor der påvises en positiv effekt f.eks. i forhold til øget seksuel selvregulering.²⁸ Derudover har The Safer Living Foundation i England en igangværende undersøgelse af et forebyggende tiltag til målgruppen i samarbejde med hjælpelinjen, Stop It Now.²⁹

²⁵ Kriminalforsorgen (2004) Slutrapport. Forsøgsordning vedrørende en forstærket behandlingsindsats over for personer, der er dømt for seksualforbrydelser

²⁶ Olver et. al. (2009) Outcome Evaluation of a High-Intensity Inpatient Sex Offender Treatment Program. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3). 522-536

²⁷ <http://www.anova.se/itpsykiatri.htm>

²⁸ Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The journal of sexual medicine*, 12(2), 529-542.

²⁹ <http://saferlivingfoundation.org/prevention/>

5 MULIGE INDSAT SOMRÅDER

I kortlægningen af nationale og internationale indsatser og den efterfølgende analyse blev identificeret en række områder, hvor der er mulighed for at forbedre indsatsen i Danmark.

Nogle af de væsentligste resultater fra forrige kapitel var, at der mangler oplysning på området – såvel ift. afstigmatisering af målgruppen som omkring tilbud til målgruppen. Desuden hæmmes adgangen til tilbud af forskellige faktorer lige og der mangler generelt viden om området.

I forhold til de identificerede målgrupper er organiseringen i Danmark primært bygget op omkring tilbud til seksuelle krænkeres tilbud til ikke-udøvende pædofile³⁰ er flettet ind i den nationale behandlingsordning. Derudover er indsatser målrettet voksne forankret i det regionale sundhedsvæsen, mens indsatser til børn- og unge er forankret i socialforvaltningerne i kommunalt regi uden et veldefineret samarbejde omkring overgangen når de unge bliver voksne.

Det er generelt COWIs vurdering, at det væsentligste potentiale eksisterer ift. at få flere i målgruppen til at anvende eksisterende tilbud. Baseret på international litteratur og interviews med fageksperter eksisterer der et stort mørketal af mennesker med pædofile tanker, der aldrig kommer i behandling grundet en række barrierer som belyst i foregående kapitler.

COWI ser et potentiale i udviklingen af en samlet indsats, der kan styrke området. Baseret på analyserne kan formålet med en sådan være *en forbedret indsats til mennesker med pædofile tanker gennem øget oplysning, øget adgang til bedre tilbud samt mere viden om feltet.*

Dette kan ske gennem en pakke af indsatser under hovedoverskrifterne:

- › Øget oplysning
- › Bedre betingelser for tilbud og adgang til tilbud
- › Øget viden og videndeling

Disse tre områder præsenteres i de følgende afsnit, hvor der ligeledes gives eksempler på konkrete tiltag, der kan iværksættes.

5.1 ØGET OPLYSNING

COWI finder behovet for øget oplysning evident. Der er her tale om oplysning målrettet tre hovedinteressenter: Mennesker med pædofile tanker; befolkningen bredt; samt social- og sundhedsprofessionelle. Formålet med oplysningen er primært afstigmatisering af og øget kendskab til målgruppen samt oplysning om mulighederne for tilbud til mennesker med pædofile tanker. Dette er foldet yderligere ud neden for under overskrifterne *afstigmatisering* og *oplysning om tilbud*.

AFSTIGMATISERING

Stigmatiseringen af mennesker med pædofile tanker medvirker til en forringelse af målgruppens livskvalitet og selvopfattelse samt hæmmer dem i at opsøge hjælp da de ofte mødes af fordømmelse. Herudover medvirker stigmatiseringen til manglende anerkendelse i de bredere grupper af social- og sundhedsprofessionelle.

³⁰ Se figur 1 i kapitel 2 omkring målgruppeafgrænsningen

En afstigmatisering og ikke fordømmende tilgang til mennesker med pædofile tanker ville kunne forbedre deres livskvalitet samt lyst og vilje til at opsøge hjælp, hvormed krænkelse af børn kan forebygges.

OPLYSNING OM TILBUD

En væsentlig hæmsko for at komme i behandling er kendskabet til mulighederne. Oplysningskampagner om eksisterende tilbud kan med fordel styrke antallet af henvendelser til eksempelvis BrydCirklen.

Området kan ligeledes styrkes yderligere med en udvidelse af online information. Her kan med fordel skeles til Finland og Tyskland, hvor en række af oplysningerne, herunder også de eksisterende online tests, nemt kan oversættes og implementeres i en dansk kontekst.

På børne- og ungeområdet er der udfordringer ift., at ikke alle kommuner kender til tilbuddene hos JanusCenteret, Juno og SEBA, hvorfor en oplysningsindsats her ligeledes er relevant.

INSPIRATIONSBOKS: EKSEMPLER PÅ MULIGE OPLYSNINGSINDSATSER

- › *Offentlig kampagne ift. afstigmatisering* baseret på personlige historier, der er med til at menneskeliggøre mennesker med pædofile tanker.
- › Udvidelse af eksisterende oplysning på området – eksempelvis Bryd Cirklen. Her kan eksempelvis skeles til oplysningsarbejdet i Finland og Tyskland, hvor der bl.a. er yderligere oplysninger om området samt selv-test værktøjer.
- › Brug af tekniske løsninger der guider brugere til oplysning. En øget anvendelse af 'triggers' på søgeord på internettet / det mørke internet, der kan guide til oplysende hjemmesider som eksempelvis BrydCirklen.dk.
- › Integration af temaet i seksualundervisningen, hvor der tales bredt om seksualitet. Kan bl.a. medvirke til at give unge rådgivning ift. hvor man kan opsøge hjælp.
- › Seminarer og oplysning til andre social- og sundhedsprofessionelle og eventuelt udvidet til at inddrage lærere, pædagoger, socialrådgivere og behandlere i psykiatrien.
- › Erfaringer fra andre landes oplysningsindsatser kan med fordel inddrages. Eksempelvis fra ANOVA, Finland og Tyskland. Erfaringer fra Tyskland har bl.a. vist at bredde oplysning i det offentlige rum er særligt effektivt gennem oplysningsmateriale formidlet i busser og anden offentlig transport.

5.2 BEDRE BETINGELSER OG ADGANG TIL TILBUD

Udover et behov for øget oplysning viser kortlægningen og analysen, at der er et behov for bedre adgang til tilbud samt forbedring af nogle af tilbuddene.

Analysen peger særligt på fire hovedområder der helt eller delvist kan indgå i en samlet indsats. Disse er:

- › Udvidelse af BrydCirklen
- › Ændring af praksis for henvisning og journalføring og mulighed for anonymitet
- › Opdatering af behandlingsordningen / tilbud
- › Rehabilitering og behandling efter dom

UDVIDELSE AF BRYD CIRKLEN

En udvidelse af Bryd Cirklen som også eksempelvis er i ovenstående inspirationsboks.

Udvidelsen kunne med fordel både være i form af øget oplysning på hjemmesiden eksempelvis med mulighed for selvtests mv.

Det kan også være relevant at udvide den klassiske telefon-hotline til også at omfatte mere tidssvarende kommunikationskanaler som eksempelvis chatfora og sociale medier.

I tilfælde af den samlede indsats på området fører til en stigning i antallet af henvendelser kan 'åbningstiden' ligeledes udvides. I kombination med en øget oplysningsindsats som beskrevet oven for må det forventes, at Bryd Cirklen får flere henvendelser.



**ÆNDRING AF PRAKSIS FOR
HENVISNING OG JOURNALFØRING
OG MULIGHED FOR ANONYMITET**
Kortlægningen og analyserne viser, at den eksisterende praksis for henvisning af selvhenvendere samt journalføring i sundhedsvæsenet er hæmmende ift. antallet af henvendelser.

Det er COWIs vurdering, at en ændret praksis, hvor henvisning fra praktiserende læge ikke er nødvendig for at kunne indgå i og modtage tilbud på området, vil fjerne en barriere for målgruppen af selvhenvendere og dermed øge adgangen.

Disse muligheder eksisterer allerede på andre områder som eksempelvis ifm. HIV test samt på misbrugsområdet eksempelvis behandling for alkoholmisbrug, hvor henvisning ikke er nødvendig.

En afskærmning af journaloplysninger fra andre dele af sundhedsvæsenet, for hvem disse oplysninger ikke er relevante, vurderes ligeledes at have en lignende effekt. Dette vil gøre modtagerne af tilbuddene mere trygge og dermed fjerne yderligere en barriere for at opsøge hjælp.

Der er ingen sundhedsjuridiske barrierer ift. at ændre henvisningspraksis samt skærme journaloplysninger. Dette er ligeledes indsatser der har vist sig at fungere godt i udlandet.

Ligeledes kan overgangen fra barn til voksen styrkes. På nuværende tidspunkt er der ikke arbejdsgange, som sikrer at unge når de fylder 18 år bliver henvist til behandling på et behandlingssted som eksempelvis sexologisk klinik på Rigshospitalet. Ved at ændre på henvisningskravet vil der være mulighed for at de unge ifm. overgangen til voksne kan henvises direkte fra børne- og ungetilbuddet til voksentilbuddet.

Mulighederne for anonym behandling eksisterer og kan juridisk implementeres uden at udfordre underretningspligten som eksempler fra alkohol- og misbrugsområdet viser. Området er kontroversielt og fuldstændig anonyme tilbud eksisterer i dag kun i Tyskland. De danske professionelle på området ønsker generelt ikke fuldstændig anonym behandling da dette bl.a. kan betyde, at behandlere kan ende i situationer med viden om misbrug af børn som de ikke kan handle på gennem indberetning. Det er COWIs vurdering, at det tyske anonyme tilbud har formået at

nå en langt større del af målgruppen end nogen andre tilbud, hvorfor det med fordel er noget der kan undersøges nærmere i Danmark. Den måde, hvorpå den anonyme rådgivning og behandling på alkohol- og stofmisbrugsområdet er tilrettelagt kan inspirere til en tilsvarende ordning på området for mennesker med seksuelle tanker om børn. En sådan ordning ville betyde, at der indledningsvist er mulighed for at være anonym, men at dette ophører, hvis den skærpede underretningspligt kommer i spil eller hvis medicinsk behandling begyndes.

OPDATERING AF

BEHANDLINGSORDNINGEN / TILBUD

Den nationale behandlingsordning har ikke været gennem en revision siden den blev etableret. Ordningen har fokus på overgreb og omfatter således eksempelvis ikke brugere af børnepornografisk materiale. Ordningen er forankret under Justitsministeriet i Direktoratet for Kriminalforsorgen.

Der er et behov for en opdatering af ordningen så den bliver mere tidssvarende og bl.a. tager hensyn til de nye muligheder som er kommet med internettet, herunder brug af børnepornografisk materiale og dermed også inklusion af dette i ordningen.

Med baggrund i de gennemførte analyser er det COWIs generelle vurdering, at de eksisterende tilbud på såvel børne- og ungeområdet som voksenområdet er velfungerende. Det kan dog være relevant ifm. en opdatering af behandlingsordningen at genbeskrive tilbud til den øvrige målgruppe og medtage tværgående læringslementer. Et eksempel kunne være at inddrage erfaringer fra børne- og ungeområdet med inddragelse netværk i behandling af voksne.

REHABILITERING OG BEHANDLING EFTER DOM

I dag kan man kun indgå i behandling, hvis man er motiveret for det. De som ikke er motiveret og som nægter at have begået overgreb/krænket får i dag ingen behandling. Der kan være et potentiale i at undersøge muligheder for tilbud til nægttere for bl.a. at sikre, at de ikke begår overgreb igen. Her kan nægttere være dem, der nægter at have begået overgreb såvel som dem der anerkender handlingen, men ikke anerkender at der er tale om et overgreb.

Undersøgelsen viser, at overgangen for borgere som har afsonet fra fængsel til lokalsamfund kan være svær og de tidligere dømte kan være bange for at begå overgreb igen. Samarbejdet mellem kommune og kriminalforsorg kan med fordel styrkes. Herunder at kommunerne bliver klædt bedre på i forhold til at beskæftige sig med denne gruppe af borgere. Ligeledes kan det med fordel overvejes at give yderligere muligheder for at dem, som har afsonet deres dom og gennemført behandling, kan fortsætte behandlingen på frivillig basis efterfølgende, så gentagende kriminalitet evt. forebygges.

Der er internationalt gode erfaringer med at etablere et netværk omkring den tidligere dømte, som både kan støtte personen i ikke at begå overgreb igen og hjælpe med mere praktiske ting. Inspiration fra disse som eksempelvis Circles UK kan indtænkes i en dansk kontekst. Ligeledes kan de erfaringer man allerede har med Røde Kors' Primus Motor ordning med fordel udfoldes bredere.

Det er generelt vurderingen blandt de professionelle på området, at dette område er mindre vigtigt ift. de øvrige indsatser præsenteret i dette kapitel i tilfælde af prioritering bliver nødvendig. Det er vurderingen fra de professionelle, at man allerede i dag er relativt langt på dette område.

MULIGE INDSATSER DER GIVER BEDRE BETINGELSER OG ADGANG TIL TILBUD

- › **En portal** som samlet indgang med oplysning og rådgivning om muligheder og tilbud på området. Dette kan ske gennem en udvidelse af den eksisterende BrydCirklen.dk
- › **Ændrede rammer** der sikrer øget rekruttering blandt borgere med behov for hjælp. Dette kan ske gennem præciserede anbefalinger eller krav fra Sundhedsstyrelsen om:
 - › Afskaffelse af hidtidig henvisningspraksis gennem praktiserende læge
 - › Indførelse af skærmede journaler på området
 - › Mulighed for anonymitet efter samme model som i alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen
- › **Revision af den nationale behandlingsordning.** Ordningen er ikke revideret siden indførelsen i 1997. En opdatering af denne vil gøre den tidssvarende og bl.a. tage højde for den stigende anvendelse af børneporno som er kommet i takt med internettets udbredelse.

5.3 ØGET VIDEN OG VIDENDELING

Inden for området af mennesker med seksuelle tanker og fantasier om børn er der i dag begrænset viden og forskning. Der efterlyses bl.a. mere konkret effektstudier af behandlingsindsatser, men der mangler også viden om området i professionelle behandlerkredse.

Der har siden 2003 eksisteret en videnscenterfunktion for børn og unge forankret i JanusCenteret. Her indsamles data på området til landsdækkende dokumentation og vidensopsamling.

Der er på voksenområdet netværk, der deler viden og erfaring, men der eksisterer ikke et lignende center. Der er bred enighed blandt de fagprofessionelle om, at der er et behov for et sådant center.

Det er COWIs vurdering, at en etablering af et videnscenter på området kan medvirke til at styrke og dokumentere indsatsen ligesom det kan vidensdele til øvrige behandlere og interessenter, herunder bl.a. privatpraktiserende psykologer, der kommer i kontakt med mennesker med pædofile tanker.

Etableringen af et sådant center kan med fordel forankret i det allerede eksisterende videnscenter på børne- og ungeområdet.

MULIGE INDSATSER DER SKABER ØGET VIDEN OG VIDENDELING

- › **Et fælles videnscenter på området.** Et videnscenter kan med fordel tage udgangspunkt i det allerede eksisterende videnscenter på børne- og ungeområdet. Med yderligere midler kan voksenområdet integreres heri.

5.4 IVÆRKSÆTTELSE OG FORANKRING AF INDSATSER

Området for tilbud til mennesker med pædofile tanker dækker over såvel regionale som kommunale indsatser ligesom det på centralt niveau involverer både Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet og Justitsministeriet.

I forhold til iværksættelse af en samlet indsats på området involverer det således en række aktører for at nå hele vejen rundt. Selvom dette umiddelbart kan komplicere tilrettelæggelsen af en samlet indsats, der dækker bredt, er der allerede på sundhedsområdet en høj grad af samarbejde mellem både regioner og kommuner samt sundheds- og socialområdet.

Det er COWIs vurdering at det er centralt for en forbedret indsats på området, at denne iværksættes i form af anbefalinger og initiativer fra de centrale myndigheder på området.

I de ovenstående afsnit er foreslået en række initiativer, der kan medvirke til at styrke indsatsen over for mennesker med pædofile tanker. Disse initiativer er samlet i nedenstående oversigt med nærmere angivelse af forslag til deres forankring.

INDSATS	FORANKRING	YDERLIGERE INVOLVEREDE	IVÆRKSÆTTELSE AF INDSATSEN
Øget oplysning	Sundhedsstyrelsen	Regioner, kommuner og interesseorganisationer	Iværksættelse af oplysningsinitiativer og eventuelt en national kampagne.
Udvidelse af BrydCirklen.dk	Sundhedsstyrelsen	Behandlingsnetværket (Sexologisk Klinik RH), JANUSCentret og Red Barnet	<p>Gennem tilførelse af yderligere ressourcer kan det etablerede netværk omkring BrydCirklen.dk udvide ordningen, herunder særligt informationer og muligheder via den eksisterende hjemmeside.</p> <p>En udvidelse kan indeholde opdaterede oplysninger om muligheder for og adgang til indsatser, oplysningskampagner samt selvhjælpsværktøjer. Inspiration til indhold kan med fordel hentes fra eksempelvis Finland og Tyskland.</p>
Ændrede rammer ift. henvisning, journalføring og anonymitet	Sundhedsstyrelsen	Behandlingsnetværket	<p>Sundhedsstyrelsen udmelder nye retningslinjer ifm. henvisning og behandling af mennesker med pædofile tanker. Dette kan eksempelvis gradueres således, at retningslinjer omkring henvisning og journalføring implementeres først.</p> <p>Anonym behandling og rådgivning kan starte som en forsøgsordning tilrettelagt på samme måde som alkohol- og misbrugsbehandlingen og hvis succesfuldt gøres permanent.</p> <p>Udarbejdelse af retningslinjer kan med fordel ske i en dialog med behandlingsstederne og Red Barnet.</p>

Revision af den nationale behandlingsordning	Kriminalforsorgen	Behandlingsnetværket	På foranledning fra Kriminalforsorgen kan netværket i behandlingsordningen komme med forslag til en revision af ordningen, der bl.a. ser på inklusions- og eksklusionskriterier for denne. Dette med henblik på at gøre ordningen mere tidssvarende og inkludere brugere af børneporno.
Etablering af fælles videnscenter	Sundhedsstyrelsen	Behandlingsnetværket, JANUSCenteret og Red Barnet	<p>På opdrag for Sundhedsstyrelsen med dertil hørende finansiering kan det eksisterende Videnscenter på børne- og ungeområdet udvides til også at omfatte voksenområdet.</p> <p>Det allerede eksisterende netværk bestående af tilbud til voksne og børn- og unge samt Red Barnet kan i samarbejde medvirke til at definere det nye udvidede videnscenter.</p>

BILAG A



BILAG A

METODE OG DATA

I indeværende bilag præsenteres den anvendte metode samt datagrundlaget for undersøgelsen.

METODE

Undersøgelsen af tilbud og behandlingsmuligheder til mennesker med pædofile tanker er blevet gennemført som en kvalitativ undersøgelse for at belyse hvilke tilbud der eksisterer i Danmark og hvilke erfaringer behandlerne og eksperterne har med målgruppen. Derudover er relevante internationale erfaringer og behandlingssteder inddraget til brug som inspiration til det videre arbejde på området.

DATAINDSAMLING

Dataindsamlingen har bestået af desk research, semistrukturerede interviews og casebesøg. Desk researchen indebar søgning på hjemmesider internationalt og nationalt for regionerne, kommunerne og sundhedsmyndigheder mv., herunder for behandlingssteder for at finde information og behandlingstilbud. Der er blevet gennemført casebesøg og interviews med både nationale og internationale behandlingssteder og eksperter samt relevante organisationer. På behandlingsstederne har både ledere og behandlere indgået i interviews. I Tabel 3 præsenteres en oversigt over henholdsvis behandlingssteder, eksperter og organisationer.

TABEL 3: Oversigt over informanter

TYPE	STED	INFORMANTER
Organisationer	Red Barnet	Kuno Sørensen, Mikkel Rask Pedersen og Per Frederiksen
	Save The Children Finland	Nina Vaaranen-Valkonen
Borgere	Virtuos Pedophiles	Anonym talsperson
Nationale behandlingssteder	Sexologisk klinik på Rigshospitalet	Ellids Kristensen og Susanne Bengtson Pedersen
	Retspsykiatrisk Ambulatorium på AUH	Dorte Olesen Hecksher og Helle Thorøe
	Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart	Mette Brinck-Jensen og Kristine Søndergaard
	Psykoterapeutisk team på OUH	Torben Bæk Klein og Lone Juul Rasmussen
	Herstedvesterfængsel	Hanne Høegh Rasmussen, Marianne Gunneskov og Nancy Bornemann
	JanusCenteret	Mimi Strange og Amalie Strange
	Projekt Juno (Rådgivningscenteret)	Marianne Boesgaard og Anne-Munch Hansen*
	SEBA	Gitte Møland Mortensen
Internationale behandlingssteder	The Dunkelfel Project, Institute of Sexology and Sexual Medicine, Charité Universitätsmedizin Berlin	Hannes Gieseler, Clara Stockman og Klaus Michael Beier
	Circles of Support and Accountability (CoSA Canada)	David Byrne
	CoSA UK	Leah Warwick
	PrevenTell/ANOVA – Andrologi, Sexualmedicin, Transmedicin	Christoffer Rahm
Ekspertes	Aarhus Universitet	Karen Munk
	Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (MISO)	Thomas Hammerbrink
	Charité Universitätsmedizin Berlin, Tyskland	Klaus Michael Beier



ADRESSE COWI A/S
Parallevej 2
DK-2800
Kongens Lyngby
Danmark
TLF 56 40 00 00
FAX 56 40 99 99
E-MAIL cowi@cowi.dk
WWW cowi.dk