

Evaluering av «Det finnes hjelp»

Først publisert: 19. desember 2023

Siste faglige endring: 19. desember 2023

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Introduksjon	10
3. Behandlingen og pasientgruppen	16
4. Organiseringen av Det finnes hjelp	28
5. Behandlingstilbudenes organisering og lokalisering ...	53
6. Konklusjon og forslag til utvikling	61
7. Vedlegg: Litteraturliste	65

Sammendrag

Det finnes hjelp er et helhetlig helsetilbud til personer over 18 år som har seksuell interesse for barn og/eller står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Tilbudet består av en anonym tjeneste for lavterskel veiledning via chat og mulighet for anonym kontakt gjennom telefon, og tilbud om samtalebehandling ved poliklinikk i alle helseregioner. Det finnes hjelp har prehabilitering som grunnprinsipp og er ment å forebygge debut. Tilbudet er forankret i Nasjonale faglige råd for helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp» (heretter Nasjonale faglige råd)[1].

Formålet med denne evalueringen er å vurdere tilbudets organisering og vurdere potensielle utviklingsområder som kan bidra til å understøtte tilbudets målsettinger ytterligere. Følgende hovedproblemstilling har ligget til grunn for evalueringen:

Hvordan fungerer hovedelementene i Det finnes hjelp i dag, og hvordan kan disse elementene videreutvikles for å fremme måloppnåelse?

Problemstillingen er besvart gjennom å undersøke og vurdere de fire hovedelementene i utviklingen av tilbudet, som også har dannet evalueringstemaer for undersøkelsen:

1. Strukturene: Faglig forum, Styringsråd og koordinatorfunksjon (opplæring, fagutvikling), medisinsk kvalitetsregister med nasjonalt omfang (KvaSO), og Helsedirektoratets rolle.
2. Helhetlig tilnærming til målgruppen: gjennom kampanjer, nettside, chat, lav terskel for kontakt gjennom mulighet for selvhenvvisning og anonymitet, og tilbud om spesialisert behandling (jf. Nasjonale faglige råd).
3. Oppfatning av tilbudet: Behandlernes oppfatning av tilbudet de yter.
4. Vurdering av hvordan organisering og lokasjoner virker inn på tilbudenens faglige kvalitet og robusthet, tilgjengelighet og likeverdighet fra Helseforetakenes og de regionale helseforetakenes perspektiv.

Evalueringstemaene er vurdert opp mot fire evalueringskriterier: faglig kvalitet, robusthet, tilgjengelighet og likeverdighet. Rambøll har vurdert hvorvidt dagens organisering av Det finnes hjelp bidrar til disse kriteriene gjennom fidelitet i implementeringen og gjennom tilbudets organisering og rammer, og hvordan tilbudet kan videreutvikles for å bidra ytterligere til kriteriene.

For å svare ut evalueringens problemstilling og innhente et datagrunnlag for å vurdere organiseringen av Det finnes hjelp, har Rambøll gjort datainnsamling i to parallelle spor:

1. Felles strukturer og lavterskel veiledningstjeneste
2. Behandlingstilbudet ved de fem helseforetakene

I begge disse sporene er det gjennomført intervjuer med sentrale aktører i ulike roller i tilbudet, hhv. med fem roller tilknyttet felles strukturer og lavterskel veiledningstjeneste og 23 intervjuer med enhetsledere, behandlere og rådgivere i regionale helseforetak. I tillegg er det innhentet og gjennomgått sentral dokumentasjon og statistikk.

Hovedfunn og oppsummerende vurdering

Overordnet vurderer Rambøll at Det finnes hjelp er et kvalitativt godt tilbud, med solid faglig fundament og utførelse. Dette er basert på at de etablerte strukturene som skal bidra til å sikre et enhetlig tilbud og fagmiljø

synes å fungere etter hensikten, og at den helhetlige tilnærmingen til målgruppen gjennom kampanjer, nettside, chattetjeneste og selvhenvising til behandlingstilbudet, klarer å fange opp og tilgjengeliggjøre tilbudet for målgruppen.

Samtidig har evalueringen identifisert noen forbedringspunkter i organiseringen som har resultert i forslag til utvikling. Forslagene adresserer funn i evalueringen som tyder på et behov for å ytterligere styrke den faglige kvaliteten, tilgjengeligheten, robustheten og likeverdigheten i tilbudet.

Felles strukturer bidrar til å sikre et enhetlig tilbud og fagmiljø

Funnene i evalueringen tyder på at de felles strukturene rundt behandlingstilbudet bidrar til å sikre et enhetlig tilbud og fagmiljø på tvers av behandlingsstedene i en implementeringsfase, og vurderes som viktige også i fortsettelsen.

Styringsrådet har som formål å sikre et godt og fungerende samarbeid om tjenesten mellom OUS, Helsedirektoratet og de øvrige behandlingsstedene. På bakgrunn av intervjudata vurderer Rambøll at Styringsrådet har spilt en viktig rolle i etableringsfasen til Det finnes hjelp, for å sikre behandlingstilbud med samme faglige kvalitet og praktisering og dermed likeverdige tilbud på tvers av de fem lokasjonene. Funnene fra evalueringen sett under ett kan indikere et behov for et forum tilsvarende Styringsrådet som samler de fem tilbudene på et strategisk nivå også i den kommende fasen for Det finnes hjelp, ettersom tilbud og rutiner enda er noe ulike på de fem behandlingsstedene, og på grunn av mulige justeringer som implementeres i overgangen fra prosjekt til ordinær helsetjeneste og i kjølvannet av denne evalueringen.

Faglig forum er et forum på operativt nivå for Det finnes hjelp, som ifølge mandatet skal være et samlingspunkt for faglig erfarings- og kompetanseutveksling for den nasjonale lavterskeltjenesten Detfinneshjelp.no og behandlingstjenestene. Formålet med Faglig forum er å bidra til enhetlig praksis i helseforetakene og slik forhindre uønsket variasjon og legge rette for forskning og kvalitetsutviklingsarbeid. Rambøll vurderer at intensjonen med Faglig forum er god, spesielt for å sikre et fagmiljø på et lite felt på tvers av behandlingsstedene. Dette kan bidra positivt til både faglig kvalitet, enhetlig praksis og dermed likeverdighet i tilbudene på tvers av landet. Ved å bidra til et fagmiljø på tvers kan Faglig forum være en viktig støtte og arena for utvikling for behandlere, og slik bidra til robusthet i tilbudene. For å realisere disse mulighetene fullt ut er det behov for grep som kan gjøre forumet mer relevant og praktisk å delta på, især øke det faglige fokuset i forumet.

Funnene i evalueringen viser at behandlingsmetodene og tematikken ikke nødvendigvis er allment kjent blant nyansatte i behandlingstilbudet, og det vurderes derfor som viktig at det sikres tilstrekkelig opplæring på et tidlig tidspunkt etter nyansettelse og nok tid til å sette seg inn i det. Tilstrekkelig opplæring og kompetanse hos de ansatte er viktig for å kunne tilby behandling med god faglig kvalitet. Ettersom turnover er en risikofaktor for faglig kvalitet og robuste fagmiljøer, vurderes det som viktig at det legges til rette for faglig utvikling lokalt.

For å ivareta behovet for forskning og kvalitetsutvikling knyttet til tilbudet, målgruppen og tematikken, er behandlerne som jobber i Det finnes hjelp pålagt å levere data til KvaSO (Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrepssrelatert problematikk) på bakgrunn av en strukturert utredning, jamfør Nasjonale faglige råd (Hdir, 2020). OUS har ansvaret for KvaSO. Gjennom evalueringen er det funnet stor variasjon i omfanget og kvaliteten på dataene som samles inn om pasientgruppen. Årsaken til den store variasjonen er at vi finner ulike oppfatninger og vurderinger av utredningspakken blant behandlerne – både at deler av informasjonen som samles inn oppleves som irrelevant for pasientgruppen, at utredningen er for omfattende og at det kan skade relasjonen med pasienten. Ut fra dette vurderer Rambøll at formatet på og innholdet i utredningspakken kan få konsekvenser for både tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet som gis pasientene, samt skjevheter i datagrunnlaget KvaSO skal forske på, og følgelig den faglige kvaliteten på forskningen. For å redusere

variasjonene i dataene som samles inn kan det være gunstig å gjennomføre en felles samtale med både forskere og klinikere med informasjon om bakgrunnen for valg av måleinstrumenter og om erfaringer med bruk av utredningspakken. En slik tilnærming vil kunne bidra til å øke behandlernes eierskap til utredningspakken, og potensielt øke etterlevelse av metoden.

Den helhetlige tilnærmingen til målgruppen gjør tilbudet tilgjengelig for målgruppen

Den helhetlige tilnærmingen viser til forløpet som går fra proaktiv tilnærming med informasjon gjennom kampanjer, til informasjon på nettside, en anonym tjeneste for lavterskel veiledning via chat og mulighet for kontakt gjennom telefon, helsehjelp med samtalebehandling på et av de fem behandlingsstedene, samt oppfølging etter behandling. Rambøll vurderer den helhetlige tilnærmingen til målgruppene som et viktig fundament for tilbudet, og at ulike veier inn til tilbudet er en suksessfaktor for å få pasienter til å ta kontakt og oppsøke behandling.

Det er gjort banebrytende arbeid med kampanjen for å markedsføre behandlingstilbudet, som treffer godt blant målgruppen menn i alderen 18-35 år. Det er gjort et omfattende arbeid med å utforme, analysere og vurdere kampanjeelementer, som blant annet viser dekning av de ulike kampanjeelementene blant ulike aldersgrupper, kjønn og landsdeler. På bakgrunn av analysene er det gjort justeringer for å optimalisere kampanjeelementene. Funnene fra evalueringen viser bred enighet om at informasjonsarbeidet er grunnleggende for kjennskap til, og bruk av, tilbudet. Analysene av pågangen på chatten viser at pågangen øker når det er økt synlighet gjennom kampanjen. Det mest sentrale forbedringspotensialet synes å være å treffe enda bredere i befolkningen med kampanjene. Eksempelvis er det identifisert et potensial i å nå bedre ut med informasjon blant minoriteter og i distriktene.

Chatten er en viktig del av lavterskeltilbudet i Det finnes hjelp. Det er et formål om at nettsiden skal motivere personer til å gå videre på siden og ta kontakt med chatten, og i neste omgang søke behandling. OUS eier og har ansvar for det tekniske, samt betjening av chatten. Gjennom evalueringen er det avdekket tekniske problemer med chatten som er til hinder for chattens tilgjengelighet, og dermed de som tar kontakt sin mulighet til å motta informasjon av god faglig kvalitet. Også de korte åpningstidene legger begrensninger for chattens tilgjengelighet. Det kan videre være verdt å utforske juridisk handlingsrom for å gi helsehjelp gjennom chatten, som i dag er begrenset til å kun gi generelle råd.

Funn fra evalueringen viser at pasienthenvendelsene kommer fra ulike kanaler, både via chatten, telefon og direkte henvendelser fra fastleger, barnevern, politi, kriminalomsorg og advokater. Rambøll vurderer som en stor styrke at det er flere inngangskanaler til tilbudet. Muligheten for selvhenvisning og anonym kontakt via chat og mulighet for kontakt via telefon, gjør at det er lettere å ta kontakt for primærmålgruppen selv. At man samtidig legger til rette for at ulike aktører, slik som fastleger, politi, barnevern, o.l., har kunnskap om tilbudet, gjør at man også gjør tilbudet mer tilgjengelig for andre som ikke er kjent med chat-funksjonen.

Funn knyttet til behandling og Nasjonale faglige råd

Gjennom evalueringen har vi innhentet behandlernes oppfatning av tilbudet de gir. Behandlere opplever Nasjonale faglige råd og behandlingsveileder som generelle og derfor vanskelige å tolke. Behandlere har også innspill til mangler i fokus, som sexologi og psykisk helse, i tillegg til et ønske om mer tilpasning av behandlingsmetodikken til norsk kontekst. Det kan synes å være noe variert kjennskap til og forståelse av

behandlingstilnæringen, noe som kan påvirke likeverdigheten i praktiseringen av behandlingstilbudet negativt. Rambøll vurderer at det bør sikres både bedre forståelse for valgt modell, og at innspill til endringer drøftes sammen for å skape felles forståelse for om man gir mulighet for endring eller ikke.

Gjennom evalueringen er det tydelig at en del av pasientpopulasjonen har utført straffbare handlinger, som ofte avdekkes underveis i behandlingen. Det er identifisert ulik forståelse og praktisering av inklusjons- og eksklusjonskriteriene for tilbudet. Det er også avdekket variasjon i behandlingens varighet. Rambøll vurderer at disse variasjonene påvirker både likeverdighet og tilgjengelighet negativt, og kan påvirke faglig kvalitet negativt ved at behandlingsform ikke er tilpasset pasientens situasjon, og på sikt ved at det er feilkilder i data som benyttes til forskning.

Organisering og lokasjoner kan påvirke robuste fagmiljøer og tilgjengelighet

Behandlingslokasjonens organisatoriske og fysiske forhold varierer mellom tilbudene, og de ulike formene for organisering har hver sine fordeler og ulemper, knyttet til faglig nettverk, materielle forhold og sikkerhetstiltak.

Tilbudene har ulik grad av fysiske sikkerhetstiltak og skjerming, og sikkerhetsaspektet vurderes nokså ulikt ved de forskjellige helseforetakene: Mens enkelte har vektlagt stor grad fysiske sikkerhetstiltak for å beskytte behandlerne, er ikke manglende sikkerhet nevnt på steder med mer begrensede sikkerhetstiltak. Omfattende fysiske sikkerhetstiltak kan virke avskrekkende på pasientene. Samtidig forteller enkelte at de ikke har egnet beliggenhet og rom til behandling, med manglende lydisolasjon, noe som også kan ha en avskrekkende effekt på pasientene.

Funn fra evalueringen tyder på at samorganisering oppleves som en styrke for faglig kvalitet, da dette bidrar til større fagmiljø lokalt. Vi finner også at faglig utvikling, autonomi og et godt fagfellesskap er viktig for behandlernes trivsel. Det kan argumenteres for at behandlerne, med deres fagkompetanse, er den viktigste ressursen inn i Det finnes hjelp. Videre finner evalueringen at det er variert pasienttrykk i de ulike helseregionene, og at kapasiteten i tilbudet ikke nødvendigvis er tilpasset pasienttrykket. Basert på funnene fremstår god ivaretagelse av de ansatte gjennom fagmiljø, samt ordninger for å koordinere og tilrettelegge i forbindelse med spesialiseringsløp, som svært viktig for å skape og beholde robuste fagmiljø og sikre god faglig kvalitet.

Usikkerhet rundt finansiering etter overgang fra prosjekt til ordinær helsetjeneste i 2024

Det finnes hjelp går fra å være prosjekt til å bli en del av ordinære helsetjenester i 2024. Det innebærer at finansieringen endrer seg fra øremerkede prosjektmidler, til å gis over statsbudsjett slik at det er de regionale helseforetakene og helseforetakene selv som prioriterer hvordan midlene skal benyttes. Basert på funnene knyttet til overgangen fra prosjekt til ordinært helsetilbud, vurderer Rambøll at mer usikkerhet rundt prioritering i finansieringen av tilbudet fremover vil kunne påvirke behandlingsstedenes muligheter til ansettelser og prioritering av opplæring og veiledning, noe som har betydning for faglig kvalitet, tilgjengelighet og robusthet. Dersom det velges forskjellige løsninger for finansiering i de ulike helseregionene, vil det kunne påvirke likeverdigheten mellom tilbudene. Det er Rambølls klare anbefaling at tilbudet opprettholdes og prioriteres fremover, gjerne gjennom føring.

Forslag til utvikling

Til tross for tydelige kvaliteter i Det finnes hjelp, har Rambøll identifisert potensial for å fremme både faglig kvalitet, robusthet, tilgjengelighet og likeverdighet ytterligere. Noe av potensialet ligger i å tydeliggjøre rammene for tilbudet for å øke fidelitet i implementeringen av behandlingstilbudet i helseforetakene. Enkelte funn peker på et behov for tidligere og tydeligere opplæring i behandlingstilnærming og Nasjonale faglige råd. Det virker også å være behov for tydeliggjøring og avklaringer som ikke fremkommer i Nasjonale faglige råd og behandlingsveileder (Stand strong, walk tall: Prehabilitation for a Better Future – A Sexual Abuse Prevention Project), men som oppstår underveis i praktiseringen av tilbudet. Spesielt følgende funn kan tyde på ulik praksis og metodetrofasthet, som kan være viktig å oppklare med tydelig kommunikasjon:

- Ulik praksis knyttet til utredningspakken
- Ulik praksis knyttet til inklusjons- og eksklusjonskriterier
- Ulik praksis knyttet til de 16-20 timene det ligger føringer for i nasjonale faglige råd
- Ulik praksis knyttet til videre henvisning ved avdekking av udekkede utrednings- og behandlingsbehov

Videre ligger det potensial i videreutvikling av organisering og rammer for tilbudet.

På bakgrunn av evalueringen fremmes 12 forslag til tydeliggjøring og utvikling:

Kampanje

1. Videreutvikle kampanjen for å nå bredere ut, gjennom mer varierte kontekster på kampanje som viser både urbane og rurale områder, samt gjennom målrettet informasjonsarbeid opp mot «hjelpemålgrupper» som kan ha kontaktheter med og påvirkningskraft på primærmålgruppen til Det finnes hjelp, eksempelvis fastlegekontor, helsestasjon, barneverntjeneste, politi, kriminalomsorg, m.fl.). Se eksempler bakerst i rapporten.

Dette vil bidra til økt tilgjengelighet og dermed økt likeverdighet. På sikt vil det kunne bidra til økt faglig kvalitet på grunn av mer representative data å drive forskning og kvalitetsutvikling på.

Ansvarlig aktør: Hdir

Kommunikasjon og tydeliggjøring av rammer for tilbudet ut mot behandlingsstedene

1. Kommunisere tydeligere til behandlingsstedene hvilket kunnskapsgrunnlag de Nasjonale faglige rådene bygger på, samt nødvendigheten av metodelojalitet.

Tydeligere kommunikasjon og forankring hos behandlerne vil bidra til økt likeverdighet i tilbudet gjennom å styrke metodelojalitet. På sikt vil grepet ha en positiv innvirkning på faglig kvalitet ved å øke kvaliteten på datagrunnlaget for forskning og kvalitetsutvikling.

Ansvarlig aktør: RHF og HF

1. Invitere behandlere og KvaSO til felles samtale om innholdet i utredningspakken, med fokus på begrunnelsen bak utvelgelsen og deling av erfaringer med bruk av måleinstrumentene i utredningspakken. Grepet er todelt, og består av to elementer: 1) styrke utredningspakkens forankring og etterlevelse hos behandlerne gjennom å øke deres kjennskap til og forståelse av innholdet i utredningspakken, og 2) diskutere erfaringer og drøfte innholdet i utredningspakken for å vurdere om det er behov for å utvikle utredningspakken eller om det etter drøftelsen vurderes at utredningspakken skal etterleves slik den er i dag.

Dette vil bidra til økt faglig kvalitet i både behandling og forskning gjennom å styrke etterlevelse. I tillegg vil man få økt kunnskap om nytten av innholdet og avveininger som gjøres i praktisering av utredningspakken. Dersom grepene kan bidra til styrket etterlevelse, vil det videre kunne gi økt likeverdighet i pasientenes mulighet til å bidra til forskning, og hvor mye av pasienttiden som brukes til behandling og hvor mye som brukes til utredning.

Ansvarlig aktør: OUS

Opplæring

1. Sikre tilstrekkelig opplæring kort tid etter nyansettelse, som også sikrer at rammer/premisser for tilbudet er formidlet til nyansatte. Opplæringstilbudet bør inkludere både behandlingsmetode og utredningspakken.

Dette vil bidra til økt faglig kvalitet, og gjennom å fremme mestring hos nye behandlerne, øke tilbudets robusthet.

Ansvarlig aktør: OUS

Felles strukturer

1. Videreføring av Styringsrådet for å støtte forestående endringer som følge av overgang fra prosjekt til ordinær drift og eventuelle justeringer etter evalueringen.

Dette vil spesielt ha betydning for de fem behandlingstilbudenes likeverdighet og faglige kvalitet.

Ansvarlig aktør: Hdir

1. Gjøre Faglig forum til et møte «for behandlere, av behandlere», med tydeligere ansvar og eierskap til innhold hos behandlerne ved alle fem lokasjoner.

Dette vil bidra til økt faglig kvalitet og likeverdighet. I den grad det bidrar til å gi behandlerne et faglig miljø, vil det også bidra positivt til robusthet.

Ansvarlig aktør: OUS

1. Foreslå nytt tidspunkt for Faglig forum som ligger utenfor «beste behandlingstid».

Dette kan gjøre det enklere for behandlere å delta i Faglig forum, som vil ha positiv innvirkning på faglig kvalitet, likeverdighet og robusthet.

Ansvarlig aktør: OUS

1. Vurdere grep for styrking av koordinatorfunksjonen og gjøre koordinatorrollen mindre sårbar.

Dette vil spesielt styrke tilbudets robusthet. En styrket koordinatorfunksjon kan være viktig for både Faglig forum, opplæring og veiledning, og derigjennom ha positiv innvirkning på faglig kvalitet og likeverdighet.

Ansvarlig aktør: OUS

Chat

1. Løse de tekniske problemene med chatten og legge til rette for at eventuelle nyoppståtte tekniske problemer løses fortløpende.

Dette grepet er viktig for å øke chattens faglige kvalitet. Videre bidrar grepet til å øke chattens, og følgelig også det kliniske behandlingstilbudets, tilgjengelighet.

Ansvarlig aktør: OUS

1. Vurdere utvidede åpningstider for chatten som er bedre tilpasset etterspørselen, slik at det er mulig å ta kontakt innenfor tidsrom som ligger utenfor vanlig arbeidstid.

Dette grepet vil bidra til å øke chattens tilgjengelighet. Ettersom chatten skal fungere som en sluse inn til behandlingstilbudet kan grepet indirekte også bidra til å øke behandlingstilbudets tilgjengelighet.

Ansvarlig aktør: OUS

Lokal organisering

1. Sørge for at alle behandlere har tilgang til et større fagmiljø med mulighet for faglig diskusjon og avlastning.

Dette grepet vil ha positiv innvirkning på faglig kvalitet. Videre vil grepet bidra til økt robusthet gjennom å gjøre behandlingsstedet mindre sårbart for eventuelle utskiftninger i behandlere, samt lette trykket på behandlingsstedets kapasitet.

Ansvarlig aktør: Helse Bergen HF

Økonomisk forutsigbarhet

1. Vurdere tydelig oppdrag og/eller føring eller øremerking som gir tilbudet mer økonomisk forutsigbarhet i overgangen fra prosjekt til ordinær helsetjeneste.

Dette grepet vil ha stor betydning for tilbudenes robusthet og faglige kvalitet, samt muligheten til å gi et likeverdig tilbud med god tilgjengelighet.

Ansvarlig aktør: RHF og helseforetak

[1]

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgre>

Introduksjon

Formål med oppdraget

Det finnes hjelp er et helhetlig tilbud rettet mot personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. *Det finnes hjelp* er, jamfør nettsiden, «[...] et tilbud for personer fra 18 år med seksuell interesse for barn, som har en selvidentifisert risiko, og som ønsker hjelp til å unngå å handle på sin seksuelle interesse. Behandlingstilbudet er åpent også for personer med tidligere straffesakshistorikk, men tar ikke imot personer som for øyeblikket er under etterforskning for seksuallovbrudd.»^[2] Tilbudet retter også informasjon mot sekundærmålgrupper som fagpersoner, media og andre som ønsker informasjon om tilbudet.

Det finnes hjelp er et forholdsvis nytt tiltak for å redusere risiko for å begå overgrep mot barn. Formålet med denne evalueringen er å vurdere tilbudets organisering og vurdere potensielle utviklingsområder som kan bidra til å understøtte tilbudets målsettinger ytterligere. Dette er i tråd med formative evalueringers formål om å evaluere for å legge til rette for læring, forbedring og optimalisering av prosesser og innhold som kan fremme måloppnåelse.

[2] <https://detfinneshjelp.no/>

Bakgrunn og kontekst for oppdraget

Tilbudet *Det finnes hjelp* er utviklet på bakgrunn av et dokumentert behov for et forebyggende tilbud, samt en grundig utredning av konsept og ulike modeller.^[3]

Tilbudet består av nettsiden [Detfinneshjelp.no](https://detfinneshjelp.no), som er et lavterskeltilbud med informasjon og med mulighet for å få råd og veiledning på chat og mulighet til å bestille time via telefon. Tilbudet består også av et behandlingstilbud som består av individuell samtaleterapi med psykolog eller psykiater. Tilbudet finnes ved Oslo universitetssykehus, Helse Stavanger, Helse Bergen, Universitetssykehuset i Nord-Norge og St. Olavs Hospital. Organiseringen av *Det finnes hjelp* består av behandlingstilbudet i fem helseforetak, i tillegg til felles strukturer som understøtter behandlingstilbudet og inneholder lavterskel veiledningstjeneste på chat. I kap. 3 redegjøres det nærmere for organiseringen av *Det finnes hjelp*.

Helsedirektoratet er ansvarlig for markedsføring av tilbudet, og har hatt flere runder med kampanjer for tilbudet. Se nærmere informasjon om og vurdering av kampanjen i kap. 3.

Helsedirektoratet har utarbeidet Nasjonale faglige råd for helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «*Det finnes hjelp*» (heretter Nasjonale faglige råd), som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgruppen i *Det finnes hjelp*.^[4] De nasjonale faglige rådene konstatere blant annet at tilbudet bør være helhetlig, målgruppe for tilbudet, behandlingstilnærming, at pasientene bør tilbys strukturert utredning og at helsepersonell i tilbudet bør ha særskilt kompetanse.^[5] De nasjonale faglige rådene har som formål å forhindre uønsket variasjon i behandlingstilbudene ved helseforetakene som tilbyr *Det finnes hjelp*.

Videre er det nedfelt at de nasjonale faglige rådene «[...] bør evalueres fortløpende med hensikt å forbedre lavterskeltilbudet, utredningen og behandlingstilbudet, og forhindre seksuelle overgrep mot barn. Tilsvarende bør også organiseringen av helsetilbudet justeres basert på evaluering og erfaringer».^[6]

Tilbudet Det finnes hjelp er utformet på bakgrunn av eksisterende internasjonal forskning på feltet, men ettersom det eksisterer lite kunnskap både om målgruppen og behandling av denne gruppen, er et sentralt formål og premiss for Det finnes hjelp at tilbudet skal bidra til kunnskapsutvikling om målgruppen og om hvordan forebyggende behandling fungerer på denne målgruppen.[7] Forskning og kvalitetsutviklingsarbeid skal sikres gjennom utredning og innsending av kartleggingsdata om pasientene til Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrep relatert problematikk, KvaSO.

Behovet for kunnskapsutvikling gjør det viktig å sikre lik praksis i implementeringen av behandlingstilbudene på de fem helseforetakene, som innebærer at behandlerne følger Nasjonale faglige råd. Den nasjonale organiseringen av Det finnes hjelp med felles strukturer skal også understøtte formålet om fidelitet i implementeringen av tilbudet, utvikling og kvalitet. Dette omfatter blant felles opplæring og veiledning, og strukturene Styringsrådet og Faglig forum på henholdsvis strategisk og operativt nivå.

Alle disse forholdene omtales nærmere i påfølgende kapitler, sammen med presentasjon av funn knyttet til de ulike delene og Rambølls vurderinger av fidelitet i implementeringen og behov for videreutvikling av organisering og rammer for tilbudet.

[3] Helsedirektoratet. «Konseptutredning for et lavterskel og helhetlig behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn».

[4] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp».

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ov>

[5] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 1 Helhetlig behandlingstilbud.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ov>

[6] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 1 Helhetlig behandlingstilbud.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ov>

[7] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». 1 Helhetlig behandlingstilbud.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ov>

Problemstilling og evalueringstemaer

Følgende hovedproblemstilling har ligget til grunn for evalueringen:

Hvordan fungerer hovedelementene i *Det finnes hjelp* i dag, og hvordan kan disse elementene videreutvikles for å fremme måloppnåelse?

Problemstillingen besvares gjennom å undersøke og vurdere de fire hovedelementene i utviklingen av tilbudet, og hvordan disse påvirker tilbudenens faglige kvalitet, robusthet, tilgjengelighet og likeverdighet. De fire hovedelementene former evalueringstemaer for undersøkelsen:

1. **Strukturene:** Faglig forum, Styringsråd og koordinatorfunksjon (opplæring, fagutvikling), samt medisinsk kvalitetsregister med nasjonalt omfang (KvaSO), og Helsedirektoratets rolle.

2. **Helhetlig tilnærming til målgruppen:** gjennom kampanjer, nettside, chat, lav terskel for kontakt gjennom mulighet for selvhenvising og anonymitet, og tilbud om spesialisert behandling (jf. Nasjonale faglige råd).
3. **Oppfatning av tilbudet:** Behandlernes oppfatning av tilbudet de yter.
4. **Vurdering av hvordan organisering og lokasjoner[8] virker inn på tilbudenes faglige kvalitet og robusthet, tilgjengelighet og likeverdighet** fra Helseforetakenes og de regionale helseforetakenes perspektiv

Oppdraget skal ikke vurdere behandlingseffekt og har ikke samlet data fra pasienter.

[8] Alle tilbudene er organisert i spesialpolikliniske enheter eller tilsvarende, med unntak av Bergen, der tilbudet er organisert i ordinær poliklinikk. I Stavanger og Trondheim foregår behandlingen i tilknytning til fengsel- og sikkerhetspsykiatriske enheter, mens de øvrige tilbudene gjennomfører behandlingen i alminnelige polikliniske lokaler.

Evalueringsskriterier

De fire evalueringstemaene som undersøkes er vurdert opp mot fire kriterier: faglig kvalitet, robusthet, tilgjengelighet og likeverdighet. Rambøll har vurdert hvorvidt dagens organisering av Det finnes hjelp bidrar til disse fire kriteriene gjennom fidelitet i implementeringen og gjennom tilbudets organisering og innretning, og hvordan tilbudet kan videreutvikles for å bidra ytterligere til disse kriteriene. De fire kriteriene vurderes som sentrale for å gi et godt tilbud som understøtter og fremmer måloppnåelse på Det finnes hjelp sine resultatmål. Under forklares nærmere hva som ligger i de fire ulike kriteriene.

Faglig kvalitet

Den faglige kvaliteten i behandlingstilbudet skal fremmes gjennom Nasjonale faglige råd, opplæring og veiledning i behandlingsmetodikk ved OUS og strukturer som Faglig forum. I tillegg er det et stort fokus på å innsamle data som kan brukes til forskning og kvalitetsarbeid på målgruppen, for å vite mer om målgruppen og få mer kunnskap om hvordan behandlingsmetodikken fungerer. Dette skal gjøres gjennom at behandlerne benytter samtykkebaserte kartleggingsverktøy og sender inn kartlagt data til Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrepssrelatert problematikk (KvaSO).

Robusthet

Robusthet forstås som evnen tilbudet har til å tåle eksterne og interne risikokilder, som variasjon i pågang av pasienter, endret finansiering, turnover, sykdom hos behandlere, m.m. Robusthet innebærer at tilbudet opprettholdes og ytes på beste vis til tross for denne typen påkjenninger.

Tilgjengelighet

Tilgjengelighetsprinsippet rommer flere elementer. På den ene siden handler det om å senke terskelen for å ta kontakt med tilbudet, slik at tilbudet reelt oppleves som tilgjengelig for alle som trenger tilbudet. Dette innebærer muligheten til å ta kontakt på flere måter, åpningstider og kapasitet hos behandlere. Måten informasjon om tilbudet spres kan også bidra til synlighet og dermed tilgjengelighet ved å gjøre tilbudet kjent. Videre kan tilgjengelighet handle om fysiske forhold, som beliggenhet og fysiske forhold ved lokasjonen som kan bidra til å henholdsvis senke eller heve terskelen for å møte opp. Reisevei og eventuelt tilbud om digital behandling er også med på å påvirke tilgjengeligheten.

Likeverdighet

Likeverdighet i tilbudet kan forstås på flere måter. En sentral forståelse av likeverdighet er at behandlingstilbudet skal gjennomføres på lik måte ved de fem helseforetakene uten uønsket variasjon. Dette er viktig både for å kunne drive forskning og kvalitetsutviklingsarbeid basert på data av god kvalitet, og for at behandlingen som tilbys på ulike lokasjoner er likt og like godt, uavhengig av hvor i landet man bor. I likeverdighetsbegrepet ligger det også et element som handler om å nå alle deler av befolkningen med informasjon om at tilbudet finnes.

Leserveiledning

Rapporten er bygget opp på følgende måte:

- Sammendrag der formål, metode, hovedfunn og forslag til utvikling oppsummeres
- Kapittel 1 gir en introduksjon til rapporten, med formål, evalueringstemaer og problemstillinger, evalueringskriterier og bakgrunn og kontekst for oppdraget
- Kapittel 2 går nærmere inn på behandlingstilbudet, pasientgruppen og behandlernes vurdering av tilbudet de yter
- Kapittel 3 redegjør for organiseringen av Det finnes hjelp, og funn og vurderinger knyttet til dette
- Kapittel 4 går nærmere inn på hvordan behandlingstilbudet er organisert i de fem helseregionene, samt vurderinger knyttet til organisering og lokasjoner
- Kapittel 5 inneholder en konklusjon og løfter frem forslag til justeringer som forventes å kunne bidra til å øke faglig kvalitet, robusthet, likeverdighet og tilgjengelighet på bakgrunn av funn og vurderinger i rapporten
- Vedlegg 1: Litteraturliste

Metodisk tilnærming

I dette kapittelet beskrives metodisk tilnærming med datakilder, utvalg og vurdering av datagrunnlaget.

For å evaluere organiseringen av Det finnes hjelp, har Rambøll gjort datainnsamling i to parallelle spor:

1. Felles strukturer og lavterskel veiledningstjeneste
2. Behandlingstilbudet ved de fem helseforetakene

I begge disse sporene er det gjennomført intervjuer med sentrale aktører i ulike roller i tilbudet. I tillegg er det innhentet og gjennomgått sentral dokumentasjon og statistikk.

Helsedirektoratet har bistått med å redegjøre for tilbudets historikk, oppbygging og målsettinger, i tillegg til å identifisere sentrale dokumenter, statistikk og informanter til intervjuer.

Under utdypes hvilke datakilder som har ligget til grunn for evalueringen.

Datakilder for undersøkelse av felles strukturer og lavterskel veiledningstjeneste

Følgende dokumenter og statistikk er gjennomgått:

- Årsrapport KvaSO
- Statistikk over antall henvendelser i chatten
- Posttest kampanje 2022
- Posttest kampanje 2023

Følgende intervjuer er gjennomført:

- Koordinator for Faglig forum, veilednings- og opplæringstilbud (Hdir)
- Ansvarlig for kampanjen (Hdir)
- Teknisk ansvarlig for chat (OUS)
- Styringsrådet v/én tidligere deltaker og én nåværende deltager
- KvaSO (OUS)

Datakilder for undersøkelse av behandlingstilbudet ved de fem helseforetakene

Følgende dokumenter og statistikk er gjennomgått:

- Statistikk over antall pasienter i behandling ved de fem behandlingsstedene

Følgende intervjuer er gjennomført ved hvert av de fem behandlingsstedene:

- Enhetsleder
- Behandlere
- Rådgivere fra RHF

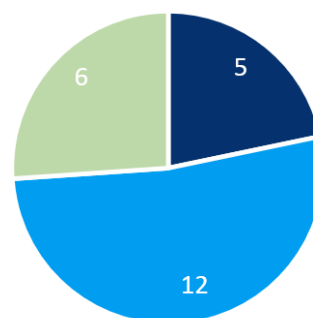
Intervjuene med behandlere er gjennomført som gruppeintervjuer i alle tilfeller utenom Bergen, hvor det kun er én behandler. Intervju med rådgivere fra regionalt helseforetak i Helse Midt ble gjennomført med to rådgivere i samme intervju etter ønske. Øvrige intervjuer er gjennomført som individuelle samtaler.

Samlet sett er det gjennomført intervju med 23 personer tilknyttet disse rollene. Fordelingen på roller og helseforetak vises i Figur 1-1.

Vurdering av datagrunnlaget

Den metodiske tilnærmingen er utformet med hensikt om å belyse tilbudet gjennom eksisterende kilder og ved å innhente et bredt spekter perspektiver fra personer med ulike roller i tilbudet – både i de felles strukturene og ved hvert behandlingssted.

Alle intervjudeltakere har fått spørsmål om å vurdere de felles strukturenes innretning og funksjon og den helhetlige



■ Enhetsleder ■ Behandler ■ Rådgiver

Figur 1-1 Antall og fordeling av informanter på rolle

tilnærmingen. Intervjuene med ledelse og behandlere ved behandlingsstedene har gitt spesielt god innsikt i den lokale organiseringen og implementeringen av behandlingstilbudet, og hvordan den nasjonale riggen virker inn på det lokale tilbudet. Disse intervjuene har også vært den sentrale kilden til vurdering av behandlingstilbudet som ytes. Rådgivere fra de regionale helseforetakene har bidratt med informasjon om vurderinger knyttet til organisering ved oppstart av tilbudet og vurderinger rundt fremtidig finansiering når Det finnes hjelp går fra å være prosjekt til ordinær helsetjeneste fra og med 2024.

En stor andel behandlere har fått forespørsel om å delta i intervju. Noen få har takket nei til å delta fordi de mener de selv ikke har nok erfaring med tilbudet eller fordi det ikke har passet. Rambøll mener å ha fått et bredt datagrunnlag, hvor alle behandlingsstedene er godt representert i intervjuer med både ledelse og behandlere.

Kvalitative undersøkelser har en styrke ved at man innhenter detaljert informasjon om erfaringer, vurderinger, eksempler og nyanser fra flere perspektiver. Det er imidlertid viktig å være klar over at kvalitative intervjudata ikke nødvendigvis gir utsagn som er representative for alle deltakende eller ikke deltakende parter. Gjennom å se alle intervjudata opp mot hverandre fremhever vi i denne rapporten både vurderinger som er felles for flere informanter og vurderinger som gjelder enkeltinformanter. Der funnene beskrives, er det også tydeliggjort hvorvidt det er flere, noen eller enkeltpersoner som står bak funnene.

Det finnes hjelp er et relativt lite tilbud med få involverte aktører på enkelte av behandlingsstedene. Organiseringen, lokasjoner for behandling og erfaringene er unike på de ulike behandlingsstedene. Disse forholdene gjør at enkelte funn er identifiserbare til tross for at sted, rolle og navn er anonymisert. Dette gjør at noen redegjørelser er fremstilt noe overordnet i rapporten, av hensyn til anonymisering. Eventuelle identifiserende utsagn er sendt til sitatsjekk hos informant.

Behandlingen og pasientgruppen

Om tilbudet

Det finnes hjelp er et helhetlig helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Tilbudet[9] består av flere elementer, deriblant tilbud om samtalebehandling ved poliklinikk i alle helseregioner (se kap. 3 for en beskrivelse av de andre elementene i tilbudet). Det finnes hjelp kan betegnes som en sekundærforebyggende intervensjon. Tilbudet har prehabilitering som grunnprinsipp, og er ment å forebygge debut.[10]

Primærmålgruppen for tilbudet er personer fra 18 år og eldre som har seksuell interesse for barn og/eller står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. De har en selvidentifisert risiko, er hjelpesøkende og ønsker å unngå å handle på sin seksuelle tiltrekning. Dette kan både være personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, personer som ikke har noen risiko for å begå overgrep, personer som står i fare for å begå internetrelaterte overgrep og personer som tidligere har sonet en seksuallovbruddsdom, og står i fare for å begå nye overgrep.[11]

Behandlingstilnærmingen i Det finnes hjelp er utviklet med tanke på norske forhold, med utgangspunkt i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future» fra New Zealand. Tilbudet bygger på følgende teoretiske og evidensbaserte tilnærminger:

- Kognitiv atferdsterapi og teori
- Risk-Needs-Responsivity (RNR)
- Styrkebaserte tilnærminger/Good Lives Model (GLM)
- Selvreguleringsmodeller om seksuelt misbruk av barn
- Traumeinformerte omsorgsprinsipper

Behandlingen har en todelt målsetting: ivaretagelse av pasientens autonomi og livskvalitet, samt forebygging av seksuelle overgrep. Behandlingen er underlagt gjeldende regler for taushetsplikt, melde- og avvergeplikt. Videre inneholder de Nasjonale faglige rådene fire kjerneråd som alle pasienter skal gjennom.

Jamfør de Nasjonale faglige rådene bør alle pasienter tilbys en strukturert utredning (kjerneråd 1). På bakgrunn av utredningen skal det utarbeides en behandlingsplan med klare intervensjonsmål i samarbeid med pasienten (kjerneråd 2). Behandlingen skal ta utgangspunkt i råd, teknikker og metoder som inngår i Stand strong, walk tall: Prehabilitation for a Better Future – A Sexual Abuse Prevention Project, men kan også inkludere supplerende behandling fra andre behandlingsmodeller. For eksempel kan behandlingen suppleres med kunnskap fra rus- og avhengighetsbehandling, behandling av tvangstanker eller TF-CBT. Sexologisk fokus og motiverende intervju-tilnærming (MI) i behandlingsprogrammet er nødvendig. For enkelte pasienter vil behandling av psykiske lidelser, som angst og depresjon, være nødvendig. I slike tilfeller skal ordinær behandlingstilnærming for angst og depresjoner benyttes, jamfør Nasjonale faglige råd [12]. I tilfeller hvor det avdekkes alvorlige psykiske lidelser, som psykose og rusrelaterte tilstander som gjør at de er forhindret fra å møte poliklinisk, vil det kunne være faglig forsvarlig å gi et tilbud i andre behandlingstjenester innen psykisk helsevern.[13]

I tillegg til utarbeidelse av behandlingsplan, bør alle pasienter få hjelp til å utvikle en livsplan basert på egne styrker og verdier (kjerneråd 3). Etter avsluttet behandling bør pasientens endring evalueres (kjerneråd 4).

Behandlingen er utviklet for å gjennomføres fysisk som individualterapi, eventuelt digitalt som videosamtale. Intensitet, lengde og frekvensen på behandlingstimer tilpasses til den enkelte pasients behov, men det foreligger føringer på 16-20 timer behandling.[14], [15]

[9] Beskrivelsen av innholdet i tilbudet er basert på Nasjonale faglige råd for Det finnes hjelp.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ovr>

[10] Til sammenlikning har BASIS et klarere primærfokus på håndtering av risiko, og å rehabilitere til et godt liv (forebygge gjentakelse).

[11] Personer som er under etterforskning for seksuallovbrudd er ikke en del av Det finnes hjelp sin målgruppe, og skal i stedet ivaretas av deres lokale DPS. I tilfeller hvor personer med pågående overgrep mot barn tar kontakt skal disse ikke avvises. De skal i stedet henvises til rette instans for adekvat behandling. I tillegg har behandler avvergingsplikt og opplysningsplikt til barnevernet. Personer som står i fare for å begå overgrep mot andre voksne skal tilbys førstegangssamtale med formål å avklare det kliniske bildet, ettersom enkelte kliniske profiler er forbundet med risiko for å begå overgrep mot barn.

[12] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kapittel 4.1 Differensiert psykologisk behandling. «Pasienter med seksuell interesse for barn bør som hovedregel tilbys differensiert psykologisk behandling».
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ovr>

[13] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 3 Utredning av pasienter.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ovr>

[14] Christofferson, S., Willis, G., Cording, J., og Waitoki, W. (2020). Stand strong, walk tall: Prehabilitation for a better future.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ovr>

[15] Stand strong walk tall webinar training (august, 2020).
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ovr>

Typer behandlingsformer

Individualterapi vurderes som mest hensiktsmessig

Behandlingen i Det finnes hjelp er individualterapi, en forutsetning for tilbudet fastsatt gjennom Nasjonale faglige råd[18]. Gjennom intervjuer bekreftes det at individualterapi vurderes å være den mest hensiktsmessige tilnærmingen, både grunnet behandlingens tematikk, men også fordi pasientene har stor skamfølelse og er svært sensitive for å dele informasjonen med andre enn behandler. Pasientene er svært opptatt av forhold rundt konfidensialitet og anonymitet. I tillegg har pasientene ulike og sammensatte utfordringsbilder, som gjør at de også har ulike behov i behandlingen, som fordrer individuell tilpasning og oppfølging. Blant annet nevnes at flere pasienter sliter med relasjonskompetanse og flere har psykiske

utfordringer. Individualterapi vurderes også som mest hensiktsmessig med tanke på de ulike utredningsprosedyrene som man må gjennomføre, som kan være mer krevende å gjøre i en gruppe. I tillegg kan det være store geografiske avstander mellom pasientene, som kan utgjøre en praktisk barriere.

Enkelte behandlerne løfter samtidig at gruppeterapi som behandlingsform kan være positivt for enkelte formål og pasienter. De er imidlertid mer usikre på om pasientgruppen i Det finnes hjelp er modne for denne typen behandling. De er derimot mer positive til gruppeterapi på et senere stadium, hvor pasientene har kommet langt i behandlingen. Det er også et spørsmål om kapasitet, hvor behandlere på enkelte steder uttrykker at de kun har kapasitet til individualterapi, slik ressursene er fordelt i dag. Det påpekes at dette innspillet ikke reflekterer en oppfattelse av at det er valgfritt å velge mellom individualterapi og gruppeterapi i Det finnes hjelp, men at enkelte er positive til gruppeterapi på et senere stadium.

Behandlingen er fysisk eller digital – eller begge deler

Pasientene som kvalifiserer til behandling er en pasientgruppe som er krevende å nå, og de bor ikke nødvendigvis på de fem lokasjonene hvor behandlingsenhetene er lokalisert. Fordi behandlingsstedene dekker store geografiske områder, foregår behandlingen både fysisk og digitalt. Behandlerne foretrekker at behandlingen er fysisk, for å bygge den tilliten som trengs og få mest ut av behandlingen. Man er derfor helt avhengig av gode digitale verktøy for å få til en god overgang fra anonym henvendelse til behandlingstilbud.

Hvis behandlingen må være digital, streber de likevel etter at første behandling skal være et fysisk møte, eller en mer hybrid behandlingsform hvor man veksler mellom digitale og fysiske møter. Noen behandlingsforløp er imidlertid heldigitale, mens andre er bare fysisk behandling. Det er delte meninger om hvor godt digital behandling fungerer. Enkelte mener det skaper «kluss i det kliniske» og gir begrenset behandlingseffekt. Noen behandlere er bekymret for at det kan være enkelte ting man ikke plukker opp i digital behandling.

Andre mener at digital behandling ikke nødvendigvis er like godt egnet til den aktuelle pasientgruppen, men at det er godt alternativ til de som bor langt unna og ellers kanskje ikke ville benyttet seg av behandling i det hele tatt. På den andre siden gir digital behandling en økt fleksibilitet både for pasienter og behandlere, som ofte kan være fordelaktig og gjøre det lettere å møte opp til behandling. Sitatet under illustrerer dette:

"Har tilpasset seg de geografiske forholdene så godt det lar seg gjøre, mht. den store andelen tilreisende. Digitalt er ikke fullt så gunstig som fysisk, men kan fungere bra det og. Forskning på digitale samtaler er ganske positiv, men forutsetter at man også har fysiske samtaler, særlig i oppstarten for å bygge en god relasjon. Noe er lettere å ta digitalt enn annet. Risiko for at en ikke fanger opp alt digitalt som en ville ha fanget opp fysisk. Fordelene er at vi får gjennomført terapi, og får møtt dem så ofte som vi ønsker. Ulempen er at man kanskje ikke får det terapeutiske innblikket man skulle ønske som behandler. Mister noe i kommunikasjonen over nett." – *Behandler*

Behandlingens varighet varierer

Det finnes hjelp er opprinnelig utformet som et korttidstilbud, med en føring om 16-20 timer behandling jf. Nasjonale faglige råd[19]. Det finnes hjelp bygger på en forutsetning om prehabilitering og en del av Det finnes hjelp er å videre henvise der man avdekker udekkede utrednings- og behandlingsbehov.[20] Samtidig indikerer funn fra intervjuene at det er noe ulik praksis med hensyn til hvorvidt føringen på 16-20 timer overholdes.

Funnene i evalueringen tyder på at praksis knyttet til varighet av behandling og praktisering av videre henvisning ved avdekking av udekkede utrednings- og behandlingsbehov, er ulik. Det er imidlertid flere behandlere som forteller at flere pasienter har behov for et lengre tilbud enn det som er tiltenkt, blant annet fordi de behøver oppfølging på flere områder. Noen har et behandlingsforløp på fire måneder, andre er inne i behandling over et år. Gjennom intervjuene fremkommer det at lengden på pasientenes behandling varierer basert på flere forhold. Det kan blant annet avhenge av utfordringsbildet og hvor sammensatte utfordringene er. Pasienter som har psykiske utfordringer bruker ofte lenger tid på behandling, enn personer som får behandling for den seksuelle interessen alene. I den sammenheng er flere behandlere kritisk til et tak på 20 timer behandling, som pekes på som kunstig eller ikke godt nok tilpasset til pasientpopulasjonens reelle behov. Som indikert innledningsvis i avsnittet, kan denne opplevelsen også være knyttet til varierende praksis knyttet til inklusjons- og eksklusjonskriterier og videre henvisning.

Rambølls vurderinger

Valg av individualterapi som behandlingsform til målgruppen for Det finnes hjelp støttes av informantene i evalueringen. Rambøll vurderer at det også en styrke at behandlerne har hovedfokus på pasienter som er motiverte til å gå i behandling, som gjør at det faglige i behandlingen er godt tilpasset pasientenes utgangspunkt. Når det gjelder tilbud om digital behandling, kan dette påvirke den faglige kvaliteten, ettersom det kan skape litt utfordringer i den kliniske tilnærmingen og tillitsbyggingen i behandlingsrelasjonen. På den andre siden bidrar tilbudet om digital behandling til å øke Det finnes hjelps tilgjengelighet.

Pasientene har ulike behandlingsforløp, som kan påvirke robusthet både positivt og negativt. På den ene siden, får man en varighet i behandlingsforløpet som er tilpasset pasientens behov. På den andre siden, kan dette også skape kapasitetsutfordringer for behandler hvis det er mange som behøver lange behandlingsforløp. Det kan også påvirke data til bruk i forskning og kvalitetsutvikling ettersom det reflekterer ulik praksis.

[18] Christofferson, S., Willis, G., Cording, J., og Waitoki, W. (2020). Stand strong, walk tall: Prehabilitation for a better future.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ovr>

[19] Stand strong walk tall webinar training (august, 2020).

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ovr>

[20] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 3 Utredning av pasienter.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ovr>

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Om pasientpopulasjonen

Primærmålgruppen for Det finnes hjelp er personer fra 18 år som har seksuell interesse for barn og/eller står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, jf. Nasjonale faglige råd.[16] I Nasjonale faglige råd står det at dette kan være personer som:

- «har seksuell interesse for barn, og som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn.
- har seksuell interesse for barn, som ikke har noen risiko for å begå overgrep.
- står i fare for å begå internettrelaterte overgrep. Dette kan for eksempel være å laste ned, streame, dele og produsere overgrepsmateriale av barn, voksenbarn chatting, grooming, chatting om produksjon av overgrepsmateriale og teknologi-assistert seksuelle overgrep.
- tidligere har sonet en seksuallovbruddsdom, og igjen står i fare for å begå overgrep»[17]

Gjennom evalueringen er det tydelig at en betydelig del av pasientpopulasjonen har utført straffbare handlinger på området, men ikke nødvendigvis har sonet en seksuallovbruddsdom. Et tydelig funn som går igjen på de fleste behandlingsstedene, er derfor at pasientpopulasjonen er langt mer sammensatt og mangfoldig enn det opprinnelige tilbudet var designet for. Som nevnt har pasientene en god del demografiske fellestrekk, ved at de fleste er etnisk norske menn under 40 år alder. Derimot ser man stor variasjon i pasientenes utfordringsbilder, samt historikk knyttet til å ha handlet på den seksuelle interessen. I denne sammenheng ser flere behandlere og ledere behovet for å vurdere en bredere tilnærming til hvem som inngår i målgruppen og hva slags ulike utfordringer de sliter med.

Pasientpopulasjonen består av et bredt spekter, fra dem som aldri har handlet på sin seksuelle interesse, til dem som har begått fysiske overgrep og hatt påfølgende straffegjennomføring for dette. Overordnet forteller mange behandlere at det er kun en begrenset andel av pasientene som kun har seksuelle tanker om barn, men aldri har handlet på det. Tvert imot, mange av pasientene har vært innenfor det som omtales som «gråsoner», som ofte er nedlastning av overgrepsmateriale. Følgende sitater fra ulike behandlingssteder, viser bred enighet om at det er en større variasjonsbredde i pasientpopulasjonen enn først tiltenkt:

"De aller fleste pasientene har brukt overgrepsmateriale, men ikke blitt tatt. Dette skaper et kunstig skille mellom tilbudet Det finnes hjelp og tilbudet som er myntet på de som er tatt. Kan også være noen som ikke har gjort noe, men har høy risiko for å gjøre det. Litt vilkårlig at de ikke har gjort noe enda. Det savner jeg litt i kommunikasjonen i markedsføringsmaterialet, synes det betones litt mye at man har tanker ikke har gjort noe enda. Treffer nok mange og kan være fint for dem, men tror også det er fint å treffe den gruppen som har en vond hemmelighet og skammer seg. De aller fleste vi treffer på har benyttet overgrepsmateriale." – *Behandler*

"Hvis du tar kontakt via en chat så regnes det også som et fysisk overgrep. Per dags dato har jeg hatt ingen som ikke har vært borte i noe – alle har enten lastet ned, overgrep på nett, etc.. Flertallet har krysset linjen – enten har det gjort mange ganger og har avhengighet som de egentlig ikke liker og har en moralsk side som er sterkere – eller noen som har kommet borti det og blir veldig skremt og er redd for utviklingen fremover. Men en del har også blitt tatt av politiet, er ferdig etterforsket eller har sonet tidligere, men er ute og har ikke noen verktøy for å mestre tankene eller holde seg unna overgrepsmateriale." – *Behandler*

Inklusjon- og eksklusjon av pasienter som er under etterforskning

Overordnet overholdes inklusjons- og eksklusjonskriteriene når pasienten er under etterforskning, samt hvis de er under 18 år. Ingen av behandlingsstedene tar inn pasienter hvor det foreligger pågående etterforskning. Dette kriteriet fremstår som tydelig, og begrunnelsen for dette er ofte hva som er motivasjonen for behandlingen. Hvis pasientene er midt i behandlingen når etterforskningen startes, blir behandlingen satt på pause til etterforskningen er avsluttet og det eventuelt foreligger en dom. Pasientene får imidlertid som oftest tilbud hvis det foreligger en tilståelsesdom eller vedkommende har sonet ferdig:

"Fått mange som har vært pågrepet, men hvor det har vært tilståelsesdom. Hovedargument for å ikke ta imot personer som er under etterforskning er at de kan ha en sekundæragenda. Dette faller bort ved en tilståelsesdom. I utgangspunktet behandler vi ikke personer som er under etterforskning eller er under 18." – *Leder*

"Har ikke tatt imot pasienter som er under etterforskning, men har tatt dem imot etter at etterforskningen var ferdig." – *Behandler*

Overordnet ekskluderer de ytterst få utover dette, i så fall er det som regel kun pasienter som ikke har en seksuell interesse for barn, men heller en annen lidelse.

Inklusjon- og eksklusjon av pasienter med dom- eller overgrepshistorikk

Flere pasienter har imidlertid dom- eller overgrepshistorikk, selv om de ikke er under aktiv etterforskning. Behandlere forteller at overgrepshistorikk eller ulovlige handlinger blir som oftest avdekket i pasientsamtalene, men ønsker ikke å kaste dem ut av den grunn. Noen har også tolket det slik at man også skal ta imot pasienter som har begått overgrep (men ikke lenger er under etterforskning). Flere behandlere og ledere forteller om at de praktiserer en pragmatisk tilnærming og har ikke ønsket å låse seg for mye til kriterier. Hvis de har kapasitet og det er avklarte dommer, så har man stort sett gitt tilbud. Hvis man har kapasitetsutfordringer, kan det være nødvendig å være strengere med inklusjonskriteriene.

Oslo fremstår imidlertid som et unntak i denne sammenheng. Hvis det under behandlingsforløpet kommer frem at pasienten har en tidligere straffereaksjon gjøres det en vurdering av omfanget og alvorligheten av lovbruddet med hensyn til videre behandling. Dersom den aktuelle pasienten for eksempel har sonet flere dommer for grove seksuelle overgrep vil pasienten overføres til et annet tilbud ved enheten. Bakgrunnen for dette er at Stand Strong, Walk Tall-modellen er vanskelig å anvende i behandling av pasienter med en lengre straffehistorikk bestående av grov seksuell vold. Utover dette er ikke tidligere straffehistorikk et eksklusjonskriterium ved Det finnes hjelp Oslo, men pasienten må ha lyst på hjelp, identifisere sin atferd som problematisk, samt ha et ønske om endring. Pasienter som er under etterforskning av politiet, venter på en dom eller skal sone eller er soner en pågående dom får ikke tilbud om behandling ved Det finnes hjelp.

Behov for å tydeliggjøre inklusjons- og eksklusjonskriterier

Flere behandlere etterlyser en tydeliggjøring av inklusjonskriteriene, slik at det skal bli lettere å følge. Flere uttrykker at kriteriene ikke alltid er så tydelig definert, og at det i prinsippet kun er de som er under aktiv etterforskning og under 18 år som blir systematisk utelatt.

Det er derimot en del gråsoner rundt disse kriteriene som behandlere har behov for å få avklart. For eksempel er det spørsmål om man skal inkludere pasienter som venter på soning, eller pasienter som er tiltrukket av unge tenåringer, selv om tilbudet i seg selv ikke er rettet mot dem. Her ønskes det tydeligere avklaringer.

Intervjumaterialet viser at det kan være behov for å se på tilpasningen i inklusjonskriteriene når det gjelder populasjonens varierte utfordringer, samt bredden i risikotendenser og overgrepshistorikk. Flere forteller

også at det er veldig ulik praksis både mellom behandlingssteder og behandlere imellom når det gjelder praksisen og utøvelsen av kriteriene. Flere behandlere ser behovet for å se nærmere på om denne variasjonen er en nødvendig tilpasning, eller om det burde være mer lik praksis på tvers.

Rambølls vurderinger

Ettersom den reelle pasientpopulasjonen er mer mangfoldig og sammensatt enn det tilbudet er designet for, opplever behandlerne ofte at de må stole på egen dømmekraft og gjøre egne faglige vurderinger av hvordan møte pasientenes behandlingsbehov. Rambøll vurderer at det er behov for grep som kan tydeliggjøre hvordan personer som ikke er i primærgruppen for *Det finnes hjelp* kan ivaretas på en forsvarlig måte. De fleste behandlingsstedene har som prinsipp å ekskludere svært få, noe som gir en styrket tilgjengelighet ut mot personer med ulike men tilgrensende behov. På den andre siden er det viktig å sikre god kvalitet på dataene som benyttes i forskningen. Ulik praktisering av inklusjons- og eksklusjonskriterier kan redusere datakvaliteten og vanskeliggjøre tolkning.

Det er identifisert variasjon i praktisering av inklusjons- og eksklusjonskriterier for behandling. Selv om alle behandlerne er kjent med kriteriene, opplever de utydelige signaler om hvordan de skal etterleves og at gråsoneproblematikk og det at straffbare forhold avdekkes underveis i behandlingen gjør det vanskelig å vurdere. Behandlernes største motivasjon og opplevelse av samfunnsansvar er å hjelpe de som trenger hjelp, og ikke alle opplever at de har et egnet tilbud å henvise pasienten til hvis de ekskluderes fra *Det finnes hjelp*. Variasjonen i praksis går ut over likeverdigheten i tilbudet som gis, men også tilgjengeligheten ut mot pasientene. Variasjonen kan gå ut over faglig kvalitet, ettersom behandlingsmetodikken er tilpasset personer som ikke har handlet på sin seksuelle interesse for barn. På sikt vil også variasjonen i praksis kunne påvirke faglig kvalitet gjennom at det er feilkilder i datagrunnlaget for forskning og kvalitetsutvikling.

[16] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 1 Helhetlig behandlingstilbud.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ov>

[17] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 1 Helhetlig behandlingstilbud. Kap. 2 Lavterskeltjeneste.

«Lavterskeltjenesten bør tilby generelle råd og veiledning til alle personer som ønsker å unngå å handle på sin seksuelle interesse for barn».

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ov>

Behandlernes vurdering av behandling og Nasjonale faglige råd

Behandlernes vurdering av behandlingen de gir

Som beskrevet i kap. 1, skal evalueringen ikke vurdere behandlingseffekt og er ikke basert på innsamling av data om pasienter. Fokuset på behandlingen i evalueringen er imidlertid rettet mot å innhente behandlernes oppfatning av tilbudet de gir. Gjennom intervjuer har behandlerne selv gjort en vurdering av hvorvidt behandlingen har virkning, men det påpekes at evalueringen likevel ikke vurderer eller konkluderer rundt behandlingseffekt.

Behandlerne uttrykker også at det er begrenset på hvor mye de kan si om virkningen av tilbudet på pasientene. Deres hovedinntrykk er at behandlingen virker positivt på pasientene, og flere forteller at de er overbeviste om at de hjelper mange av dem. De påpeker at bare det at det eksisterer et tilbud i seg selv er en bragd, og betydningen av å kunne tilby et trygt og fordomsfritt rom hvor pasientene kan få en forebyggende behandling har en stor verdi i seg selv.

En behandler uttrykker at de må ta pasientenes ord på at de ikke begår kriminalitet eller handler på den seksuelle interessen sin under behandling. Sitatet under illustrerer denne oppfatningen:

"Men vi har inntrykket av at de fortsatt har holdt seg unna, eller begrenset den atferden som vi ønsker å forhindre. Inntrykk av at de har hatt en god opplevelse av å ha kontakt med oss, at de kan snakke med oss uten å bli møtt med fordømmelse. Jeg har blitt fortalt at vi har blitt positivt omtalt på det mørke nettet, som gjør at folk tør å komme hit. [...]" – *Behandler*

Gjennom intervjuene blir det likevel tydelig at den største utfordringen er gråsonene knyttet til ulovlig aktivitet på nett. Flere av behandlerne har inntrykk av at majoriteten av pasientene ikke begår fysiske lovbrudd under behandling, men at det fortsatt er noen pasienter som sliter med å begrense ulovlig nedlastning eller chatvirksomhet.

Overordnet har tilbudet og de faglige rådene en fleksibilitet som gjør at man kan tilpasse etter behov og utfordringsbilde, som gjør at pasientene får større nytteverdi av behandlingen. Kombinasjonen av at man både har en seleksjon i hvilke pasienter som passer inn i målgruppen, samt at man tilbyr en fleksibilitet til å håndtere sammensatte utfordringer, gjør at man får et tilbud som både er designet til pasientene som kommer, og gir rom for individuelle tilpasninger.

Vurdering av Nasjonale faglige råd[21] og tilnærming

Som beskrevet i kap. 2.1 bygger det kliniske arbeidet på teoretiske modeller (Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future, Good lives model), som legger rammen rundt behandlingen. Tilnærmingen vektlegger ikke bare risiko, men også pasientenes psykiske helse og livskvalitet. Slik en behandler beskrev det, er «fokus på sunnere livsstil et verktøy for å redusere risiko». Behandlerne har en behandlingsveileder (Clinicians guide), som etter formålet skal gi rom for individuell tilpasning.

Overordnet er det forskjell mellom behandlere på hvor strengt de følger rådene for kartlegging og behandling. Selv om behandlerne er positive til behandlingseffekten i tilbudet, har de imidlertid flere tilbakemeldinger når det gjelder den faglige tilnærmingen og rådene som ligger til grunn. Det er spesielt fire områder som behandlerne trekker frem.

For det første, er det flere som påpeker at det er et for lite fokus på seksualitet og sexologi. Det etterspørres en større bredde i denne sammenheng. Dette kan også ses i lys av at flere påpeker at pasientpopulasjonen i virkeligheten har en mye bredere sammensetning enn det som først var tenkt:

"Behandlingen er kognitiv atferdsterapeutisk inspirert. Sexologisk tenkning er fraværende, som gjør at det kommer litt for kort innholdsmessig. Det er lite som går på konkret seksualitet, og det er det som er kjernegjenstanden her." – *Behandler*

For det andre, er det enkelte behandlere som ønsker å drøfte hvilken rolle psykisk helse spiller i behandlingen og for behovet til pasientpopulasjonen. Det fortelles om at det ofte foreligger andre utfordringer som kommer i tillegg til den seksuelle interessen, som er vanskelig å behandle adskilt fra

hverandre. Det fortelles om at flere pasienter kan ha symptomer på angst, depresjon, autisme, lærevansker, med mer. Flere pasienter har derfor behov behandling for psykiske utfordringer. Flere behandlere påpeker at man ikke kan separere psykisk helse og den seksuelle interessen, og at det i mange tilfeller er nødvendig å adressere underliggende følelser og psykiske aspekter. En behandler uttrykker følgende:

"Vi kan ikke bare si «stopp, vi kan ikke snakke om depresjon – vi kan bare snakke om kontroll – depresjon kan du snakke med min kollega om». Det går ikke. Hvis det er tilknytningsproblemer i bunn, så må det adresseres. Det henger ofte sammen. Det blir veldig kunstig å separere det." – *Behandler*

Dette har også implikasjoner for varigheten i behandlingen, ettersom flere behandlere påpeker at de psykiske utfordringene tar lenger tid å behandle.

"Vi følger behandlingsveilederen, men det er mange utfordringer i tillegg til seksualitetene. Det skaper ulike forløp og varierende lengde. Grunner til lengre behandling kan være ulike, f.eks. autisme, lærevansker, bruker lenger tid på å bli trygg. Pasientene blir ofte lengre i tilbudet enn de månedene som egentlig er tenkt. Sjelden man går gjennom modulene som er tenkt. Vi hjelper også til med depresjon og angst der det er." – *Behandler*

For det tredje, oppleves Nasjonale faglige råd og behandlingsveilederen (Stand strong, walk tall: Prehabilitation for a Better Future – A Sexual Abuse Prevention Project) som generelle, med et bredt nedslagsfelt. Det har sine fordeler og ulemper, og det er ulike meninger om dette behandlere imellom. Fordelen med en bred behandlingsveileder, er at man får gitt behandling til nesten samtlige som tar kontakt. Ulempene kan imidlertid være at behandlere føler at de gjør for mye som de opplever ikke nødvendigvis er så relevant for behandlingen, knyttet til utredningsdelen. En behandler oppgi å noen ganger få «dårlig samvittighet for å gjøre ting som vi er pålagt å gjøre». En annen forteller at verktøyene brukes ikke alltid, spesielt når det ikke oppleves som relevant (eksempelvis ved kortere behandlingsforløp). Les mer om utredning i kap. 3.1.

Balansegangen mellom å møte pasientenes behov samtidig som man skal følge strukturen i behandlingsforløpet og Nasjonale faglige råd, er noe flere trekker frem som utfordrende. En behandler uttrykker at rådene om å utøve kognitiv terapi kan oppleves som begrensende. Vedkommende uttrykker at fordi det er store variasjoner så må de tilpasse behandlingen til den enkelte, og risikerer da å «ende opp med noe som ikke likner kognitiv terapi». På bakgrunn av dette savner man større mulighet for faglig skjønn. På den andre siden, er det noen behandlere som trekker frem at bredden i rådene i seg selv kan være vanskelig å forholde seg til. Fordi rådene er så generelle, blir det i praksis gjerne opp til hver enkelt behandler å gjøre egne vurderinger. I denne sammenheng ønsker en behandler tydeligere beskrivelser om inntakskriterier i rådene, uten at det skal gå på bekostning av den kliniske friheten til behandlere.

Det fjerde forholdet gjelder tilbakemeldinger til de faglige rådernes internasjonale tilknytning og forankring. Flere er svært positive til at det er forankret i et internasjonalt fagmiljø og at man har kunnskapsdeling mellom land. Alt i alt, har mange et positivt inntrykk av fagmiljøet i New Zealand som rådene er tuftet på. En behandler uttrykker at man må se til og vurdere praksisen som gjøres i andre land, blant annet om man skal åpne opp for medikamentell behandling ved enkelte tilfeller, som denne behandleren savner muligheten for i enkelte forløp.[22] Samtidig har det vært etterlyst en større tilpasning av behandlingstilnærmingen til norske forhold. En behandler mener at modellens fokus på kontrolltenkning, det kognitive i frontallappen og konsekvenstenking, ikke er nok for den sammensatte pasientgruppen, og ser behov for å adressere underliggende følelser og ressursbygging i større grad.

Rambølls vurderinger

Rambøll vurderer at behandlingsmetodikken er basert på høye faglige standarder. Behandlernes hovedinntrykk er at behandlingen fungerer etter hensikten, noe som indikerer at behandlingen i seg selv er innrettet på en måte som gir den nødvendige faglig kvalitet for å oppnå formålet med tilbudet. At det spiller på et internasjonalt fagmiljø, samt en individtilpasset tilnærming i behandlingen, bidrar til å styrke den faglige kvaliteten. Samtidig er det flere som opplever at kunnskap om seksualitet ikke er tilstrekkelig dekket i det faglige opplegget, i tillegg til et ønske om mulighet for å tilpasse opplegget enda mer til norsk kontekst.

Slik den faglige tilnærmingen praktiseres i dag, gir den nødvendig bredde og mulighet til å gjøre individuelle tilpasninger etter pasientenes behov. Dette styrker likeverdigheten i tilbudet ut til pasientene, da man kan få behandling selv om man strever med ulike utfordringer rundt den seksuelle interessen. Det kan imidlertid synes som det er variert kjennskap til og forståelse av behandlingstilnærmingen, noe som kan påvirke likeverdigheten i praktiseringen av behandlingstilbudet negativt. Rambøll vurderer at det bør sikres både forståelse for valgt modell, og at innspill til endringer drøftes sammen for å skape felles forståelse for om man har mulighet for endring eller ikke.

[21] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp».

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ov>

[22] Se hva det står i Nasjonale faglige råd om legemiddelbehandling: Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kapittel 4.2 Legemiddelbehandling. «Pasienter ned seksuell interesse for barn kan tilbys legemiddelbehandling».

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ov>

Erfaringer med opplysningsplikt

Krevende balansegang mellom taushetsplikt og opplysningsplikt

Funnene i evalueringen viser at spørsmål rundt meldeplikt og avvergingsplikt ofte er gjenstand for drøfting og diskusjon. Det er et tema som opptar mange, som flere ønsker å diskutere mer med andre behandlere, blant annet i Faglig forum. Enkelte har også drøftet spørsmål rundt meldeplikten med psykologspesialistene i New Zealand.

Flere uttrykker at det er viktig å diskutere disse forholdene av faglige årsaker. Både fordi det kan være mye usikkerhet rundt hvor grensene går, og fordi det er viktig å diskutere balansegangen mellom meldeplikten og taushetsplikten. Flere uttrykker at det innehar et iboende dilemma; på den ene siden ønsker man å ivareta den sårbare tilliten hos pasientene, samtidig kan å melde forhold til politiet undergrave tilliten både til enkeltbehandlere og tilbudet som helhet, som kan medføre at færre melder seg til behandling. Taushetsplikten vurderes som en grunnleggende forutsetning for at pasientene tar kontakt.

Majoriteten har ikke meldt inn forhold, fordi kriterier ikke har vært oppfylt

Overordnet er det svært få behandlere som forteller at de har benyttet seg av plikten til å melde eller avverge. Dette begrunnes primært med at kriteriene ikke har vært oppfylt for dette. For å anvende avvergingsplikten skal behandler få vite om et kriminelt forhold som ikke har blitt gjort enda, men som planlegges og kan avverges, basert på konkret informasjon. Flere uttrykker imidlertid at gråsonene kan være vanskelige å forholde seg til, spesielt når det gjelder tidligere lovbrudd, nedlastning av overgrepsmateriale eller hvis pasienten bor med barn:

"Det er et kjempevanskelig tema. [...]. Dersom de har lastet ned overgrepsmateriale skal vi ikke melde. De fleste av dem har det, og vi hadde ikke fått inn noen hvis ikke vi kunne ta imot dem. Men ved kontaktovergrep melder vi. Vi har hatt flere gjennomganger av når det er meldeplikt og avvergingsplikt." – *Leder*

"Det er mye gråsoner i forhold til overgrep på nett, spesielt der ofre ikke vet at de blir filmet eller tatt bilder av. Blanding av saker hvor barnevern eller politi er inne i bildet. Der hvor tiltak ikke er på plass vurderes det nøye. Har per i dag ikke meldt inn noe. Pasientene blir også informert i begynnelsen, både om meldeplikt og opplysningsplikt. Nettovergrep har mest gråsoner, men det er ikke der vi egentlig er mest bekymret. Bekymringen er størst hvis pasienten bor med barn." – *Behandler*

Enkelte behandlere har imidlertid meldt inn forhold. Her forteller ledere og behandlere at hvordan meldeplikten gir utslag avhenger av situasjonens kontekst. Hvis forhold meldes inn i samråd med pasienten, behøver ikke dette nødvendigvis å gå på bekostningen av den oppbygde tilliten mellom behandler og pasient. En behandler og en leder forteller om et forhold hvor pasienten var enig i at barnevernet måtte kobles inn, hvor de fortsatte behandlingen i etterkant. I dette tilfellet opplevde behandleren at barnevernet ga en ekstra støtte og avlastning.

I tilfeller hvor bruk av meldeplikten kommer mer overraskende på pasienten, kan imidlertid utfallet bli ganske så annerledes. Det kan risikere å skade tilliten til behandleren betraktelig, og pasientene vil trolig avbryte behandlingen. De færreste behandlere har imidlertid havnet i denne situasjonen.

Viktig å ha personer med juridisk kompetanse tilgjengelig

Fordi meldeplikten kan skape vanskelige problemstillinger, har flere behov for å drøfte disse forholdene med andre aktører, også utover behandlere. Flere ønsker å drøfte disse spørsmålene med personer i sykehusledelsen og fastleger, men aller mest personer mer juridisk kompetanse (jurister og advokater). Behandlingssteder som har jurister tilgjengelig, opplever disse ressursene som en verdifull støtte og sparringspartner i konkrete situasjoner. Enkelte drøfter gjerne først internt, og deretter med jurist ved behov.

Rambølls vurderinger

Rambøll vurderer at faglig miljø og ressurspersoner styrker robustheten i tilbudet, også når det gjelder vurderinger av melde- og avvergingsplikten. At man ikke sitter alene med slike vurderinger er viktig, og de fleste behandlingssteder har mulighet til å drøfte forhold med flere aktører. At mange behandlere vektlegger taushetsplikten i vurdering av meldeplikten er viktig for å at pasientene både henvender seg og velger å fortsette behandling. At behandlere gjør grundige drøftinger og vurderinger av balansegangen mellom taushetsplikt og meldeplikt bidrar til robusthet i pasientstrømmen – dvs. senker terskelen at pasientene tar kontakt og bidrar til å opprettholde tilbudet. Overordnet virker det som det er tilnærmet lik praksis og vurderinger når det gjelder bruk av melde- og avvergingsplikten mellom ulike behandlingssteder.

Organiseringen av Det finnes hjelp

Felles strukturer og lavterskel veiledningstilbud

Behandlingstilbudet er støttet av en rekke felles strukturer. I dette kapittelet gjennomgås formålet med strukturene og funn knyttet til hvordan strukturene fungerer i dag.

Helsedirektoratets rolle og helseforetakenes rolle

Helsedirektoratet har i etableringsfasen 2020-2023 ledet Styringsrådet. Helsedirektoratet eide chatten opprinnelig, før den ble overført til OUS. Helsedirektoratet har ansvar for kampanjearbeidet, og dette ansvaret videreføres fra 2024 når Det finnes hjelp går fra å være et prosjekt til å bli en del av de ordinære helsetjenestene.

Som nevnt over, har OUS et utvidet ansvar i Det finnes hjelp. I tillegg til å drive behandling, har OUS ansvar for KvaSO, nettside og betjening av chat. I tillegg er en administrativ koordinator med tilknytning til OUS ansatt i Det finnes hjelp (og tilbudet Behandling av seksuallovbruddsdømte, BASIS). Koordinatoren har ansvar for å koordinere Faglig forum, samt arrangere opplæringskurs i Det finnes hjelp-metodikk og veiledning av behandlerne ved alle tilbudene. Opplæringen og veiledningen gjennomføres av fagpersoner fra New Zealand. Koordinatoren kjenner også til det administrative ved nettsiden detfinneshjelp.no og chat.

De fire øvrige behandlingsstedene driver behandling. Alle behandlingsstedene har i tillegg representanter i Faglig forum og Styringsråd, som beskrives nærmere under.

Styringsrådet bidrar til dialog på tvers

Styringsrådet er en felles struktur for Det finnes hjelp ledet av Helsedirektoratet, og består av representanter fra alle de fem klinikkene som tilbyr Det finnes hjelp og Helsedirektoratet. Jamfør Mandat for Styringsråd (Hdir, 2020), er Styringsrådets formål å sikre et godt og fungerende samarbeid om tjenesten mellom OUS, Helsedirektoratet og de øvrige behandlingsstedene. Styringsrådet behandler saker fra Det finnes hjelp på strategisk nivå og sikrer forankring av anbefalinger i egen virksomhet og hos samarbeidspartnere. Gjennom Styringsrådet skal også partenes interesse i utøvelsen av tilbudet sikres. Dette skal skje gjennom å ha en arena for å kommunisere alle veier på tvers i tilbudet – både mellom lederne fra de ulike stedene som tilbyr Det finnes hjelp og Hdir som sitter i Styringsrådet, men også slik at Hdir har innsikt i hva som foregår på klinikknivå. Klinikken kan også løfte problemstillinger knyttet til utvikling og implementering av tilbudet opp til Hdir og Styringsrådet. Intensjonen var at denne dialogen skulle bidra til å bidra til å fremme gode tilbud og få oversikt over variasjoner i tilbudet i en etableringsfase fra 2020-2023. Det er ikke avklart hvorvidt Styringsrådet skal opprettholdes eller ikke etter denne perioden, og hvorvidt det er Helsedirektoratet som skal holde i et eventuelt Styringsråd fremover eller ikke.

Styringsrådet avholder møter to ganger per år. I disse møtene har de gjennomgått økonomi, orientert om hvordan det går på behandlingsstedene og tatt opp problemstillinger som har dukket opp. Kommunikasjon og kampanje har også vært et tema i Styringsrådet.

Rambøll har undersøkt hvordan Styringsrådets funksjon oppfattes blant ledere og behandlere i Det finnes hjelp.

Intervjudataene viser at de som kjenner til Styringsrådet, oppfatter denne strukturen som en svært viktig støtte i en etableringsfase, og kanskje også i den kommende stabiliserings- og utviklingsfasen.

Informantene betrakter Styringsrådet som en viktig kanal for å løfte problemstillinger som kommer frem i behandlingen opp i et forum hvor Helsedirektoratet er representert. Flere peker på at den korte veien til Helsedirektoratet gjennom Styringsrådet, er en av suksessfaktorene for implementeringen av Det finnes hjelp.

Flere informanter nevner at Styringsrådet er med på å gi innsikt i hvordan behandlingen foregår på tvers av lokasjoner, noe som oppleves som nyttig og utviklende fordi man kan lære på tvers av tilbudene basert på erfaringsbasert kunnskap. En deltaker i Styringsrådet forteller det slik:

"Styringsrådet bidrar til å samle de fem tilbudene. Er rom for å ta opp utfordringer og problemstillinger. Gjelder alle regioner at man kan utveksle erfaring og kompetanser. Man har alle samme modell som man tar utgangspunkt i, og det er veldig fint. Viktig med felles faglig ståsted for at dataene man samler inn skal kunne sammenliknes. Viktig med den typen standardisering, men også at det er rom for lokal tilpasning, og det er det." – Leder

Funnene viser imidlertid at enkelte savner muligheten til reell påvirkning gjennom Styringsrådet. De som har denne opplevelsen, har en oppfatning av at Styringsrådet først og fremst eksisterer for å orientere om status ut og at sakene drøftes på nokså overordnet nivå, mens det er mindre åpenhet rundt innspill. En informant forklarer det slik:

"Har en opplevelse av at mye var bestemt på forhånd, med sterke føringer fra Helsedirektoratet. Behandlerne skal stille mange spørsmål til pasientene for å lage datagrunnlag, mens det ikke er så naturlig for klinikerne. Innspillene vi har kommet med i Styringsrådet har ikke blitt tatt inn. Helse Sør-Øst og Helsedirektoratet legger sterke føringer for oss andre. Det er ikke akkurat demokrati, selv om de setter pris på innspill. Det bærer preg av forutbestemte elementer. Men de måtte få tilbudet opp raskt og da måtte det bli sånn. Det har jeg full forståelse for." – Leder

Som illustrert gjennom sitatet over, kommer dette inntrykket av erfaringer med at deltakere har løftet forslag inn i Styringsrådet uten å få medhold. Opplevelsen er derfor at mye er bestemt fra før og ikke kan endres. Det er stor enighet om at dette skyldes fokuset på forskning og betydningen av at man samler inn forskningsdata, som gjør opplegget lite fleksibelt for utvikling underveis. Informantene uttrykker samtidig forståelse for hvorfor det er slik, men savner mer innsikt i hva Styringsrådet er og hvorfor de ikke har myndighet til å styre mer enn de opplever at de gjør.

Informantene har noen nyttige refleksjoner knyttet til representasjonen i Styringsrådet og hvordan man skal få mest mulig ut av deltakelsen og Styringsrådet, basert på sine erfaringer. Deltakelse fra klinikkledernivå eller avdelingsledernivå har vært viktig for å fremme robusthet. Siden behandlere og enhetsledere har mer innsikt i behandlingstilbudet enn avdelingsledere, vil imidlertid en kliniker ha bedre muligheter til å løfte saker som angår behandlingstilbudet. Erfaringen er derfor at det er avgjørende at klinikkleder eller avdelingsleder som er representert i Styringsrådet har god dialog med klinikerne i forkant og i etterkant av møtene, for å kunne løfte relevante innspill opp i Styringsrådet og ta med innspill tilbake fra Styringsrådet.

Dette er viktig for å dra nytte av Styringsrådet, fordi man ellers står i fare for å beslutte ting som ifølge behandlerne ikke er gjennomførbart. Deltakerne har erfart dette etter hvert som de har prøvd ulike organiseringer internt.

Når det gjelder eventuell opprettholdelse av Styringsrådet fremover, har enkelte informanter påpekt at det ville vært trygt å opprettholde Styringsrådet en stund til, til man vet mer om hva som fungerer og ikke i tilbudet. En informant trekker en parallell til tilbudet BASIS, hvor Helsedirektoratet har trukket seg helt ut og blant annet avviklet et tilsvarende Styringsråd. Informanten mener Det finnes hjelp fungerer bedre i dag fordi det har et Styringsråd som en felles møteplass på tvers av behandlingsstedene.

Rambølls vurderinger

Rambøll vurderer at Styringsrådet har spilt en viktig rolle i etableringsfasen til Det finnes hjelp, for å sikre behandlingstilbud med samme faglige kvalitet og praktisering og dermed likeverdige tilbud på tvers av de fem lokasjonene. Dette har Styringsrådet bidratt til primært gjennom å være en arena for dialog på tvers av tilbudets strukturer og aktører, og ikke minst gjennom å gi behandlingsstedene en «kort vei» til Helsedirektoratet. Tilbakemeldingene sett under ett kan indikere et behov for et forum tilsvarende Styringsrådet også i den kommende fasen for Det finnes hjelp, ettersom tilbud og rutiner enda er noe ulike på de fem behandlingsstedene og på grunn av mulige justeringer som implementeres i overgangen fra prosjekt til ordinær helsetjeneste og i kjølvannet av evalueringen av Det finnes hjelp.

Faglig forum trenger mer faglig fokus

Faglig forum er et forum på operativt nivå for Det finnes hjelp. Faglig forum skal ifølge mandatet (Hdir, 2021) «være et samlingspunkt for faglig erfarings- og kompetanseutveksling for den nasjonale lavterskeltjenesten Detfinneshjelp.no og behandlingstjenestene, herunder utredning og behandlingsmetodikk, gi kunnskapsbaserte råd til Styringsrådet i beslutninger om faglig utvikling av tjenesten, fokusere på forhold som hemmer og fremmer uønsket praksisvariasjon i tilbudet (tilgjengelig og likeverdig tilbud av Det finnes hjelp), og sørge for jevnlig kontakt med Styringsrådet og tjenestene i Det finnes hjelp. Et viktig formål med Faglig forum er å bidra til enhetlig praksis i helseforetakene, og slik forhindre uønsket variasjon og dermed legge godt til rette for forskning og kvalitetsutviklingsarbeid.

Det avholdes digitale møter i Faglig forum, én gang per måned. Forumet er åpent for både behandlere og ledere fra klinikkene, samt KvaSO og Helsedirektoratet. Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS), er invitert og deltok i begynnelsen, men trakk seg ut etter hvert. OUS har fått oppgaven med å koordinere Faglig forum, gjennom en administrativ koordinatorstilling for både Det finnes hjelp og tilbudet BASIS. Koordinatoren koordinerer veiledning- og opplæringstilbudet også.

Gjennom oppdraget har Rambøll undersøkt hvordan Faglig forum oppfattes og vurderes blant involverte aktører i Det finnes hjelp.

Overordnet sett er informantenes tilbakemeldinger til Faglig forum relativt like på tvers av behandlingsstedene. Tilbakemeldingene går primært ut på at det er et godt initiativ med gode intensjoner, men at det er potensial for å øke det faglige fokuset og nytteverdien for deltakerne.

Funnene fra intervjuer med enhetsledere og behandlere på behandlingsstedene, viser enstemmig positive meninger om å ha et forum for faglige diskusjoner på tvers av fagmiljøene. Informantene oppgir at et Faglig forum er spesielt viktig når det oppstår spørsmål om praktisering av de ulike elementene av tilbudet og når det oppstår spesifikke problemstillinger som man ønsker å drøfte. Dette kan blant annet være etiske problemstillinger og overveielser knyttet til inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier, eller med anonymitet og opplysningsplikt. Behandlere opplever det som nyttig og viktig å drøfte slike spørsmål blant andre

behandlere som jobber i samme tilbud og med samme målgruppe. På den ene siden handler det om å utveksle erfaringer, men også bekymringer, med andre som står i samme situasjon. Dette kan bidra positivt både til tilbudets utvikling og faglige kvalitet og fremme likeverdig tilbud på tvers av behandlingssteder. Videre kan det ha betydning for fagmiljø og behandlernes ønske om å stå i jobben over tid, og dermed ha innvirkning på tilbudets robusthet.

Selv om intensjonen med Faglig forum er meget god, har de fleste informantene innspill om å bruke forumet til nettopp faglige diskusjoner. Flere løfter frem at det har vært behov for å benytte forumet til å informere om administrative forhold og kampanje, slik at Faglig forum har bidratt mest til samkjøring på tvers av behandlingsstedene frem til nå. Dette er også viktig, men det indikerer samtidig at Faglig forum enda har et potensial for å bidra enda mer til faglig utvikling og trygghet. Gjennom intervjuene er det identifisert flere utviklingsmuligheter som kan bidra til å øke nytteverdien for deltakerne. Innspillene handler i stort om å rendyrke den faglige agendaen og å øke deltakelsen.

Et av disse innspillene går på det med å tydeliggjøre formålet med Faglig forum. Intervjudataene indikerer et behov for å tydeliggjøre agenda, og la den faglige agendaen få forrang i forumet. Noen opplever at møtet er for teknisk og langt. Et konkret forslag er bruke mindre tid på å rapportere om antall brukere på chat og pasienter i møtene og erstatte det med faglige diskusjoner. Samtidig etterlyser enkelte en tydelighet i hvem som skal delta – om det kun er for behandlere eller også for ledere. Det kan være vanskelig å sette en faglig agenda for koordinator som har en administrativ rolle og samtidig får lite innspill fra klinkerne på relevant tematikk for forumet.

En annen tilbakemelding er at Faglig forum er stort, noe som kan påvirke deltakeres trygghet til å dele og stille spørsmål. En antakelse er at dette er spesielt utfordrende for nye behandlere som ikke har opparbeidet seg trygghet i rollen eller i gruppen. Dersom forumet ikke er innrettet på en måte som gjør at det oppleves trygt å stille spørsmål og dele erfaringer, når det ikke nødvendigvis målet om å bidra til faglig kvalitet selv om agendaen er faglig orientert. Det kan gi faglig forum begrenset nytteverdi både for den som ikke våger å dele, og for de som ikke får høre spørsmålene og innspillene til den som ikke deler. Et annet funn relatert til størrelsen på Faglig forum, er at det er vanskelig å gå detaljert inn i konkrete saker med mange deltakere og at drøftelsene holdes på et mer overordnet nivå enn ønskelig.

Oppsummert, når det gjelder innhold og organisering, tyder funnene på at det er behov for et forum med faglig diskusjon og erfaringsdeling mellom behandlerne innenfor trygge rammer. For å lykkes med å sette en faglig agenda, har det kommet et innspill om å gi ansvaret for innholdet i Faglig forum til klinikere og å rotere på hvilket behandlingssted som har ansvar for møtene. På den måten kan man oppnå faglig fokus, variert fokus og konkrete problemstillinger. En informant foreslår at møtet inneholder en variasjon av innlegg og diskusjon rundt caser. Det er også ytre ønske om å møtes fysisk et par ganger i året.

Det er indikasjoner på at Faglig forum prioriteres ulikt blant behandlerne. Intervjudata peker på varierte forklaringer på dette. På den ene siden handler det om manglende kapasitet til å delta. Dette kan for eksempel gjelde for behandlere som har flere roller og ansvarsoppgaver, mange pasienter og/eller få behandlerkolleger. Relatert til dette aspektet, fremkommer det også at tidspunktet Faglig forum avholdes er midt i den beste tiden for behandling. På den andre siden kan manglende prioritering av Faglig forum handle om hvilket behov behandlerne har for møtet slik det er i dag. Dersom man opplever at forumet ikke bidrar til fagutvikling, kan behovet for møtet bortfalle. Videre er det en antakelse om at behandlere som er del av et større fagmiljø på sitt lokale behandlingssted har mindre behov for å drøfte faglige problemstillinger med behandlere ved andre lokasjoner, mens behandlere som jobber i et lite tilbud med et mindre faglig miljø på sitt behandlingssted har større behov for å møtes på tvers. Samtidig er det variasjon mellom hvor lang klinisk erfaring deltakerne har, og det kan være viktig å balansere behovet hos både behandlere med lang klinisk erfaring og behandlere med kortere klinisk erfaring slik at alle opplever nytte av forumet. Det blir også nevnt at noen behandlere deltar i møter i helseregionen om Det finnes hjelp og BASIS, noe som både tar kapasitet og reduserer opplevd behov for Faglig forum.

Enkelte informanter etterlyser også at man også kan lande noen diskusjoner effektivt i Faglig forum. Dette kan for eksempel gjelde diskusjoner rundt praktisering av eksklusjons- og inklusjonskriterier, som noen informanter mener har vært utydelig kommunisert.

Rambølls vurderinger

Rambøll vurderer at intensjonen med Faglig forum er god, spesielt for å sikre fagmiljø på et lite felt på tvers av behandlingsstedene. Dette kan i neste omgang bidra positivt til både faglig kvalitet, enhetlig praksis og dermed likeverdighet i tilbudene på tvers av landet. Ved å bidra til et fagmiljø på tvers kan Faglig forum være en viktig støtte og arena for utvikling for behandlere, og derigjennom bidra til robusthet i tilbudene. For å realisere disse mulighetene fullt ut er det behov for grep som kan gjøre forumet mer relevant og praktisk å delta på, især øke det faglige fokuset i forumet.

KvaSO: Balansen mellom forskningsmessige hensyn og kliniske vurderinger oppleves som skjev

Jamfør Nasjonale faglige råd (Hdir, 2020) bør alle pasienter i Det finnes hjelp tilbys en strukturert utredning bestående av utvalgte psykologiske måleinstrumenter og klinisk intervju. Måleinstrumentene er blant annet ment å måle kognitiv funksjon, voldsrisiko, pasientvurdert bedring og behandlervurdert måloppnåelse av behandling. Det primære formålet med utredningspakken er å motivere pasienten til å forklare om sine problemer, nåværende livssituasjon, kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige trekk. Det kliniske intervjuet er den første arenaen for å bygge en tillitsbasert og trygg relasjon med pasienten.

OUS har ansvar for KvaSO - Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrepssrelatert problematikk. For å ivareta behovet for forskning på tematikken og behandlingsformen er behandlerne som arbeider i Det finnes hjelp pålagt å levere data til KvaSO. Behandlerne forventes å tilby pasientene å delta i forskningen, og dersom de takker ja deles data fra utredningspakken med KvaSO. tillegg til analyse av data sender KvaSO også ut nyhetsbrev, og reiser ut til behandlingssteder for å informere, motivere og bistå med opplæring i bruk av utredningspakken og datainnsamlingen.

Gjennom intervjuer er det identifisert utfordringer knyttet til både omfanget av og kvaliteten på dataene som meldes inn til KvaSO. Utfordringene gjelder både dekningsgrad, altså hvor mange pasienter det samles inn data om, samt hva slags og hvor mye data som registreres. Resultatene indikerer at praksis for registrering av data varierer mellom behandlingssteder og mellom individuelle behandlere. Føringerne fra ledelsen i de ulike klinikkene varierer eksempelvis fra ingen, via skjønnsmessig, til relativt strengt. Det finnes hjelp i Stavanger har ventet på godkjenning av samtykkeskjema av pasientombudet, og har dermed ikke hatt på plass rutiner og praksis for registrering og deling av data med KvaSO til nå.

Med hensyn til kvaliteten på dataene som registres er en utfordring at skåringen av måleinstrumenter ikke alltid gjennomføres korrekt. Kulturforskjeller mellom behandlingsstedene med hensyn til hvor stort fokus de har på diagnoser gjenspeiles også i rapportering til KvaSO. Videre er det variasjoner mellom behandlingsstedene med hensyn til bruk av uspesifiserte koder i ICD-10, som F65.9 «Uspesifisert forstyrrelse av seksuelt objektvalg». F65.9 er en samlekategori som kan benyttes når andre kategorier ikke er dekkende. Det spekuleres i om denne kategorien brukes av noen, men ikke alle, behandlere og behandlingssteder i tilfeller hvor pasienten har seksuell interesse for pubertale barn (hebefili), ettersom ICD-10 avgrenser pedofili (F65.4) til seksuell interesse for prepubertale barn.[23] Disse variasjonene påvirker kvaliteten på datagrunnlaget til KvaSO.

Behandlerne anerkjenner behovet for forskning på tematikken, men opplever balansen mellom forskningsmessige hensyn og kliniske vurderinger som skjev. Behandlerne forteller at kun en brøkdel av måleinstrumentene oppleves som relevante for det kliniske arbeidet med pasientene.[24] Dette handler både om at noen måleinstrumenter oppfattes som lite relevante for pasientgruppen eller den enkelte pasient, og at det for noen måleinstrumenter i liten grad eksisterer normer for tolkning.

Flere av behandlerne forteller for eksempel at det forventes at de gjennomfører enkle tester av kognitiv funksjon på pasientene, som er egnet for å avdekke tilfeller hvor pasienten har lav intelligens. Behandlerne forteller at det oppfattes som lite hensiktsmessig å gjennomføre denne typen test når det ikke er klinisk indikasjon på lav intelligens, for eksempel dersom pasienten er høyt utdannet. Det vises til at det kan bidra til å svekke relasjonen mellom pasient og behandler som er sentral for et positivt behandlingsutfall.

"F.eks. en pasient som forteller at han har 8 års utdanning fra universitet. Også ber man ham om å ta enkle intelligens tester, basic screeningtester man ikke har noen indikasjoner for å gjøre. Får pasienten til å føle seg dum. Pinlig og relasjonsødeleggende." – *Behandler*

Funn fra intervjuene og KvaSOs årsrapport[25] tyder på at enkelte av måleinstrumentene ikke er godt nok tilpasset målgruppen for Det finnes hjelp. Måleinstrumentene er valgt ut på bakgrunn av internasjonalt samarbeid, og det eksisterer i begrenset grad måleinstrumenter som er tilpasset pasienter innen prehabilitering, som er Det finnes hjelp sin målgruppe. Dette gjelder både SGAS som omhandler spørsmål om lovbrudd, og VRS-SO som brukes til å vurdere risiko for tilbakefall til seksuallovbrudd. Ettersom Det finnes hjelp er ment å være et tilbud for personer som ikke har handlet på sin seksuelle interesse oppfattes verktøyene som mindre egnet for denne pasientgruppen. I praksis forteller likevel flere behandlere at pasientgruppen i stor grad består av personer som har begått nettovergrep. Enkelte peker på at VRS-SO heller ikke er godt nok tilpasset denne gruppen.[26]

"[Vi] trenger risikoverktøy som er validert for gruppen vi jobber med (de som har begått nettovergrep)" – *Behandler*

Mangelfulle normer for tolkning gjør det krevende å tolke resultatene fra utredningen og videre utfordrende å bruke resultatene inn i behandlingen. I slike tilfeller oppleves derfor også den kliniske relevansen av verktøyene som lav.

"Blir mye arbeid med pasientene som ikke nødvendigvis gir noen klinisk effekt eller informerer mine vurderinger. Kartleggingsverktøyene har liten klinisk relevans. Særlig når det ikke er normer for tolkning." – *Behandler*

Flere informanter påpeker videre at utredningspakken er stor og tar mye tid å gjennomføre. Det oppfattes som at utredningen går ut over den allerede begrensede tiden behandler og pasient har til rådighet sammen.[27] Noen av temaene som dekkes av måleinstrumentene oppleves i tillegg som mer hensiktsmessig å dekke gjennom samtale, i stedet for et skjema. Flere behandlere ønsker derfor at antallet måleinstrumenter i utredningspakken reduseres. Enkelte etterspør også skåringsprogram for å lette tidsbruken, da de i dag gjennomfører skåringen manuelt.[28]

For personer som bor langt unna behandlingsstedet, og kanskje mottar en kombinasjon av fysisk og digital behandling, kan det være utfordrende å få gjennomført utredningspakken. En del pasienter ønsker ikke å få tilsendt ting i posten, og får dermed ikke fylt ut skjemaene i god nok tid. Enkelte behandlere ønsker derfor at utredningspakken gjøres digital.[29] Videre forteller enkelte av lederne og behandlerne at behandlerne ikke har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av måleinstrumentene, og dermed føler seg usikre. Det undervises ikke nødvendigvis i de aktuelle verktøyene på profesjonsstudiet i psykologi, så nyutdannede og nyansatte vil ofte ha behov for opplæring og støtte (for mer om opplæring, se neste avsnitt).

Rambølls vurderinger

De omtalte variasjonene i omfanget og kvaliteten på dataene som samles inn kan potensielt gi skjevheter i datagrunnlaget KvaSO skal forske på, og dermed påvirke den faglige kvaliteten på forskningen. På sikt kan det også tenkes å påvirke den faglige kvaliteten på behandlingen, dersom skjevhetene gir utslag i et svakere beslutningsgrunnlag. Variasjonen i praksis kan ut fra dette også sies å ha konsekvenser for tilbudets likeverdighet, både med hensyn til pasientenes mulighet til å bidra til forskning, og hvor mye av pasienttiden som brukes til behandling og hvor mye som brukes til utredning. I tilfeller hvor gjennomføringen av utredningen har negativ innvirkning på relasjonen mellom pasient og behandler kan utredningen tolkes som å ha konsekvenser for den faglige kvaliteten på behandlingen som pasienten mottar. For å redusere variasjonene i dataene som samles inn kan det være gunstig å gjennomføre en felles samtale med både forskere og klinikere med informasjon om bakgrunnen for valg av måleinstrumenter og om erfaringer med bruk av utredningspakken. En slik tilnærming vil kunne bidra til å øke behandlernes eierskap til utredningspakken, og potensielt øke etterlevelse.

Til slutt tyder resultatene på at formatet på utredningspakken kan ha konsekvenser for både tilgjengelighet og likeverdighet. Mangelen på et digitalt alternativ kan føre til at pasienter som bor langt unna behandlingsstedet og mottar digital behandling ikke har samme mulighet til å bidra til forskningen. Dette kan potensielt også påvirke den faglige kvaliteten på forskningen til KvaSO. Både ved at den aktuelle pasientgruppen i mindre grad inngår i datagrunnlaget, og ved å begrense mulighetene for å undersøke effektene av digital og/eller hybrid behandling.

Tilbudet om opplæring og veiledning har forbedringspotensial

OUS har et utvidet ansvar for opplæringstilbudet til alle som jobber med behandlingsmetodikken, og samarbeider med et fagmiljø på New Zealand om veiledningstilbud for behandlerne. I tillegg har fagpersoner fra USA bidratt inn i opplæringen knyttet til Good Lives Model og risikovurdering. Den offisielle opplæringen og veiledningen i Det finnes hjelp koordineres av en nasjonal koordinator, mens selve gjennomføringen er i regi av forskere i New Zealand. Alle nyansatte er pålagt å gjennomføre opplæring i behandlingsmetodikken til Det finnes hjelp og i to av måleinstrumentene som inngår i utredningspakken (VRS-SO og SAPROF-SO). Det gjennomføres veiledningsøkter ca. 8 ganger i året. Veiledningen er ikke obligatorisk, men det oppfordres til å delta. I tillegg til opplæringen og veiledningen i regi av New Zealand gjennomføres det et train the trainer-opplegg, hvor to behandlere skal trenes opp til å bli superbrukere i risikoverktøyet VRS-SO.

Rambøll har undersøkt hvordan tilbudet om opplæring og veiledning oppfattes og vurderes blant ledere og behandlere i Det finnes hjelp.

Intervjudata viser at behandlere og ledere generelt er positive til og ønsker seg kompetanseutvikling, også utover det offisielle tilbudet om opplæring og veiledning i regi av New Zealand. Noen av behandlingsstedene forteller at de har hatt ekstra fokus på å gjennomføre kompetanseheving blant behandlerne. Det vises til at en lærer lite om sexologi på profesjonsstudiet i psykologi, og at kurs og opplæring derfor er veldig viktig. Behovet for kompetanseutvikling knyttes også til et ønske om å holde tritt med forskning på diagnoser og behandlingsformer.

Behandlere og ledere ønsker seg blant annet mer kunnskap om:

- Sexologi, særlig hva som er normal seksualatferd og ikke
- Utredningspakken/kartleggingsverktøyene som brukes

- Etikk
- Påfyll på forskning, tips og hensyn ifbm. digital terapi
- Kurs i motiverende intervju

Erfaringene med opplæringen som ble gitt i regi av New Zealand er generelt positiv. Opplæringen oppleves blant annet som godt organisert, og nyttig for implementering og standardisering av behandlingstilbudet. Ettersom opplæringen er relativt dyr er nåværende praksis at det gjennomføres opplæring med nyansatte når det har samlet seg opp et visst antall. Det samlede omfanget av metoder og verktøy som behandlerne må lære seg er stort, og det kan være vanskelig å få oversikt på egenhånd eller kun gjennom lokal innføring. En tilbakemelding fra flere ledere og behandlere er at enkelte synes opplæringen burde kommet tidligere etter ansettelse i Det finnes hjelp og vært mer sammenhengende. Et fast årshjul med opplæring to ganger i året nevnes som et forslag for å bøte på dette. Videre gir enkelte uttrykk for at det hadde vært gunstig om opplæringen var på norsk og ble gjennomført med fysisk oppmøte. I Oslo har i tillegg en av behandlerne mottatt train the trainer-opplæring. Denne opplæringen oppleves som særlig nyttig med hensyn til å forbedre egne ferdigheter i bruk av måleinstrumenter.

Meningene rundt veiledningen som gis i regi av New Zealand er delte. Noen opplever veiledningen som nyttig, mens andre opplever varierende eller begrenset nytte av veiledningen. Noen av behandlingsstedene opplever at selv om forskerne fra New Zealand har god kompetanse på forskningen og Good lives modellen (GLM), så har de mindre klinisk erfaring enn noen av behandlerne selv. Dette bidrar til at veiledningen har begrenset relevans for enkelte av de mest erfarne behandlerne. De aktuelle behandlingsstedene ønsker seg derfor i stedet veiledning i regi av noen med lengre klinisk erfaring på feltet, i tillegg til god kjennskap til den norske konteksten og lovverk. Sitatet under illustrerer de delte oppfatningene.

"Jeg har ikke opplevd [veiledningen] direkte selv, men hører fra klinikerne at det er delte meninger. Det jeg kan si er at nasjonalt så er det noen som setter veldig pris på det, særlig de litt mindre stedene." – *Enhetsleder*

Rambølls vurderinger

Tilstrekkelig opplæring og kompetanse hos de ansatte er viktig for å kunne tilby behandling med god faglig kvalitet. Ettersom funnene i evalueringen viser at behandlingsmetodene og tematikken ikke nødvendigvis er allment kjent blant nyansatte, vurderes det som viktig at det sikres tilstrekkelig opplæring på et tidlig tidspunkt etter nyansettelse. Opplæringstilbudet bør inkludere både behandlingsmetoder og utredningspakken. Man kan i tillegg vurdere å inkludere en innføring i sexologi, som etterlyses av flere.

Funnene viser at flere opplever muligheten for faglig utvikling og mestring som viktig for å trives i jobben (se kap. 4.3 for mer om dette). Ettersom turnover er en risikofaktor for faglig kvalitet og robuste fagmiljøer vurderes det som viktig at det legges til rette for videre faglig utvikling, utover det offisielle tilbudet om opplæring og veiledning. Resultatene fra evalueringen indikerer også at veiledningstilbudet med fordel i større grad kan tilpasses til de ulike behandlernes behov og erfaringsnivå, for å legge bedre til rette for faglig utvikling.

[23] Denne utfordringen omtales også i KvaSOs årsrapport 2022-2023.

[24] Begrunnelsen bak hvilke måleinstrumentene som inngår i utredningspakken omtales i de nasjonale faglige rådene for Det finnes hjelp. Basert på funn fra intervjuene kan det fremstå som at behandlerne i begrenset grad er kjent med begrunnelsene bak valg av måleinstrumenter.

[25] Denne utfordringen omtales også i KvaSOs årsrapport 2022-2023.

[26] Det er spilt inn forslag om å inkludere CPORT (Child Pornography Offender Risk Tool) og CASIC (Correlates of Admission of Sexual Interest in Children) i utredningspakken for å dekke dette behovet. Funn fra intervjuene tyder på at dette ikke er kjent for alle behandlerne.

[27] Det ligger en føring på 16-20 timer behandling i Nasjonale faglige råd. Behandlingens varighet i praksis omtales nærmere i kapittel 2.3.

[28] Det er utarbeidet skåringsprogram for flere av måleinstrumentene, men funn fra intervjuene tyder på at dette ikke er implementert alle steder.

[29] Det ble i RHF Nord påbegynt et arbeid for å få instrumentene inn i Checkware, som er en digital testplattform. Dette arbeidet stoppet opp, både pga. økonomi/rettigheter og kvalitetssikring (validering). Dessuten bruker ikke alle helseforetak plattformen.

Den helhetlige tilnærmingen til målgruppen

Helhetlig tilnærming til målgruppen

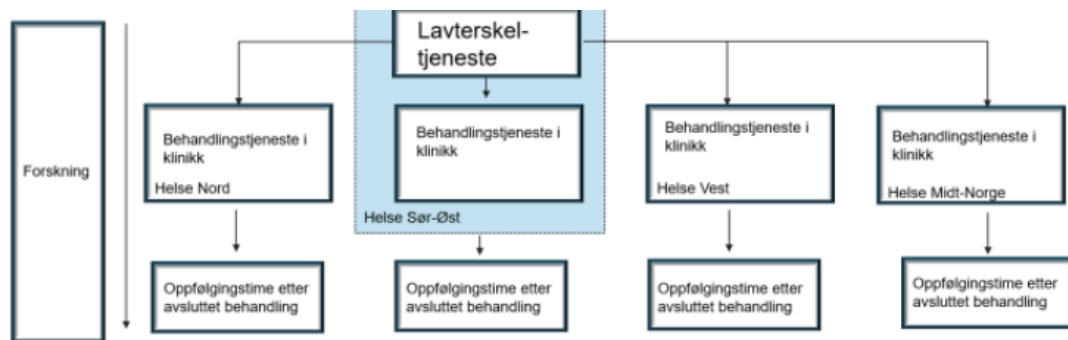
Den helhetlige tilnærmingen viser til forløpet som går fra proaktiv tilnærming med informasjon gjennom kampanjer, til informasjon på nettside, en anonym tjeneste for lavterskel veiledning via chat og mulighet for kontakt gjennom telefon, og helsehjelp med samtalebehandling på et av de fem behandlingsstedene, samt oppfølging etter behandling. Forskning med formål om å forbedre tilbudet og bidra til å produsere ny kunnskap, er også en del av den helhetlige tilnærmingen. Den helhetlige tilnærmingen er forankret i Nasjonale faglige råd (Hdir, 2020).

Tekstene på nettsiden er for å motivere til å søke behandling, og å informere fagpersoner, media og andre som ønsker informasjon om tilbudet. Det er et formål om at nettsiden skal motivere personer til å gå videre på siden og ta kontakt med chatten, og i neste omgang søke behandling. På denne måten skal nettside og chat fungere som en sluse inn i behandlingstilbudet. I tillegg tar man høyde for risikoen for at en som oppsøker lavterskeltilbudet faller fra, gjennom å ha funksjoner hvor besøkende på nettsiden kan bestille behandling direkte på telefon eller e-post til behandlingsstedet. Nettsiden inneholder relevant informasjon og kontaktinformasjon. Nettsiden er på bokmål, samisk og engelsk. Tilnærmingstrategien vektlegger at det skal være lav terskel for å ta kontakt gjennom flere kanalvalg (nettside, chat, telefon, e-post) og mulighet for selvhenvisning, og at anonymitet sikres så langt det er forsvarlig (jf. taushet – avverge- og opplysningsplikt). Samlet gjør dette at løsningen antas å ha høy primærforebyggende effekt.

Helsedirektoratet har ansvaret for kommunikasjon og markedsføring av Det finnes hjelp. Kampanjen er på norsk og nettsiden er på norsk og engelsk.

Organisering





Illustrasjon over tjenestetilbudet til «Det finnes hjelp».

Figur 3-1 Illustrasjon over tjenestetilbudet til Det finnes hjelp[30]

Det er gjort et omfattende arbeid med å utforme, analysere og vurdere kampanjeelementer og treffsikkerhet. Det er gjort få av denne typen kampanjer internasjonalt, og det kan betraktes som banebrytende arbeid med innhold og kanaler for å nå ut om budskap om tilbudet både bredt og målrettet.

Første konsept ble utviklet med reklamebyrået Per Høj og kjørt i 2020 og i 2021. Det ble utviklet en ny retning i 2022 av reklamebyrået Dinamo, som også brukes i 2023. Reklamebyråene har utviklet de kreative konseptene i kampanjene. Kampanjens målgruppe er basert på internasjonal forskning om forekomst av personer med seksuell interesse for barn i normalbefolkningen. Forekomsten på 3-5 prosent, med overvekt av menn, er hovedmålgruppen for tematikken og et forebyggende tilbud som Det finnes hjelp. Kampanjen har først og fremst rettet seg mot å nå grupper så tidlig som mulig i alder, som har større sannsynlighet for å ikke ha handlet på tankene sine enda og ikke har vært plaget med tankene så lenge, noe som gjør det lettere å nå frem med budskapet. Målgruppen for kampanjen er derfor menn i alderen 18-35 år, og kampanjen er rettet mot kanaler som er populære for personer, og spesielt menn, i den alderen. Det er utviklet ulike kampanjeelementer som er innrettet for å treffe både bredt og målrettet mot denne gruppen gjennom ulike strategier.

I den første runden var konseptet laget rundt det tabubelagte med tematikken, og at «det du ikke kan snakke om, kan du snakke med oss om». Filmene viste samtaler i dagligdagse situasjoner hvor den ene utbryter at de har seksuelle følelser for barn, for å vise hvor vanskelig det er å bære på slike tanker alene og for å appellere til forebyggingsaspektet. Filmene viste også en lenke til detfinneshjelp.no for å få folk inn på nettsiden. I den nye retningen for kampanjen, fra 2022, var det kreative grepet å vise frem målgruppens tanker og ambivalens for sin seksuelle tiltrekning mot barn. Her gikk kampanjen fra filmene i dagligdagse situasjoner til filmer og også plakater med personer med «sladdet» ansikt som viser personer som ville hatt behov for Det finnes hjelp sine tanker i tekst. Etter hvert ble det lagt til kampanjeelementer som viste behandlerperspektivet, gjennom annonsørartikkel i Schibsted.

Se egne bokser for oppsummering av analyser av kampanjen i 2022 og 2023 senere i kapittelet.

Det er stadig gjort grep for å optimalisere kampanjen

Hvert kampanjeelement er utformet på bakgrunn av en nøye valgt strategi, og det er gjennomført posttest og analyse av de ulike kampanjeelementene som evaluerer hvordan hvert kampanjeelement har levert og med læringspunkter. Selskapet MindShare har gjennomført analyser og levert egne rapporter til Hdir på det. Analysene viser blant annet viser dekning av de ulike kampanjeelementene blant ulike aldersgrupper, kjønn og landsdeler. I tillegg har Helsedirektoratet arrangert en fokusgruppe på anonym chat med

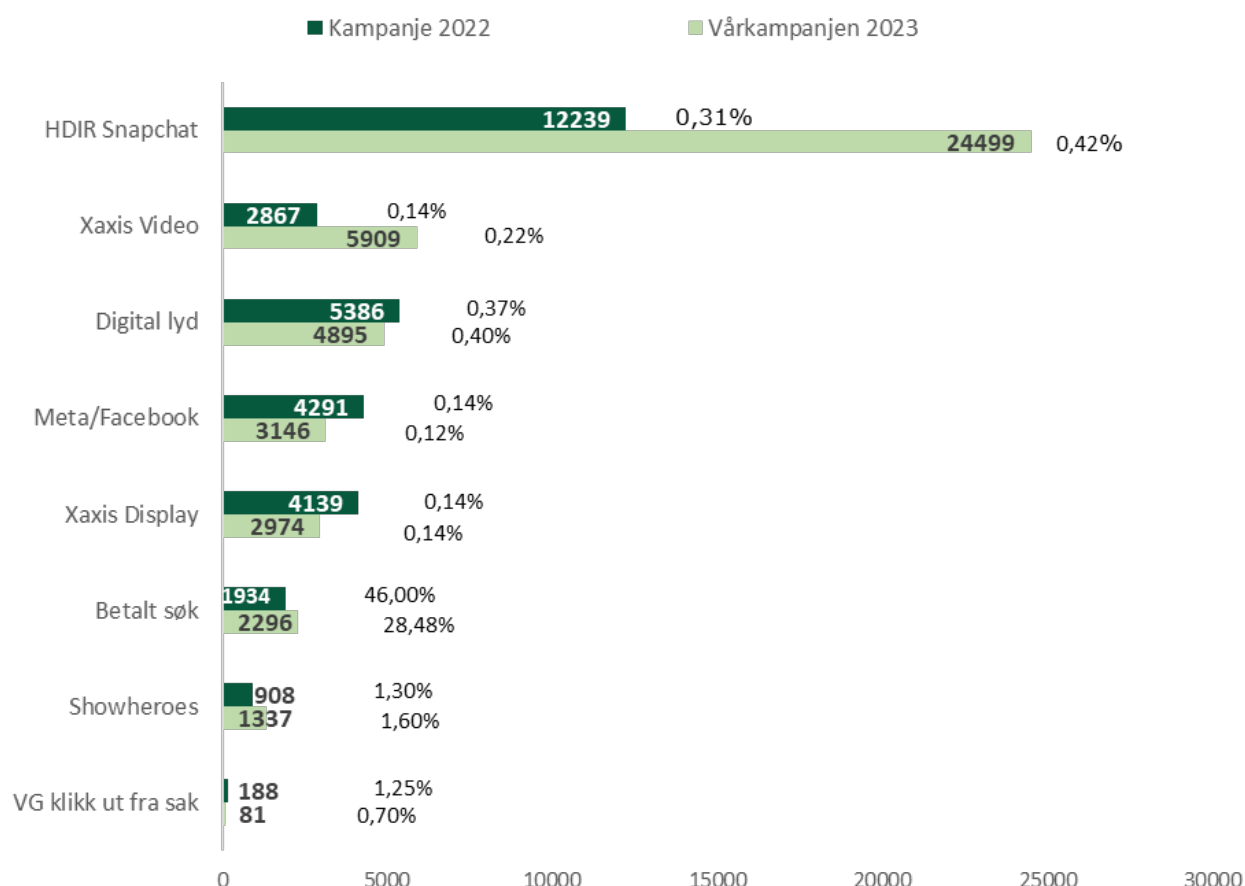
pasienter i Det finnes hjelp, for å vurdere kampanjeelementene. Det er gjort endringer i kampanjene underveis basert på læring fra disse analysene og innspillene, for å stadig optimalisere treffsikkerhet og virkemidler.

Mindshare sine analyser[31] viser samlet sett at det gjennomgående er flest menn og unge som har sett kampanjeelementene i 2022, noe som betyr at kampanjen har lyktes godt med å treffe målgruppen sin, nemlig menn i ung alder. Analysen viser at de forskjellige kanalene treffer ulikt i de forskjellige landsdelene, noe som gir grunnlag for å anse den varierte tilnærmingen som nyttig. På bakgrunn av denne kunnskapen kan Hdir også innrette kampanjen noe ulikt i ulike deler av landet. Overordnet treffer flere kampanjeelementer i minst grad befolkningen i Nord-Norge. Det er spesielt tydelig at utendørsreklamen er godt synlig i Oslo, men mindre synlig i mindre befolkningstette områder som Nord-Norge.

Både posttest av kampanjen i 2022 og sluttrapport om kampanjen våren 2023[32], viser at Snapchat har desidert flest visninger og genererer desidert flest klikk til Detfinneshjelp.no. Visninger brutt ned på fylke, viser at det er flest visninger totalt i Oslo, etterfulgt av Viken, Trøndelag, Møre og Romsdal, Troms og Finnmark, Nordland, Vestland, Rogaland, Vestfold og Telemark, Agder, og Innlandet.

At fylkene i Nord-Norge og Midt-Norge har flere visninger av Display-reklamen enn en del andre fylker i 2023, kan henge sammen med at kampanjen våren 2023 la særlig vekt på Midt- og Nord-Norge. Også når det gjelder annonsering på Meta (Facebook og Instagram), ligger fylkene i Midt-Norge og Nord-Norge øverst på antall visninger, etter Oslo og Viken i 2023.

Figuren under viser antall klikk og klikkrate (%) til detfinneshjelp.no fra de ulike kanalene i kampanjen. Totalt antall klikk til nettsiden fra kampanjen i 2022 var 31 952, og totalt antall klikk til nettsiden fra kampanjen våren 2023 var 45 137.



Figur 3-2 Oversikt over antall klikk og klikkrate (%) til detfinneshjelp.no i forbindelse med kampanjene[33]

I boksene nedenfor oppsummeres analyser av kampanjene i 2022 og våren 2023.

Oppsummering av Det finnes hjelp posttest 2022[34]

Kampanjen i 2020 og 2021 omfattet til sammen følgende kampanjeelementer:

- Out of home: Digitale skjermer på t-banen i Oslo og statiske reklamebærere i bybildet, leskur, gågater, torg og togstasjoner. Overvekt av statiske flater plassert i typiske ventesituasjoner som leskur og togstasjoner, gir tid og anledning til dekoding og reflektering.
- Kino
- Radio og digital lyd
- Online video (Xaxis og Showheroes)
- Sosiale medier (Meta og Snapchat)
- NHI pro
- Innholdsmarkedsføring med Schibsted
- Xaxis Programmatisk display

Posttest av kampanjen 2022, viser at kampanjen traff en høyere andel på Østlandet (30 %) og Vestlandet (21 %) enn de øvrige landsdelene og Oslo. Kampanjen traff desidert færrest i Nord-Norge (9 %). Kampanjen traff omtrent like mange menn og kvinner. Når det kommer til aldersgrupper, traff kampanjen størst andel i alderen 30-44 år (30 %) og 45-59 år (30 %), etterfulgt av aldersgruppen 18-29 år (23 %) og til sist personer mellom 60-70 år (18 %).

Reklameoppmerksomhet

Posttesten viser at 37 % av befolkningen har sett en eller flere av kampanjeelementene, og at det er desidert flest menn som har sett kampanjen. I tillegg viser rapporten at det er signifikant flere personer i aldersmålgruppen kampanjen har rettet seg mot, menn i alderen 18-35 år, som har sett alle kampanjeelementene enn gjennomsnittet ellers. Det er ett unntak, som er knyttet til å høre reklamen på radio, der har menn i alderen 18-35 år hørt reklamen i omtrent like stor grad som totalt publikum.

Film og sosiale medier er de stedene flest har sett reklamen. Det er Snapchat som genererer desidert flest klikk til Detfinneshjelp.no i kampanjen fra 2022. Totalt sett er det flest visninger fra Hdirs Facebook og Hdirs Snapchat. Det er også flest menn og unge som husker å ha sett filmen. 90 % av personene som har sett filmen, har sett den på internett, i kanaler som Facebook, YouTube, nettaviser eller annet, mens 19 % har sett filmen på kino. Sosiale medier er den kanalen nest flest i målgruppen har sett annonsen.

Når det kommer til de ulike kampanjeelementene, viser posttesten at det er flest menn og unge fra Oslo som kan huske å ha sett reklamen. I Nord-Norge er det lavest andel som kan huske å ha sett reklamen. Det er også flest menn og unge som kan huske å ha sett displayannonsene, men her er det mindre variasjon i landsdel. Det er likevel en lavere prosentandel som kan huske å ha sett displayannonsen i Nord-Norge sammenliknet med de øvrige landsdelene. Også flest menn og unge kan huske å ha sett dette annonsørinnholdet, og også her er det i Vestlandet og Nord-Norge færrest kan huske å ha sett reklamen. Flest menn og unge kan også huske å ha sett annonsene i sosiale medier. Det er signifikant færre fra Oslo som har hørt reklamen i radio.

Forståelse

Budskapet i reklamen vurderes totalt sett som lett å forstå (62 %). Også analysene av budskapet i kampanjen forstås i størst grad i målgruppen for kampanjen, menn mellom 18-35 år.

Aksept

Analysen av hvorvidt publikum liker filmen godt eller ikke, viser at 50 % svarer «verken eller» på spørsmålet. Det er 31 % som liker filmen godt, mens 19 % liker filmen dårlig. Signifikant flere unge liker filmen godt, noe som betyr at kampanjen treffer målgruppen også på dette punktet. Analysene viser at flere fra Nord-Norge oppgir at de liker filmen dårlig.

Filmen beskrives videre som viktig (51 %), nødvendig (43 %) og sterk (41 %). Gjennomsnittlig flere i målgruppen menn 18-35 år mener dette enn gjennomsnittet i publikum generelt. Flere synes kampanjen var nødvendig og sterk enn kampanjen fra 2020, og færre synes kampanjen var overraskende sammenliknet med tidligere. Dette kan tyde på en økt bevissthet og «modenhet» i befolkningen etter hvert som kampanjen har blitt kjørt flere ganger.

Avsenderidentitet

52 % oppgir at det er helt eller nokså tydelig at Helsedirektoratet er avsender av denne filmen.

Totalinntrykk

En høy andel mener kampanjen kommuniserer budskapet godt. Flest er enige i at kampanjen kommuniserer at det finnes hjelp er et tilbud for de som har seksuelle tanker om barn (83 %), dernest hvor man kan henvende seg dersom man har seksuelle tanker om barn (76 %) og deretter at overgrep kan forebygges dersom personer som står i fare for å begå overgrep tilbys hjelp (75 %). Her er det ingen store forskjeller mellom målgruppen menn 18-35 år og øvrige publikum.

Strategi og læring per kanal 2022

Kampanjen er som vist nevnt i en rekke ulike medier. For hvert medium har det vært en nøye designet strategi for å treffe riktig målgruppe. Strategien for online video på YouTube og Rewarded video (Twitch ville ikke vise kampanjen på grunn av interne retningslinjer) har vært å nå bredt ut hos primærmålgruppen uavhengig av interesser og livssituasjon. På YouTube ble det valgt å løfte brand safety for å kunne være synlig på innhold av mer pornografisk og voldelig karakter, vulgært språk og nakenhet. Posttesten viser at online video har vært viktig for å bygge oppmerksomhet rundt kampanjen. Spesielt har bruk av YouTube gitt god dekning og treffsikkerhet i målgruppen. Det var overraskende lite utslag på strategien om å løfte brand safety.

Strategien for digital lyd/podcast var å komme enda tettere på målgruppen med digitale bannerannonser, basert på interesser og medievaner som forbindes med målgruppen, som Fantasy, Gaming, Sport, Teknologi og Forum. Livsstilssegmentet Student ble også supplert, ettersom målgruppen kan være studenter. Videre var en strategi basert på relevante kontekster som Gaming, Student og E-sport, kombinert med en nøkkelordsliste utformet av Helsedirektoratet, Kripos og MindShare. Hensikten med sistnevnte var tilstedeværelse på artikler om straffesaker, misbruk, vold, seksualitet, barneporno og liknende temaer som man forventer at målgruppen kan ha dragning mot. Konklusjonen etter kampanjen er at digital lyd og podcast har fungert svært godt som supplement til radiokampanjen.

Kampanjen inneholdt også innholdsmarkedsføring i Schibsted. Her var målsettingen å gjøre tilbudet kjent og bidra til å bygge ned barrierene for å ta kontakt. Det ble vektlagt å ha lite tekst til fordel for visuelle virkemidler. Artikkelen var på VG front i tillegg til målgruppestyrt kampanje på VG rettet mot menn 18-35 år, samt ble distribuert i VG sine sosiale medier og displayannonser. Artikkelen ble også oversatt til engelsk og samisk. Posttesten konkluderer med at de har nådd bredt ut på VG front, og klart å lage et budskap som er godt mottatt. Fremover kunne man vurdert tilsvarende annonse mer rettet mot øvrig befolkning.

Plista Native ble benyttet som et supplement til distribusjonen hos VG, målrettet mot menn 18-35 år fra start og siden utvidet til å inkludere kvinner. Vurderingen i etterkant er at dette elementet har fungert optimalt, spesielt på grunn av få tegn og lite kontekst til saken.

Det ble opprettet tolv annonser for kampanjen hos Meta, målrettet mot menn 18-35 år. Elleve av disse ble imidlertid avvist, og én ble godkjent. Konklusjonen er likevel at kampanjen genererer mange klikk til detfinneshjelp.no. Det ble i tillegg laget egne annonser i story og feed med innhold fra Schibsted, som førte til artikkelen hos VG.

Kampanjen hos Snapchat ble målrettet mot menn 18-35 år med fire filmer på 15 sekunder hver, en film på seks sekunder og to chat-animasjoner fra Schibsted. Posttesten konkluderer med at man gjennom Snapchat treffer unge innbyggere og skaper mye klikk til detfinneshjelp.no.

Det ble også satt opp betalt søk for å fange opp søkeord knyttet til kampanjen og tilbudet. Kampanjen ble satt opp med søkeord som kan fange opp de som viser interesse for tjenesten (de som har sett kampanjen og medieskapt interesse, hørt om tjenesten, pårørende) og med søkeord som kan fange opp de som søker etter eller viser interesse rundt overgrepsmateriell og seksuelt innhold. Erfaringen fra kampanjen viser at mange annonser blir avvist av Google fordi de oppfattes som annonser for avhengighetstjenester, og at det kan være mer å hente på optimalisering, selv om det også ble testet ulike tekster underveis i denne kampanjeperioden.

Det ble også laget en tilpasning av annonsen fra Schibsted som ble plassert på NHI Pro for å nå helsepersonell. Kampanjen blir vurdert til å levere som forventet, men man ser et potensial i å lage innhold som er målrettet helsepersonell i utgangspunktet for enda bedre tilpasning til målgruppen.

Oppsummering av sluttrapport om kampanjen våren 2023[35]

I 2023 ble det lagt til distribusjon av annonser på samisk og engelsk. Vår-kampanjen hadde et økt trykk mot Midt-Norge og Nord-Norge, da klinikkene her merket lite økning i pågangen under kampanjen i 2022. Kampanjen våren 2023 omfattet til sammen følgende kampanjeelementer:

- Kino
- Utendørs
- Digital lyd
- Online video
- Display
- Treningsstudio (skjermer)
- Sosiale medier (Meta, Snapchat, TikTok)
- Mediesamarbeid
- Showheroes

Strategi og læring per kanal 2023

I kampanjen våren 2023 var en strategi å skape stor oppmerksomhet på kinofilmer som treffer målgruppen menn i alderen 18-35 godt. Sluttrapporten vurderer kampanjen som svært relevant. En viktig læring fra denne kampanjen er å følge kinoene tett opp for å sørge for at reklamen ikke vises til upassende publikum, nærmere bestemt på barne- og familiefilmer.

Det ble kjørt en spisset utendørskampanje rettet mot Tromsø, Trondheim og Møre og Romsdal våren 2023. Reklamen ble plassert i bybildet og på typiske «ventesteder» hvor man har tid til å registrere og reflektere over budskapet. Konklusjonen fra kampanjen er at utendørskampanjer skaper stor oppmerksomhet. Noe oppmerksomhet kan også være negativ, og kjøpesenterkjeden Jekta i Tromsø ønsket ikke å vise kampanjen på grunn av budskapet.

Det ble også våren 2023 satt opp kampanje med filmer på YouTube, Twitch, WebTV, ConnectedTV og Reward. Kampanjen var målrettet mot menn i alderen 18-35 år, med mål om bred dekning og mange visninger av de lange filmene. Sluttrapporten konkluderer med at strategien fungerer som planlagt, men det kan satses mer på den lengste filmen på 30 sekunder.

Også når det kom til display, var Midt- og Nord-Norge spesielt vektlagt i kampanjen våren 2023. Materiellet bestod her av et sett bannerannonser på norsk, laget på bakgrunn av ulike strategier på tvers av interesser, livsfaser, kontekster og demografi. Det ble også laget et nytt nøkkelordssegment for annonsering mot temaer som målgruppen kan ha dragning mot, ved hjelp av Kunstig Intelligens.

Også Snapchat-kampanjen fikk våren 2023 ekstra trykk i Midt- og Nord-Norge. Kampanjen er optimalisert for dekning av målgruppen menn 18-35 år. Alle filmene var på norsk og samisk. Samisk video ble vist i kommuner med nordsamisk forvaltningsområde og i Oslo, i rotasjon med video på norsk. Kampanjen leverte godt på målsettingene om dekning og klikk. Konklusjonen er imidlertid at det er mest hensiktsmessig å ikke segmentere på geografi og at man kan legge til formatet Story Ads.

Kampanjen på Meta var optimalisert for dekning av målgruppen menn 18-35 år, også her med ekstra trykk i Midt- og Nord-Norge. Video på samisk og på norsk ble vist i rotasjon som i Snapchat-kampanjen, og en bildekarusell ble testet. Konklusjonen er at kampanjen leverer på målene om dekning og klikk, men at dette kan forbedres ved å redusere antall kreativer.

Kampanjen med digital lyd er distribuert på Spotify, Soundcloud, Bauer+P4, Acast og Adlink, samt podcaster med høy affinitet i målgruppen. Målet var bred dekning og mye oppmerksomhet, og vurderingen i sluttrapporten er at kampanjen leverer som planlagt. Det anbefales å legge til YouTube Music som medium.

Når det kommer til innholdsmarkedsføring, ble artikkelen fra i 2022 oppdatert og publisert på nytt. På bakgrunn av læring fra 2022-kampanjen ble sosiale medier prioritert framfor display for å drive trafikk av så høy kvalitet som mulig. Denne kampanjen ble også vurdert som god.

Det er også satt opp en kampanje med Showheroes med en sekvens av hovedfilmen som har formål om å fange interesse og oppmerksomhet, med mulighet for å klikke seg videre for å se hele filmen. Denne kampanjen er målrettet menn 18-35 år. Konklusjonen fra sluttrapporten er at denne kampanjen leverer godt, men har mer potensial gjennom å legge et banner under filmen eller lage den i fullskjermformat.

Det finnes hjelp har også hatt en merkevarekampanje med betalt søk som fanger opp søkeord rundt Det finnes hjelp, i tillegg til en generell kampanje som skal fange opp søk etter mer sensitivt og eksplisitt innhold. Disse kampanjene har fungert godt, men den generiske kampanjen har gitt betydelig mindre klikk og visninger. Her kan man teste flere søkeord for å prøve å fange opp flere søk gjennom generiske søkeord.

Inntrykk av at kampanjen øker pågangen på chatten

Brukerne av chatten nevner sjelden kampanjene, og behandlerne prioriterer i liten grad temaet. Derfor er informasjonsgrunnlaget lite når det gjelder om kampanjen medfører økt bruk av chattetjenesten. Enkelte ved Det finnes hjelp ved OUS har likevel inntrykk av at kampanjene har hatt en viss effekt, men at det i

hovedsak er kombinasjonen av mediesaker, tv-serier o.l. og psykologiske prosesser som bidrar til at en tar kontakt.

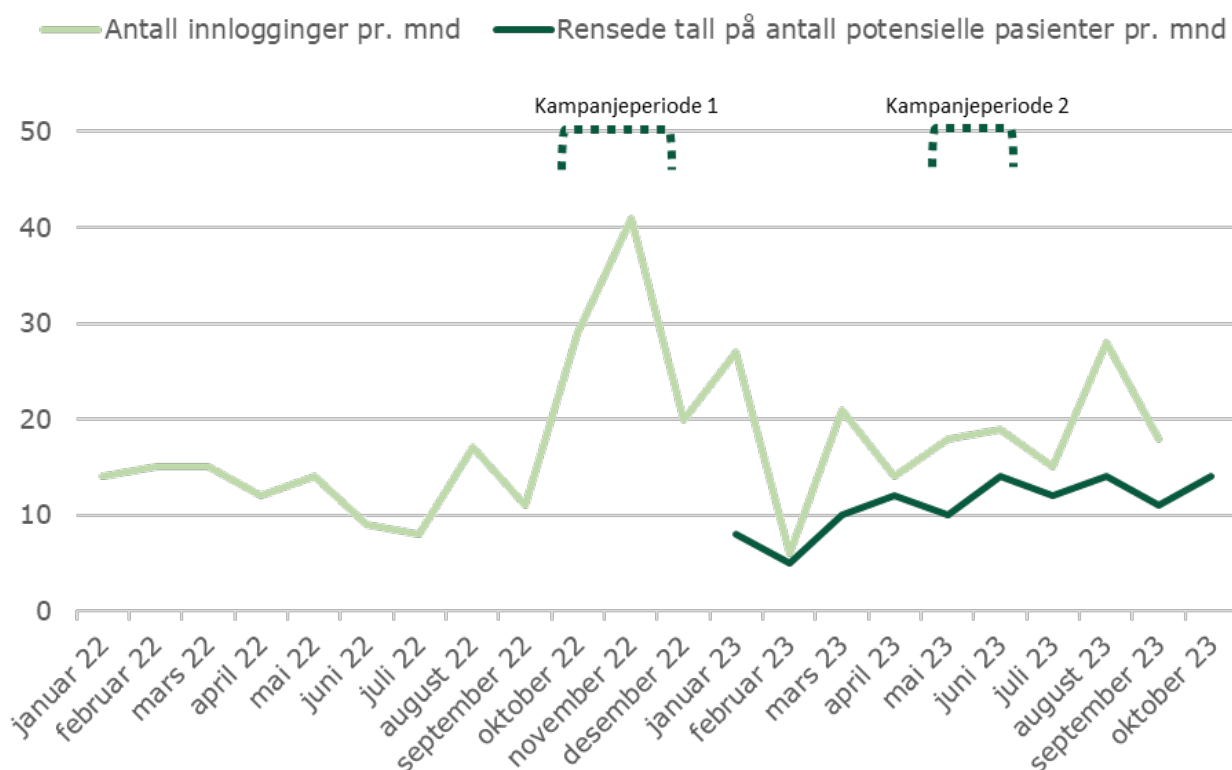
Statistikk for chatten viser at i majoriteten av tilfellene er det ukjent hvordan den som tok kontakt på chat fikk kjennskap til Det finnes hjelp. Ved 15 av innloggingene i 2023 oppgis kampanjen eller annen reklame/medieomtale, og ved 8 av innloggingene oppgis andre hjelpeinstanser.

Fordelingen av antall innlogginger på chatten i 2022 og 2023 er illustrert i Figur 3-3 under.

Reklamekampanjene for Det finnes hjelp ble kjørt i to omganger, fra uke 40 til 51 i 2022 og fra uke 18 til 25 i 2023, og er markert i grafen. Ved å se antall innlogginger i sammenheng med kampanjeperiodene, tyder tallene på at det har vært en økning i antall innlogginger på chat samtidig med gjennomføringen av den første kampanjeperioden.

Innholdet i kampanjen i 2022 og i 2023 var identisk. I vårkampanjen for 2023 var det derimot et lavere og mindre nasjonalt trykk enn høsten 2022. I våres rettet kampanjen seg mer mot Nord-Norge og Midt-Norge. Dekningen i disse regionene ble god, men volumet av potensielle pasienter er langt lavere fordi befolkningstettheten i områdene med økt annonsetrykk er lav. En antakelse er at det merkbart lavere volumet på henvendelser kan knyttes til lavere befolkningstetthet og tilhørende lavere volum på personer i målgruppen, og større geografiske avstander til klinikkene.

Samtidig er det som tidligere nevnt usikkert hvor mange av innloggingene som er unike brukere. De tekniske utfordringene ved chatten med påfølgende konsekvenser for antall innlogginger bidrar til å komplisere bildet ytterligere. Tallene bør derfor tolkes med forsiktighet.



Figur 3-3 Oversikt over antall innlogginger på chat i 2022-2023

Variert inntrykk av kampanjens direkte påvirkning på pågangen til behandling

Gjennom intervjuene med helseforetakene har Rambøll fått innblikk i behandlernes opplevelser av hvordan kampanjen har truffet målgruppene og påvirket bruken av behandlingstilbudet.

Det er ulik praksis mellom behandlere hvorvidt de snakker med pasienten om hvordan de fikk vite om Det finnes hjelp eller ikke. Derfor er innsikten i koblingen mellom å ha sett kampanjen og å ta kontakt med behandlingstilbudet kun basert på inntrykk og ingen systematisk undersøkelse.

I Oslo, Tromsø og Trondheim forklarer informantene at enkelte behandlere snakker med pasientene om kampanjen, mens andre behandlere ikke gjør det. I Stavanger oppgir alle informantene at de snakker med pasienter om kampanjen, mens dette ikke prioriteres i Bergen.

I Stavanger har behandlerne inntrykk av at de en overvekt de pasientene som henvender seg til Det finnes hjelp og som er i primærmålgruppen for tilbudet, oppgir å ha sett kampanjen. De oppgir samtidig at det er mange utenfor primærmålgruppen som tar kontakt, for eksempel de som har utført handlinger i tråd med sin seksuelle interesse for barn (les mer om dette i kap. 2). Blant sistnevnte gruppe pasienter, er koblingen til kampanjen svakere.

I Trondheim er bildet mer sammensatt. En behandler forteller at han har inntrykk av at mange har fått informasjon gjennom kampanjen, mens en annen behandler forteller at ikke alle pasientene kjenner til kampanjen eller har et klart bilde av hvor de hørte om Det finnes hjelp først. Informanter fra Trondheim oppgir at de har hatt en egen kampanje med informasjon knyttet til studentskipnaden, som de opplever har truffet godt og resultert i mange henvendelser. Sitatet under utdyper dette:

"Vi ser at det er en del mannlige studenter som henvender seg til oss. Vi har tatt kontakt med universitet og linjeforeninger for å informere. Også er det dette med rekruttering, det er et lite og tabubelagt tema. Hvor mye skal vi fronte tilbudet?" – *Leder*

Informantene fra Trondheim ønsker seg også en informasjonskampanje rettet mot fastlegene for å øke kjennskapen til tilbudet blant dem. I Bergen forteller informantene om gode erfaringer med å samarbeide med fastleger og andre aktører for å spre informasjon om tilbudet.

Kampanjen har potensial til å treffe bredere i befolkningen

Gjennom intervjuer har Rambøll undersøkt behandlernes vurderinger av kampanjens treffsikkerhet. Et overordnet inntrykk er at kampanjen treffer noe ujevnt i befolkningen. Opplevelsen er i dag at kampanjen først og fremst fremstiller etnisk norske menn og kvinner som bor i by. Funnene viser en oppfatning av at det kan være behov for større variasjon i omgivelser og bredere representasjon i valg av skuespillere til kampanjen for å treffe bredere med kommunikasjonen. Et annet grep som flere mener kan bidra til å nå bredere ut med informasjon, er å oversette kampanjen til flere språk. Noen foreslår at kampanjen blir oversatt og annonser på engelsk og samisk bør prioriteres. Et aspekt ved prinsippet om tilgjengelighet og likeverdighet, kan handle om like muligheter gjennom informasjonsspredning – både til å oppsøke behandling selv og til å anbefale noen tilbudet.

Når det gjelder innholdet i kampanjene, forteller enkelte behandlere at noen av pasientene i primærmålgruppen for Det finnes hjelp har fortalt at de følte at kampanjeinnholdet har vært veldig rettet mot seg. Det er imidlertid noe ulike meninger rundt de ulike kampanjeelementene og -virkemidlene. Gjennom en fokusgruppe via anonym chat med pasienter i Det finnes hjelp, kom det frem at pasientene foretrakk at behandlerperspektivet ble fremmet gjennom kampanjen fremfor at kampanjen fremmet perspektivet fra en som skulle ønske han hadde et tilbud som Det finnes hjelp.

Intensjonen bak grepet med sladdet ansikt var å få fokuset bort fra ansikt og over på budskapet i teksten. En vurdering en behandler har gjort selv av kampanjen som brukte sladdet ansikt som virkemiddel, er imidlertid at denne annonsen fikk frem en følelse av skam, mens målgruppen ikke nødvendigvis er i kontakt med skamfølelse og dermed ikke følte seg truffet. Denne behandleren savner en mer positiv innfallsvinkel i kommunikasjonen, som er i samsvar med behandlingens ressursorienterte fokus.

Videre reflekterer flere informanter over at mange som tar kontakt med Det finnes hjelp allerede har gjort noe straffbart, for eksempel lastet ned materiale. Det er veldig viktig å få denne gruppen inn i et tilbud og det er derfor bra at de tar kontakt, men kampanjen treffer ikke for denne gruppen.

Informanter fra Helsedirektoratet er selv tydelige på at det er noen utfordringer knyttet til å nå så bredt ut i befolkningen med kampanjen som man ønsker. Det påpekes at det ikke er ønskelig å skape unødvendig stigma rettet mot enkelte grupper, og dette er årsaken til at kampanjene ikke har vært mer målrettet. Her kreves det en balanse mellom å skape materiell som målgruppene kjenner seg igjen i, samtidig som man unngår å stigmatisere enkelte ved å bruke identitetsmarkører knyttet til etnisitet, religion, kultur eller liknende.

Representanter fra Helsedirektoratet forteller at de ser potensial i å jobbe mer nettverksbasert med utvalgte miljøer som representerer undergrupper som man til nå ikke har truffet så godt gjennom de generelle kampanjene. Det er gjort omfattende arbeid med kommunikasjon til minoriteter under pandemien, som man kan bruke erfaringer fra for å nå minoriteter i denne sammenheng. Oversettelser til flere språk kan også bli aktuelt. Det kan også være aktuelt å jobbe opp mot studiestedene for å publisere informasjon på deres interne kanaler, samt å utvikle materiale for kommunale tjenester for å både spre informasjon i det kommunale apparatet og for å nå målgruppen for tilbudet gjennom førstelinjen.

Rambølls vurderinger

Rambøll vurderer at det er gjort solid arbeid når det gjelder både strategi, kreative konsept og mediestrategi for kampanjen. Det er positivt at det gjøres analyser av kampanjene og innhentes vurderinger fra personer i målgruppen, og gjennomføres justeringer på bakgrunn av funn og innspill. Det mest sentrale forbedringspotensialet synes å treffe enda bredere i befolkningen med kampanjene. Det er identifisert et potensial i å nå ut med informasjon blant minoriteter, herunder personer med innvandrerbakgrunn og samiske miljøer. Ellers er det en balansevurdering i å målrette kampanjer mot spesifikke målgrupper, da innhold kan virke støtende eller skape spørsmål om hvorfor kampanjen retter seg mot disse målgruppene. Det er også identifisert et forbedringspotensial i å treffe distriktene bedre, både gjennom visuelle virkemidler i kampanjene samt gjennom kanaler/visningsflater. Plakatkampanjer har først og fremst bred synlighet i tettbebygde og sentraliserte områder og vil derfor ikke treffe like bred i distriktet. Alt i alt vil slike grep kunne bidra til enda bredere kjennskap til Det finnes hjelp i befolkningen, noe som er en forutsetning for å ta i bruk tilbudet. På denne måten kan informasjonsarbeidet gjennom kampanjen understøtte prinsippene om tilgjengelighet og likeverdig tilgang til tilbudet. Dette er også et viktig poeng når det kommer til dataene som samles inn og benyttes til forskning gjennom Det finnes hjelp. Det er viktig at populasjonens bredde gjenspeiles i forskningsmaterialet slik at videreutvikling av tilbudet på bakgrunn av forskningen kommer hele målgruppen, inkludert minoriteter, til gode. Slik vil kampanjearbeidet på sikt kunne bidra til faglig kvalitet.

Chatten oppleves å ha et utappet potensial

Chatten er en viktig del av lavterskeltilbudet i Det finnes hjelp. OUS eier og har ansvar for den tekniske løsningen og betjening av chatten. Det er et formål om at nettsiden skal motivere personer til å gå videre på siden og ta kontakt med chatten, og i neste omgang søke behandling. På denne måten skal nettside og chat fungere som en sluse inn i behandlingstilbudet. Tekstene på nettsiden skal motivere til å søke behandling, samt skal informere fagpersoner, media, andre som ønsker informasjon om tilbudet. Chattilbudet er tilgjengelig på norsk og engelsk, og driftes av behandlere ved OUS.

Ettersom chatten er anonym, har operatørene av chatten i henhold til lovverket ikke mulighet til å gi helsehjelp. Behandlerne som betjener chatten, har ikke mulighet til å stille spørsmål om brukerens spesielle situasjon. Dette innebærer at chatten kun er en informasjonstjeneste hvor brukerne kan motta

generelle råd og tips. De som betjener chatten synes dette er synd, og opplever at lovverket kommer i veien for potensialet som ligger i chatten. De tror chatten ville vært mer ettertraktet dersom de som behandlere hadde hatt mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål, ikke bare gi generelle råd.

"Det har blitt sagt at det ikke skal gis helsehjelp over chat siden man kan stille anonymt. Det vil si at vi ikke har mulighet til å stille spørsmål om «hvordan går det hos deg osv». da blir man ikke anonyme lenger. Vi kan gi generelle tips og råd. [...] Det er synd, tenker chatten hadde vært mer i bruk dersom man kunne stilt oppfølgingsspørsmål." – *Behandler*

Behandlerne ønsker seg mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål og komme med tilpassede råd. Videre etterspør de triagering i chatten i form av en selvtest over alvorlighetsgraden av det den som tar kontakt holder på med. En slik triagering anses blant annet som nyttig for å sluse ut tilfeller hvor det ikke handler om seksuell tiltrekning, men om OCD. I følge Hdir er triagering en forutsetning for inntak, også i chatten. Nasjonale faglige råd for tilbudet viser til at «Seksuelle overgrep risiko triage» (SORT) (Watt et al. 2020) kan benyttes for sortering og prioritering av hvor raskt vedkommende skal få time til første samtale i poliklinikk eller strakstiltak.[36] Tilbudene har ifølge Hdir mottatt rutiner for triagering, men basert på funn fra intervjuene fremstår det som at rutinene ikke er implementert godt nok.

Flere informanter forteller at chatten har vært plaget av tekniske problemer helt fra start. Omfanget av de tekniske problemene er stort da det forekommer i nesten hver samtale. Formen på problemene varierer, men kan blant annet innebære at en blir kastet ut fra chatten og at det man skriver ikke kommer frem. Problemene anses som kritiske for tilbudet og behandlerne forsøker å arbeide rundt, blant annet ved å gi tips om å klippe og lime tekst samt å tilby telefonsamtale som erstatning. Av hensyn til anonymitet kan behandlerne ikke vite om det er samme person som logger inn og ut, og kan derfor heller ikke ta opp samtalen igjen dersom noen blir logget ut.

For at behandlerne ved Det finnes hjelp Oslo skal ha en variert arbeidsdag med gode rammer for pasientbehandling er bemanningen av chatten fordelt mellom behandlerne ved Det finnes hjelp og behandlerne ved Ny kurs. Tidsrommet chatten er åpent er nemlig ettertraktet blant pasienter som ønsker å sette opp timer til behandling. Behandlerne ved Det finnes hjelp bemanner chatten tre dager i uken, mens de resterende dagene dekkes av behandlere ved Ny kurs. Bemanningen av chatten oppleves robust, ettersom det brede fagmiljøet ved OUS gjør det lett å finne erstattere ved fravær.

Behandlerne som betjener chatten, forteller at chatten ikke er så mye i bruk og at pågangen ikke er så stor som ønsket. Behandlerne knytter den lave etterspørselen til at chatten kun er åpen i arbeidstiden, og tror flere ikke tør å ta kontakt mens de er på jobb. Chatten bemannes av to behandlere av gangen og er åpen mandag til fredag mellom kl. 12-14. Ettersom chatten er anonym er det krevende å vite hvor stor pågangen egentlig er, hvor mange som takker ja til å gå over i behandling eller hvem som tar kontakt på chat. Anonymiteten gjør at det ikke kan skilles mellom om en person er inne flere ganger eller om det er ulike personer. De tekniske problemene bidrar til å tilsløre bildet. Behandlerne har inntrykk av at flere logger inn og ut som følge av de tekniske problemene, men har av anonymitetshensyn ikke lov til å spørre om dette.

"[Pasientene] kan av og til bli frustrerte. Er også mange som logger seg ut, vet da ikke om de har ombestemt seg eller om de ikke fikk si det de skulle si pga. tekniske utfordringer." – *Behandler*

"Ettersom det er anonymt vet man ikke om det er den samme man snakker med på nytt når en har logget seg ut og inn igjen. Vi kan ikke ta opp samtalen igjen om noen logger inn og ut for kan ikke vite om det er samme person." – *Behandler*

Statistikk for chatten viser at det var 210 innlogginger per 21. september 2023. I 2022 var det totalt 205 innlogginger. Blant de 210 innloggingene i 2023 er 97 definert som å være i målgruppen til Det finnes hjelp. Henholdsvis 7 og 10 innlogginger er gjort av helsepersonell eller pårørende. Samtidig er 46 innlogginger

definert som ukjent/usikker. Disse tallene bør tolkes med forsiktighet ettersom det er ukjent hvor mange av disse som er unike brukere.

Til tross for flere utfordringer mener informantene fra OUS likevel at chatten har en verdi, og et utappet potensial. Chatten bidrar til å senke terskelen for å ta kontakt, og oppfattes som en viktig kontaktflate for personer som ikke tør å ta kontakt med andre instanser. Chatten kan med andre ord sies å bidra til å styrke Det finnes hjelp sin tilgjengelighet. Videre bidrar den til relasjonsbygging. Det oppleves som verdifullt å kunne si til nye personer som kommer til behandling at «Det er vi som har chattet sammen».

Rambølls vurderinger

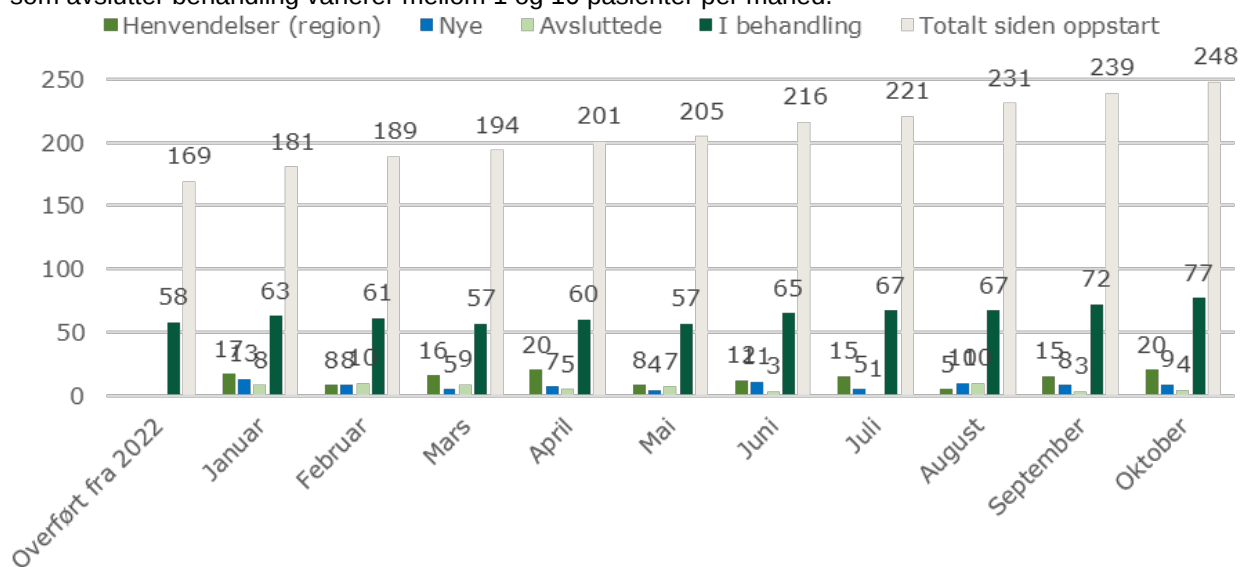
Basert på funnene vurderer Rambøll at de tekniske problemene både er et hinder for chattens tilgjengelighet, og de som tar kontakt sin mulighet til å motta informasjon av god faglig kvalitet. Problemene skader omdømmet til tjenesten og kan også ha svært negative konsekvenser dersom en potensiell pasient føler seg avvist og (som resultat) unnlater å ta kontakt igjen. Ettersom chatten er en arena for å sluse potensielle pasienter inn i behandlingstilbudet har de tekniske problemene også negative konsekvenser for behandlingstilbudets tilgjengelighet.

Også de korte åpningstidene legger begrensninger for chattens tilgjengelighet. Det kan også være verdt å utforske juridisk handlingsrom til å gi helsehjelp gjennom chatten, som i dag er begrenset til å kun gi generelle råd. Samtidig tyder funnene på at selve konseptet som chatten er bidrar til Det finnes hjelp sin tilgjengelighet. At chatten er lagt til OUS og bemannes av behandlere fra både Det finnes hjelp og Ny kurs fremstår som et godt grep for å beholde de ansatte, og i forlengelse fremme et robust fagmiljø.

Mulighet til å ta kontakt via chat og at det er tilbud om både digital og fysisk behandling gir pasientene en likeverdighet, i form av at bosted ikke skal være en barriere, slik at alle har lik mulighet til å ta kontakt og få behandling. Den helhetlige tilnærmingen til Det finnes hjelp virker å være et viktig og riktig grep i seg selv, selv om det er vist til forbedringspotensial i både chat og kampanjedelen av tilnærmingen.

Fra kontakt til behandling

Figuren under viser pasientflyt i tilbudet i 2023. Antallet pasienter i pågående behandling varierer fra mellom 57 til 72 gjennom året. Mellom 5 og 13 nye pasienter startet opp behandling hver måned. Antallet som avslutter behandling varierer mellom 1 og 10 pasienter per måned.



Figur 3-4. Oversikt over pasientflyt i Det finnes hjelp i 2023

Kjennskap viktig forutsetning for å ta kontakt

Informantene på tvers av behandlingssteder er tydelige på at spredning av informasjon om Det finnes hjelp-tilbudet gjennom kampanje er svært viktig. Informantene fra behandlingsstedene mener det er viktig med informasjonsarbeid både nasjonalt og lokalt. De fremhever at kampanjene både er med på å modne befolkningen generelt, gi nyttig informasjon til fagpersoner og andre som kan møte personer i målgruppen for Det finnes hjelp gjennom jobben sin, og ikke minst personene i målgruppen selv. Flere reflekterer over at det er behov for kontinuerlig synlighet av tilbudet. Dette begrunnes dels med at det stadig er nye innbyggere som kan ha nytte av informasjonen, enten som innbygger, pårørende, fagperson eller en person som trenger å oppsøke tilbudet for å få hjelp. For sistnevnte gruppe, som er i målgruppen for tilbudet, kan det være en lang prosess før man tar kontakt og oppsøker hjelp. Behandlere som har deltatt i intervju mener at det derfor kan hjelpe å se kampanjen mange ganger over tid.

Hvor høyt pasienttrykket er kan variere. De fleste behandlingsstedene forteller at de har omtrent to henvendelser i måneden. Behandlerne forteller at det i hovedsak norske menn som tar kontakt. Alderen kan variere, men tyngdepunktet ser ut til å ligge under 30 års alder. Flere behandlere forteller at de savner flere pasienter med innvandrerbakgrunn eller annen minoritetsbakgrunn, og tror derfor disse gruppene er underrepresentert i behandlingen. Pasientene har som regel ofte komplekse psykiske utfordringer, og sliter med angst og depresjon.

At pasientene har kjennskap til tilbudet fremstår som en forutsetning for at de tar kontakt. På samme måte er mangel på kjennskap til tilbudet en sentral barriere, som gjør at pasienter som egentlig har et behov ikke tar kontakt. Behandlere forteller at flere har tatt kontakt etter å ha sett informasjon om tilbudet gjennom kampanjemateriell, men også nyhetsartikler (bl.a. NRK). Enkelte pasienter har også fått informasjon om tilbudet gjennom fastlege eller DPS, men dette fremstår som å utgjør et mindretall.

Pasienthenvendelser kommer via ulike kanaler

Pasientene kommer i kontakt med tilbudet gjennom ulike kanaler. Det er mange behandlere som forteller at de aller fleste pasientene kommer via chatten som bemannes i Oslo. Pasientene tar kontakt via chat og får tilbud til det nærmeste behandlingsstedet der de bor, og sluses derfor videre til den lokale behandlingseenheten. Det som oftest skjer videre, er at behandleren lokalt tar kontakt med pasienten på telefon først for å avklare litt gjennom en oppstartssamtale, hvor man snakker om hvorfor de har kontakt og hva pasienten trenger hjelp til.

Videre er det mange som tar kontakt via telefon, som besvares lokalt på behandlingseenheten. Denne kontaktformen virker å være organisert noe ulikt fra sted til sted. På en side er det positivt at pasientene kan ta kontakt med behandlerne direkte. På den andre siden kan ansvaret for telefonen medføre ekstra arbeidsbelastning, spesielt på enheter med få behandlere. Ifølge behandlere har mange pasienter som tar kontakt selv gjerne tenkt lenge før de har tatt kontakt. De tar med andre ord sjelden kontakt på impuls.

Til sist, opplever behandlere å få henvendelser fra andre aktører rundt pasientene. Dette kan være fastleger, barnevernet, politiet, kriminalomsorgen eller advokater. Det gjelder som oftest personer som er i en risikosone, men enda ikke har gjort noe ulovlig – men også personer som er under pågående etterforskning (f.eks. for nedlastning av overgrepsmateriale på nett), og personer som er ferdig med straffegjennomføring og behøver riktig oppfølging. Denne typen pasienter som henvises indirekte, kan være mindre villig til å benytte seg av tilbudet og har ikke nødvendigvis den samme motivasjonen som de

pasientene som tar kontakt selv. Det kan være mer benektelse, som også er i konflikt med premissene for behandling. Behandlerne ønsker primært dem som er motivert og kommer på eget initiativ, og mener denne hovedmotivasjonen er avgjørende for behandlingseffekten.

Behandlerne setter som regel alltid opp første behandling som et fysisk møte, som finner sted på den lokale enheten. Noen behandlere påpeker at det kan være veldig tøft for pasientene i starten å komme til behandling, spesielt der behandlingsinstitusjonene har omfattende sikkerhetstiltak. Majoriteten opplever imidlertid at det blir lettere etter hvert. Enkelte behandlere fremhever at de første møtene er særlig sensitive, og at det er viktig å ikke skremme pasienten med for eksempel omfattende utredningsprosedyrer. Tillit er sentralt for god behandlingseffekt, og denne bygges opp gradvis og relasjonelt mellom pasient og behandler etter gjentatte møter.

Rambølls vurderinger

Rambøll vurderer som en stor styrke at det er flere inngangskanaler til tilbudet. Muligheten for selvhenvising og anonym kontakt via chat og telefon, gjør at det er lettere å ta kontakt enn dersom man ville trengt en henvisning via fastlege. At man samtidig legger til rette for at ulike aktører, slik som fastleger, politi, barnevern, o.l., har kunnskap om tilbudet, gjør at man også gjør tilbudet mer tilgjengelig for andre som ikke er kjent med chat-funksjonen. At behandlingen kan gjennomføres både fysisk og digitalt styrker også tilbudets tilgjengelighet, ettersom geografiske avstander i prinsippet ikke skal være et hinder for behandling. Pasientpopulasjonen er i dag primært etniske, norske menn under 40 år. Det kan spekuleres i om tilbudet er mindre tilgjengelig for personer med innvandrerbakgrunn eller annen minoritetsbakgrunn, for eksempel på grunn av språklige eller kulturelle barrierer.

[30] Illustrasjonen er hentet fra Hdir (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 1 Helhetlig behandlingstilbud.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ov>

[31] MindShare (2022). «Det finnes hjelp Posttest 2022».

[32] MindShare (2023). «Sluttrapport Det finnes hjelp, vår 2023».

[33] Figuren er laget på bakgrunn av tall fra MindShare (2022). «Det finnes hjelp Posttest 2022». og MindShare (2023). «Sluttrapport Det finnes hjelp, vår 2023»..

[34] Mindshare (2022). «Det finnes hjelp Posttest 2022».

[35] MindShare (2023). «Sluttrapport Det finnes hjelp, vår 2023».

[36] Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 1 Helhetlig behandlingstilbud.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-ov>

Overgang fra prosjekt til ordinær helsetjeneste i 2024

Det finnes hjelp går fra å være prosjekt til å bli en del av ordinære helsetjenester i 2024. Det innebærer at finansieringen endrer seg fra øremerkede prosjektmidler, til å gis over statsbudsjett. Dette betyr at det fra 2024 er de regionale helseforetakene og helseforetakene selv som prioriterer hvor og hvordan midlene skal benyttes.

Mindre forutsigbarhet i finansieringen fra 2024

Som en del av evalueringen har Rambøll undersøkt de ulike informantenes refleksjoner rundt overgangen fra prosjekt til ordinær helsetjeneste. I den sammenheng er det flere informanter som påpeker at det finnes noen usikkerhetsmomenter knyttet til den fremtidige finansieringen. Informantene forklarer at de er noe bekymret for at ikke fullt så mange midler blir brukt på Det finnes hjelp når de øremerkede midlene forsvinner og prioriteringen av midlene dermed er opp til hvert enkelt regionale helseforetak og helseforetakene selv.

En rådgiver i et regionalt helseforetak forklarer nærmere hvordan finansieringen endrer seg ved overgangen fra prosjektmidler til ordinær helsetjeneste, og at det er to ulike måter å gå frem:

"De regionale helseforetakene må ta en vurdering av videre finansiering fra 2024. De kan velge å overlate budsjettering til helseforetaket ved at finansieringen inngår i den vanlige rammen, hvor det regionale helseforetaket gir oppdrag, men helseforetaket står fritt til å disponere midlene slik de selv mener er gunstig for å løse ut oppdraget, eller ved å gi særfinansiering som innebærer øremerking fra det regionale helseforetaket i inntil 3 år." – *Rådgiver RHF*

Det er flere årsaker til at det knyttes usikkerhet til fremtidig finansiering. Flere informanter forteller at man erfaringsmessig ser en tendens til at miljøer og tilbud som bygges opp forvitrer ett par år etter at det har gått over til ordinær drift. Rådgivere ved ulike regionale helseforetak forklarer det slik:

"Det å kunne opprettholde et tilbud som dette passer ikke inn i den helseøkonomiske plattformen som vi styrer etter i dag. Å ha den typen særfinansiering som har eksistert i prosjektperioden sikrer et forsvarlig pasienttilbud til de minste gruppene. En slik særfinansiering med øremerkede midler betyr at man får opprettholdt et tilbud som ellers hadde stått i fare for å legges ned. Faren er at når man får et veldig godt opparbeidet tilbud som skal gå inn i ordinær drift, så vannes det ut og så forsvinner det." – *Rådgiver RHF*

"Det er klart at i det en øremerking av en nasjonal finansiering eventuelt opphører så vil denne tjenesten komme i konkurranse med andre tjenester spesialisthelsetjenesten skal yte. Både på RHF-nivå mht. særfinansiering eller ikke og på helseforetaksnivå. Alle helseforetakene i Norge er under stort press og med tydelig beskjed om å jobbe særskilt med prioritering. Det er også betydelig mangel på kompetanse i hele spesialisthelsetjenesten. Helseforetak som har mangel på spesialisert kompetanse, vil se nøye på fordeling av kompetanse." – *Rådgiver RHF*

En informant reflekterer over at det å opprettholde tilbudet med spesialisert personell og marginaliserte pasientgrupper, ofte kan drukne i de større mengdene med pasienter. Denne informanten, som er rådgiver i et regionalt helseforetak, forteller:

"Det er en utfordrende å bemanne de tilbudene man skal yte tjenester på. Samtidig tenker jeg strukturen som er bygget rundt Det finnes hjelp, med en høy andel digitale hjelpemidler, er noe som er fremtidsrettet og kan representere den typen løsninger som må bli brukt for å kunne yte tjenester på et forventet nivå fremover. Utfordringen er at dersom man ikke holder høyt nok faglig nivå og skal yte spesialisert hjelp, kan man risikere å gjøre ting vondt verre. Jo snevrere faget er jo mer sårbart er det." – *Rådgiver RHF*

Det kan virke som dette er utfordringer som ligger på systemnivå, som handler om krav til helseforetakene om tjenester og økonomi, kombinert med takster og refusjonsordninger som skaper incentiver for hvilke

tjenester som skal prioriteres. En informant forteller at helseforetakene historisk sett prioriterer med utgangspunkt i egen økonomi og hva de tjener på, nettopp fordi helseforetakene har krav til økonomisk vekst. En rådgiver fra et av de regionale helseforetakene utdyper at vurderingen om finansieringen fremover dels handler om hvorvidt det er aktiviteter som utløser pasientgenert inntekt, noe som bedrer forutsigbarheten for de som driver det. I det store og det hele handler det om forholdet mellom inntekt og utgifter. I den sammenheng nevnes også en utfordring for takster i psykisk helsevern som oppstår når oppfølgingen man gir blir mer kompleks, for eksempel krever samarbeid med flere aktører og det blir mye nettverksarbeid. I slike tilfeller oppleves det at takstene ikke treffer like godt. Det vises også til et annet problem som ofte løftes fra psykisk helsevern, som går ut på at i tilfeller hvor pasientene har lang reisevei, kan det være hensiktsmessig å komme en hel dag og få gjort flere ting av gangen i stedet for reise til og fra sykehuset for ulike enkelttimer på forskjellige dager. Erfaringene innenfor en av helseregionene tilsier at takstsystemet ikke harmonerer helt med det.

Av slike grunner mener flere informanter at det eksisterer en fare for at man ikke har fått muligheten til å bygge opp et tilbud, bygge opp kompetanse og derigjennom legge til rette for behandlingen som trengs.

Det er viktig å opprettholde satsingen på opplæring og veiledning

Det eksisterer også en viss bekymring for at overgangen fra prosjekt til ordinær helsetjeneste vil kunne gå ut over veilednings- og opplæringstilbudet. Behandlere som sier dette, er noe bekymret for at regionale helseforetak eller helseforetakene skal konkludere med at tilbudet gir for lite inntekt og dermed kutter ned på budsjettet når de øremerkede prosjektmidlene forsvinner. De forteller at dersom det blir for få behandlere på alle pasientene, vil de ikke ha kapasitet til å delta på kursingen, noe som vil gå ut over tilbudet de yter i neste omgang. Tilbudet blir også mindre tilgjengelig og mindre robust dersom man må kutte ned på behandlerne.

For å opprettholde tilbudet kan det være viktig å synliggjøre hva pasientene trenger, og hva som trengs av opplæring, kursing og kompetanse hos behandlerne for å bli skape robusthet og faglig kvalitet. For å løse utfordringen med forholdet mellom tilbud og etterspørsel uten å ta bort stillinger, kan man kanskje være tilbøyelig og låne ut kapasitet hvis man skulle se at det holder seg lavt.

En informant mener også det er viktig at man opprettholder det faglige nettverket for behandlerne, for å styrke fagfeltet. Siden det er et smalt felt, er det viktig å ha mulighet til erfaringsutveksling, videreutvikling av fagfeltet og å heve den faglige kvaliteten på tilbudet. I tillegg vil det bidra til en større robusthet ved at man går fra å være enkeltbehandlere til å være forankret i et solid nettverk. I denne sammenhengen vises det til for eksempel Faglig forum eller de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER).

Som motpol til disse bekymringene, reflekterer en informant over at det er en fordel at tilbudet er organisert under det regionale kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER), ettersom de er en etablert organisasjon som selv har særfinansiering. Sannsynligheten for at de vil bestå er større. Det er vanskeligere å kutte i tilbudet til dem enn om det var lagt til en ordinær poliklinikk.

Det er en bekymring for at endringen skal gå ut over forutsigbarhet og trygghet for ansatte

Flere informanter reflekterer rundt viktigheten av forutsigbarhet, godt med tid og trygghet for de ansatte. Dette fordrer blant annet sikret stilling og trygghet i at det er et reelt ønske om å utvikle denne kunnskapen. En av enhetslederne, opplever at finansieringen har stor innvirkning på de ansattes forutsigbarhet og trygghet i jobben. Dersom dette mangler, står man i fare for å miste ansatte eller faglighet, noe som vil gå ut over faglig kvalitet og robusthet ved det enkelte tilbudet, samt tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudene i neste omgang.

En tilgrensende utfordring dersom tilbudet skulle svekkes, er at det blir et enda mindre tilbud med færre behandlere. Det kan bli en utfordring også dersom tilfanget av pasienter skulle øke stort, og man ikke vil kunne søke om flere midler som man kan dersom det er et prosjekt. Dersom det hadde blitt tilfellet, må det fremover gjøres en prioritering mellom dette og et annet tilbud eller andre pasientgrupper.

Det er behov for tydelige forventninger til tilbud og finansiering fremover

For å unngå en utvikling som beskrevet over, mener flere informanter at man bør vurdere føring med tydelig oppdrag fra Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet. En informant mener at hvis Det finnes hjelp fortsatt skal være prioritert område, bør det foreligge en anbefaling om videre finansiering selv om det legges i rammen via statsbudsjett. Denne informanten mener at en føring kan være mer hensiktsmessig enn øremerking, fordi man ikke kan røre øremerkede midler selv om de kanskje ikke brukes opp.[37]

Rambølls vurderinger

Basert på funnene knyttet til overgangen fra prosjekt til ordinært helsetilbud, vil finansieringen kunne påvirke tilbudene fremover. Finansieringen vil kunne påvirke behandlingsstedenes muligheter til ansettelser og prioritering av opplæring og veiledning, noe som har betydning for faglig kvalitet, tilgjengelighet og robusthet. Dersom tilbudet ikke prioriteres økonomisk, kan en konsekvens bli at tilbudet blir lite, med få behandlere. Dette kan påvirke tilbudets robusthet og tilgjengelighet. Veiledning og opplæring oppfattes som et viktig element, som både bidrar til å bygge kompetanse og bidra til å gjøre behandlingen så lik som mulig på tvers av behandlingsstedene, og som dermed er viktige bidragsytere for målene om likeverdighet og faglig kvalitet i tilbudene. Dersom det velges forskjellige løsninger for finansiering i de ulike helseregionene, vil det kunne påvirke likeverdigheten mellom tilbudene.

[37] Dette funnet støttes av innsiktsarbeidet fra 2018, som viste at stabil finansiering er en viktig forutsetning og at andre nasjoner har ustabile tilbud grunnet prosjektf finansiering. Helsedirektoratet. Se «Konseptutredning for et lavterskel og helhetlig behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn».

Behandlingstilbudenes organisering og lokalisering

Behandlingstilbudets ulike organiseringsformer

Under beskrives de fem behandlingstilbudene med valgt organisering, lokasjon, og informasjon om behandlere og behandlingstilbudet. Videre i kapittelet drøftes hvordan ulike organisatoriske valg påvirker tilbudene.

Stavanger universitetssykehus

Organisering: Det finnes hjelp, BASIS og allmennpsykiatrisk poliklinikk i fengsel ligger under Fengselspoliklinikken som er en del av Avdeling Sikkerhet i Klinisk Psykisk Helsevern Voksne (KPHV).

Lokasjon: Behandlingstilbudet i Det finnes hjelp ligger i Sandnes i et nøytralt bygg og samlokalisert med Mobilt innsatsteam, som også er en del av Avdeling Sikkerhet. Bygget har ingen fysiske sikkerhetstiltak utenom alarm.

Behandlerne og behandlingstilbudet ved Stavanger Universitetssykehus: Per november 2023 er det tre behandlere i Det finnes hjelp ved Stavanger Universitetssykehus. Det er 1,2 stillinger avsatt til Det finnes hjelp. Alle som jobber i Det finnes hjelp har delte stillinger i Det finnes hjelp sammen med andre oppgaver innenfor fengselspoliklinikken. Dette valget ble tatt fordi man mente det ville bli veldig sårbart dersom én person jobbet alene som dedikert til Det finnes hjelp – både i tilfelle sykdom og turnover, men også med tanke på muligheten til å ha et fagmiljø med BASIS og fengselspoliklinikken, samt å kunne drøfte problemstillinger i det daglige arbeidet. Ved restkapasitet i Det finnes hjelp kan de også ta oppgaver andre steder i klinikken, og vice versa. Ved Stavanger universitetssykehus finnes et tilbud om gruppeterapi utenfor Det finnes hjelp.

Universitetssykehuset i Nord-Norge – Tromsø

Organisering: Selvstendig driftet team under poliklinikk innen psykisk helse og rus ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Organisert under SIFER Nord (regionalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri).

Lokasjon: UNN, Tromsø. Behandlingen foregår i et langstrakt bygg som henger sammen gjennom en korridor. Tilbudet er samlokalisert med andre behandlingstilbud (bla. psykiatrisk poliklinikk og sengeposter), men har egen fløy man kan komme til gjennom hovedinngang og sideinngang. De har egne kontorer for pasientsamtaler. Bygget er ikke et sikkerhetsbygg.

Behandlerne og behandlingstilbudet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge: Det finnes hjelp-teamet består av fire behandlere per september 2023. Behandlerne i Tromsø har både kliniske

oppgaver knyttet til Det finnes hjelp, og oppgaver knyttet til kompetansesenteret (SIFER). I tillegg jobber alle behandlerne også deltid ved enten BASIS og/eller fengselsklinikk. Det finnes hjelp Tromsø tilbyr både fysisk, digital og hybrid terapi. Det er kun individualterapi som tilbys som en del av Det finnes hjelp.

Helse Bergen

Organisering: Det finnes hjelp er organisert som en uavhengig enhet i bygget hvor DPS holder til, organisert som en del av DPS men fungerer uten inntaksprioritering (pga. lavterskeltak).

Lokasjon: Lokalisert i Bergen sentrum. Behandler sitter i samme bygg som DPS, men i en annen etasje enn poliklinikken som har faglig og personalmessig ansvar for Det finnes hjelp.

Behandlerne og behandlingstilbudet ved Helse Bergen: I dag er det kun én behandler som jobber 100 % i Det finnes hjelp. Det var tidligere to deltidsstillinger, men etter at den andre behandleren sluttet, valgte den resterende gå over i en fulltidsstilling. Behandleren har stort pasienttrykk og lite kapasitet, og har også ansvar for kontaktttelefon. Fordi det er organisert uavhengig utenfor poliklinikken, er det ikke en del av et større fagmiljø. Behandleren har imidlertid noe undervisningstid rettet mot aktører som er i kontakt med den forventede målgruppen.

St. Olavs Hospital - Trondheim

Organisering: Det finnes hjelp, er en del av Spesialpoliklinikken som ligger under Avdeling for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved St. Olavs Hospital. Spesialpoliklinikken inneholder i tillegg til Det finnes hjelp også Fengselspsykiatrisk poliklinikk, BASIS (Behandling Av Seksuallovbruddsproblematikk i Spesialisthelsetjenesten) og Sinnemestring,

Lokasjon: Behandlingen gis poliklinisk og i Sikkerhetsbygget, som ligger i et område som heter Østmarka, i Trondheim. Bygget har omfattende sikkerhetstiltak i inngangen, med sikkerhetssluser, innlåsing og kameraovervåkning, høye gjerder rundt bygget, samt at mange rom og ganger er transparente.

Behandlerne og behandlingstilbudet ved St. Olavs Hospital: Totalt tre behandlere er tilknyttet Det finnes hjelp i Trondheim. To behandlere jobber deltid i Det finnes hjelp, men har også ansvar for behandling i tiltaket BASIS. Den siste behandleren jobber fulltid i Det finnes hjelp. De fleste behandlerne er unge psykologer i spesialisering. Behandlerne tilbyr kun individualterapi.

Oslo universitetssykehus

Organisering: Det finnes hjelp ved behandlingssted Oslo er tilknyttet Oslo Universitetssykehus. Tilbudet er organisert under SIFER Sør-Øst (regionalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri), og inngår i spesialpoliklinisk enhet på Gaustad som også huser BASIS og Ny kurs.

Lokasjon: Gaustad, Oslo Universitetssykehus. Bygget er anonymt utformet, og huser Det finnes hjelp og andre liknende behandlingstilbud innenfor samme tematikk. Lokalene er åpne slik at pasienter kan komme inn uten omfattende sikkerhetstiltak. Gangen benyttes som venterom, og behandlingen gjennomføres i egne rom.

Behandlerne og behandlingstilbudet ved Oslo Universitetssykehus: Det finnes hjelp-teamet består av fire behandlere per september 2023. Behandlerne i Oslo arbeider både som behandlere, og bemanner chat-tjenesten til Det finnes hjelp. Alle behandlerne jobber fulltid i Det finnes hjelp, men kan bistå de andre

teamene ved enheten ved behov. Det finnes hjelp mottar også faglig støtte og kompetanse fra de andre teamene ved behov. Samarbeidet på tvers av team foregår hovedsak mellom Det finnes hjelp og Ny kurs, men til dels også BASIS. Det finnes hjelp Oslo tilbyr kun individualterapi, men denne kan gjennomføres både fysisk og hybrid (en kombinasjon av fysisk og digitalt).

Organisatoriske og fysiske forhold ved behandlingsenhetene

Alle tilbudene er organisert i spesialpolikliniske enheter eller tilsvarende, med unntak av Bergen, der tilbudet er organisert i ordinær poliklinikk. I Stavanger og Trondheim foregår behandlingen i tilknytning til fengsel- og sikkerhetspsykiatriske enheter, mens de øvrige tilbudene gjennomfører behandlingen i alminnelige polikliniske lokaler. Behandlingslokasjonens organisatoriske og fysiske forhold varierer med andre ord noe mellom tilbudene. De ulike formene for organisering har hver sine fordeler og ulemper, knyttet til faglig nettverk, materielle forhold og sikkerhetstiltak.

Samorganisering oppleves som en styrke for faglig kvalitet

Majoriteten av behandlingstilbudene er organisert som spesialpolikliniske enheter eller tilsvarende. En fordel med dette er at teamet som utgjør Det finnes hjelp er tilknyttet andre relevante fagmiljø innen blant annet fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri. Ofte jobber teammedlemmene både ved Det finnes hjelp og andre tilbud som inngår i enheten, og kan dra nytte av komplementerende kompetanse. Noen av informantene opplever også at tett tilknytning til helseforetak er gunstig. De forteller at tilknytningen bidrar til kort vei til relevant kompetanse innen blant annet risikovurderinger, taushetsplikt o.l.

Med et større fagmiljø, bl.a. med behandlere tilknyttet BASIS, peker flere behandlere på at man opparbeider seg en sterkere fagkompetanse, med mulighet for å lære og drøfte ulike problemstillinger og målgrupper. Altså har samlokalisering positive spill over-effekter, som gagnar kompetansen og kvaliteten i tilbudet. Det har også en stor verdi i seg selv å være en del av et fagmiljø og få faglig støtte når man trenger det, for den enkelte behandler. I tillegg gir det en selvforsterkende effekt, hvor man får mer kompetente søkere til stillinger, i kraft av å ha et mer synlig fagmiljø.

Behandlere som er ansatt i både Det finnes hjelp og andre tilbud (for eksempel BASIS), uttrykker imidlertid at dette har både fordeler og ulemper. Flere liker å kunne ha en mer variert arbeidsdag, og særlig behandlere på BASIS opplever Det finnes hjelp-pasienter som lettere. På den andre siden, uttrykker noen at å jobbe på flere tilbud gir økt arbeidsbelastning og lite kapasitet, man har en fragmentert arbeidstid delt på mange arbeidsoppgaver. BASIS foregår ambulant ut i utvalgte fengsler, med unntak av innsatte pasienter med permisjonsrettighet. Det betyr mye reising for behandlere med delte stillinger. Det kan medføre at man ikke får den nødvendige mengdetreningen man muligens trenger for å få samme progresjon i kompetanse og innsikt i behandlingen, sammenliknet med dem som jobber med tilbudet på fulltid. En uttrykker at man ikke «alltid er like til stede», når man har så mange ulike arbeidsoppgaver. En annen uttrykker at det ikke blir like god tid til opplæring, og er bekymret for at man ikke får gjort arbeidet grundig nok.

"Jeg har BASIS i tillegg også da, mulig Det finnes hjelp ikke er like tungt som med de som har begått overgrep. Synes ikke problematikken er stressende, men heller kappløpet om å rekke alt vi skal gjøre." – *Behandler*

Omfattende sikkerhetstiltak og begrenset skjerming kan ha en avskrekkende effekt på pasientene

Majoriteten av behandlingstilbudene er lokalisert i anonyme alminnelige polikliniske lokaler uten omfattende sikkerhetstiltak. Flere opplever anonyme lokaler som hensiktsmessig, og tror at det bidrar til å senke terskelen for å oppsøke tilbudet fysisk. Byggene har typisk kun nøytral skilting, og det er ingen betegnelser utenfra som peker på tilbudets navn og innhold. Det omtales derfor som «et skjult tilbud». For pasientenes del er det mindre risiko for å bli stigmatisert.

"Det er en fordel at vi ikke er samlokalisert med fengsel og sikkerhetsavdeling. Det sender feil signal til (pasient)gruppen. Det er et anonymt bygg, og jeg tenker at det er bra. Pasientene er ofte veldig skamfulle." – *Behandler*

Tilbudet i Trondheim skiller seg her fra resten ved at det er lokalisert i et sikkerhetsbygg med blant annet omfattende sikkerhetstiltak ved inngangen, kameraovervåkning, samt at mange rom og ganger er transparente. Formålet med sikkerhetstiltakene er at de skal bidra til økt trygghet for behandlerne og øvrige ansatte, særlig i møte med pasienter man vurderer som farlige. Likevel gir behandlerne ved andre behandlingssteder i liten grad uttrykk for at de føler seg utrygge, til tross for mindre omfattende sikkerhetstiltak. Omfattende sikkerhetstiltak kan også ha noen ulemper. Det kan oppleves som overveldende eller skummelt for pasientene å komme til behandlingsstedet. Behandlerne er bekymret for at bygget i seg selv kan gjøre at pasienter velger å ikke møte opp eller fullføre behandlingen, fordi man føler seg kriminalisert og overvåket:

"Noen [pasienter] sier at de føler de følte det var et avhør første gang. Bygget [oppleves] også skummelt. Folk som har vært i fengsel reagerer på slusen, forteller at de føler de har gjort noe galt allerede før de går inn i bygget." – *Behandler*

"Mange [pasienter blir] stående utenfor før de slipper inn. De føler seg stigmatisert av å stå der ute, selv om vi forteller at de kan ha mange grunner til å komme til bygget." – *Behandler*

Et annet, men relatert, aspekt ved den fysiske utformingen av byggene handler om grad av skjerming. Behandlingstilbudene varierer noe med hensyn til hvor lett det er for pasientene som kommer dit å blende inn i mengden, samt å skjerme seg fra å bli sett. Selv om et bygg fremstår relativt anonymt, kan det likevel oppleves ubehagelig å bli sett av besøkende ved nabobygg eller andre behandlingstilbud i samme bygg.

De ulike behandlingsstedene varierer med hensyn pasientenes mulighet for å skjerme seg. Ved enkelte behandlingssteder er tilbudet samorganisert med en mengde andre tilbud, og fasilitetene organisert slik at det er lett å «forsvinne i mengden». Andre behandlingssteder har gjort andre tiltak for å skjerme pasientene. Eksempelvis har et behandlingssted forsøkt å tilrettelegge ved å ta i bruk en sideinngang som er mer diskret enn hovedinngangen. Utforming av venterom kan blant annet være en utfordring. Enkelte behandlingssteder har ikke venterom, hvilket innebærer at pasientene må stå utenfor og vente. Ved et annet behandlingssted er det plassert to stoler i gangen som benyttes som venterom. Behandlerne forteller at flere pasienter har opplevd dette som vanskelig fordi de føler seg veldig eksponerte. Flere pasienter har derfor skjult ansiktet sitt med både skyggelue og munnbind, for å beskytte sin identitet.

Behandlerne ved et tilbud påpeker at der hvor Det finnes hjelp er samlokalisert med tilbudet BASIS, vet ikke nødvendigvis pasientene at de kommer til fengselspoliklinikken. Dette har i seg selv egne fordeler ved at man unngår unødvendig følelse av kriminalisering, men samtidig er det relevant informasjon for pasientene i Det finnes hjelp.

Etterlyser bedre tilrettelegging i samtalerom

I tillegg til byggenes fysiske eksteriør, har også samtalerommene forbedringspotensial enkelte steder. Flere behandlere peker på at samtalerommene med fordel kan gjøres koseligere, og er i dag nokså sterile og kliniske. Dette kan i verste fall gjøre at det tar lenger tid å bygge opp tillit hos pasientene. Enkelte behandlere forteller at de har jobbet lenge for å gjøre rommene koseligere, men at det er vanskelig å få til av ressurs- og sikkerhetsmessige årsaker. Enkelte steder er heller ikke samtalerommene godt nok lydisolerte. Blant annet fortelles det at man kan høre når folk går forbi utenfor rommet. Dette kan gjøre pasientene utrygge, som er svært opptatte av konfidensialitet og anonymitet. Et annet aspekt handler om tilgangen på egnede samtalerom. Et behandlingssted har ikke ordentlige samtalerom som er tiltenkt tilbudet og passer til behandlingen, og behandlerne må bruke besøksrom i bygget som opprinnelig er tiltenkt et annet behandlingstilbud. Disse er imidlertid tilgjengelige for alle å booke, i tillegg til at det kun finnes et begrenset antall rom. Dette oppleves som krevende og kan være belastende på sikt.

Behov for bedre informasjon og forventningsavklaring til pasientene

Med utgangspunkt i ovennevnte funn, ser enkelte behandlere behov for å kommunisere bedre om hva som møter pasientene til første fysiske møte ved de ulike enhetene. Både for å gi bedre informasjon, men også for å gjøre dem mer forberedt og således forhåpentligvis dempe de negative effektene, slik at byggene/fasilitetene ikke oppleves som like avskrekkende eller eksponerende.

Rambølls vurderinger

Resultatene indikerer at organiseringsform kan ha betydning for faglig kvalitet og robusthet, og at samorganisering i spesialpolikliniske enheter eller liknende er gunstig. Behandlerne får mulighet til å drøfte problemstillinger og faglig innhold med kolleger. Ansatte som jobber 100 % i Det finnes hjelp kan i noen tilfeller ha større mulighet til å bli spesialister på denne pasientgruppen, behandlingstilnærming og kartlegging, enn dem som jobber deltid i tilbudet, som på sin måte bidrar til å styrke den faglige kvaliteten. Samtidig har flere behandlere som har delt stilling fremhevet fordelene med å variere i arbeidsoppgaver på grunn av den belastende tematikken i Det finnes hjelp. Delte stillinger kan med andre ord være positivt for de ansattes trivsel, og følgelig opprettholdelsen av robuste fagmiljø.

Videre kan den avskrekkende effekten av sikkerhetstiltak og begrenset skjerming ha konsekvenser for tilbudets tilgjengelighet. Formålet med omfattende sikkerhetstiltak fremstår å være å ta vare på både ansatte og pasienter, og kan i så måte kobles til ønsket om å fremme et robust fagmiljø. Samtidig indikerer resultatene at de ansattes sikkerhet kan ivaretas ved bruk av mindre omfattende tiltak, og følgelig gi samme gevinst i form av robusthet uten de ugunstige effektene på tilbudets tilgjengelighet. Basert på funnene vurderer Rambøll at utformingen av samtalerom, særlig med hensyn til lydisolasjon, kan ha betydning for den faglige kvaliteten på tilbudet. For eksempel ved at pasientene blir utrygge og potensielt ikke tør å fortelle fritt. Tilgangen på ledige samtalerom kan også ha betydning for når og hvor ofte behandlerne har mulighet til å avtale pasientkonsultasjoner, og følgelig tilbudets tilgjengelighet. Funnene tyder på at utfordringer med å finne tilgjengelige rom kan oppleves belastende for behandlerne. På sikt kan dette potensielt påvirke trivsel, og i forlengelse av dette tilbudets robusthet. Ettersom de ulike behandlingstilbudene har hver sine geografiske opptaksområder, kan variasjoner på de ovennevnte faktorene potensielt også ha betydning for likeverdigheten i tilbudet.

Organiseringens fordeler og ulemper for behandlerne

Ressursene er ikke alltid geografisk tilpasset til den reelle etterspørselen

Ressursene til de ulike behandlingsinstitusjonene er fordelt etter fordelingsnøkkel, definert av bl.a. innbyggertall som helseregionene dekker. Fordelen med dette er at man får et tilbud som har god spredning geografisk. Samtidig er behandlingstilbudet lokalisert i by- eller bynære områder, som gjør at personer som ikke bor mindre sentralt til får lengre reisevei eller får et digitalt behandlingstilbud.

Med fordelingsnøkkel var det tiltenkt et visst antall behandlere/ressurser, med etablering av ett behandlingssted per region. Denne fordelingen tok imidlertid ikke nødvendigvis hensyn til faktorer som påvirker utformingen av tilbudet lokalt. En rådgiver ved et Regionalt helseforetak forteller om et av kriteriene for valg av behandlingssted i deres region:

"Det er så viktig å spille på de gode fagmiljøene som eksisterer allerede. I utgangspunktet er det få fagfolk og små ressurser, derfor er det viktig å samle det som eksisterer." – *Rådgiver RHF*

I én helseregion ble det derfor valgt to behandlingssteder, men med samme ressurser. Det har medført at hvert behandlingssted får færre ressurser og ansatte, som har skapt en sårbarhet. Dette er særlig fremtredende i ett av tilbudene, som også er organisert utenfor et etablert fagmiljø og er ikke en del av sikkerhetspsykiatrien, men er organisert uavhengig og lokalisert i samme bygg som DPS. Det er et veldig lite fagmiljø og det krever mer for å opprettholde fagkompetanse. Det er egentlig tiltenkt 1,2 stillinger per behandlingssted, men det er per i dag kun en behandler som jobber 100 % i Det finnes hjelp. Ressursene tildelt tilbudene er ikke nødvendigvis tilpasset det reelle pasienttrykket og den lokale etterspørselen til tilbudet. Det gjør situasjonen særdeles sårbar, ettersom det medfører både stor arbeidsbelastning og mye ansvar hos behandler. Dette gjør også at behandleren ikke alltid har kapasitet til å ta alle henvendelsene som kommer inn. Ved ett av tilbudene er det kun én behandler, som også har ansvaret for kontakttelefonen, noe som er ugunstig når behandleren har behandling, holder undervisning eller er utenfor arbeidstid.

På lengre sikt kan det skape en situasjon med slitasje og kumulativ belastning hos behandler, som gjør behandlingsressursene mer sårbare og mindre robuste. Behandler etterlyser å være en del av et større fagmiljø, ha flere ansatte for å lette trykket, samt at andre ressurser overtar ansvaret for kontakttelefonen (for eksempel ressurser i Oslo, som også har ansvaret for chatten).

Faglig utvikling, autonomi og et godt fagfellesskap er viktig for behandlernes trivsel

Behandlerne som har deltatt i intervju trives i hovedsak i jobben, selv om noen opplever pasientgruppen og/eller rammebetingelsene rundt jobben som krevende. Noen behandlingssteder har likevel hatt utfordringer med at en del har sluttet eller ikke blir så lenge i jobben.

Flere faktorer fremstår som svært viktige for trivsel og god ivaretagelse av de ansatte. Særlig et godt fagfellesskap, faglig autonomi og mulighet for opplæring og kompetanseutvikling er viktig for behandlerne. Enkelte viser til at det er mye nyansatte i Det finnes hjelp må sette seg inn i, og at god opplæring og veiledning derfor er viktig for å skape mestring i jobben. Behandlerne opplever i varierende grad at disse faktorene er godt nok dekket i dag.

"Det er en tung jobb, det kommer man ikke unna. Det er mer emosjonelt belastende enn å jobbe med angst. Jeg tror kollegialt og psykososialt arbeidsmiljø er bra. Jeg føler at det er en jobb som legger veldig mange føringer som besnærer min kliniske autonomi i stor grad. [...] Dette trives jeg dårlig med, blir en robot som jobber etter et oppsatt skjema." – *Behandler*

Helt konkret nevner flere at et godt psykososialt miljø, muligheten for å drøfte med kollegaer, og til å delta på kurs, konferanser og andre aktiviteter for å fremme egen faglige utvikling er viktig for dem. Enkelte peker også på lønn og gode strukturer og rutiner.

Majoriteten av behandlerne har delt stilling mellom Det finnes hjelp og andre behandlingstilbud som blant annet BASIS, allmennpoliklinikk, fengselsklinikk o.l. Dette oppleves i hovedsak som positivt da det bidrar til variasjon i arbeidshverdagen. Kompetansen kan i flere tilfeller også benyttes på tvers av tilbud. Enkelte opplever likevel at delte stillinger kan gjøre det mer krevende å bli trygg på tilbudet og rutinene i Det finnes hjelp, samt at det kan gå utover mengdetreningen. Ettersom det kan være en belastende tematikk og pasientgruppe å arbeide med, ønsker enkelte seg en rotasjonsordning. En slik ordning kan f.eks. innebære at man hvert 5 år får permisjon til å jobbe med noe annet i en periode.

"Tenker på det som en fordel, at vi får en variert arbeidshverdag. Har noe å si for trivsel. Det at alle behandlerne også jobber i [annet tilbud] og [annet tilbud] er fint. Vi setter pris på å få bredden i problemstillinger og variert erfaring." – *Behandler*

Noen av behandlingsstedene forteller at en høy andel av behandlerne enten er nyutdannede eller psykologer i spesialisering. Enkelte er som følge av dette bekymret for fagmiljøets robusthet på sikt, ettersom de som er i spesialisering må ha praksis andre steder for å oppfylle kravene for å bli spesialist. For å bøte på dette foreslås en rulleringsordning for praksis. I tillegg forventes det at en del nyutdannede kanskje ikke blir så lenge, men vil ønske å prøve andre jobber også.

"Det jeg er redd for er at i spesialiseringsløpet så må disse psykologene videre, de må på andre steder for å bli spesialist. Vi har en kompetanse vi har kurset dem opp på, og hvis de forsvinner mister vi den kompetansen." – *Enhetsleder*

Lederne forteller om ulike tiltak som er igangsatt for å ivareta behandlerne. Arbeidsgiverne har særlig fokus på opplæring og kompetanseutvikling, samt tiltak for å skape gode psykososiale rammer. Dette kan blant annet ta form av faste møtepunkter for å snakke om hvordan man har det, fagmøter med drøfting av kasus, opplæring av nyansatte, prosessveiledning, felles risikovurderinger og felles øving i å bruke psykologiske måleinstrumenter, og å sende ansatte på kurs.

Behandlerne opplever i hovedsak sikkerheten som god. De fleste forsøker, av sikkerhetshensyn, å være to personer i første møte med nye pasienter. Dette tiltaket, kombinert med geografisk nærhet til andre mennesker, fremstår som viktig for behandlernes opplevelse av sikkerhet. Det er likevel ikke alltid dette er mulig å gjennomføre. Behandlingsstedene har i tillegg en alarmknapp. Denne oppleves av enkelte som en falsk trygghet da den er koblet til behandlere ved andre avdelinger. Det uttrykkes i stedet et ønske om tydeligere rutiner for at vektere skal komme. Videre forteller enkelte at de har gjennomført ROS-analyser av mulige risikosituasjoner, og fulgt disse opp med tiltak, for eksempel ved at det ikke gjennomføres pasientsamtaler veldig tidlig eller veldig sent på dagen, slik at det sikres at det er flere på jobb.

Rambølls vurderinger

Ressursfordelingen i tilbudet er ikke alltid tilpasset det lokale pasienttrykket, noe som synes ved at enkelte behandlere har svært sprengt kapasitet, mens andre har kapasitet til å ta imot flere. I tillegg er det ulik størrelse på fagmiljøer og antall behandlere ved hvert behandlingssted, som gjør at det blir store variasjoner i kapasitet og faglig støtte lokalt. Rambøll vurderer at det kan være behov for tilpasninger knyttet til disse forholdene, ettersom dette også påvirker likeverdigheten i tilbudet som pasientene har tilgang til.

Rambøll vurderer videre at å være flere ansatte i et større fagmiljø bidrar til økt robusthet, ettersom man kan avlaste hverandre. Man blir mindre sårbar for eventuelle utskiftninger i ansattgruppen, samtidig som det letter trykket på kapasiteten. I tillegg kan et synlig og etablert fagmiljø tiltrekke seg relevant kompetanse, som sørger for at man får dekket interne ressursbehov ved eventuelle utskiftninger.

Det kan argumenteres for at behandlerne, med deres fagkompetanse, er den viktigste ressursen inn i Det finnes hjelp. Basert på funnene fremstår god ivaretagelse av de ansatte, samt ordninger for å koordinere og tilrettelegge i forbindelse med spesialiseringsløp, som svært viktig for å skape og beholde robuste fagmiljø og sikre god faglig kvalitet. Dette gjelder særlig ettersom funnene våre viser at fagfeltet i utgangspunktet er relativt smalt, og at nyansettelser typisk vil innebære en investering i form av opplæring i nye metoder, tematikk og måleinstrumenter.

Konklusjon og forslag til utvikling

Overordnet vurdering

Overordnet vurderer Rambøll at *Det finnes hjelp* er et kvalitativt godt tilbud, med solid faglig fundament og utførelse. De felles strukturene bidrar til å sikre et enhetlig tilbud og fagmiljø på tvers av behandlingsstedene i en implementeringsfase, og vurderes som viktige også i fortsettelsen. Den helhetlige tilnærmingen til målgruppene er et viktig fundament for tilbudet, og ulike veier inn til tilbudet vurderes som en suksessfaktor for å få pasienter til å ta kontakt og oppsøke behandling. Det er gjort banebrytende arbeid med kampanjen, som treffer godt blant målgruppen menn i alderen 18-35 år, og som stadig optimaliseres på bakgrunn av analysearbeid. Organisering og lokasjon på behandlingsstedene er løst forskjellig ved alle fem behandlingssteder, som gir ulike utslag på de fire kriteriene for tilbudet. Dette gjelder blant annet valgt balanse mellom fysiske sikkerhetstiltak og tilgjengelighet, samorganisering og faglig miljø som påvirker robusthet og faglig kvalitet ulikt. Det er Rambølls klare anbefaling at tilbudet opprettholdes og prioriteres fremover. I den sammenheng er det viktig å ivareta tilbudets kvaliteter i overgangen fra prosjekt til ordinær helsetjeneste i 2024.

Forslag til utvikling

Til tross for tydelige kvaliteter har Rambøll identifisert potensial for å fremme både faglig kvalitet, robusthet, tilgjengelighet og likeverdighet ytterligere. Noe av potensialet ligger i å tydeliggjøre rammene for tilbudet for å øke fidelitet i implementeringen av behandlingstilbudet i helseforetakene. Enkelte funn peker på et behov for tidligere og tydeligere opplæring i behandlingstilnærming og Nasjonale faglige råd. Det virker også å være behov for tydeliggjøring og avklaringer som ikke fremkommer i Nasjonale faglige råd og behandlingsveileder, men som oppstår underveis i praktiseringen av tilbudet.

Spesielt følgende funn kan tyde på ulik praksis og metodetrofasthet, som kan være viktig å oppklare med tydelig kommunikasjon:

- Ulik praksis knyttet til utredningspakken
- Ulik praksis knyttet til inklusjons- og eksklusjonskriterier
- Ulik praksis knyttet til de 16-20 timene det ligger føringer for i nasjonale faglige råd
- Ulik praksis knyttet til videre henvisning ved avdekking av udekkede utrednings- og behandlingsbehov

Videre ligger det potensial i videreutvikling av organisering og rammer for tilbudet.

Oversikt over grep Rambøll anbefaler å prioritere i 2024, med forventet påvirkning på evalueringskriteriene og ansvarlig aktør.

Kampanje

1. Videreutvikle kampanjen for å nå bredere ut, gjennom mer varierte kontekster på kampanje som viser både urbane og rurale områder, samt gjennom målrettet informasjonsarbeid opp mot «hjelpemålgrupper» som kan ha kontaktflater med og påvirkningskraft på primærmålgruppen til Det finnes hjelp, eksempelvis fastlegekontor, helsestasjon, barneverntjeneste, politi, kriminalomsorg, m.fl.). Se eksempler nederst i kapittelet.

Dette vil bidra til økt tilgjengelighet og dermed økt likeverdighet. På sikt vil det kunne bidra til økt faglig kvalitet på grunn av mer representative data å drive forskning og kvalitetsutvikling på.

Ansvarlig aktør: Hdir

Kommunikasjon og tydeliggjøring av rammer for tilbudet ut mot behandlingsstedene

1. Kommunisere tydeligere til behandlingsstedene hvilket kunnskapsgrunnlag de Nasjonale faglige rådene bygger på, samt nødvendigheten av metodelojalitet.

Tydeligere kommunikasjon og forankring hos behandlerne vil bidra til økt likeverdighet i tilbudet gjennom å styrke metodelojalitet. På sikt vil grepet ha en positiv innvirkning på faglig kvalitet ved å øke kvaliteten på datagrunnlaget for forskning og kvalitetsutvikling.

Ansvarlig aktør: RHF og HF

1. Invitere behandlere og KvaSO til felles samtale om innholdet i utredningspakken, med fokus på begrunnelsen bak utvelgelsen og deling av erfaringer med bruk av måleinstrumentene i utredningspakken. Grepet er todelt, og består av to elementer: 1) styrke utredningspakkens forankring og etterlevelse hos behandlerne gjennom å øke deres kjennskap til og forståelse av innholdet i utredningspakken, og 2) diskutere erfaringer og drøfte innholdet i utredningspakken for å vurdere om det er behov for å utvikle utredningspakken eller om det etter drøftelsen vurderes at utredningspakken skal etterleves slik den er i dag.

Dette vil bidra til økt faglig kvalitet i både behandling og forskning gjennom å styrke etterlevelse. I tillegg vil man få økt kunnskap om nytten av innholdet og avveininger som gjøres i praktisering av utredningspakken. Dersom grepene kan bidra til styrket etterlevelse, vil det videre kunne gi økt likeverdighet i pasientenes mulighet til å bidra til forskning, og hvor mye av pasienttiden som brukes til behandling og hvor mye som brukes til utredning.

Ansvarlig aktør: OUS

Opplæring

1. Sikre tilstrekkelig opplæring kort tid etter nyansettelse, som også sikrer at rammer/premisser for tilbudet er formidlet til nyansatte. Opplæringstilbudet bør inkludere både behandlingsmetode og utredningspakken.

Dette vil bidra til økt faglig kvalitet, og gjennom å fremme mestring hos nye behandlerne, øke tilbudets robusthet.

Ansvarlig aktør: OUS

Felles strukturer

1. Videreføring av Styringsrådet for å støtte forestående endringer som følge av overgang fra prosjekt til ordinær drift og eventuelle justeringer etter evalueringen.

Dette vil spesielt ha betydning for de fem behandlingstilbudenes likeverdighet og faglige kvalitet.

Ansvarlig aktør: Hdir

1. Gjøre Faglig forum til et møte «for behandlere, av behandlere», med tydeligere ansvar og eierskap til innhold hos behandlerne ved alle fem lokasjoner.

Dette vil bidra til økt faglig kvalitet og likeverdighet. I den grad det bidrar til å gi behandlerne et faglig miljø, vil det også bidra positivt til robusthet.

Ansvarlig aktør: OUS

1. Foreslå nytt tidspunkt for Faglig forum som ligger utenfor «beste behandlingstid».

Dette kan gjøre det enklere for behandlere å delta i Faglig forum, som vil ha positiv innvirkning på faglig kvalitet, likeverdighet og robusthet.

Ansvarlig aktør: OUS

1. Vurdere grep for styrking av koordinatorfunksjonen og gjøre koordinatorrollen mindre sårbar.

Dette vil spesielt styrke tilbudets robusthet. En styrket koordinatorfunksjon kan være viktig for både Faglig forum, opplæring og veiledning, og derigjennom ha positiv innvirkning på faglig kvalitet og likeverdighet.

Ansvarlig aktør: OUS

Chat

1. Løse de tekniske problemene med chatten og legge til rette for at eventuelle nyoppståtte tekniske problemer løses fortløpende.

Dette grepet er viktig for å øke chattens faglige kvalitet. Videre bidrar grepet til å øke chattens, og følgelig også det kliniske behandlingstilbudets, tilgjengelighet.

Ansvarlig aktør: OUS

1. Vurdere utvidede åpningstider for chatten som er bedre tilpasset etterspørselen, slik at det er mulig å ta kontakt innenfor tidsrom som ligger utenfor vanlig arbeidstid.

Dette grepet vil bidra til å øke chattens tilgjengelighet. Ettersom chatten skal fungere som en sluse inn til behandlingstilbudet kan grepet indirekte også bidra til å øke behandlingstilbudets tilgjengelighet.

Ansvarlig aktør: OUS

Lokal organisering

1. Sørge for at alle behandlere har tilgang til et større fagmiljø med mulighet for faglig diskusjon og avlastning.

Dette grepet vil ha positiv innvirkning på faglig kvalitet. Videre vil grepet bidra til økt robusthet gjennom å gjøre behandlingsstedet mindre sårbart for eventuelle utskiftninger i behandlere, samt lette trykket på behandlingsstedets kapasitet.

Ansvarlig aktør: Helse Bergen HF

Økonomisk forutsigbarhet

1. Vurdere tydelig oppdrag og/eller føring eller øremerking som gir tilbudet mer økonomisk forutsigbarhet i overgangen fra prosjekt til ordinær helsetjeneste.

Dette grepet vil ha stor betydning for tilbudenes robusthet og faglige kvalitet, samt muligheten til å gi et likeverdig tilbud med god tilgjengelighet.

Ansvarlig aktør: RHF og helseforetak

Eksempler på målgruppeanalyser og kanalstrategi for marginaliserte målgrupper*

Dokumentasjonsrapport Del 2 – Informasjonstiltak om negativ sosial kontroll rettet mot ungdom og foresatte (Rambøll, 2022):

https://www.imdi.no/contentassets/435582f13cbb40fdbf85b21e5090dcf1/dokumentasjonsrapport-del-2_info

Mann om bord (Rambøll, 2023):

<https://sites.google.com/comte.no/mob/start>

Vedlegg: Litteraturliste

Christofferson, S., Willis, G., Cording, J., og Waitoki, W. (2020). «Stand strong, walk tall: Prehabilitation for a better future».

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgre>

Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp».

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgre>

Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 1 Helhetlig behandlingstilbud.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgre>

Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 2 Lavterskeltjeneste. «Lavterskeltjenesten bør tilby generelle råd og veiledning til alle personer som ønsker å unngå å handle på sin seksuelle interesse for barn».

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgre>

Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kap. 3 Utredning av pasienter.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgre>

Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kapittel 4.1 Differensiert psykologisk behandling. «Pasienter med seksuell interesse for barn bør som hovedregel tilbys differensiert psykologisk behandling».

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgre>

Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Kapittel 4.2 Legemiddelbehandling. «Pasienter med seksuell interesse for barn kan tilbys legemiddelbehandling».

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgre>

Helsedirektoratet. «Konseptutredning for et lavterskel og helhetlig behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn».

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgre>

Helsedirektoratet (2021). «Mandat Faglig brukerforum Det finnes hjelp. 08.4.21. Revidert.»

Helsedirektoratet (2020). «Mandat Styringsråd for Det finnes hjelp. Gjeldende fra 10.2020-12.2021.»

Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrep relatert problematikk (2023). «Årsrapport for 2022-2023.»

Mindshare (2022). «Det finnes hjelp posttest.»

MindShare (2023). «Det finnes hjelp, vår 2023. Sluttrapport.»

Stand strong walk tall webinar training (august, 2020).

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgre>

