

KONSEPTUTREDNING FOR ET LAVTERSKELE OG HELHETLIG BEHANDLINGSTILBUD FOR PERSONER SOM STÅR I FARE FOR Å BEGÅ SEKSUELLE OVERGREP MOT BARN

Saksnummer i 360:	Versjonsnummer:	
Godkjent dato:	Godkjent av Prosjekteier: Torunn Janbu	Utarbeidet av: Trine Pettersen Martin Sjøly Vedlegg 8.1 Utarbeidet av: Hanne Skui

Innholdsfortegnelse

1.	Bakgrunn	3
1.1.	Helsedirektoratets anbefaler	3
1.2.	Hovedfokus for utredningen	4
2.	Behov og mål	5
2.1.	Problembeskrivelse	5
2.2.	Overordnede mål	5
2.3.	Effektmål	6
2.4.	Nullalternativet	6
3.	Målgruppe for tiltaket	6
3.1.	Målgrupper for tiltaket	6
4.	Modellbeskrivelser	9
4.1.	Målbilde	10
4.2.	Funksjonelt målbilde	10
4.3.	Kriterier for å vurdere modellene	13
4.4.	Modellene	14
4.5.	Helsedirektoratets anbefaling av konsept	25
5.	Kost/nytte	26
5.1.	Samfunnsøkonomisk vurdering	26
6.	erfaring fra andre land og tjenester	27
6.1.	Andre land	27
6.2.	Erfaringer fra andre tjenester i Norge	28
7.	Gjennomføring av arbeidet	29
7.1.	Definisjoner og begreper	30
8.	Plan og gjennomføring	31
	Vedlegg 1: Helserettslige rammebetingelser	31
	Vedlegg 2: Erfaring fra andre land	31
9.	Referanser:	31

1. BAKGRUNN

Helsedirektoratet viser til Prop. 85 S (2017-2018), der det bevilges penger for å sette i gang arbeid med opprettelse av en hjelpelinje for å forebygge overgrep mot barn. Oppdraget springer ut av Redd Barnas rapport «*Hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn*». Utredningen peker på behovet for å belyse ulike modeller for lavterskelløsning/hjelpelinje for personer som har seksuelle følelser for barn.

I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2019 ble oppdraget ytterligere presisert. Helsedirektoratet skal i tillegg til en hjelpetjeneste, utrede helhetlig behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn.

1.1. Helsedirektoratets anbefaler

Nedenfor er direktoratets anbefalinger oppsummert. Begrunnelser og mer fyldig informasjon dokumenteres i rapporten.

Helsedirektoratets hovedanbefaling for primærmålgruppen i et lavterskeltilbud og helhetlig behandlingstilbud, er kvinner og menn som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn og unge, og som har en form for selvidentifisert risiko, som gjør at de er hjelpesøkende. **Det anbefales en bred og diagnoseuavhengig primærmålgruppe.** En slik tilnærming vil øke sannsynligheten for god primærforebyggende effekt. I første omgang bør primærmålgruppen omfatte personer i alderen 16 år eller eldre.

I tillegg anbefales at lavterskeltilbudet tilrettelegges for en **sekundærmålgruppe; pårørende/voksne som** er bekymret for andre voksnes atferd overfor barn.

En tredje gruppe er **fagfolk som trenger veiledning på "case" de yrkesmessig er involvert i**, samt de som har arbeid relatert til barn og unge. Disse kan benytte tjenesten for råd og veiledning, dersom det er ledig kapasitet.

For å organisere lavterskel- og helhetlig behandlingstjeneste **anbefales modell 3.** Modellen antas å senke sentrale barrierer for å søke og motta psykologiske tjenester hos primærmålgruppen. Kampanjer vurderes å være det første leddet i å senke terskelen for hjelpesøkende, blant annet ved at den blir informert om at et slik tilbud eksisterer og at det finnes håp for endringer. Konfidensialitet ivaretas gjennom mulighet til å være anonym ved henvendelse til et lavterskeltilbud for rådgivning og veiledning. Modellen vektlegger at lavterskeltilbudet legges ett sted i landet, helst samlokalisert med en poliklinikk for fagområdet. Alle helseregioner bør etablere et poliklinisk tilbud til gruppen. Det polikliniske tilbudet bør ha nær faglig tilknytning til kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Det anbefales forskning på fagområdet, da kunnskapsutvikling er nødvendig. Mulighet for gjenbruk av modell 3 for andre målgrupper er stor, eksempelvis for personer som har pågående kontaktovergrep og nettovergrep.

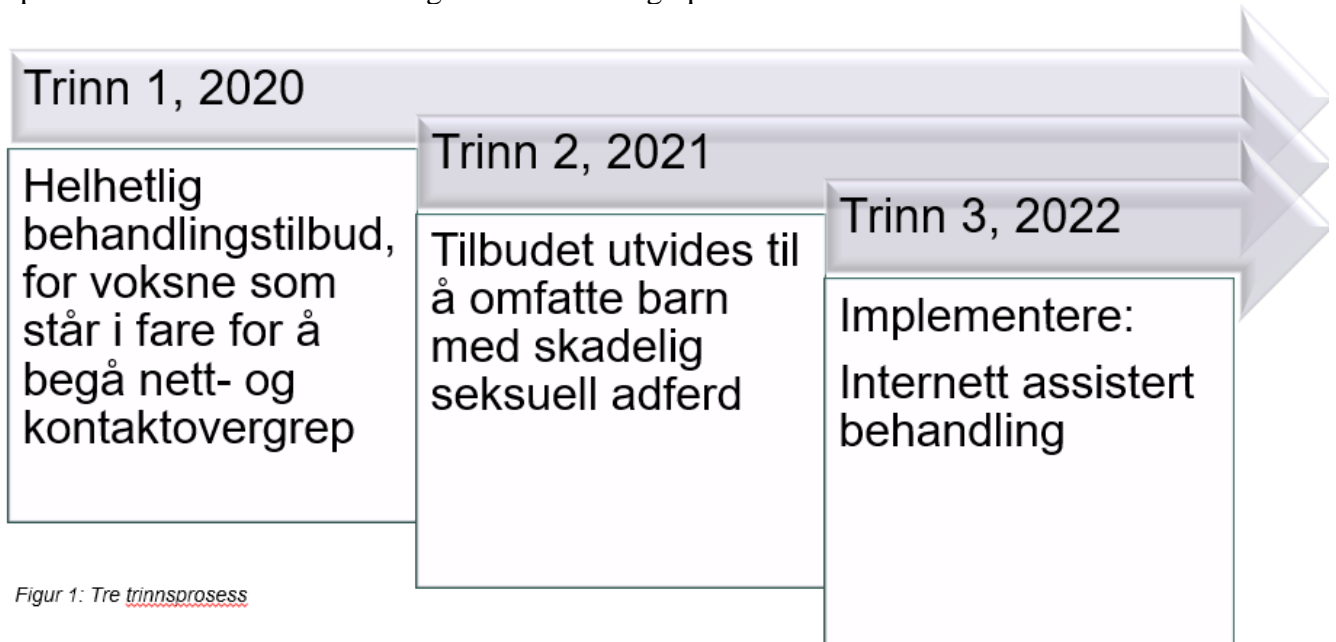
Modellen legger opp til at bruker kan oppsøke veiledningstjenesten **direkte** for vurdering og behandling uten å gå veien om fastlege. Denne løsningen har konsekvenser for finansiering, se beskrivelse av modell 3. Helsedirektoratet anbefaler at det gjøres en **endring i poliklinikkforskriften og forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp**, slik at tjenesten kan kreve egenandel og refusjon. Denne løsningen støtter i størst grad lavterskel tenkningen og er relativt enkel å gjennomføre.

Rettighetsvurdering basert på at bruker oppsøker spesialisthelsetjenesten direkte, avviker også fra utgangspunktet om at rettighetsvurdering baserer seg på henvisning, jf. pbrl. § 2-2. Ved valg av modell 3 må det derfor gjøres unntak fra dette kravet, se modell 3.

I tillegg anbefales utvikling av internettassistert behandling for å øke tilgjengelighet for brukere.

1.2. Hovedfokus for utredningen

Hovedfokuset for denne utredningen er å belyse løsninger for lavterskel- og helhetlig behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn.



Figur 1: Tre trinnspesess

Prosjektet anbefaler en trinnvis etablering av tjenesten, der trinn 1 realiseres i 2020. Det etableres en lavterskelløsning og helhetlig landsdekkende behandlingstilbud for voksne som står i fare for å begå overgrep. I trinn 2 (2021) utvides tilbudet til å omfatte barn og unge med skadelig seksuell atferd overfor andre barn og unge. I trinn 1 omfatter tilbudet personer fra 16 år. Dette vil gi erfaringsgrunnlag for utvikling av trinn 2. I trinn 3 (2022) implementeres internettassistert behandling. Kvalitet sikres gjennom gjentakende brukertesting, tilbakemeldinger og erfaringsinnhenting som gir grunnlag for læring og kontinuerlig forbedring.

Hovedfokus for denne utredningen er trinn 1: Behandlingstilbud for voksne som står i fare for å begå nett- og kontaktovergrep mot barn. Organiseringen av tjenesten og de digitale løsningene må designes og bygges slik at en kan ta trinn 2 og 3 inn i tjenesten/løsningene. Begrunnelsen for denne tredelingen er, i tillegg til en smidig etablering, å dekke de til dels ulike behovene som ligger til grunn for en løsning for voksne og barn som står i fare for å begå overgrep

2. BEHOV OG MÅL

2.1. Problembeskrivelse

Norge mangler et offentlig tilbud til personer som ikke har begått en straffbar handling, men som står i fare for å begå overgrep mot barn. En helhetlig, landsdekkende offentlig behandlings- og oppfølgingstjeneste til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, er ikke tilstrekkelige etablert (NKVTS, 2016). Dette gjelder spesielt et lavterskeltilbud.

Brukergruppen trenger en enkel inngang til råd og veiledning. Behandlingsmotivasjonen kan endre seg over tid. Risikoen for overgrep antas å øke (i takt med) med ventetid før behandling. Det er derfor et særlig behov for en tjeneste med kort responstid fra bruker kontakter tjenesten til vedkommende er i behandling. Brukergruppen og fagpersoner fra tjenesten poengterer at personer som står i fare for å begå overgrep har såkalte "motivasjonsvindu" med ønske om endring av sine seksuelle tanker. De har innsikt i problemet, opplevet psykisk ubehag og er da i en posisjon hvor de ønsker hjelp. Behovet kan være akutt og behov for rask behandling kan være nødvendig for å forebygge. Det er også holdepunkter for at risiko i betydelig grad varierer over tid, i tråd med endringer i livssituasjon og dynamiske risikofaktorer.

Internasjonale studier viser at personer med potensielt skadelige seksuelle interesser som tiltrekning til mindreårige, har liten sannsynlighet for å søke eller motta behandling før et seksuelt lovbrudd har blitt begått. Barrierer for å søke og motta psykologiske tjenester inkluderer bekymringer om konfidensialitet, frykt for sosiale og juridiske konsekvenser og personlig skam. I tillegg har personene utfordringer med å finne behandlere som har kompetanse på pedofili eller seksuale overgrepere. Skam og hemmelighold, som skyldes stigma forbundet med pedofile interesser forhindrer personen fra å søke profesjonell hjelp. Anslagsvis har 20 prosent prøvd å snakke med noen om sine seksuelle interesser før de ble arrestert (Levenson et al. 2017, Pichè et al. 2016).

En viktig utfordring er å **reducere hindringer for hjelpesøkende**, for å øke bedringsmulighetene for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn og potensielt forhindre seksuelt misbruk av barn eller andre sårbare personer.

Det er viktig å fremheve at det er et mangelfullt kunnskapsgrunnlag om både effekten av forebyggende tiltak og behandlingstiltak for pedofili (Grønnerød, Grønnerød og Grøndahl, 2015). Derimot er det kunnskap om at personer som står i fare for å begå overgrep, er hjelpesøkende og vil gjennomgå behandling om det er kvalifisert hjelp å gå til (PrevenTell, 2014, Öberg et al. 2012, Beier et al. 2009). For gruppen som er hjelpesøkende, er det også studier som viser at behandling for å øke selvkontrollen gjennom fokus på dynamiske risikofaktorer, har effekt (Beier et al. 2015). I tillegg foreligger det omfattende dokumentasjon av hvilke prinsipper som generelt bør styre tiltaksutformingen for å sikre optimal tilbakefallsreducerende effekt hvor RNR- prinsippene er førende.

2.2. Overordnede mål

Hovedmålet for oppdraget er å forebygge seksuelle overgrep mot barn. Prosjektet skal levere en konseptutredning med alternative forslag til lavterskeltilbud med behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå overgrep mot barn. Sentrale leveranser er:

- Beskrivelse av målgruppe for løsningen
- Vurdere ulike typer av organisering av behandlingstjeneste og digitalt mulighetsrom
- Beregne økonomiske og administrative kostnader

2.3. Effektmål

For lavterskeltilbud med helhetlig behandling er det satt som mål: (Effektmål)

- Forebygge nye overgrep mot barn
- Minimum 30 prosent av befolkningen skal ha kjennskap til innholdet i publikumsundersøkelse etter endt kampanjeperiode
- Personer som står i fare for overgrep har tatt i bruk nettsiden etter kampanjen
- Personer som står i fare for overgrep, har et lavterskeltilbud for hjelp
- Det er flere brukere i behandling: 30 prosent økning fra 2020 til 2021
- Det er økt faglig kompetanse på overgriperatferd i helsetjenesten
- Innkommende henvendelser er sammenfattet systematisk og benyttes som underlag for statistikk, kvalitetsutvikling og forskning

2.4. Nullalternativet

Dersom det ikke etableres en lavterskelløsning, vil Norge ha et mangelfullt offentlig behandlingstilbud for denne gruppen. Det kan øke faren for at barn blir utsatt for overgrep.

3. MÅLGRUPPE FOR TILTAKET

3.1. Målgrupper for tiltaket

3.1.1. Primærmålgruppen

Avklaring av målgrupper vil ha innvirkning på hvilken organiseringsmodell som velges, samt omfanget av henvendelser. Utgangspunktet for oppdraget Helsedirektoratet mottok fra Helse- og omsorgsdepartementet var å utrede et helhetlig behandlingstilbud til personer **som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn og unge**. Henvendelsen skal være primærforebyggende, for å hindre hendelsen. Målgruppen bør ha en form for selvidentifisert risiko, som gjør at de er hjelpesøkende.

Personer som aldri har begått overgrep og som står i fare for å begå seksuelle overgrep, vil være aktuelle som primærmålgruppe. Personer som tidligere er straffedømt og som igjen står i fare for å begå nye seksuelle overgrep mot barn, vurderes også å være i målgruppen. Denne gruppen vurderes å ha et stort forebyggingspotensial (Harris et al., 2003).

Det blir en viktig avklaring om diagnosespesifikke lidelser som omhandler seksualproblematikk skal være styrende for primærmålgruppen. ICD-10 omhandler sider ved seksualproblematikk og diagnoser, blant annet pedofili og/eller hebefili og uspesifiserte parafilier. Pedofili diagnosen har tradisjonelt vært

gjenstand for deler av fokuset ved seksuelle overgrep mot barn. Ved kun å ha fokus på pedofili vil det gi en smal tilnærming i et forebyggingsperspektiv. Ikke alle som har begått seksuelle overgrep mot barn fyller de formelle kriteriene til en pedofil lidelse (American Psychiatric Association, 2013). Klinisk erfaring i behandling av gruppen seksuallovbruddsdømte viser at det er et blandet diagnostisk bilde, med overvekt av personlighets- og utviklingsforstyrrelser og pedofili. Tall viser at 24 prosent av seksuallovbruddsdømte oppfyller pedofilidiagnosen (Justitsministeriet i Danmark 2018). I tillegg vil det også forekomme andre mindre alvorlige psykiske lidelser og rusrelatert problematikk. Det er derfor viktig å understreke forskjellen mellom seksuell preferanse og seksuell atferd. En pedofil lidelse hos en person betyr ikke at personen nødvendigvis vil misbruke en mindreårig (Seto, 2008). Seksuelle overgrep/misbruk (en atferd) på den ene siden og pedofili (foretrukket seksualobjekt er barn) er to forskjellige fenomener. Selv om det finnes en intuitiv lenke mellom dem, så skjer de ofte uavhengig av hverandre (Beier, 2018). Det er derfor rimelig å anta at man i den generelle gruppen av de som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, også vil kunne forvente en viss andel med andre typer psykiske lidelser, eller at de har andre motiver. PrevenTell og ANOVA i Stockholm har slike erfaringer for dette, og for at flere står i fare for å begå overgrep både mot barn og voksne. Institutt for klinisk sexologi og terapi i Oslo viser til at gruppen har stor andel av personlighetsforstyrrelse. "Stop It Now!" i Storbritannia har målgruppen "Adult abusers and those at risk of abusing children and young people", som blant annet vektlegger risiko eller fare.

De som står i fare for å begå **nettovergrep**, har mange underkategorier og alvorlighetsgrader. Kunnskapen om hvordan seksuelle overgrep foregår på nett, er økende, men fortsatt mangelfull. Det finnes ikke en dekkende oversikt over hvilke typer nettovergrep barn utsettes for. Kunnskapen om hvordan nettovergrepsfenomenet utvikler seg, er også mangelfull. Personer som *står i fare* for; å laste ned overgrepsmateriale av barn, voksen-barn chatting, grooming, chatting om produksjon av overgrepsmateriale og teknologi-assistert skadelig seksuell atferd, kan være eksempler på hva/hvem målgruppen skal omfatte. Undersøkelser viser at nettovergrep utføres av barn, unge, og voksne. (NOVA rapport 10/18).

Primærmålgruppen vil trolig ha hovedvekt av menn, men bør også henvende seg til kvinner. Trinn 1 omfatter personer fra 16 år, som er helserettlig myndig. Det er særlig viktig å innhente erfaringsdata fra denne gruppen for oppstart av trinn 2.

Personer med psykisk utviklingshemming og som har en selvidentifisert risiko, vil motta hjelp ved henvendelse til lavterskelenheten. Dersom de ønsker behandling vil de bli videre henvist til aktuelt behandlingstilbud. Et lavterskeltilbud bør ha kunnskap om gruppen og være orientert om tilbud det kan være aktuelt å vise til. Utviklingshemming og risiko for seksuelle overgrep har spesielle karakteristika som nedsatt selvidentifisert innsikt, nedsatt sosial forståelse og mindre nettverk (Lindsay, 2009), som vil kreve en egen spesialisert risiko- og behandlingstilnærming. Av den grunn vil det bli for omfattende å utvikle et eget behandlingstilbud for gruppen i denne sammenheng.

I trinn 2 blir det viktig å vurdere barn og unge som har problematisk eller skadelig seksuell atferd. Det er estimert at 30-50 prosent av alle seksuelle overgrep mot barn er utført av andre barn/unge (Barbaree & Marshall, 2006, Finkelhor, Ormrod & Chaffin, 2009, Hackett, 2014). Forskjellene mellom laveste og høyeste estimat, belyser utfordringene med å undersøke omfangene av slike hendelser (NKVTS, 2016). Aldersinndelingen for målgruppen har både juridiske- og kommunikasjonsmessige utfordringer. Hvilken aldersinndeling tiltaket skal omfatte, bør vurderes etter at relevant bakgrunnsinformasjon er innhentet. Tilsvarende helsetjenester vi har kontaktet i andre land, synes i ulik grad å ha etablert et godt tilbud til

unge med skadelig seksuell atferd. De unge synes vanskelig kommunikasjonsmessig å nå. For barn og unge må en trolig vurdere å etablere flere ulike tiltak for å nå gruppen.

3.1.2. Sekundærmålgruppe

Et lavterskeltilbud bør inkludere sekundærmålgrupper. Ved en etablering antas det at gruppen bør være klart definert, og ved behov utvides fasevis. I første omgang vurderes det hensiktsmessig å vurdere følgende i sekundærmålgruppen: Voksne/pårørende som er bekymret for andre voksnes tanker eller atferd mot barn vil være sentrale å gi mulighet for kontakt med et lavterskeltilbud. Voksne/pårørende som bekymrer seg for et barn eller ungdoms problematiske seksuelle atferd/seksuelt grenseoverskridende atferd, vil trolig være lettere å nå enn de unge selv. Spesielt foreldre og foresatte. En gruppe som det er viet lite oppmerksomhet rundt er unge som er bekymret for jevnaldrende venner og deres atferd.

En tredje gruppe som også bør vurderes, er de som jobber med barn og unge (eksempelvis lærere, SFO ansatte, barnevernet osv.) og er bekymret for problematisk seksuell atferd hos barn eller unge. Også fagfolk som kontakter ang "case" veiledning vil være en relevant sekundærmålgruppe. Disse bør kunne benytte tjenesten for råd og veiledning, dersom det er ledig kapasitet.

Referansegruppeinnspill

Referansegruppen har innspill om at primærmålgruppa bør favne bredt og ta utgangspunkt i kriteriet; "personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep". Å kun vurdere tilbudet for pedofile, vil utgjøre en betydelig avgrensing i hvem som får tilbud om videre oppfølging. Det er viktig at pårørende har en mulighet for å henvende seg til et lavterskeltilbud for råd og veiledning.

Brukerinnspill

Brukerrepresentanter (pasienter hos IKST) har en felles holdning om at tidlig intervensjon er avgjørende for å forebygge. Tidligere enn hva et lavterskeltilbud gir. Flere angir at de kjente på at de var seksuelt avvikende allerede på barneskolen, men de hadde ingen å henvende seg til eller tilgang til tilgjengelig informasjon.

Det er viktig at målgruppen er bred og må være for alle, da brukerne selv ikke definerte seg som pedofile. Dersom det var et tilbud til kun pedofile, informerte brukerne at de sannsynligvis ikke ville oppsøkt et slik tilbud. Å aktivt lete etter overgrepsmaterialet på nett, var noe alle i gruppen hadde gjort, og mente det var veien inn for å utforske. De definerte ikke dette som et problem. De forsto ikke sine handlinger og hvilke konsekvenser de hadde, og beskrev dette som en mulig fortrenning. Tilbudet bør derfor inkludere de som ser på overgrepsmateriale på nett, etter deres syn.

Det var en klar oppfatning om at pårørende bør ha mulighet for å ha et sted å henvende seg til, spesielt i de tilfellene der politiet ble koblet inn.

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratets hovedanbefaling av primærmålgruppen for et lavterskeltilbud og helhetlig behandlingstilbud er kvinner og menn som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn og unge, og som har en form for selvidentifisert risiko, som gjør at de er hjelpesøkende. I første omgang bør primærmålgruppen omfatte personer i alderen 16 år eller eldre.

Det anbefales en bred og diagnoseuavhengig primærmålgruppe. Det øker sannsynligheten for god primærforebyggende effekt. Klinisk erfaring og tilsvarende tilbud internasjonalt, eksempelvis PrevenTell

i Stockholm viser at det vil være et blandet diagnostisk bilde hos målgruppen, ikke nødvendigvis bare pedofili. Dersom et lavterskeltilbud avgrenses til personer med diagnosen pedofili, vil man snevre inn målgruppen betraktelig og svekke primærforebygging som hovedmålsetning. Pedofili er verken nødvendig eller tilstrekkelig årsak til å begå seksuelle overgrep mot barn (Blanchard et al. 2006). Dette betyr at ikke alle personer med en pedofili diagnose begår overgrep, på samme måte som mange forgriper seg mot barn som ikke er pedofile (Seto, 2008. Socialstyrelsen; 2011. Finkelhor, D. 2009). Innspill fra brukerne er at de i en tidlig overgrepssprosess ikke ser på seg selv som pedofile og vil definere seg "ut" av et lavterskeltilbud dersom det kun var for pedofile.

Tilbudet bør også inkludere de som er tidligere straffedømt, og igjen står i fare for å begå nye overgrepshandlinger. Tidligere straffedømte kan ha høy risiko for tilbakefall og bør prioriteres for behandling (Harris et al., 2003). De personer som står i fare for å begå en eller annen form for nettovergrep, vil være innen målgruppebeskrivelsen.

Ved en bred og diagnoseuavhengig tilnærming vil det også kunne forekomme henvendelser fra personer som ikke har en psykisk lidelse, men allikevel opplever at de har en risiko eller bekymring for å begå overgrep. Risikoen for overgrep kan for enkelte være høy. Personer som ikke har en psykisk lidelse, anbefales også inkluderes i primærmålgruppen når de først har henvendt seg og gis et tilbud.

Et lavterskeltilbud må antas å få henvendelser av personer utenfor målgruppen som har behov for hjelp, og hvor det å avvise hjelp vil fremstå som uetisk. Personer som har begått seksuelle overgrep, men ikke er anmeldt eller dømt, og igjen står i fare for å begå nye overgrep, skal ikke avvises, men gis et tilbud. Personer som har pågående overgrep mot barn, skal heller ikke avvises. I slike tilfeller kan det oppstå plikt til å avverge straffbare handlinger og å melde til barnevernet. Se nærmere om dette i juridisk vedlegg pkt 6. Rutiner for håndtering av denne type henvendelser må utarbeides spesielt. Brukerne må blant annet gjøres oppmerksom på lavterskeltilbudets avverge- og opplysningsplikt.

Personer med psykisk utviklingshemming og som har en selvidentifisert risiko, vil motta hjelp ved henvendelse til lavterskelenheten. Dersom de ønsker behandling vil de bli videre henvist til aktuelt behandlingstilbud.

Sekundærmålgruppen til et lavterskeltilbud anbefales å være bred. Tilsvarende tilbud PrevenTell i Sverige og Stop It Now! i Storbritannia tilbyr rådgivningstjenester til en bred sekundærmålgruppe. Pårørende eller andre voksne har en helt sentral rolle, spesielt i et forebyggingsperspektiv. Av den grunn bør lavterskeltilbudet utformes på en slik måte at pårørendegruppen og andre voksne blir ivaretatt og styrket.

En tredje gruppe et lavterskeltilbud bør ivareta er fagfolk eller personer som trenger veiledning på "case" de yrkesmessig er involvert i, samt de som har arbeid relatert til barn og unge.

4. MODELLBESKRIVELSER

IT-strategien til Helsedirektoratet fremmer gjenbruk av tekniske løsninger og design. Prosjektet anbefaler å gjenbruke den funksjonelle løsninger fra programmet DIGI-UNG. DIGI-UNG har skissert en helhetlig,

digital brukerreise med 3 nivåer, jf. rapport IS-2719. En helhetlig offentlig behandlings- og oppfølgingstjeneste til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn har et vesentlig mindre omfang enn DIGI-UNG. Brukerreisen med å gå fra lavterskelløsning til behandlingstilbud gjennom nivåer gjenbrukes i denne modellen.

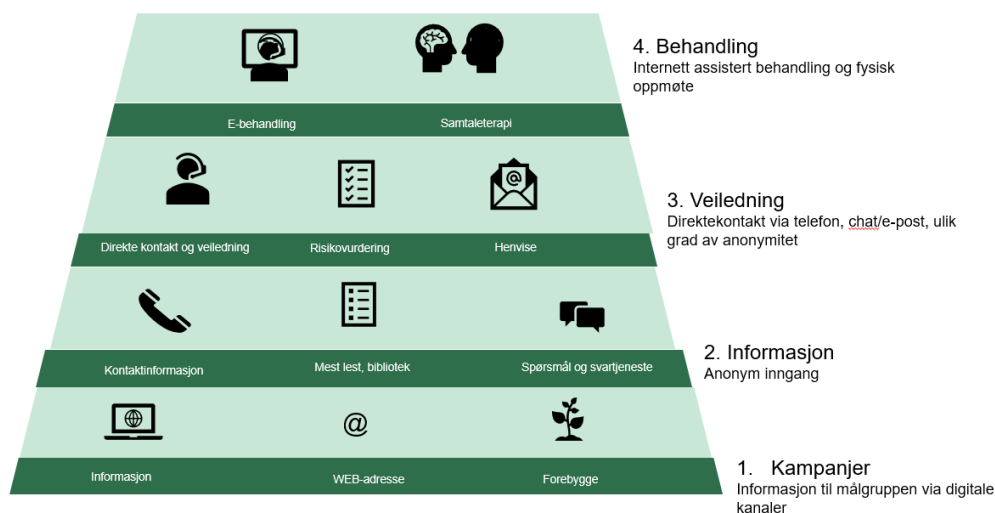
4.1. Målbilde

Målbildet er et helhetlig behandlingstilbud med en synlig informasjons- og veiledningstjeneste.

Brukerreisen starter med en informasjonskampanje. Inngangen til tilbudet er en web-basert informasjonstjeneste. Neste nivå er lavterskel veiledningstjeneste og siste nivå er behandling.

4.2. Funksjonelt målbilde

Modellen er delt opp i 4 nivåer med en informasjonskampanje som første nivå i løsningen. En egen internettside er inngang til tjenesten. Hvert nivå imøtekommer behov hos brukeren og skal gi mulighet for å komme inn i et profesjonelt behandlingsopplegg, nivå 4. Et viktig aspekt er å skape en smidig overgang fra usikrede informasjonstjenester til sikker helsehjelp, både digitalt og konvensjonelt. Brukeren skal kunne orientere seg, få svar og eventuelt helsehjelp ved å navigere rundt i tjenesten(e). Det funksjonelle målbildet legges helt eller delvis til grunn for alle de tre konkrete forslagene til løsning.



Figur 2: Funksjonelt Målbilde

Nivå 1 er kampanjer, enveis generell informasjon rettet mot målgruppen i mediene. Kampanjen skal forebygge overgrep og fremme bruk av veiledningstjenesten (Van Horn et al., 2015).

Nivå 2 er en åpen nettside med informasjon og søk tjeneste. Det ligger kontaktinformasjon med telefonnummer til en veiledningstjeneste, samt spørsmål og svartjeneste via chat eller e-post. Det implementeres en "direkte kontaktsløsning" på nettsiden. Bruker kan bestille time for behandling direkte i spesialisthelsetjenesten, enten via telefon eller digitalt.

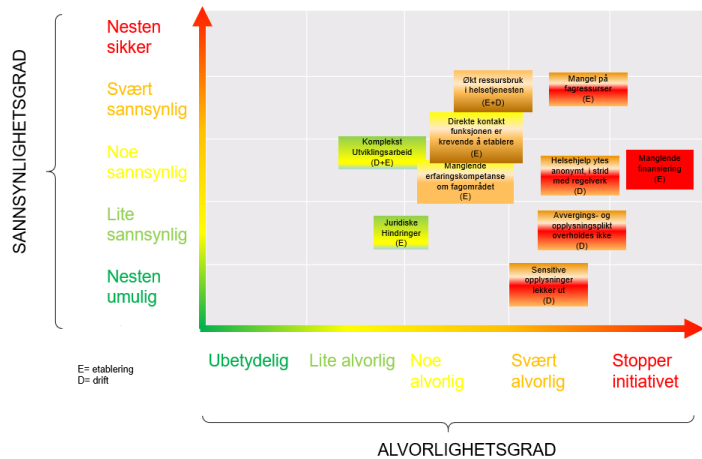
Nivå 3 er en rådgivnings- og dialogtjeneste. Bruker tar selv kontakt med tjenesten i ønsket kanal. Formålet er å veilede bruker og bistå med timebestilling hos behandlingstjenesten. For å ivareta behovet for data til forskning, registreres data fra innkomne henvendelser i et loggsystem. Brukere som kun ønsker veiledning kan forbli anonyme. Dialogen med bruker følger et strukturert og faglig forsvarlig opplegg. Det gjennomføres en risikovurdering som gir grunnlag for behandlingsbehov. De som ønsker behandling må identifisere seg. Alminnelige regler for helsehjelp gjelder. Det utvikles en enkel og effektiv henvisningstjeneste med en rask responstid. Tilbudet driftes enten i en enhet i spesialisthelsetjenesten *eller* i/som en enhet knyttet til eksisterende forvaltningsorgan, organisasjon e.l., for eksempel DIGI-UNG, Mental Helse.

Nivå 4 tilbyr helsehjelp med terapeutisk behandling. Helsehjelpen som tilbys er samtaleterapi, ev. supplert av medikamentell behandling, enten med fysisk oppmøte hos behandler eller internettbasert behandling. Internettbasert behandling må skje i sikker sone på en måte som ivaretar personvernet og vil kreve innloggingsløsninger. Pasientbehandlingen må journalføres etter gjeldene regelverk. For å sikre konfidensialitet til brukergruppen skal journalene ha en streng tilgangsstyring.

Taushet – opplysning og avvergeplikt

De som betjener veilednings- og behandlingstilbud vil være underlagt lovpålagt taushetsplikt etter forvaltningsloven, og ev. helselovgivningen. Uavhengig av taushetsplikt, vil betjeningen på nærmere gitte vilkår kunne utlevere visse opplysninger til politi, barneverntjeneste mv. for bl.a. å kunne avverge straffbare handlinger. Veiledningstilbudet vil kunne benyttes av bruker uten at vedkommende behøver å oppgi personidentifiserende opplysninger. Brukere av tilbudet vil bli gjort tydelig oppmerksomme på både taushetsplikt, avvergeplikt og opplysningsplikt. Dette er nærmere behandlet i det juridiske vedlegget pkt. 6.

4.2.1. Risikovurdering



Figur 3: Risikovurdering

Mangel på finansiering

Risiko: Ved manglende finansiering kan ingen av tiltakene gjennomføres. Forventningene om å få etablert et tilbud til personer som står i fare for å begå overgrep vil ikke kunne realiseres. Vi oppnår ingen gevinst i form av å forebygge overgrep mot barn. Ved delvis manglende finansiering, vil deler av målbildet kunne realiseres, noe som kan gi en delvis gevinst.

Risikoreduserende tiltak: Det må utarbeides samfunnsøkonomiske analyser for å synliggjøre gevinstpotensialet for tiltaket. Det er viktig å få frem sammenhengen mellom behandling av personer som står i fare for å begå overgrep og nytteeffekten av tiltaket.

Mangel på fagressurser

Risiko: Fagområdet har et meget begrenset antall fagpersoner med erfaring og relevant kompetanse på området. De må sette av tid for å kartlegge og gjennomføre utviklingsoppgavene. Komplexiteten på å gi et godt tilbud eller behandling til alle grupper som henvender seg, er muligens den største risikoen. Generelt er det viktig med høy kvalitet i tjenesten, da lav kvalitet gir trolig høyt tilbakefall.

Risikoreduserende tiltak: Det må tilsettes fagpersoner og utarbeides opplæringsprogram. Målet er å bygge opp robuste fagmiljøer som er attraktive og tiltrekker seg fagressurser. Tjenesten bør plasseres der det er komplementær fagkompetanse.

Mangel på erfaringskompetanse:

Risiko: Det er svært få miljøer som har erfaring med å håndtere og behandle brukergruppen.

Risikoreduserende tiltak: Dialog og erfaringsutveksling med andre land, da særlig Sverige som har liknende tjenester. Utarbeidelse behandlingsprogram med opplæring for tjenesten.

Sensitive personopplysninger lekker ut

Risiko: Bruken av digitale tjenester medfører en del utfordringer knyttet til personvern. Det gjelder spesielt når det er et ønske om å tilby tjenester med høy grad av identifisering. Denne risikoen gjelder kun for nivå 2 i modellen. På nivå 3 og 4 skal personvernfunksjonalitet bygge videre på personvernkomponenten på helsenorge.no med pålogging på sikkerhetsnivå 4. Brukergruppens behov for høy grad av konfidensialitet ivaretas ikke tilstrekkelig ved alminnelig tilgangsstyring til pasientjournal.

Risikoreduserende: Plattformen som skal benyttes er enten Helsenorge eller Helsedir.no som er i sikker sone. Pasientjournal og/eller behandlende enheters journalsystemer sperres for tilgang fra andre enheter i helseforetaket. Registrering av data tilpasses for å unngå bakveisidentifisering, herunder hensyntas at brukergruppen er av begrenset omfang.

Helsehjelp ytes anonymt i strid med regelverk

Risiko: Manglende kunnskap hos tjenesteyter om grensegang mellom generell veiledning og individuelt basert helsehjelp som utløser plikter og ansvar. Spesielt aktuelt ved modell 2, nivå 3.

Risikoreduserende: Grensedragning må tydeliggjøres for veiledningstjenestens personell og brukergruppa.

Hindringer i regelverk knyttet til henvisning, rettighetsvurderinger og prioritering

Risiko: Uklarheter i regelverket om hvordan henvisninger skal vurderes, hvilke forhold/tilstander som gir rett til helsehjelp og hvilken prioritet behandlingen skal ha i forhold til behandling for andre tilstander. Muligheten for "egenhenvisning"/direkte tilgang til spesialist er kritisk viktig for å lykkes.

Risikoreduserende: Det gjøres nødvendig tilpasninger i regelverk for refusjon slik at direkte kontakt utløser egenandel fra pasienten eller refusjon for egenandel fra Helfo. Videre klargjøres at henvisninger – uavhengig av om det er direkte kontakter eller basert på risiko vurdert av veiledningstjenesten (nivå 3) – skal vurderes som alvorlig og rettighetsvurderes raskt. Det må klargjøres at risiko for å begå overgrep gir rett til nødvendig helsehjelp og hvilken prioritet dette har.

Avvergings- og opplysningsplikt overholdes ikke:

Risiko: Pågående overgrep avverges ikke pga. manglende rutiner for og kunnskap om å avdekke dette raskt hos brukergruppen, og manglende kunnskap/rutiner om terskel for avvergings- og opplysningsplikt.

Risikoreduserende: Det utvikles god kunnskap om og gode rutiner for å avdekke overgrep tidlig og for å varsle, herunder samarbeidsrutiner med relevante myndigheter.

Økt ressursbruk i helsetjenesten

Risiko: Flere henvendelser til helsetjenesten. Kjennskap til tilbudet og forventning om rask og individuell helsehjelp kan føre til stor økning i etterspørselen. Nettsiden med søk og svar funksjon må forvaltes og vedlikeholdes for at den skal ha nytteverdi for brukerne.

Risikoreduserende: Det må etableres en effektiv brukerreise med god flyt. Risikovurdering gjennomføres for å kartlegge behandlingsbehov og sikre rett behandling

4.3. Kriterier for å vurdere modellene

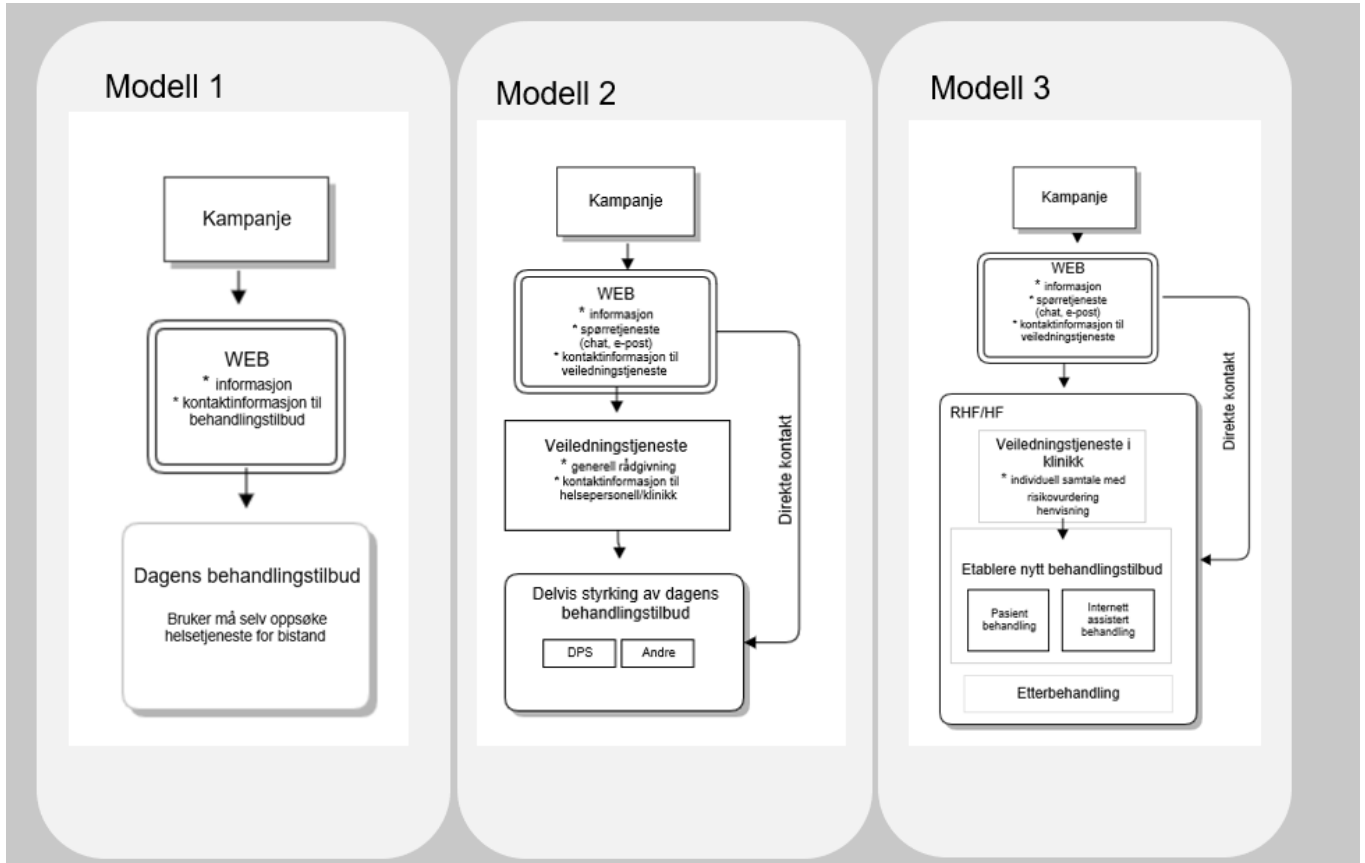
Vurderingskriteriene som benyttes for modellene springer ut av oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet, se punkt 1. Bakgrunn.

Oppsummerte kriterier:

- Forebygge seksuelle overgrep mot barn og unge
- Hjelpelinje, lav terskel for å ta kontakt og rask henvisning til behandling
- Helhetlig behandling og oppfølgingstjeneste

4.4. Modellene

Prosjektet har utarbeidet tre ulike modeller. Den funksjonelle modellen ovenfor (figur 2) er lagt til grunn for alle de tre modellene. Modell 1 har lavest kompleksitet og modell 3 dekker alle de fire nivåene i den funksjonelle modellen.



Figur 4: Modellene

4.4.1. Modell- 1

Modellens nivå 1 starter med kampanje(r) rettet mot målgruppen. Kampanjer skal gjennomføres regelmessig. Hensikten er å gi informasjon som kan forebygge overgrep, samt opplyser befolkningen generelt og målgruppen spesielt. Kampanjen skal også gi kontaktinformasjon til internettside og behandlingstilbud. Nivå 2 er informasjonstjeneste. En nettside lokalisert med en egen Internett-adresse. Siden vil inneholde relevant informasjon om overgrepssadferd, samt kontaktinformasjon til behandlingstilbud. Bruker må selv ta kontakt med behandlingssenheter, eller via fastlege.

Nivå 3 er behandlingstilbud. I denne modellen benyttes dagens behandlingstilbud. Det er fastleger for veiledning/henvisning og DPS og andre deler av spesialisthelsetjenesten eller avtalespesialister som gir behandling til brukergruppen. Denne løsningen er enkel og med lav kompleksitet.

Kompetansebehov

Modellen benytter den kompetansen som er i behandlingssystemet. Det bør samles inn en oversikt over avtalespesialister og DPS som har behandlere med kompetanse på fagområde, og sørge for at ansvar for oppdatering av listen blir gjennomført regelmessig. Bruker vil da henvende seg til merkantilt personell for timeavtale. For å etablere modellen er det behov for kommunikasjonskompetanse.



Fordeler og ulemper modell 1

Fordeler:

- Bevisstgjøring av brukere og borgere med kampanje
- Lav kompleksitet, krever ikke utvikling av nytt behandlingsverktøy eller nye lokaler og utstyr
- Lite ressurskrevende – benytter eksisterende tilbud og fagressurser
- Digitaltjeneste, krever ingen publikumsbetjening, kun til forvaltning av løsning og oppdatering av nettsidene faglige innhold
- Modellen er enkel, men vil gi relevant og essensiell informasjon samtidig som den vil gi en strukturert kontaktinformasjon om behandlingsmuligheter
- Antas å ha forebyggende effekt, men begrenset.

Ulemper1:

- Gir ikke helhetlig behandlingstilbud og vil ha meget begrenset effekt på å forebygge overgrep
- Modellen tilfredsstillende ikke lavterskelbehovet, gir ikke mulighet til direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten
- Vil i mindre grad ivareta en bred målgruppe for tiltaket
- Krever stor grad av egeninnsats fra bruker for å komme i behandling – mange vil sannsynligvis falle fra
- Ut fra kunnskapen om en årsakssammenheng mellom behandling og redusert risiko for å begå overgrep, har denne modellen en begrenset effekt

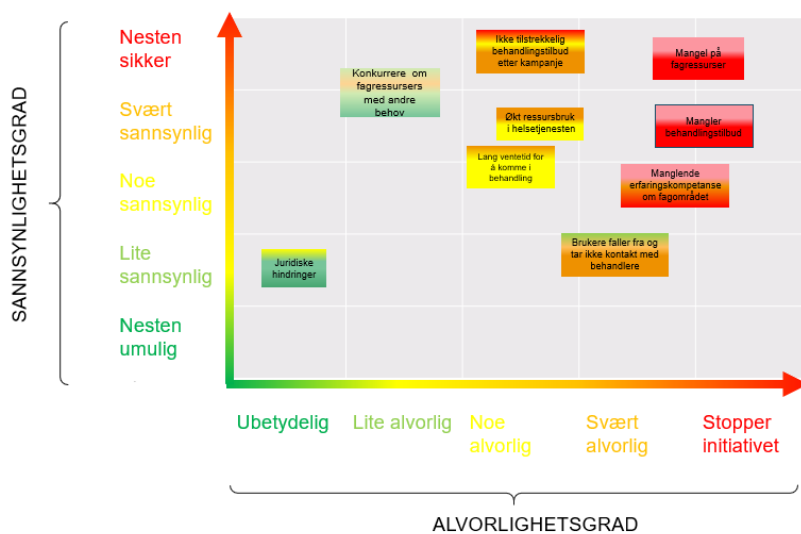
- Stor geografisk og innholdsmessig variasjon i behandlingstilbud
- Ikke landsdekkende behandlingstilbud, ikke likebehandling
- Risikoutredning blir ikke foretatt, da modell en ikke tilbyr en slik tjeneste

Kostnader

Etablering av tjeneste = mkr

Drift, inklusiv årlig kampanje = mkr

Konsekvensvurdering



Figur 5: Risikomatrixmodell 1

Modellen har lav kompleksitet og er enkel å iverksette med relativt lave kostnader.

Lavterskeltilbudet er en internettside med noen tjenester. Det gir brukerne et noe begrenset lavterskeltilbud. Utfordringen til modellen er veien fra nivå 2 til 3, behandlingsopplegget, som er tett opp til dagens løsning. Modellen krever stor egeninnsats av bruker for å komme til behandling, samt ventetid. Mange vil sannsynligvis falle fra underveis eller ikke ta kontakt med behandlingsinstansene. Brukerpanelet ga tilbakemelding om at det ble for mye opp til den enkelte, særlig å søke behandling. På den ene side vil en folkeopplysende kampanje og en nettside med informasjon skape et økt bevissthetsnivå både hos brukere og i samfunnet forøvrig. På den annen side, er dagens behandlingstilbud svært begrenset og vil ikke imøtekomme et antatt økt behov for behandling. Modellen antas bare i begrenset grad å kunne forebygge overgrep mot barn.

4.4.2. Modell- 2

Nivå 1 i modellen starter med en kampanje rettet mot målgruppen. Kampanjen skal være planmessig og virke opplysende for innbyggerne og spesielt personer som står i fare for å begå overgrep. Hensikten er å forebygge overgrep, samt gi kontaktinformasjon om nettside og behandlingstilbud.

Nivå 2 i modellen er en informasjonstjeneste lokalisert med en egen internetadresse. Nettsiden vil bestå av en åpen og "anonymisert" generell veiledning. Siden skal ha en søke-funksjon, der bruker kan finne relevant informasjon som artikler etc. Nettsiden skal også inneholde kontaktinformasjon (e-post, telefonnummer og chatfunksjonalitet) til veiledningstjenesten på nivå 3. Uavhengig av modell og nivå i modellen vil enhver som betjener tilbudet være omfattet av straffelovens avvergingsplikt. Det samme gjelder opplysningsplikten til barnevernet, for så vidt som alle nivåer i tilbudet vil være utført av eller på vegne av det offentlige. Helsepersonell som yter helsehjelp har dessuten opplysningsplikt i kraft av å gi helsehjelp.

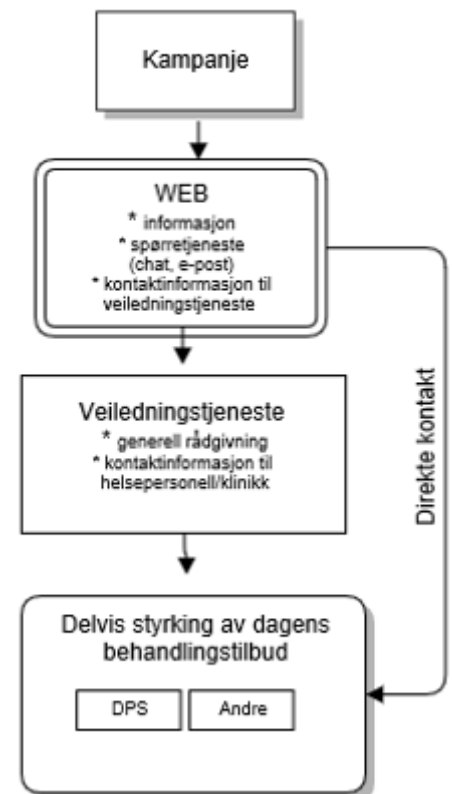
På nivå 2-4 i modellene må brukerne gjøres oppmerksom på betjeningens/helsepersonells avvergings- og opplysningsplikt dersom brukerne formidler opplysninger som utløser disse pliktene. Slik informasjon kan for eksempel gis på nettsider, telefonsvarer og ved oppstart av screening og behandling. *For ytterligere opplysninger, se vedlagte bilag om juridisk mulighetsrom*

I modellen legger vi opp til en funksjon for "direkte kontakt" fra nivå 2 til nivå 4. Bruker finner kontaktinformasjon til nivå 4 på nettsiden og kan henvise seg selv til spesialisthelsetjenesten for vurdering, se tysk modell under punkt 6.1, Andre land.

Hovedgevinsten med "direkte kontakt" løsningen i modell 2 er en effektiv saksgang fra bruker er inne på nettsiden og til vedkommende får kontakt med en behandlingstjeneste. Med direkte kontakt, vil en kunne gripe fatt i brukeren umiddelbart når vedkommende oppsøker lavterskeltilbudet og redusere risikoen for at de faller fra. Funksjonen vil i tillegg ivareta konfidensialitet hos brukeren. Det alminnelige utgangspunktet om henvisning fra fastlege/førstelinjetjenesten til spesialisert behandling, kan være et hinder for å oppsøke kvalifisert hjelp, og å få denne i tide. Manglende kompetanse om eller forståelse for problematikken hos en del helsepersonell, kan være en annen hindring.

Nivå 3 i modellen er en veiledningstjeneste. Tjenesten tilbyr dialog via chat/e-post eller telefon. Tjenesten har som mål å gi god informasjon og å gi brukere kontaktinformasjon til alternative behandlingssteder. Bruker må selv kontakte behandlingsstedet for å få behandling. Veiledningstjenesten i denne modellen implementeres i en eksisterende telefontjeneste, for eksempel Mental Helses hjelpetelefon.

Nivå 4 i modellen er helsehjelp; samtalerterapi som integreres i dagens behandlingstilbud til utvalgte DPS/avtalespesialister. Dagens behandlingstilbud styrkes gjennom gitte kvalitetskrav og øremerkede midler. Dersom bruker samtykker, sendes kopi av epikrise til fastlege



Juridisk vurdering

Modell 2 legger opp til at bruker skal kunne oppsøke spesialisthelsetjenesten direkte for vurdering og behandling uten å gå veien om fastlege. Modellen avviker fra den vanlige inngangen til spesialisthelsetjenesten, som er henvisning fra fastlege, psykolog el.

En konsekvens av at bruker ikke er henvist, vil være at poliklinikken ikke kan kreve egenandel av bruker eller refusjon for egenandel fra Helfo, jf. poliklinikkforskriften § 2 og forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp § 4. Det vil gi lavere inntekt for poliklinikker som behandler pasientgruppen, selv om ISF og rammefinansiering uansett vil være den altoverveiende viktigste finansieringskilde.

Muligheter som kan vurderes for å bøte på dette er:

- Det gjøres et unntak fra kravet om henvisning for denne gruppen, slik at det kan avkreves egenandel av pasienten eller utløses refusjon for egenandelen fra Helfo. Det kan vurderes om pasientgruppen skal gis fritak fra å betale egenandel, jf. forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp §5. Dette vil i så fall kreve forskriftsendringer i ovennevnte forskrifter.
- En annen mulighet er å øke rammetilskuddet.
- Ytterligere en mulighet er at behandlingen vurderes som øyeblikkelig hjelp etter modell av Olafiaklinikken og overgrepsmottakene, slik at det vil være mulig å kreve egenandel uten henvisning, jf. poliklinikkforskriften § 2 annet ledd.

Et alternativ eller supplement i modell 2, kan være at veiledningstjenesten (nivå 3) bemannes med helsepersonell som kan henvise til spesialisthelsetjenesten. Ev. at veiledningstjenesten knytter til seg/har avtaler med en eller flere allmennleger eller psykologer som bruker kan kontakte for å få henvisning.

At bruker oppsøker spesialisthelsetjenesten direkte, er også et avvik fra utgangspunktet om at rettighetsvurdering (rett til nødvendig helsehjelp) baserer seg på henvisning, jf. pbrl. § 2-2. Ved valg av modell 2 må det derfor gjøres unntak fra dette kravet, dersom bruker som oppsøker tjenesten direkte, skal ha en rettighetsvurdering etter pbrl. § 2-2. Rettighetsvurdering er grunnlaget for at bruker skal få frist for oppstart av behandling (§ 2-2 annet ledd), fristbruddrettigheter (§ 2-2 annet ledd), adgang til fritt behandlingsvalg (§ 2-4) etc.

Denne rapportens forslag er at brukergruppen bør vurderes og få tilbud raskt. Det bør derfor gis retningslinjer for at pasienten skal rettighetsvurderes raskere enn 10 dager. Dette i tråd med pbrl. § 2-1 b som åpner for raskere vurdering av henvisninger for alvorlige tilstander.

Kriterier for vurdering av rettighetsstatus og frist for seneste tidspunkt for oppstart av behandling - dersom bruker har rett til helsehjelp, bør også tydeliggjøres, for eksempel i prioriteringsveileder. Det bør videre tydeliggjøres at bruker får rett til behandling på grunnlag av identifisert risiko for overgrep.

For øvrig vurderes ikke modellen å kreve regelverksendringer.

Kompetansebehov

- Kompetanseutvikling for modell 2 nødvendig, både for kampanjer, netjtjeneste, lavterskeltilbud og delvis behandlingstilbudet.

Fordeler og ulemper modell 2

Fordeler

- Gir bruker "helhetlig" behandling.
- Senke terskelen for å ta kontakt og få behandling – tiltaket har antatt stor verdi for bruker
- Ved å senke terskel for å oppsøke hjelp antas modellen å forebygge seksuelle overgrep
- En kampanje bevisstgjør og opplyser innbyggere om konsekvenser av overgrep, og gir informasjon om hjelpetilbud- kampanje
- Gjenbruk og noe styrking av dagens helsestruktur
- Direkte kontakt i denne modellen gjør det enkelt å komme i kontakt med behandlingsstedene
- Veiledningsenheten kan etableres i allerede eksisterende telefontilbud, eksempelvis Mental Helse Hjelpetelefon som er en likemannstelefon. Et 24/7 veiledningstilbudet vil da kunne etableres raskt, hvor bruker kan velge å ringe, skrive meldinger eller chatte på en trygg anonym arena.

Ulemper

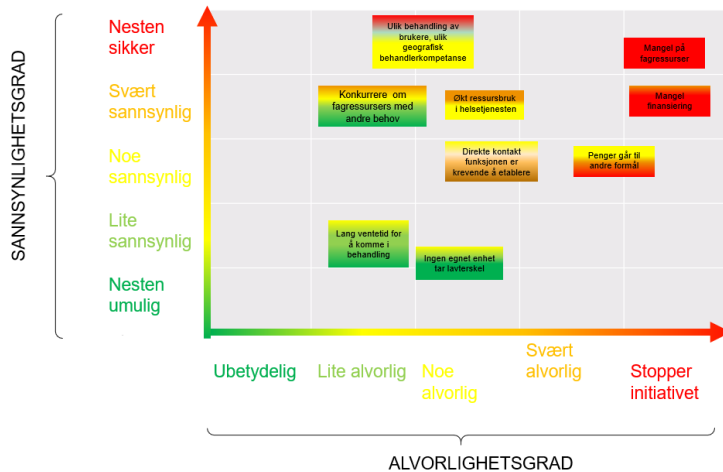
- Krever tilpasninger i regelverk for utløsning av egenandel og refusjon egenandel, se vedlegg 1
- Vil i mindre grad ivareta en bred målgruppe for tiltaket.
- Tjenesten vil håndtere henvendelser fra brukere sammen med andre typer henvendelser. De ansatte kan mangle kunnskap om så vel brukergruppe som behandlingsstedene, risikofaktorer og ledige timer.
- Behandlingstilbudet konkurrerer med andre behov i de fleste av de aktuelle tjenestestedene. Det kan føre til få behandlingstimer, redusert kvalitet i behandlingen og lang ventetid
- Risikovurderingen skal ligge til grunn for behandlingsinnsatsen, hvor det her vil være mer utfordrende å gi kvalitativt godt tilbud til alle som henvender seg.
- Ulik kvalitet / variasjon i behandlingstilbud
- Lavterskel er kun generell veiledning hvor det ikke er beregnet at helsepersonell besvarer. Det vil si at tjenesten ikke er en helsetjeneste i juridisk forstand.
- Risikovurdering gjøres ikke ved lavterskeltilbudet

Kostnader

- Etablering av nettside mkr

Øvrige kostnader Inklusiv mkr tilskudd eksisterende behandlingstilbud

Konsekvensvurdering



Figur 6: Risikomatrixmodell 2

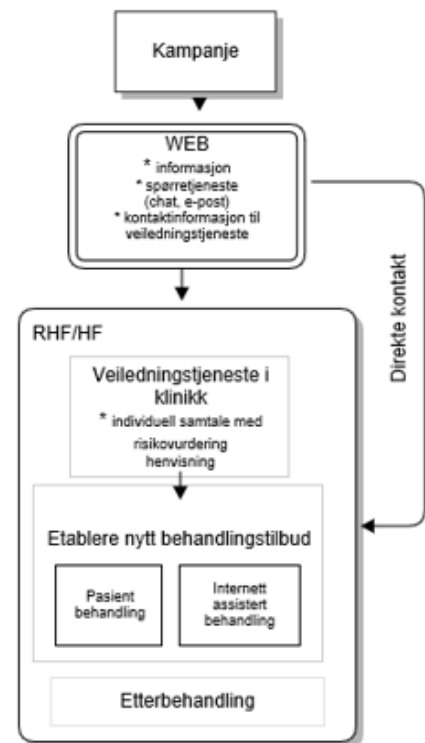
De funksjonelle løsningene i modellen er brukervennlig og kan bidra til å senke terskelen for å få hjelp. Bruker kan innhente informasjon på egenhånd, stille spørsmål og få generell veiledning fra en fagperson. I tillegg vil, mulighet for direkte kontakt kunne sikre at brukere enkelt kan ta kontakt med behandlingsstedet for å få behandling. Utfordringen med modellen er behandlingstilbudet. Brukerne kan etter en kampanje få forventninger om at en henvendelse til lavterskelløsningen vil gi time hos behandler i løpet av kort tid. Behandlingstjenesten er imidlertid en del av flere tjenestetilbud/oppgaver som skal løses og det kan ta tid å få time hos behandler. Det er fare for å miste brukere og da svekkes muligheten for å forebygge overgrep mot barn. Behandlingsstedene vil kunne prioritere tjenesten ulikt, og det vil føre til ulik behandling av brukere. Brukergruppen har gitt uttrykk for at konfidensialitet er viktig for å søke behandling. Ved å plassere behandling i et DPS, er det en frykt for gjenkjennelse i nærmiljøet.

4.4.3. Modell - 3

Modellens nivå 1 og 2 er i stor grad lik modell 2 og likhet beskrives ovenfor.

"Direkte kontakt" funksjonen i modell 3 har en vesentlig gevinst som ikke er i modell 2. I tillegg til rask saksgangen etableres et dedikert fagmiljø som håndterer henvendelser og behandler pasienter løpende. Ventetiden fra en bruker tar kontakt til vedkommende er i behandling forventes å bli kort. Behandlingsmotivasjonen og risiko hos målgruppen varierer. Erfaringer fra andre land viste at brukere falt fra dersom responstiden fra en tok kontakt til en mottok tilbud om behandling ble for lang. Med en funksjon for direkte kontakt med tilbud om behandling, vil en kunne gripe fatt i brukeren umiddelbart når vedkommende oppsøker lavterskeltilbudet og redusere risikoen for at de faller fra.

Nivåene 3 veiledningstjenesten og 4 behandlingstilbud er organisatorisk samlokalisert i klinikk i spesialisthelsetjenesten. Tjenesten bemannes med helsepersonell med spesialkompetanse på brukergruppen. Arbeidsrotasjon mellom veiledningstjeneste og behandlingstjeneste vil sikre godt kvalifisert personell i hele tjenesten. Innspill fra liknende tjenester har presisert at det for denne brukergruppen er meget viktig å bli møtt av kompetente fagpersoner i hele verdikjeden.



Nivå 3, veiledningstjenesten har som mål å gi individuell informasjon/rådgivning og å henvise bruker til behandling spesialisthelsetjenesten.

Samtalen/dialogen med bruker bør gjennomføres etter en strukturert mal. Bruker vil i løpet av dialogen med helsepersonell i tjenesten, svare på spørsmål som er grunnlag for en risikovurdering.

Risikovurderingen danner grunnlag for henvisning.

Nivå 4 tilbyr risikovurdering, utredning og samtaleterapi, samt oppfølging etter behandling. Pasienten kan møte fysisk eller få internettassistert behandling. I tillegg ønskes det å knytte til forskerstillinger til modellen, for å drive kunnskapsutvikling på fagområdet. Det skal være mulig å få fullverdig helsehjelp via digitale tjenester, som et supplement til ordinær helsetjeneste. Det digitale behandlingstilbudet må være en sikker dialog. Den vil kreve innlogging og kobles mot eksisterende teknisk plattform hos helsenorge.no. Dersom bruker samtykker, sendes epikrise til fastlege.

Nivå 3 og 4 veiledningstjenesten og behandlingstilbudet er som ovennevnt samlokalisert i klinikk i spesialisthelsetjenesten. Tjenesten skal være landsdekkende. Det er ut fra forventet trafikk tall (ved oppstart av tjenesten) hensiktsmessig å legge veilednings-/lavterskelenheten ett sted i landet, gjerne i en allerede etablert spesialpoliklinikk, mens behandlingstjenester i nivå 4 lokaliseres i hver helseregion.

For å sikre fagkompetanse, har RHF representanter i prosjektet anbefalt at behandlingstilbud bør organiseres som spesialpoliklinikker i tilknytning til kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, eller flere regionale spesialpoliklinikker for fagområdet. DPS vurderes som mindre hensiktsmessig ut fra faglig profil, samt at behandlingserfaringen hos hver behandler blir uhenktsmessig liten. På sikt kan en vurdere om tilbudet skal nå ut til utvalgte DPS. Tilknytning til kompetansesentrene vurderes viktig for å sikre kompetanse og kvalitet på tjenestene. Det er samtidig viktig at

dette ikke fremstår som del av «sikkerhetspsykiatrien» og øker terskel for å søke hjelp. Nærmere stillingtagen til lokalisering av spesialpoliklinikk(er) i hver region bør gjøres regionalt.

Det er ut fra forventede¹ trafikk tall for tjenesten hensiktsmessig å starte opp tilbudet i en av spesialpoliklinikkene. En ønsker å innhente erfaringer fra denne, justere og etablere tjenesten i de øvrige kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri etter hvert.

Brukerrepresentantene vurderte modell 3 til å ha størst gevinst for bruker, da den la mer til rette for et helhetlig tilbud. De ønsket i tillegg at det skulle være mulighet for individuell oppfølging etter endt behandling. To til tre timer, gjerne med samme behandler som tidligere. Helst uten å måtte ha henvisning fra fastlege.

Juridisk vurdering

Foreslått modell 3 legger opp til at bruker kan oppsøke modellens veiledningstjeneste (lokalisert sammen med spesielt opprettet behandlingsenhet i spesialisthelsetjenesten) **direkte for vurdering og behandling** uten å gå veien om fastlege, dvs. at modellen avviker fra den vanlige inngangen til spesialisthelsetjenesten som er henvisning fra fastlege, privatpraktiserende allmennlege eller psykolog el. (se vedlegg punkt 8.1 juridiske rammebetingelser). Rettighetsvurderingen vil da skje på grunnlag av de opplysningene som fremkommer i direktekontakten med tjenesten, og ikke på grunnlag av en skriftlig henvisning fra fastlege eller annen henviser.

En konsekvens av at bruker ikke er henvist, vil være at poliklinikken ikke kan kreve egenandel av bruker eller refusjon for egenandel fra Helfo, jf. poliklinikkforskriften § 2 og forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp § 4. Det vil gi lavere inntekt for poliklinikker som behandler pasientgruppen, selv om ISF og rammefinansiering uansett vil være den altoverveiende viktigste finansieringskilde.

Muligheter for å bøte på inntektstap er:

- Det gjøres et unntak fra kravet om henvisning for denne gruppen, slik at det kan avkreves egenandel av pasienten eller utløses refusjon for egenandelen fra Helfo. Det kan vurderes om pasientgruppen skal gis fritak fra å betale egenandel, jf. forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp §5. Dette vil i så fall kreve forskriftsendringer i ovennevnte forskrifter.
- En annen mulighet er å øke rammetilskuddet.
- Ytterligere en mulighet er at tjenesten vurderes som øyeblikkelig hjelp etter modell av Olafiaklinikken og overgrepsmottakene, slik at det vil være mulig å kreve egenandel uten henvisning, jf. poliklinikkforskriften § 2 annet ledd. En kan for eksempel se for seg at veiledningstjenesten (nivå 3) kan betraktes som et akutttilbud som gir øyeblikkelig hjelp. Der veiledningstjenesten ikke kan hjelpe bruker med enkeltstående/få konsultasjoner, henvises bruker internt til det spesialiserte behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten (internhenvisning/sekundærhenvisning).

¹ Sverige, og Preventell mottar 20 telefoner pr uke og 50% takker ja til behandling

Helsedirektoratet anbefaler at det gjøres en endring i poliklinikkforskriften og forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp, slik at tjenesten kan kreve egenandel og refusjon. Denne løsningen støtter i størst grad lavterskel tenkningen og er relativt enkel å gjennomføre (løsning en ovenfor)

Rettighetsvurdering basert på at bruker oppsøker spesialisthelsetjenesten direkte, er også et avvik fra utgangspunktet om at rettighetsvurdering (rett til nødvendig helsehjelp) baserer seg på henvisning, jf. pbrl. § 2-2. Ved valg av modell 3 må det derfor gjøres unntak fra dette kravet, dersom bruker som oppsøker tjenesten direkte, skal ha en rettighetsvurdering etter pbrl. § 2-2. Rettighetsvurdering er grunnlaget for at bruker skal få frist for oppstart av behandling, fristbruddrettigheter, adgang til fritt behandlingsvalg etc.

Denne rapportens forslag er at brukergruppen bør vurderes og få tilbud raskt. Det bør derfor gis retningslinjer for at pasienten bør rettighetsvurderes og få tilbakemelding innen 10 dager. Dette i tråd med pbrl. § 2-2 jf. §2-1 b som åpner for raskere vurdering av henvisninger for alvorlige tilstander. For denne brukergruppen anbefales å benytte en hastegrad tilsvarende henvisningsveilederens "haster (elektiv)"

Kriterier for vurdering av rettighetsstatus og frist for seneste tidspunkt for oppstart av behandling - dersom bruker har rett til helsehjelp, bør også tydeliggjøres, for eksempel i prioriteringsveileder. Det bør videre tydeliggjøres at bruker får rett til behandling på grunnlag av identifisert risiko for overgrep. Erfaring tilsier at brukere med høy risiko, trenger raskt responstid når de tar kontakt med tjenesten.

Kompetansebehov

- Kompetanseutvikling for modell 3 nødvendig, både for kampanjer, netjtjeneste, lavterskeltilbud, behandlings- og oppfølgingstilbudet. Hvilke utviklingstiltak som bør settes inn for å anskaffe, utvikle eller mobilisere kompetansen, er ved denne modellen av et større omfang. Å gi god oppfølging og behandling til alle grupper som henvender seg, er en kompleks utviklingsoppgave.
- Internett assistert behandling vurderes å være hensiktsmessig for målgruppen og bør være et eget utviklingsprosjekt. PrevenTell i Stockholm har kommet langt i et slik utviklingsprosjekt og kan være aktuelle samarbeidspartner her, i tillegg til norske miljøer.

Fordeler og ulemper modell 3

Fordeler

- Antatt stor verdi for brukere, da modellen har senket de fleste tersklene for å søke hjelp og reelt motta hjelp for de som ønsker behandling
- Modellen gir "to veier" til behandling, direkte kontakt fra nettsiden og fra nivå 3 til nivå 4
- "Time i hånda" fra veiledningstjenesten
- Øker sannsynligheten for å få hjelpesøkende som kontakter veiledningsenheten, over i behandling
- Modellen gir et helhetlig behandlingssystem og helsepersonell betjener lavterskeltilbudet
- Oppfølgingstjeneste ved rutinemessig innkalling for oppfølgingstime eller i form av muligheter for å ta kontakt etter endt behandling
- Stabil og forutsigbar finansiering vil kunne gjøre modellen effektiv og kan videreutvikles ved nye behov
- Gjennomfører risikovurdering som danner grunnlag for tiltak og behandling

- Data om brukeren anvendes til forskning for å øke innsikten om personer som står i fare for å begå overgrep mot barn
- Gir robuste fagmiljøer og mulighet for "mengdetrening"
- Fagmiljøer som gir støtte og kunnskapsutveksling
- Modellen og strukturen som opparbeides kan videreutvikles til andre målgrupper.
- På sikt kan det etableres områdefunksjoner (tyngdepunkt) i ulike DPS, dersom behov.

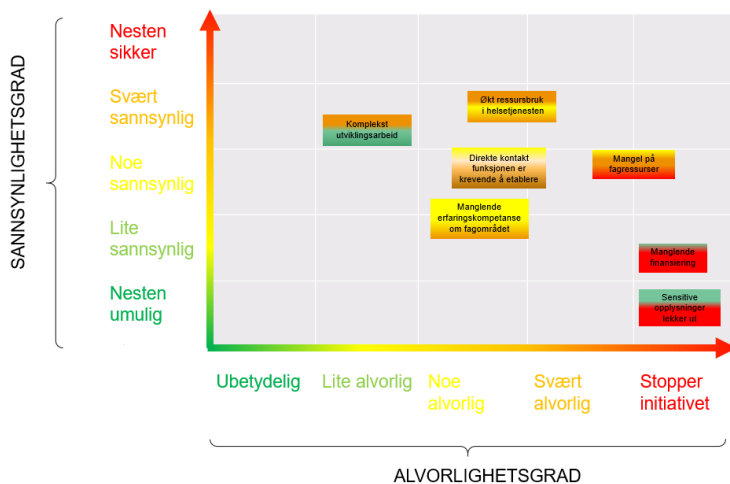
Ulemper

- Ressurskrevende faglig
- Komplekst utviklingsarbeid
- Krever egen høykompetanse i veiledningsenheten
- Må bygge opp kompetanse, både på et lavterskeltilbud og behandlingstilbud
- Bør legges til spesialpoliklinikk i HF som har tilgrensende fagområde, helst innen klinikk for sexologi eller lignende.
- Problemer med å rekruttere psykologer og leger som vil arbeide med primærmålgruppen
- Vil kreve stabil finansiering

Kostnader

- Etablering av nettside mill
- Øvrige kostnader ca. , se punkt 5

Konsekvensvurdering



Figur 7: Risikomatrixmodell 3

De funksjonelle løsningene er meget brukervennlig i denne modellen. Hvert nivå imøtekommer behov hos brukeren. Tjenesten er betjent av personer med fagkompetanse og de skal gi profesjonell veiledning og behandling. Det er god flyt og effektiv saksgang for å komme inn i et profesjonelt behandlingsopplegg, nivå 4. Løsningene er brukervennlig og det er smidige overganger mellom nivåene.

Modellen krever imidlertid etablering av et fagmiljø på en klinikk. Det kan være utfordrende å finne en klinikk som ønsker oppgaven, samt å rekruttere inn tilstrekkelig fagkompetanse.

Modellen vil bidra til etablering av hjelpelinje og lavterskelløsning for personer som står i fare for å begå overgrep mot barn. Brukeren vil tilbys helhetlig behandling med rask responstid fra en tar kontakt til en kommer inn i et behandlingsløp.

4.5. Helsedirektoratets anbefaling av konsept

Helsedirektoratets anbefaler modell 3 da den vurderes å ha høyest primærforebyggende effekt av seksuelle overgrep mot barn. Brukerrepresentanter og pårørenderepresentant antok også at modellen vil gi brukere en tjeneste som senker terskelen på flere områder for å ta kontakt med hjelpeapparatet og motta tjenester. Modellen vil også kunne ivareta en bred tilnærming til primærmålgruppen og sekundærmålgruppen.

Modellen legger opp til at bruker kan oppsøke veiledningstjenesten **direkte for vurdering** og behandling uten å gå veien om fastlege, dvs. at modellen avviker fra den vanlige inngangen til spesialisthelsetjenesten som er henvisning fra fastlege, privatpraktiserende allmennlege eller psykolog el.

Modellen har senket de identifiserte kritiske områdene for å søke hjelp og for å motta behandling, for de som ønsker dette. Kampanjer vurderes å være det første leddet i å senke terskelen for hjelpesøkende, blant annet at de blir informert om at et slik tilbud eksisterer og at det finnes håp for å gjøre endringer. En kommunikasjonsansatt i lavterskeltilbudet vil øke sannsynligheten for at potensielle brukere blir informert gjennom et regelmessig strategiarbeid. Nettsiden vil gi relevant informasjon, i tillegg til kontaktinformasjon. Konfidensialitet ivaretas gjennom mulighet til å være anonym ved henvendelse til lavterskeltilbud for rådgivning og veiledning. Faglige argumenter er store for å senke terskelen for henvendelser, ved at det legges opp til to "direktekontaktveier" inn i spesialisthelsetjenesten (Levenson et al. 2017). Bruker vil kunne gjøre en direktehenvendelse fra nettsiden til spesialpoliklinikk/behandlingsenheten i spesialisthelsetjenesten, på telefon eller e-post. Bruker har også mulighet for direkte kontakt via telefon eller chatt med et anonymt lavterskeltilbud/veiledningstjeneste i spesialisthelsetjenesten. I lavterskelenheten vektlegges høyt kompetansenivå for å ta imot og gi råd på henvendelser, noe som er kritisk avgjørende for hele forløpet i tjenesten. Risikovurderinger bør være en del av den faglige kompetansen. Lavterskelenheten bør derfor etableres ett sted i landet, gjerne i en klinikk for fagområde. Dersom bruker ønsker behandling bør lavterskeltilbudet kunne gi time for utredning og behandling til bruker direkte på telefon, eller gis i etterkant. For å motta et behandlingstilbud vil bruker ikke lenger kunne være anonym.

Modell 3 vurderes å ha den beste løsningen for et helhetlig behandlingstilbud og oppfølgingstjeneste. Muligheten for å gi god kvalitet i tjenestene til alle som henvender seg, er størst ved valg av modell 3. Videre vektet at utredning og behandlingstjenesten skal organiseres ett sted i hver helseregion, som spesialpoliklinikk eller tilsvarende med faglig tilknytning til kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Ved å bygge opp kompetansen på få steder i tilknytning til kompetansesentrene, antas det å øke kvaliteten på tjenesten og forebygging av overgrep. Modellen bør også innlemme en oppfølgingstjeneste med rutinemessig innkalling for oppfølgingstime. Og/ eller en

mulighet for kortvarig individuell oppfølging på to til tre timer etter endt behandling. Det anbefales forskning på fagområde, da kunnskapsutvikling er nødvendig.

Modell 3, har også mulighet for å innlemme andre målgrupper innenfor fagfeltet. Gjenbruk av digital plattform, lavterskelenheten, benytte organiseringen av foreslåtte behandlingstjeneste og deler av innholdet i behandlingskonseptet, er mulig. Eksempelvis kan den utvides til å gjelde personer som har pågående kontaktovergrep og nettovergrep.

Modell 3 bør også ses i sammenheng med oppdraget "Områdefunksjon innen spesialisthelsetjenesten for innsatte med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem", samt etablering av et landsdekkende behandlingstilbud etter modell av Basis prosjektet. Det kliniske nettverket/kompetanseutviklingsprosjektet som ledes av Helse Vest med tanke på å bygge opp kompetanse og et nasjonalt likeverdig behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) med problematisk og skadelig seksuell atferd, er også relevant.

5. KOST/NYTTE

Kostnadsberegning er inndelt etter investering for å få etablert tjenesten og drift/vedlikehold. Kostnadsestimaterne er basert på trafikk tall og erfaringer fra PrevenTell i Sverige, samt erfaringstall fra liknende digitaliseringsprosesser. ANOVA i Stockholm med et opptaksområde på ca. 3 Mill, behandler årlig ca. 400 pasienter, hvor en stor andel kommer fra lavterskeltilbudet, PrevenTell. PrevenTell mottar ca. 20 henvendelser pr uke. Av disse ønsker 50 prosent behandling.

Antall henvendelser til lavterskelenheten for sekundærmålgruppen er vanskelig å stipulere. Det er også usikkerhet i anslaget knyttet til virkningen av rutinemessige kampanjestrategier Andre forhold som vil påvirke trafikken til tjenesten og som vi ikke har tatt inn i beregningene er mulighet for kort responstid, "time i hånda", tilgangen på behandling, stabil finansiering av virksomheten m.m. Primærmålgruppen Helsedirektoratet har anbefalt er i tillegg bredere enn tilsvarende behandlingstilbud internasjonalt, noe som kan øke antall henvendelser.

De tekniske løsningene er basert beregninger fra erfaringstall, samt et påslag på 20 % av utviklingskostnader til forvaltning (vedlikehold og videreutvikling) av løsningen.

5.1. Samfunnsøkonomisk vurdering

Formålet med å etablere et lavterskeltilbud med behandling for personer som står i fare for å begå overgrep, er å forebygge seksuelle overgrep mot barn. Kostnader til etablering og drift av tjenesten kan synes høy, dersom vi ser på antall personer som sannsynligvis vil ta kontakt. Vurdert i et samfunnsøkonomisk perspektiv, ser bildet derimot annerledes ut.

Livsløpskostnader i gjennomsnitt per barn og unge utsatt for **alvorlig omsorgssvikt, overgrep eller mishandling** er estimert til ca. 7,5 mkr (*Jf Rapport 1712, Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn*). Negative konsekvenser for den psykiske og fysiske helsen for personer som blir utsatt for seksuelle overgrep er godt dokumentert (Öberg, Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2002).

Et helhetlig behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, vurderes å kunne gi en potensielt stor samfunnsøkonomisk gevinst. Et slikt primærforebyggende tiltak øker muligheten for å redusere risikoen for overgrep. Det er nødvendig med forskning for å evaluere effekt, noe det også er satt av ressurser til i kostnadsberegningen.

6. ERFARING FRA ANDRE LAND OG TJENESTER

6.1. Andre land

Bakgrunn:

Lavterskeltilbud og organisering av behandling har kommet som initiativ fra ressurspersoner eller fagmiljøer innen fagområdet eller ideelle organisasjoner. Stedene vi besøkte og de ulike modeller for å organisere et slik tilbud har mange styrker. Det kan synes som om enkelte av de nyeste etablerte tilbudene har blitt videreutviklet av tidligere etablerte tilbud. De ulike tilbudene har blitt utviklet og tilpasset økonomi, valgt målgruppe og nasjonalt lovverk m.m.

Organisering av et landsdekkende behandlingstilbud:

Det forelå ingen nasjonale føringer eller oppdrag fra myndighetene på de ulike stedene. Enkeltpersoner og fagmiljøers initiativ og innsats for å opprettholde drift og aktivitet, i tillegg til utvidelse, økte sårbarheten for virksomheten. Mellom de ulike land var det variasjon i tilbudet og hvordan det var organisert.

Målgruppe:

Primærmålgruppen for tilbudene var ulike (i de ulike landene). Tyskland har tilbud til de som oppfyller de formelle kriteriene for en pedofilidiagnose, men som ikke har begått straffbar handling. Alle som henvendte seg ble tilbudt en omfattende kartleggings samtale. Kun en liten andel ble gitt tilbud om behandling. Sverige har en bredere tilnærming til målgruppen og inkluderte blant annet personer med hyperseksuell atferd, som sto for nesten halvparten av alle henvendelser. Storbritannia tok imot både de som sto i fare for å begå seksuelle overgrep og de som begår straffbare handlinger, inklusive de som nylig har blitt pågrepet. Nylig pågrepne nettovergrepere sto for nesten 90% av alle henvendelsene.

En av de store felles utfordringene, er unge med skadelig seksuell atferd (SSA). Antall henvendelser er svært begrenset for enkelte av tiltakene, og det kan synes vanskelig å nå målgruppen. Sannsynligvis er det flere forhold som har innvirkning, og det vurderes vanskelig å skille ut en enkeltfaktor. Tyskland har etablert eget tiltak for unge.

Effekt:

Anonyme lavterskeltilbud vurderes å ha ulik effekt for forebygging. Både måten de var organisert på, innhold i tjenesten, risikovurderingene som ble utført og type bistand til bruker, var momenter som påvirket forebyggingseffekten. Sverige og Tyskland har organisert tilbudene på en slik måte, at de fikk en oversikt hvor mange som henvendte seg til lavterskeltilbudet, som ønsket behandling og som faktisk tok imot et behandlingstilbud. Danmark og Storbritannia hadde ingen slik oversikt.

Henvisning:

Effektive henvisningsløsninger fra lavterskel til behandling vurderes å være spesielt viktig for å få bruker i behandling. Praksisen her var varierende, og for noen av de etablerte tilbudene vurderes henvisningsløsningene som mindre hensiktsmessige. Spesielt var dette tilfelle der hvor bruker enten selv måtte henvende seg til fastlegen i etterkant av kontakten med lavterskeltilbudet eller kontakte behandler direkte. Tyskland har bygd opp en modell for direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten. PrevenTell i Sverige kan gi time over telefon for første konsultasjon, enten ved første telefonkontakt med brukeren eller ved at de ringer opp i etterkant for tildeling av time. Dette gjelder bare for Karolinska sjukehusets geografiske opptaksområde. Både i Sverige og Tyskland ble det gjort en vurdering av hastegrad.

Lokalisering:

Geografisk spredning i behandlingstilbudet, lokalisert på noen få steder, ble vurdert som positivt av de som mottok behandling. I tillegg fikk behandlere god erfaring med behandling av gruppen, da kompetanse og henvendelser var plassert på få steder..

Finansiering:

Stabil finansiering er muligens det mest kritiske punktet for alle lavterskel- og behandlingstilbudene vi besøkte. Flere av tiltakene har i en årrekke hatt prosjektfinansiering, som øker usikkerheten for videre eksistens etter endt prosjektperiode. Både i Sverige og Danmark er videre drift av lavterskeltilbudene under evaluering.

Kompetanse/fagressurser:

Storbritannia var det eneste lavterskeltilbudet som i liten grad benyttet seg av helsepersonell og var tydelig på at de ikke var et helsetilbud. De tilbyr kun generell veiledning og gir ingen anbefalinger. Gjennomgående ble lavterskeltilbudet bygget opp som en egen høyspesialisert kompetanse hos personalet. Og at brukere som henvendte seg, ble møtt med samme holdning og respekt, uavhengig av hvem som hadde vakt. I behandling ble det benyttet helsepersonell med vekt på leger og psykologer. Kompetanse på overgrepere og sexologi, er sentralt. Her var vurderingskompetanse, spesielt risikovurdering, også vektlagt. Ved oppstart av behandling var det utarbeidet omfattende kartleggings- og utredningstilbud, med hovedvekt på medisin/psykiatri, psykologi og sexologi. Behandling skjedde etter modell av kognitiv atferdsterapi (Good Lives Modell), ulike risikofaktorer, psykoedukasjon samt legemiddelbehandling. Individuelt eller i gruppe. Tyskland har etablert ett oppfølgingstilbud i gruppe som var åpent for alle som tidligere har vært i behandling ved behov. Tilbudet var "evigvarende" og det var ikke behov for henvisning. Tyskland og Storbritannia hadde egne kommunikasjons- og medieansatte, som også hadde ansvar for kampanjer.

Forskning:

Forskning vurderes å være en viktig forutsetning for denne type virksomhet, da det er et relativt nytt helsetilbud og for å se effekt av behandling. Både Tyskland og Sverige har en systematisk tilnærming til lavterskeltilbudet og behandlingen, som danner grunnlag for forskning og utvikling av helsetjenesten og behandlingen.

6.2. Erfaringer fra andre tjenester i Norge

Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi har delvis et tilbud til målgruppen. De har en nettside med informasjon og et behandlingstilbud. Personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep kan henvende seg direkte og få tilbud om behandling, men de må påberegne ventetid. Behandling individuelt eller i gruppe, samt lengde på behandling tilpasses hver enkelt. IKST har erfaringer med at andre diagnoser kan

være mer dekkende enn pedofili diagnosen. Personer med unnvikende personlighetsforstyrrelse sliter erfaringsmessig med aktuell problemstilling.

Mental Helse har virksomheten Hjelpetelefonen som fungerer som et lavterskeltilbud for en stor gruppe mennesker med ulike utfordringer. De har i tillegg web side med diverse relevant informasjon, chatt og "si det med ord" og hjelp til selvhjelp. Tjenesten er anonym, men IP adressen kan spores. Hjelpetelefonen har ikke mulighet til å henvise, men henstiller til at innringer tar kontakt med fastlege dersom det synes hensiktsmessig. På årsbasis er mellom 5-10 henvendelser fra personer med seksuelle følelser for barn. Det har gjort erfaringer med at noen (meget få) innringere i denne gruppen trigges av å prate om problemstillingen "overgrep mot barn". Bakgrunn og kompetanse hos de som er ansatt i Hjelpetelefonen er variert, alt fra helsebakgrunn, til lærere og politi. De er tydelige på at de ikke er en fagtelefon eller at de tilbyr behandling. De kurses i ulike risikovurderinger og er trosnøytrale.

Ung.no har unge målgruppen. De tar imot alle type henvendelser fra unge opp til 20 år. Flere av deres henvendelser har grenseflate mot de som står i fare for å begå seksuelle overgrep. Spesielt ble digitale løsninger, rutiner og målgruppe diskutert.

7. GJENNOMFØRING AV ARBEIDET

Prosjektet "Helhetlig behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå overgrep mot barn." har hatt som mandat å utarbeide denne rapporten. Arbeidet med rapporten har foregått fra desember 2018 – mars 2019. I perioden april – juni 2019 skal rapporten på intern høring i Helsedirektoratet og deretter skal den sendes på offentlig høring i regi av Helsedirektoratet.

Funksjonell løsning er i stor grad gjenbruk av DIGI-UNG (samordning av digitale løsninger for ungdom) løsningen, se nedenfor under punkt 5.2, Funksjonelt målbilde.

I arbeidet med å utforme forslag til et helhetlig behandlingssystem for personer som står i fare for å begå overgrep, har vi lagt vekt på å involvere og forankre arbeidet hos interessenter knyttet til en slik tjeneste. Prosjektet har i stor grad lagt vekt på å innhente erfaringer fra andre land med en liknende tjeneste, samt relevante miljøer i Norge. Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST)- har velvillig stilt opp og gitt oss tilgang til samtaler med brukere.

Styringsgruppe

Rolle	Navn	Avdeling
Prosjekteier og avd.dir	Torunn Janbu	Avd. Spesialisthelsetjenester
Fagrepresentant avd.dir	Anne Louise Valle	Avd Helserett og bioteknologi
Seniorleverandør, Seks.sjef	Ervin Vodopic	Avd Digitalisering og utvikling
Fagrepresentant, avd.dir	Mette Garvoll	Avd, Psykisk helse og rus

Prosjekt

Rolle	Navn	Org. enhet
Prosjektleder	Trine Pettersen	Avd. Prosjekt og tjenstedesign
Fagansvarlig	Martin Sjøly	Avd. Spesialisthelsetjenester
Fagansvarlig (juss)	Hanne Skui	Avd, Helserett og bioteknologi
RHF-representant	Gaute Nilsen, Helse MN	Helse Midt- Norge
RHF-representant	Anne Aasen	Helse Sør-Øst
Nøkkelressurs, sjefsarkitekt IT	Thore Thomassen	Avd. Utvikling og digitale kanaler
Nøkkelressurs, løsningsarkitekt (IT)	Carel Fredrik van Dorp Skogstad	Avd. Utvikling og digitale kanaler
Nøkkelressurs, kommunikasjon	Stina Gregersen Karlsen	Avd. Kommunikasjon

Prosjektet har innhentet data og erfaringer fra:

- DIGI-UNG, prosjekt sektorielt
- Stop It Now! The Lucy Faithfull Foundation, London.
- PrevenTell, ANOVA, Karolinska Universitetssjukehus, Stockholm
- Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin, Berlin
- Sexologisk klinikk, København
- IKST, Institutt for klinisk sexologi og terapi Oslo
- Ung.no, Oslo
- Mental Helse, Hjelpetelefonen, Skien
- Referansegruppe, hvor Redd Barna har vært deltagende.
- Brukerrepresentanter/panel, to møter med 4 anonyme brukere
- Pårørende representant, ett møte

7.1. Definisjoner og begreper

En lavterskeltjeneste er et tilbud hvor personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep, kan henvende seg til. Tjenesten har en lav terskel for å tilby råd og veiledning, eksempelvis via en (hjelp)telefon eller chat. En lavterskeltjeneste bør også fungere som inngangsdør til behandling for de som ønsker det.

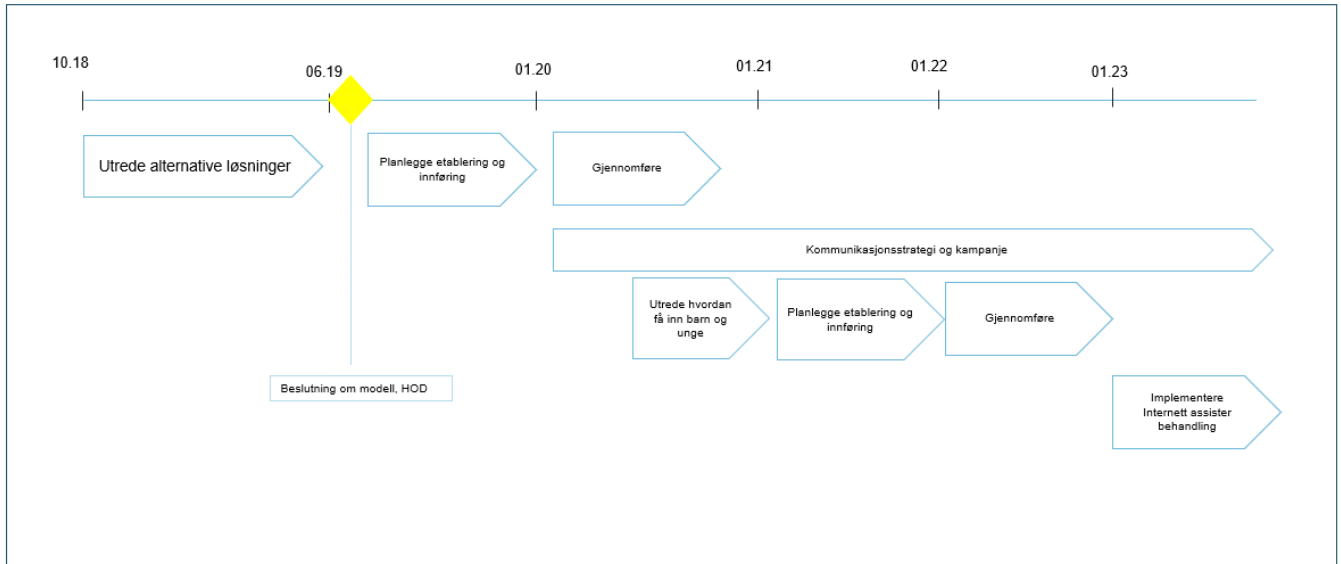
Helhetlig behandlingstjeneste er forløpet fra kampanjer, informasjon på nettside, og lavterskelenhet med videre henvisning til utredning og behandling.

Oppfølgingstjeneste i denne sammenheng være et tilbud i etterkant av et lavterskeltilbud for de som ønsker det.

Med målgruppe mener vi personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn.

Med brukergruppe mener vi personer som kontakter lavterskelløsningen og som eventuelt er i behandling.

8. PLAN OG GJENNOMFØRING



Vedlegg 1: Helserettslige rammebetingelser

Vedlegg 2: Erfaring fra andre land



20180208Erfaringer
_fra_andre_land.do

9. REFERANSER:

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Askeland, I.R., Moen, L.H., Nilsen, L.G., Kruse, A.E., Hjemdal, O.K., & Holt, T. (2016). *Behandlingsstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Barbaree & Marshall, (Eds.). (2006). *The juvenile sex offender* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.

Behandlingsinsatser för personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-1-1.

Beier, M., Janina Neutze, Ingrid A. Mundt, Christoph J. Ahlers, Davis Goecker, Anna Konrad, Gerhard A Schaefer. (2009) *Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD)*. *Child Abuse and Neglect*. 33, 545-549.

Beier, M., (2018). *Preventing Child Sexual Abuse – The Preventing Project Dunkelfeld*. *The Journal of Sexual Medicine* :1-2.

Beier KM, Grundmann D, Kuhle LF, Scherner G, Konrad A, and Amelung T. (2015) The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med* 2015;12:529–542.

Blanchard et al. (2006): Phallometric comparison of pedophilic interest in nonadmitting sexual offenders against stepdaughters, biological daughters, other biologically related girls, and unrelated girls. *Sex Abuse*. Jan;18(1):1-14.

Finkelhor, D. (2009): The prevention of childhood sexual abuse. *Future Child*. 2009 Fall;19(2):169- 94.

Finkelhor, Ormrod & Chaffin, (2009): *Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors*. OJP. Gold Award: Improving Community Safety by Providing Treatment to a Highly Marginalized Clinical Population, (2015) Sexual Behaviours Clinic, Integrated Forensic Program, Royal Ottawa Mental Health Centre, Ottawa, Ontario, Canada, <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.661010>

Grønnerød, C., Grønnerød, J.S., & Grøndahl, P. (2015). Psychological treatment of sexual offenders against children: A meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, violence & abuse*, 16, 280–290.

Hackett, (2014): Children and young people with harmful sexual behaviours. *Research in Practice*.

Harris, G.T., Rice, M.E., Lalumière, M.L., Quinsey, V.L., Boer, D., & Lang, C. (2003). A multisite comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychological assessment*, 15, 413–425.

Holt, T., Govasli Nilsen, L., Holen Moen, L., og Askeland, I. R.,
Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep
En nasjonal kartleggingsundersøkelse: Rapport 6 / 2016.
https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/06/Rapport_6_2016_Nett.pdf

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

Kruse, A. E. (2011), Unge som begår seksuelle overgrep. NKVTS.
<https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/Unge-som-begaar-seksuelle-overgrep2011.pdf>

Levenson, J.S., Gwenda M. Willis, G.M., & Vicencio, C.P. (2017) Obstacles to Help-Seeking for Sexual Offenders: Implications for Prevention of Sexual Abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, 26:2, 99-120, DOI: 10.1080/10538712.2016.1276116

Lindsay, W. R. (2009). *The treatment of sex offenders with developmental disabilities*. Chichester, UK: Wiley.

Nettovergrep mot barn i Norge 2015–2017, Nova-rapport 10/2018

[http://www.forebygging.no/Documents/Nettutg-NOVA-Rapport-Nettovergrep-10-2018%20\(1\).pdf](http://www.forebygging.no/Documents/Nettutg-NOVA-Rapport-Nettovergrep-10-2018%20(1).pdf)

Piché, L., Mathesius, J., Lussier, P., & Schweighofer, A. (2016). Preventative services for sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. doi:10.1177/1079063216630749

PrevenTell (2014). "Slutrapport avseende utvechlingsmedel för att motverka sexuellt vold" Centrum for Andrologi og Sexualmedicin Karolinska Universitetssjukhuset.

Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn <https://vista-analyse.no/no/publikasjoner/samfunnsokonomiske-konsekvenser-av-omsorgssvikt-og-vold-mot-barn/>

Seto, M.C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.

Stop it Now! UK & Ireland Helpline Report Summary 2002–2015, The Lucy Faithfull Foundation Nightingale House, 46-48 East Street Epsom KT17 1HQ

www.stopitnow.org.uk

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder:

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/icd_10/en/

Van Horn, J., Eisenberg, M., Nicholls, C.M., Mulder, J., Webster, S., Paskell, C., Jago, N. (2015). Stop It Now! A pilot study into the limits and benefits of a free helpline preventing child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(8), 853–872. doi:10.1080/10538712.2015.1088914

Öberg, K., Netscher, A. Zamore, E., Dhejne, C., Persson, S., Arver. (2012) *Abstract for the congress of "International Association for the Treatment of Sexual Offenders". IATSO, Berlin.*