



Redd Barna

# HJELPELINJE FOR PERSONER MED SEKSUELLE FØLELSER FOR BARN

– utredning av behov og ulike modeller

# INNHold

Forord fra Redd Barna.....	3
Sammendrag.....	4
Summary.....	5
Metode og gjennomføring.....	6
Sentrale begreper.....	9
<b>Del 1: Utredning av behovet for en hjelpelinje.....</b>	<b>10</b>
Omfang.....	10
Klar sammenheng mellom bruk av overgrepsmateriell og kontaktovergrep.....	13
Forebygging i et folkehelseperspektiv.....	13
I hvilken grad kan potensielle utøvere bruke eksisterende hjelpelinjer?.....	14
Søk etter hjelp leder til nettfora for pedofile.....	15
Fagmiljøenes vurdering av behovet for en hjelpelinje.....	16
Hva finnes av behandlingstilbud for personer med seksuelle følelser for barn?.....	17
Nasjonale nettverk jobber for bedre behandlingstilbud.....	19
Hvilken effekt har forebyggende behandling?.....	20
Forebygging vs behandling.....	21
Evalueringer av hjelpetjenester tyder på forebyggende effekt.....	22
Oppsummering.....	22
<b>Del 2. Utredning av ulike modeller og løsninger.....</b>	<b>24</b>
Mål og målgrupper.....	24
Ulike modeller for en hjelpelinje.....	27
Drift, tilgjengelighet og anonymitet.....	32
Ansatte.....	36
Markedsføring og informasjonsarbeid.....	39
Forankring.....	42
Anbefaling.....	44
Vedlegg.....	46
Forslag til parallelle forebyggingstiltak.....	46
Bidragsyttere.....	47
Nyttige ressurser og kontaktinformasjon.....	48

---

HJELPELINJE FOR PERSONER MED SEKSUELLE FØLELSER FOR BARN  
Redd Barna, september 2017  
Skrevet av: Silje Berggrav  
Grafisk design: Anna Maria H. Pirolt, brodogtekst.no

# FORORD

Omtrent halvparten av Norges befolkning kjenner personlig én eller flere som har blitt utsatt for seksuelle overgrep som barn. Vi må ta innover oss at seksuelle overgrep skjer oftere og nærmere enn vi tror, og er svært skadelig.

FNs Barnekonvensjon fastslår at barn har rett til beskyttelse mot seksuelle overgrep. I tillegg understreker konvensjonen at staten plikter å igangsette tiltak for å forebygge og avdekke overgrep. Det er en grunnleggende rett å bli beskyttet mot overgrep.

Seksuelle overgrep mot barn er et betydelig samfunnsproblem som kan gi alvorlig helsemessige konsekvenser og ødelegge livskvaliteten for de som rammes. Å bekjempe seksuelle overgrep er derfor en viktig samfunnsoppgave. Det er behov for en rekke ulike tiltak for å best mulig kunne forebygge, avdekke og gi nødvendig oppfølging og hjelp til barn som er utsatt for seksuelle overgrep.

Denne rapporten, «Hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn. Utredning av behov og ulike metoder», avdekker en viktig mangel blant de eksisterende forebyggingstiltakene: tiltak for å hjelpe personer med seksuelle følelser for barn med å håndtere sine følelser og kontrollere sin adferd – før de begår overgrep. I Stortingets *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)* beskrives viktigheten av behandling rettet mot personer som begår seksuelle overgrep. Det slås fast at regjeringen vil utvikle og forbedre behandlingstilbudet for både voksne og unge som har begått overgrep. Men det finnes ikke noe tilbud til personer med seksuelle følelser for barn, før de begår overgrep. Her ligger Norge langt bak andre europeiske land. Både Tyskland, Storbritannia, Nederland, Sverige og Danmark har ulike former for hjelpetilbud rettet mot denne målgruppen, og evalueringer derfra viser at det har en viktig forebyggende effekt.

Denne rapporten beskriver stor enighet i fagmiljøet om at det er behov for et lavterskel hjelpetilbud i Norge, og at det vil være et viktig bidrag til å forebygge og redusere overgrep mot barn. Rapporten gir en grundig utredning av ulike modeller og funksjoner en slik hjelpelinje kan ha, og gir et godt kunnskapsgrunnlag når vi nå utfordrer politikerne til å bruke denne kunnskapen og etablere et slikt hjelpetilbud.

Redd Barna vil takke Extra-stiftelsen for finansiering til dette prosjektet, og prosjektleder Silje Berggrav som har innhentet informasjon og skrevet rapporten basert på intervjuer med fagfolk, faglitteratur og evalueringer av eksisterende hjelpelinjer. Takk også til Pia Lang-Holmen som har bistått i arbeidet med rapporten.

# SAMMENDRAG

Seksuelle overgrep mot barn er et betydelig samfunnsproblem med store psykologiske, sosiale og økonomiske konsekvenser for de utsatte og deres familier, samfunnet og overgriperne. For å beskytte barn mot seksuelle overgrep, er det nødvendig å sette inn forebyggende tiltak overfor personer som har seksuelle følelser for barn, før de skader barn. Men i dag finnes ingen lavterskeltilbud i Norge for å nå potensielle utøvere før de begår overgrep.

I regjeringens *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)* beskrives viktigheten av behandling rettet mot personer som begår seksuelle overgrep<sup>1</sup>. Det slås fast at regjeringen vil utvikle og forbedre behandlingstilbudet for både voksne og unge som har begått overgrep, samt unge med seksuelle atferdsproblemer. Opptrappingsplanen nevner imidlertid ingen forebyggingstiltak rettet mot potensielle overgripere, før de begår overgrep.

Denne rapporten har hatt til hensikt å utrede behovet i Norge for en hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn, og hvordan en slik tjeneste praktisk kan utformes. Lavterskel hjelpelinjer for personer med seksuelle følelser for barn finnes allerede i en rekke av våre naboland. Evalueringer av slike tjenester i Sverige, Danmark, Storbritannia, Nederland og Tyskland viser at personer som har fått hjelp, opplever en økt erkjennelse av at de har en problematisk atferd, økt forståelse av at atferden kan kontrolleres og økt evne til å ta i bruk teknikker og strategier for å håndtere seksuelle følelser og atferd knyttet til barn.

Rapporten bygger på et tyvetalls intervjuer med personer innen relevante norske fagmiljøer, faglitteratur og evalueringer av hjelpelinjer i utlandet. Rapporten dokumenterer at en viktig mangel i den offentlige innsatsen for å forebygge seksuelle overgrep mot barn, er tiltak for å hjelpe personer med problematiske seksuelle følelser å kontrollere tanker og atferd. Mens det finnes enkelttiltak innen tertiærforebygging (terapeutiske behandlingstilbud i hovedsak rettet mot dømte overgripere), finnes det i Norge i dag ingen godt tilgjengelige sekundærforebyggende tiltak rettet mot potensielle overgripere. Dette betyr at en betydelig gruppe mennesker som utgjør en risiko mot barn, ikke får tilgang til hjelp og forebyggende behandling. Personer som er bekymret for egne seksuelle følelser og atferd overfor barn, har ikke noe sted å henvende seg for å få råd og hjelp, og dette øker risikoen for at de begår overgrep.

**Rapportens første del** drøfter behovet for en forebyggende hjelpetjeneste for personer med seksuelle følelser for barn. Den konkluderer at det er et sterkt behov for et lavterskel hjelpetiltak, og samtidig behov for å styrke og utvide behandlingstilbudet til denne gruppen. Fagfolk som jobber med denne gruppen, forteller at terskelen for å søke hjelp er svært høy, fordi tematikken er så skambelagt. Søker man på nettet etter relevante hjelpetjenester, ender man lett i diskusjonsfora der seksuelle følelser for barn legitimeres og overgrep normaliseres. Fastleger, familieterapeuter og psykologer mangler kompetanse og vilje til å håndtere problematikken. Flere av de intervjuede i denne rapporten forteller om klienter som har søkt etter hjelp uten å finne den, og senere begått overgrep.

---

1) Barne- og likestillingsdepartementet: Prop. 12 S (2016–2017): Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Tilråding fra Barne- og likestillingsdepartementet 28. oktober 2016, godkjent i statsråd samme dag

Rapporten viser at det er bred enighet i fagmiljøene om at en lavterskel hjelpelinje vil bidra til å utvide og styrke en helhetlig folkehelsestrategi ved å rette seg også mot personer som ikke er kjent for myndighetene, før overgrep har skjedd, og på den måten bidra til reduksjon i seksuelle overgrep mot barn. Unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd ble trukket fram som en viktig målgruppe for tjenesten. I tillegg vil en hjelpelinje også kunne rette seg mot pårørende, personer som er bekymret for andres atferd samt fagfolk som trenger råd og veiledning.

**Rapportens andre del** drøfter hvordan et slikt hjelpetilbud kan opprettes i Norge. Rapporten presenterer tre mulige modeller basert på ulike funksjoner en slik tjeneste kan ha:

- 1) som inngangsport og henvisning til andre hjelpetilbud,
- 2) som veiledning og terapi via telefon/chat eller
- 3) som et sted for selvhjelp via nettet.

Rapporten diskuterer spørsmål knyttet til drift, tilgjengelighet og teknologiske løsninger, samt utfordringer knyttet til anonymitet, melde- og avvergingsplikten. Videre drøfter rapporten hvilke erfaringer og kvalifikasjoner ansatte bør ha, samt ulike hensyn som må balanseres i markedsføring og informasjonsarbeid.

Avslutningsvis belyser rapporten ulike løsninger for forankring og drift. Det er fordeler og ulemper ved å etablere tjenesten i en offentlig instans, hos en frittstående leverandør eller som del av et eksisterende hjelpetilbud. Rapporten tar ikke stilling til de ulike løsningene, men gir et viktig kunnskapsgrunnlag for videre arbeid med å opprette en slik hjelpelinje.

**«Hjelpelinjen hjalp meg å roe meg ned. Jeg trengte å snakke med noen som hadde erfaring på dette feltet, som kunne forklare hva det handlet om. Og... de hjalp meg til et punkt der jeg kunne begynne å finne ut mer om meg selv og overgrepene, og hvordan jeg kunne kontrollere det.»**

*Bruker av den britiske hjelpelinjen Stop it Now!*

# SUMMARY

Sexual abuse of children is a significant societal problem with major psychological, social and economic consequences for the victims and their families, the community and the perpetrators. To protect children from sexual abuse, it is necessary to establish preventive measures against people who have sexual feelings for children *before* they abuse children. However, there are currently no low-threshold services in Norway aimed at potential child sex abusers *before* they commit abuse.

The Norwegian Government's Plan of Action against Violence and Sexual Abuse (2017-2021) underlines the importance of treatment of persons who commit sexual abuse<sup>2</sup>. The government commits to developing and improving treatment for both adult and adolescent sexual offenders, as well as young people with sexual behavioural problems. However, the plan of action does not mention preventive measures aimed at potential abusers *before* they commit abuse.

This report explores the need for a Norwegian helpline for people with sexual feelings for children and outlines how such a service could be implemented. Low-threshold helplines for people with sexual feelings for children already exist in a number of our neighbouring countries. Evaluations of such services in Sweden, Denmark, the UK, the Netherlands and Germany show that people who have received help experience a greater recognition that they have a problematic behaviour, increased understanding that this behaviour can be controlled and increased ability to apply techniques and strategies for managing sexual feelings and behaviour related to children.

This report is based on more than twenty interviews with professionals from relevant Norwegian academic communities, specialist literature reviews and evaluations of helplines abroad. The report documents that one major deficiency in government efforts to prevent sexual abuse against children is the lack of measures to help people with problematic sexual feelings to control their thoughts and behaviour. While there are some services available within tertiary prevention (therapeutic treatment aimed particularly at convicted offenders), there are currently no easily accessible secondary prevention initiatives aimed at *potential* child sex abusers in Norway. This means that a significant group of people who pose a risk to children cannot access help and preventive treatment. People who are concerned about their own sexual feelings and behaviour towards children have no place to turn to for advice and support, which in turn increases the risk of abuse.

**The first part** of this report discusses the need for a preventive helpline for people with sexual feelings for children. It concludes that there is a strong need for a low-threshold gateway to access treatment and therapy services for this group, while at the same time strengthening and expanding these services. Professionals working in this area confirm that the threshold for seeking help is very high, due to the attached stigma and shame. Online searches for relevant help easily lead to discussion forums where sexual feelings for children are legitimised and abuse is normalised. General practitioners, family therapists and psychologists lack the skills and willingness to address the issue. Several of the interviewees in this report have had clients who looked for help without finding it and later committed abuse.

---

2) Ministry of Children and Equality: Prop. 12 S (2016–2017): Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021).

This report documents a broad agreement in the professional communities for a low-threshold helpline that will strengthen a comprehensive public health strategy by addressing people who are not previously known to the authorities before abuse has taken place and thus contribute to the reduction of sexual abuse of children. Young people with problematic or harmful sexual behaviour were identified as an important target group. In addition, a helpline may also be open to relatives, people who are concerned about the behaviour of others and health professionals who need advice and guidance on how to respond if a client indicates they have a sexual interest in children.

**The second part** of this report outlines how such a service could be established in Norway. The report presents three possible models based on the various functions a service may have:

- 1) As a gateway to specialist services;
- 2) As specialist counselling or therapeutic support by phone/chat, or
- 3) As an online self-help resource for people concerned about their own behaviour.

The report outlines issues to consider regarding the structure of the delivery, accessibility and technological solutions, as well as questions regarding anonymity and confidentiality policy. Furthermore, the report discusses decisions that should be made regarding staffing, support and supervision as well as how to promote and market the helpline.

In conclusion, this report highlights various solutions for how to organise and operate a helpline. There are pros and cons of establishing the service within a public agency, a private organisation or as part of an existing helpline. This report does not make recommendations among the various solutions, but provides an important knowledge base for further work to implement a helpline.

# METODE OG GJENNOMFØRING

Rapporten bygger på et tyvetalls intervjuer med personer i relevante norske fagmiljøer, inkludert Kripes, Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST), Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS), Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Midt og Nord, Statens barnehus, V27, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) ved Oslo universitetssykehus og St. Olavs Hospital, samt eksisterende hjelpelinjer som Kors på halsen og Sex og samfunn.

Videre har vi hentet dokumentasjon fra forskningsrapporter, evalueringer og informasjon produsert av organisasjoner som drifter hjelpelinjer i andre land. I tillegg har vi besøkt og drøftet erfaringer med teamet bak den danske hjelpelinjen Bryd Cirklen, som ble opprettet av Sexologisk Klinik i 2006, og markedsføres i samarbeid med danske Red Barnet. Oversikt over informantene er oppført til slutt i rapporten.

Rapporten har hatt stor nytte av et sett omfattende retningslinjer for opprettelse av en hjelpe-telefon for voksne med seksuelle følelser for barn, utviklet av rådgivningstjenesten Stop it Now!<sup>3</sup> Verktøykassen bygger på evalueringer av to hjelpelinjer, en i Storbritannia og en i Nederland, samt konsultasjon med lignende tjenester i Tyskland og Finland.

**«Flere jeg har hatt i behandling sier de har vært på søken etter noen å snakke med om følelsene og handlinger mot barn, og mener selv de ville tatt en telefon om det hadde vært en anonym tjeneste.»**

*Fagperson intervjuet til denne rapporten*

3) NatCen Social Research: Prevention Preventing child sexual abuse by helping adults to manage their own behaviour: Establishing a helpline. [http://www.stopitnow.org.uk/files/toolkit\\_for\\_csa\\_prevention\\_helpline.pdf](http://www.stopitnow.org.uk/files/toolkit_for_csa_prevention_helpline.pdf)



# SENTRALE BEGREPER

Noen sentrale begreper defineres på følgende måte i rapporten:

## **Seksuelle overgrep mot barn:**

Seksuelt motiverte eller seksuelt pregede handlinger utført mot et barn under 16 år og i visse tilfeller under 18 år.<sup>4</sup> Seksuelle overgrep kan ta mange ulike former: kontakt og ikke-kontakt, i fysiske møter eller over internett (inkludert å fremstille, se på og distribuere bilder og live-opptak av seksuelle overgrep mot barn), og i noen tilfeller seksuelle handlinger i bytte mot gaver eller betaling til barnet eller en tredje part. Seksuelle overgrep mot barn kan begås av både barn, unge og voksne. Overgriperen kan være kjent for barnet eller en fremmed, og kan opptre alene eller sammen med andre i form av mer organisert misbruk/kriminalitet. Barn som blir utsatt for overgrep, forstår ikke alltid at de har vært utsatt. De som begår overgrep, er heller ikke alltid i stand til å se at oppførselen deres har vært krenkende.

## **Problematisk eller skadelig seksuell atferd:**

For unge utøvere er det vanlig å bruke dette begrepet. Det kan handle om seksuell atferd som ikke er aldersadekvat, som bærer preg av planlegging, hemmelighet, fysisk makt eller trusler, eller andre maktforskjeller som alder, størrelse, status og styrke.<sup>5</sup>

## **Pedofili:**

En psykiatrisk diagnose hovedsakelig for voksne i diagnosesystemene ICD og DSM.<sup>6</sup> Ifølge ICD-10 er pedofili en personlighetsforstyrrelse som innebærer seksuelle preferanser for barn, vanligvis førpubertet eller tidlig pubertetsalder. Noen pedofile tiltrekkes bare av jenter, andre bare av gutter, mens andre tiltrekkes av begge kjønn.<sup>7</sup> Hebefili betegner en seksuell preferanse for barn i tenårene.

Pedofili defineres altså ikke som en legning, men som en lidelse eller forstyrrelse. Diagnosen krever ingen faktisk seksuell aktivitet med et barn. Fagpersoner poengterer også at en slik diagnose ikke trenger å bety at personen har problemer med å kontrollere sin atferd, eller at personen har en kognitiv svekkelse som påvirker deres evne til å forstå at overgrep er galt.<sup>8</sup>

Følgende del av rapporten drøfter behovet for en hjelpelinje i et folkehelseperspektiv, med utgangspunkt i forskning, erfaringer fra andre land og innspill fra norske fagmiljøer.

4) Den seksuelle lavalderen i Norge er 16 år. Dette betyr at all seksuell omgang med barn under 16 år som utgangspunkt er straffbart, uansett om barnet samtykker eller selv tar initiativet. Seksuell omgang med barn som er eldre, det vi si mellom 16 og 18 år, er ikke straffbart i seg selv, men kan være det hvis det for eksempel foreligger misbruk av stilling eller tillitsforhold, eller hvis det skjer ved vold og trusler. Det er også straffbart å ha seksuell omgang med en person under 18 år dersom det skjer mot vederlag, altså prostitusjon. Lovgiver har delt inn seksuelle overgrep i noen sentrale begreper; seksuell omgang jfr. straffeloven §§ 192 – 197 og § 199, seksuell handling jfr. straffeloven § 200 og seksuell adferd jfr. straffeloven § 201.

5) Betanien BUP/V27: Skadelig seksuell atferd – kontinuum-definisjoner (oversatt og inspirert fra UK/AIM2)

6) Henholdsvis International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

7) World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. § F65.4

8) Winick, B. J. (1998). Sex Offender Law in the 1990s: A Therapeutic Jurisprudence Analysis. Psychology, Public Policy, and Law, 4, 1/2, 505-570.

# DEL 1: UTREDNING AV BEHOVET FOR EN HJELPELINJE

Alle barn har rett til beskyttelse mot seksuelle overgrep.<sup>9</sup> Seksuelle overgrep kan forebygges på mange måter, fra den daglige beskyttende omsorgen fra foreldre og omsorgspersoner, til systemer som sikrer at folk som jobber med barn, har den kunnskapen som skal til for å avdekke og håndtere seksuelle overgrep, eller i andre tilfeller ikke utgjør en risiko mot dem.

En viktig tilnærming til forebygging av seksuelle overgrep mot barn har i Norge vært skolebaserte undervisningsprogrammer, med fokus på å styrke barns evne til å sette grenser, si fra og beskytte seg selv.<sup>10</sup> I motsetning til forsøk på å forebygge vold mot barn (som fokuserer på å modifisere atferden til personer som kan utgjøre en fare for barnet), har tiltakene hatt til hensikt å gi barna kunnskap og evner slik at de kan unngå potensielle overgrepssituasjoner.

Skoleprogrammer spiller en viktig rolle i forebyggingen av seksuelle overgrep, men de alene kan ikke hindre at barn blir utsatt for overgrep.<sup>11</sup> En kunnskapsoversikt fra NKVTS om forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn understreker behovet for å utvide fokus for forebygging av seksuelle overgrep mot barn til en helhetlig tilnærming som også inkluderer tiltak rettet mot foreldre, profesjonelle (lærere, helsearbeidere og forskere/klinikere) og befolkningen generelt.<sup>12</sup> Rapporten peker også på at det lenge har vært et behov for å utvikle forebyggende programmer rettet mot potensielle overgripere. Regjeringens *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)* inneholder en rekke tiltak rettet mot ulike grupper, men mangler forebyggingstiltak rettet mot personer med seksuelle følelser for barn.<sup>13</sup>

## Omfang

Det er ikke mulig å vite det reelle omfanget av seksuelle overgrep mot barn, både fordi seksuelle overgrep av alle typer er underrapportert, og fordi undersøkelser om seksuelle overgrep måler til dels svært forskjellige hendelser av ulik alvorlighetsgrad. Men både i Norge og internasjonalt blir det anslått – basert på samlet statistikk og forskning – at omkring én av fem jenter og én av ti gutter er utsatt for en eller annen type seksuelle overgrep før fylte 18 år.<sup>14</sup>

## Voksne som begår seksuelle overgrep

Det er også liten kunnskap om hvor mange voksne som begår seksuelle overgrep mot barn. I 2015 ble det i Norge anmeldt over 1700 tilfeller av seksuell omgang eller seksuelle handlinger med barn.<sup>15</sup> De siste par årene har det vært en markant økning i antall anmeldelser. Politiet peker på at

9) Barnekonvensjonen artikkel 19 omhandler barns rett til ikke å bli utsatt for vold og overgrep fra foreldre og andre omsorgspersoner. Bestemmelsen pålegger staten å treffe egnede lovgivningsmessige, administrative og opplæringsmessige tiltak for å beskytte mot alle former for fysisk og psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk fra barnets omsorgspersoner. I tillegg følger det av barnekonvensjonens artikkel § 34 at staten er forpliktet til å verne barn mot enhver seksuell utnyttelse og seksuelt misbruk.

10) Glad, K.A., Øverlien, S. C. og Dyb, G. (2010): *Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn. En kunnskapsoversikt*. Oslo: NKVTS

11) Wurtele, S. K. (2009): Preventing sexual abuse of children in the twenty-first century: Preparing for challenges and opportunities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18, 1-18.

12) Glad, K.A., Øverlien, S. C. og Dyb, G. (2010): *Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn. En kunnskapsoversikt*. Oslo: NKVTS

13) Barne- og likestillingsdepartementet: Prop. 12 S (2016–2017): *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Tiltråding fra Barne- og likestillingsdepartementet 28. oktober 2016, godkjent i statsråd samme dag

14) Myhre, M. C., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 1/2015); Thoresen S. og Ole Kristian Hjemdal (red.) (2014): *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. NKVTS, Rapport 1/2014; WHO (2010): *Child maltreatment*. Lastet ned fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>

15) Politidirektoratet (2016): *Anmeldt kriminalitet og straffesaksbehandling 2015*. Kommenterte STRASAK-tall

det ikke nødvendigvis skyldes en reell økning i sakene. Sterkt fokus i media, økt bevissthet hos flere aktører, bedre forutsetninger for å avdekke overgrep og bedre oppfølging av den overgrepsutsatte, er forhold som kan bidra til at fornærmede tør og ønsker å anmelde krenkelsene.

Overgrep som skjer via internett, der barn presses eller manipuleres til å dele bilder og filmer med seksuelle handlinger, utgjør nå over 20 prosent av alle anmeldte voldtekter.<sup>16</sup> Dette er en form for overgrep der omfanget ser ut til å være kraftig økende, men det er lite kunnskap om temaet. Forskningen på nettovergrep er i en tidlig fase sammenlignet med andre felt innen kriminologi og psykologi. Ettersom teknologien utvikler seg raskere enn forskningen, vil dette være en utfordring for praktikere som ønsker å underbygge forebyggings-tiltak med vitenskapelig dokumentasjon.

Tall fra en tysk hjelpetjeneste for personer med seksuelle følelser for barn, Dunkelfeld-prosjektet, antyder at én prosent av alle voksne menn har slike følelser.<sup>17</sup> Det vil i Norge si minst 20 000 menn. Andre studier anslår et høyere antall, i underkant av fem prosent av den mannlige befolkningen.<sup>18</sup> Kvinner forgriper seg også, men de blir sjeldnere rapportert. Studier anslår at ca. fem prosent av dem som forgriper seg på jenter, og ca. 20 prosent av dem som forgriper seg på gutter, er kvinner.<sup>19</sup> Tall fra støttesentre mot incest og seksuelle overgrep viser at blant gutter som ble utsatt for overgrep da de var yngre enn syv år, var det i over halvparten av tilfellene en kvinnelig overgriper, oftest deres egen mor.<sup>20</sup>

Forskningen på feltet er svært mangelfull, og omhandler i hovedsak personer som er dømt for seksuelle overgrep. Vi vet lite om personer med pedofile interesser som ikke er straffedømt. Det finnes likevel studier som antyder at en betydelig andel av de som begår overgrep mot barn, ikke er pedofile, og særlig gjelder dette incestovergriperne.<sup>21</sup> I tillegg antar fagfolk at mange pedofile ikke begår overgrep, men det er ukjent hvor mange som har pedofile preferanser, som ikke handler på det.<sup>22</sup> Forskningen er også mangelfull på hvorfor noen mennesker begår seksuelle overgrep mot barn uten å være pedofile. Studier tyder på at atferden kan være motivert eller utløst av traumer og omsorgssvikt i barndommen, stress, ekteskapsproblemer eller utilgjengeligheten av en voksen partner. Andre årsaker kan være behovet for hevn, kontroll og makt eller psykiske lidelser.<sup>23</sup>

**«Jeg er utrolig redd for det som har skjedd, og vurderer for første gang i livet faktisk selvmord blant annet fordi jeg mener pedofile bør kastreres eller drepes.. Jeg er redd for å fortelle dette til noen som helst. (...) Hvilken type psykolog skulle jeg eventuelt kontakte osv.»**

*Innlegg i diskusjonsforum under tittelen «Hjelp, jeg er pedofil»*

16) Kripos (2016): Voldtektssituasjonen i Norge 2015, VG (15.10.2015): Ekspertene advarer: Overgrep mot barn på nettet øker kraftig

17) <https://www.psykiatri-regionh.dk/bryd-cirklen/Sider/default.aspx>

18) Seto M.C. Pedophilia and sexual offending against children: theory, assessment, and intervention. Washington, DC: American Psychological Association; 2008.

19) Finkelhor D, Russell D: Women as perpetrators: review of the evidence, in Child Sexual Abuse: New Theory and Research. Edited by Finkelhor D. New York, Free Press, 1984

20) Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2016): Rapportering fra sentrene mot incest og seksuelle overgrep 2015. Rapport nr. 09/2016

21) Behandlingsinsatser for personer som har begått eller risikerer att begå sexuella övergrepp mot barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-1-1; Finkelhor, D. (2009): The prevention of childhood sexual abuse. Future Child. 2009 Fall;19(2):169-94; Blanchard et al. (2006): Phallometric comparison of pedophilic interest in nonadmitting sexual offenders against stepdaughters, biological daughters, other biologically related girls, and unrelated girls. Sex Abuse. Jan;18(1):1-14.

22) Seto, M. C. (2008). Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment and intervention. Washington, DC: APA. doi:10.1037/11639-000; Feelgood, S., & Hoyer, J. (2008). Child molester or paedophile? Sociolegal versus psychopathological classification of sexual offenders against children. Journal of Sexual Aggression, 14(1), 33-43; Hall, R. C.W., & Hall, R. C.W. (2007). A profile of pedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. Mayo Clinic Proceedings, 82(4), 457-471; Mossige, S. (1997). Barneovergriperen. Legning eller handling Norge: Gyldendal.

23) Studer, L. H. & Aylwin, A. S. (2006) Pedophilia: the problem with diagnosis and limitations of CBT in treatment. Medical hypotheses, 67, 4, 774-781

Flere forskere og fagpersoner mener medias fremstilling har vært med på å danne et unyansert bilde av pedofile som ikke er faglig forankret.<sup>24</sup> Når pedofili blir sidestilt med overgrep mot barn (at barneovergripere automatisk omtales som pedofile), kan opplevelsen av å være utstøtt og fordømt føre til lidelser som depresjon, angst, tvangstanker og alkoholisme. Selvforakt, sosial isolasjon og ensomhet kan også føre til sviktende kontroll over seksuelle impulser, noe som kan bety økt risiko for overgrep mot barn.<sup>25</sup>

Personer med pedofile preferanser omtales som en heterogen gruppe uten felles personlighetstrekk eller personlighetsprofiler.<sup>26</sup> Et behandlingsmiljø tilknyttet fengselshelsetjenesten påpeker at klientene kommer fra «alle samfunnslag, alle typer yrker, en overvekt av menn, fra 15-90 år». Samtidig nevnes enkelte fellestrekk som vanskelig oppvekst, problematiske liv, dårlige mestringsstrategier, vansker med intimitet, vansker med følelsetoleranse, emosjonell umodenhet, dysfunksjonell tenkning, en del har kognitive vansker, er psykisk syke eller psykisk utviklingshemmede.

Medias fremstillinger av seksuelle overgripere gir ofte inntrykk av at det er snakk om mennesker uten samvittighet. Men en forskningsstudie på menn dømt for seksuelle overgrep mot barn viste at de i høy grad var klar over konsekvensene av handlingene sine og svært bekymret for skaden de påførte barna.<sup>27</sup> Mennene i studien uttrykte lite håp om at de kunne leve et «godt» liv uten å begå overgrep, og oppfattet at de var «dømt til å være avvikere».

### Unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd

Det kan også være vanskelig å si noe sikkert om omfanget av seksuelle overgrep begått av unge personer. Internasjonale oversiktsstudier anslår at ca. 30 prosent av alle seksuelle overgrep begås av barn og ungdom, men estimatene varierer.<sup>28</sup> En kartlegging av Kripas av de mest alvorlige straffesakene som gjelder seksuell omgang med barn under 14 år, fant at halvparten av alle overgriperne var mellom 15 og 24 år.<sup>29</sup> De fleste av overgriperne under 20 år begikk det første overgrepet da fornærmede var i 10–14-årsalder. Flertallet av unge som krenker andre seksuelt, er gutter, men nyere undersøkelser kan tyde på at det er noen flere jenter enn tidligere antatt blant unge som begår seksuelle overgrep.<sup>30</sup>

Mange av dem som begår seksuelle overgrep som voksne, startet sin overgrepstatferd i ungdomsårene. I en undersøkelse fant man at 54 prosent av voksne overgripere hadde utviklet avvikende seksuelle interesser innen de fylte 18 år.<sup>31</sup> Det finnes også studier som bekrefter at det er en sammenheng mellom seksuell overgrepstatferd som ungdom og etablert overgrepstatferd i voksen alder.<sup>32</sup> Med andre ord kan tenårene være en tid der senere overgrepstatferd både initieres, utvikles og

24) Harrison, K., Manning, R. & McCartan, K. (2010). Multi-Disciplinary Definitions and Understandings of 'Paedophilia'. *Social & Legal Studies*, 19, 4, 481-496.

25) Jahnke, S. & Hoyer, J. (2013). Stigmatization of People with Pedophilia: A Blind Spot in Stigma Research, *International Journal of Sexual Health*, DOI:10.1080/19317611.2013.795921.

26) Howitt, D. (1998). Pedophiles and sexual offences against children. Chichester, England: Wiley; Berlin, F. S. (2000). Treatments to change sexual orientation [Letter to the editor]. *American Journal of Psychiatry*, 157, 838.

27) Mann, R.E., Webster, S.D., Blagden, N., Lee, R., & Williams, F. (2012) Sexual offenders understanding of their sexual interests. Paper presented at the 31st Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, October 17th - 20th. Denver: Colorado

28) Bendiksbj, O. H. (2008). Å forstå unge overgripere: Tilknytningsstrategier og utviklingshistorie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(6), 735-738; Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (2006). *The juvenile sex offender*. 2nd edition. New York / London: The Guilford Press.

29) Kripas (2016): Seksuelle overgrep mot barn under 14 år

30) Kjellgren, C. (2009). Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome. Lund: Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series.

31) Abel, G.G. & Rouleau, J.L. (1990). The nature and extent of sexual assault. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender* (pp. 9-21). New York: Plenum; Kjellgren, C. (2009).

Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome. Lund: Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series.

32) Långström, N. (2001): Young Sex Offenders: A research overview. Ekspert rapport. Stockholm: Socialstyrelsen.

oppretholdes.<sup>33</sup> Vi vet at når det første overgrep begås tidlig i livet, øker det risikoen for å begå nye overgrep.<sup>34</sup>

Det finnes forskning og ulike forklaringsmodeller for hvorfor voksne forgriper seg seksuelt på barn, men dette kan ikke uten videre overføres til unge som begår overgrep.<sup>35</sup> Likevel vil det være viktig i vurdering av målgrupper og utformingen av en eventuell hjelpelinje at en vesentlig andel av det totale antall seksuelle overgrep begås av unge personer.

### **Klar sammenheng mellom bruk av overgrepsmateriell og kontaktovergrep**

Seksuelle overgrep kan som nevnt ta mange ulike former, fra fysiske møter til grooming og overgrep over internett, inkludert å fremstille, se på og distribuere bilder og live-opptak av seksuelle overgrep mot barn. Studier tyder på at det er forskjell på utøvere som laster ned og bruker overgrepsmateriell, og de som groomer eller kontakter barn på nettet for seksuelle hensikter.<sup>36</sup> Likeledes er det funnet psykologiske forskjeller mellom det som omtales som «kontaktovergripere» og «nettovergripere», blant annet at utøvere av fysiske overgrep hadde betydelig flere kognitive vrangforestillinger og vrangforestillinger knyttet til empati for offeret, enn nettovergripere.<sup>37</sup>

Samtidig har studier funnet at det er en vesentlig korrelasjon mellom nedlastning av overgrepsmateriell og kontaktovergrep.<sup>38</sup> Det betyr at veien fra å laste ned denne typen bilder/video til å forgripe seg seksuelt i den fysiske virkeligheten ikke trenger å være lang. En metastudie anslår at over halvparten (55 prosent) av nettovergripere også har begått kontaktovergrep.<sup>39</sup> Den nevnte Kripos-rapporten, basert på 107 alvorlige overgrepssaker, fant at 30 prosent av de som hadde lastet ned overgrepsmateriell, også ble siktet for å ha begått fysiske seksuelle overgrep.<sup>40</sup> Kripos mener de ser en klar sammenheng i sakene de håndterer. Flytting av grenser med stadig grovere overgrepsmateriale, bagatellisering av overgrep og overgrepsmateriale i lukkede diskusjonsfora, og en økende besettelse jo mer man eksponeres og stimuleres, kan forsterke og tilskynde overgrepsrisikoen.<sup>41</sup>

### **Forebygging i et folkehelseperspektiv**

I regjeringens *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)* slås det fast at det er et mål å styrke behandlingstilbudet til utøvere av vold og seksuelle overgrep.<sup>42</sup> En systematisk oversikt over eksisterende kunnskap om forebygging av seksuelle overgrep mot barn påpeker at det lenge har vært behov for å utvikle forebyggende programmer rettet mot potensielle overgripere. Evalueringer av eksisterende hjelpelinjer i andre land underbygger også at seksuelle overgrep mot barn kan forebygges ved å arbeide direkte med personer som kan utgjøre en risiko for barn.<sup>43</sup>

33) Kruse, A. E. (2011): Unge som begår seksuelle overgrep. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

34) Borgen, Dyb, Hafstad, Jensen, Langballe, Myhre, Nikolaisen og Øverli (2011): *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge – kunnskapsstatus*. Revidert 2011. NKVTS

35) En slik analyse ligger utenfor denne rapportens oppdrag, men en god oversikt over ulike forklaringsmodeller finnes i referansen over, samt Brown et al. (2014): Call to keep children safe from sexual abuse: A study of the use and effects of the Stop it Now! UK and Ireland Helpline. NatCen Social Research, Crime and Justice Team

36) Seto, M.C. (2013). *Internet Sex Offenders*. Washington: American Psychological Association

37) Elliott A. et al. (2009): Psychological Profiles of Internet Sexual Offenders Comparisons With Contact Sexual Offenders, *Sex Abuse*, March 2009 vol. 21 no. 176-92

38) Michael L. Bourke & Andres E. Hernandez, *The "Butner Study" Redux: A Report on the Incidence of Hands-on Child Victimization by Child Pornography Offenders*; Andres E. Hernandez: *Self-Reported Contact Sexual Offenses by Participants in the Federal Bureau of Prisons' Sex Offender Treatment Program: Implications for Internet Sex Offenders*, Presented at the 19th Annual Conference Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers San Diego, CA - November 2000; Long et al: *Child Pornography and Likelihood of Contact Abuse. A Comparison Between Contact Child Sexual Offenders and Noncontact Offenders*, *Sex Abuse*, August 2013 vol. 25 no. 4370-395; McCarthy: *Internet sexual activity: A comparison between contact and non-contact child pornography offenders*, *Journal of Sexual Aggression* 16(2):181-195. July 2010

39) Seto et al. *Contact sexual offending by men with online sexual offenses*. *Sex Abuse*. 2011, Mar; 23(1):124-45. doi: 10.1177/1079063210369013. Epub 2010 Dec 20

40) Kripos (2016): *Seksuelle overgrep mot barn under 14 år*

41) Dagbladet 8. mars 2017: *Sex-dukker kan øke risiko for overgrep*, <http://www.dagbladet.no/kultur/sex-dukker-kan-oke-risiko-for-overgrep/67376128>

42) Barne- og likestillingsdepartementet: Prop. 12 S (2016–2017): *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Tilråding fra Barne- og likestillingsdepartementet 28. oktober 2016, godkjent i statsråd samme dag.

43) NatCen Social Research: *Prevention Preventing child sexual abuse by helping adults to manage their own behaviour: Establishing a helpline*

## «Det må vel finnes ett eller annet hjelpeapparat? Hvem burde jeg ta kontakt med? Fastlegen min? Det blir ikke lett. Snakker psykologer om sånt?»

Innlegg i diskusjonsforum under tittelen «Hva og hvordan kan pedofile få hjelp?»

Det er økende støtte for et folkehelseperspektiv i arbeidet med å forebygge og avdekke seksuelle overgrep mot barn.<sup>44</sup> Konsekvensene av overgrep er vidtrekkende, både psykologisk, sosialt og samfunnsøkonomisk. Ulike studier anslår at vold og overgrep mot barn koster samfunnet mellom én til 8-10 prosent av bruttonasjonalprodukt.<sup>45</sup>

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helse- og sykdomsrisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse. Folkehelseperspektivet endrer fokus for håndtering av overgrep fra enkeltgrupper i samfunnet (for eksempel overgrepsutsatte og støtteorganisasjoner for utsatte) til hele samfunnet.

### Forebygging er sentralt i et folkehelseperspektiv og foregår på tre nivåer:

- Primærforebygging (også kalt universelle tiltak) er tiltak rettet mot den generelle befolkningen som tar sikte på å hindre at seksuelle overgrep mot barn skjer i utgangspunktet. Hovedtilnærmingen for forebygging av seksuelle overgrep har vært skolebaserte undervisningsprogrammer som skal lære barn strategier for å unngå overgrep. Målet med disse programmene er å redusere antall seksuelle overgrep mot barn og å øke avdekkingen av seksuelle overgrep. At disse programmene blir gitt til alle barn, fjerner stigmaet knyttet til identifiseringen av barn og familier med økt risiko for seksuelle overgrep.<sup>46</sup>
- Sekundærforebygging (selektive tiltak) har også som mål å hindre at overgrep skjer, men er rettet mot risikogrupper eller individer som er særlig sårbare for å utsettes for seksuelle overgrep. Slike grupper kan være barn med fysiske eller psykiske funksjonsvansker, barn med dårlige sosioøkonomiske oppvekstvilkår og barn av foreldre med psykisk lidelse eller rusmisbruk. Sekundærforebygging kan også rette seg mot utvalgte grupper som er kjent for å ha en større risiko for å begå overgrep.
- Tertiærforebygging (indikerte tiltak) er tiltak som settes inn når seksuelle overgrep allerede har skjedd, og er rettet mot grupper som utsatte, overgripere, familier og lokalsamfunn.

### I hvilken grad kan potensielle utøvere bruke eksisterende hjelpelinjer?

Ett aspekt ved en helhetlig folkehelsestrategi er å forebygge seksuelle overgrep mot barn ved å hjelpe personer med problematiske seksuelle følelser å håndtere sin egen atferd. En hjelpelinje/rådgivningstjeneste for personer med seksuelle følelser for barn vil typisk falle i kategorien sekundærforebygging. Det finnes i dag flere generelle hjelpetelefoner for mennesker som opplever at de er i krise, trenger råd og veiledning eller «noen å snakke med». Disse kan neppe sies å fungere som sekundærforebygging i denne sammenhengen, ettersom slike tiltak i dag verken i utforming eller markedsføring retter seg mot personer som står i fare for å utøve seksuelle overgrep.

<sup>44</sup>) Helsedirektoratet: Seksuell helse – lokalt folkehelsearbeid. Se <http://www.helsedirektoratet.no>. Veivisere i lokalt folkehelsearbeid; WHO (2010): Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence, Child Sexual Abuse: A Public Health Perspective. Symposium hosted by the Moore Center for the Prevention of Child Sexual Abuse (2015); Sexual Abuse: A Public Health Issue. NSPCC, 2011; Dagsavisen (10.05.17): – Overgrep er et folkehelseproblem

<sup>45</sup>) For en vurdering av de ulike studiene, se nettsiden til FN's spesialrepresentant på vold mot barn, [http://srsg.violenceagainstchildren.org/viewpoint/2015-07-13\\_1307](http://srsg.violenceagainstchildren.org/viewpoint/2015-07-13_1307)

<sup>46</sup>) Glad, K.A., Øverlien, S. C., & Dyb, G. (2010): Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn. En kunnskapsoversikt. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Da VG i oktober 2015 hadde en artikkelserie om menn som laster ned overgrepsmateriell fra nett, ble Mental Helses hjelpetelefon og Kirkens SOS i Norge nevnt som steder man kunne henvende seg for samtale og hjelp. På forespørsel forteller Mental Helse at de får enkelte henvendelser fra personer med seksuelle følelser for barn både via skrive-tjenesten [Sidetmedord.no](http://Sidetmedord.no) og via hjelpetelefonen. De forteller at det ikke er stor pågang av denne typen henvendelser, men at de forekommer med jevne mellomrom. I etterkant av VG-serien opplevde de ikke at trykket ble større i etterkant. Samtidig har de erfaring med at mange ikke ringer umiddelbart, men trenger tid til å tenke seg om før de ringer. Mental Helse er tydelige i markedsføringen på at de ikke er en fagtelefon. Utover å være et menneske, henviser de ansatte videre til hjelpeapparatet, eventuelt andre telefontjenester med mer spesifikk kompetanse på de ulike emnene. Gjelder det seksuelle følelser for barn, henviser de normalt til fastlegen.

Kirkens SOS forteller at de har enkelte innringere som ringer for å snakke om dette, men at det er veldig få. Det kom inn noen telefoner etter VG-saken, men ikke mange nok til at det kommer fram i det statistiske materialet.

Din utvei ([dinutvei.no](http://dinutvei.no)) er en nasjonal veiviser om vold og overgrep i regi av Nasjonalt kunnskaps-senter for vold og traumatisk stress (NKVTS). Portalen har en egen informasjonsside rettet mot personer som har utsatt andre for vold eller seksuelle overgrep, samt en side om nettovergrep og digital vold. Siden er i mindre grad rettet mot barn og unge, og informasjon knyttet til det å ha seksuelle følelser for barn er langt mer begrenset enn for de som utøver vold. NKVTS bemerker selv at temaet ikke er godt nok ivaretatt ennå, men at det står høyt på kjøreplanen.

Sex og samfunn, senter for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, driver en nasjonal telefon-tjeneste og en chat-tjeneste for unge under 25 år. De opplyser at siden senterets start for 40 år siden har de knapt hatt noen henvendelser som omhandler seksuell tiltrekning til barn. Røde Kors sitt samtaletilbud, Kors på halsen, har heller ikke mottatt henvendelser fra målgruppen (barn og unge opp til 18 år) om denne problematikken. De har hatt noen få henvendelser fra unge i midten av 20-årene som har delt fantasier om at de blir tent på barn eller unge jenter. Disse er utenfor målgruppen aldersmessig, og henvises videre til IKST. Videre har helseinformasjonstjenesten for ungdom Klara Klok<sup>47</sup> og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets [ung.no](http://ung.no) noen henvendelser på sine nettsider fra ungdom som lurer på om de har begått seksuelle overgrep mot jevnaldrende.

### **Søk etter hjelp leder til nettfora for pedofile**

I dag finnes altså ingen sekundærforebyggende tilbud i Norge som retter seg mot grupper som kan ha en større risiko for å begå overgrep mot barn. Søker man på nettet etter relevante hjelpetjenester, ender man lett i diskusjonsfora og undergrupper der slike følelser legitimeres og overgrep normaliseres. Samtidig viser et nettsøk på «pedofil hjelp» at det er et åpenbart behov for en slik tjeneste. I diskusjonsgrupper på nettet forteller personer som selv erkjenner at de er pedofile, at det er svært vondt og problematisk å leve med slike følelser.<sup>48</sup> Også de som er fast bestemt på ikke å begå overgrep mot barn, uttrykker sterk skam, men også uro over hvordan de skal leve et liv uten seksuell kontakt og tilfredsstillelse.

Et gjengående spørsmål i disse diskusjonsgruppene er ikke bare knyttet til om det er hjelp å få, men hvor man kan henvende seg. Terskelen inn i hjelpeapparatet oppleves som særlig høy fordi man er svært skamfull og redd for hvordan man vil bli møtt, og hva som kan være konsekvensene av å fortelle. Denne bekymringen kan virke berettiget. Som det fremkommer i intervjuene med norske fagmiljøer, er det både lav kompetanse og vilje til å håndtere denne problematikken blant fastleger, familierapeuter, psykologer og andre deler av førstelinjen.

<sup>47</sup>) Klara Klok ble lagt ned i januar 2017, og en nasjonal svartjeneste for ungdom vil samles på felles plattform, [ung.no](http://ung.no).

<sup>48</sup>) Se for eksempel <http://www.diskusjon.no/index.php?showtopic=1414831> eller <https://freak.no/forum/showthread.php?p=3338372>

Fra ulike kvalitative og kvantitative studier vet vi at personer som utsettes for vold og seksuelle overgrep, i liten grad søker hjelp.<sup>49</sup> Ulike grunner kan være at:

- man vet ikke hvor man skal søke hjelp, og synes det vanskelig å finne fram i tjenestetilbudet;
- man kjenner ikke innholdet i hjelpetilbudet, og opplever informasjonen som fraværende, mangelfull og forvirrende;
- man opplever skam og skyld og ønsker ikke å ha fokus på de ubehagelige hendelsene;
- man har ikke tillit til hjelpeapparatet.<sup>50</sup>

Det er grunn til å anta at dette ikke stiller seg annerledes hos personer med seksuelle følelser for barn, og at faktorene ovenfor gjør seg gjeldende i enda større grad hos denne gruppen. Personer som utgjør en risiko for barn, er ikke bare de som er kjent for myndighetene for å ha begått overgrep (avdekkede overgripere utgjør et mindretall av alle som utgjør en risiko for barn), men også de som har begått overgrep, men ennå ikke er blitt oppdaget, og de som kan ha seksuelle følelser for barn, men som ennå ikke har begått overgrep. Muligheten for å nå denne gruppen fordrer at de selv tar kontakt og søker hjelp.

### **Fagmiljøenes vurdering av behovet for en hjelpelinje**

De norske fagmiljøene vi har vært i kontakt med, understreker mangelen på et helhetlig folkehelseperspektiv i forebygging av seksuelle overgrep mot barn, som omfatter både den generelle befolkningen samt risikogrupper. Tiltak og tilbud beskrives som «ildsjelpreget», og flere mente at den offentlige innsatsen for å sikre et landsdekkende behandlingstilbud til potensielle utøvere er altfor dårlig.

Det var bred enighet blant de intervjuede om behovet for en hjelpetjeneste som nettopp er lavterskel og målrettet, og det ble pekt på at dette burde vært på plass for lenge siden. Enkelte hadde hatt klienter som selv har fortalt at de flere ganger før de begikk overgrep, hadde tenkt på eller søkt etter hjelpetilbud. Flere kjente til at klienter har opplevd det som for skambelagt og risikofyllt å snakke med fastlegen om dette, men også at klienter har følt seg avvist av leger og annet helsepersonell når de har fortalt om problematiske seksuelle følelser og fantasier. Flere mente at fastleger kvier seg for å ta i tematikken, fordi de føler de ikke har kompetanse, de har sterke motforestillinger, eller vet ikke hvor de skal henvise videre.<sup>51</sup>

Det kan derfor kreve en særlig åpenhet hos helsepersonell for å fange opp signaler om problematisk seksualitet. En hjelpelinje der man som innringer kan være trygg på at man blir møtt av fagfolk som ikke har piggene ute, men kan møte deg med kompetanse og medmenneskelighet, ble vurdert som et viktig og velkomment første skritt inn til videre veiledning og behandling.

I artikkelserien «Nedlasterne» i VG ble ti menn dybdeintervjuet som alle hadde lastet ned store mengder overgrepsmateriell.<sup>52</sup> Flere fortalte at det å bære på en så destruktiv hemmelighet, opplevdes som livsfarlig.

**«En del av de som ringer, ønsker behandling, og de sier de blir tryggere på å gå til behandling etter at de har snakket med en av oss. De blir klar over hva det går ut på, hva slags mennesker de kommer i kontakt med.»**

*Ansatt ved dansk hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn*

49) Grøvdal, Y., Saur, R., & Skaalerud, A. R. (2014). En velvillig og oppmerksom tilhører: Mennesker som har vært utsatt for vold og deres møte med hjelpeapparatet og politiet. Rapport: 2/2014. Oslo: NKVTS; Myhre, M. C., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer. Rapport: 1/2015. Oslo: NKVTS

50) Østby, L. (2012). Hva hindrer utsatte for seksuelle overgrep i å søke hjelp? Innspill til utformingen av en nettportal for overgrep utsatte. Rapport: 6/2012. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole

51) Helsepersonells manglende evne til å fange opp overgrepssproblematikk, særlig i tilfeller der det er tilleggsfaktorer som gjør situasjonene betente, er tidligere omtalt blant annet i Redd Barna-rapporten *Hvis du ikke spør, klarer jeg ikke fortelle. utfordringer ved avdekking av seksuelle overgrep mot barn i minoritetsfamilier* (Berggrav S., 2015).

52) <http://www.vg.no/spesial/2015/nedlasterne/>



De anså ikke at det fantes noen mellomting mellom å gå fri eller bli tatt av politiet – bare det å søke om hjelp, ble oppfattet som potensielt farlig. Enkelte sa at hvis alternativet var fengsel, ville man heller ta sitt eget liv. Flere ga uttrykk for at de ønsket noen å snakke med. En av de ti hadde selv tatt kontakt med Institutt for klinisk sexologi og terapi men bodde for langt unna til at han kom i gang med behandling.

Flere av informantene beskrev også den forebyggende innsatsen for å nå barn og unge med skadelig seksuell adferd som svært dårlig. Det er lite fokus på og kunnskap om dette i barnehager og skoler. Tilgang til lokale hjelpetiltak for barn og unge med skadelig seksuell adferd er avhengig av hvor i landet man bor, og at det finnes omsorgs- eller ressurspersoner rundt den unge som kan søke opp tjenester. Det finnes heller ingen lavterskel hjelpetjeneste rettet mot unge som selv er bekymret over egen problematisk eller skadelig seksualitet.<sup>53</sup>

Fagmiljøene pekte på at det i dag nesten ikke finnes nøktern, belysende, hjelpende informasjon til mennesker som sliter med seksuelle følelser for barn, men ikke ønsker å begå overgrep. Det er i dag mange ulike råd og vinklinger rundt temaet. Dette medfører at ulike instanser får mye «rare» råd om hvordan man skal forholde seg til overgriperproblematikk. En samlet kompetanse som i tillegg er lett tilgjengelig ville vært å foretrekke, og kunne også fungert som en kvalitetssikring for informasjon til andre hjelpeinstanser.

Eksisterende hjelpetelefoner er for generelle og treffer ikke en målgruppe som i så stor grad er redd for å møtes med avsky og i verste fall at man rapporteres til politiet. Det sterke stigmaet gjør at man skjuler følelsene enda mer for omverdenen. Det kan være vanskelig å nå personer med seksuelle følelser for barn når de først har manipulert seg selv inn i vrangforestillinger om at det de holder på med, ikke er så skadelig. En hjelpelinje kan være et sted hvor det er mulig å snakke om de vanskelige følelsene, samtidig som man kan bevisstgjøres at man ikke må begå overgrep selv om man har slike følelser.

Oppsummert mente en stor overvekt av de intervjuede at en hjelpelinje som er godt markedsført og ledsaget av en informativ nettside, kan ha potensial til å nå personer som er motivert for behandling. At det i dag ikke finnes noe lavterskeltilbud spisset mot denne gruppen, utover fastleger som i liten grad har kompetanse til å fange opp og håndtere denne problematikken, er i seg selv et viktig argument for å opprette en slik tjeneste.

### **Hva finnes av behandlingstilbud for personer med seksuelle følelser for barn?**

Mens en lavterskel hjelpelinje vil kunne være et første steg inn i hjelpeapparatet, er man også avhengig av at hjelpeapparatet kan tilby kompetent hjelp og oppfølging. I Norge skal man i prinsippet kunne gå til fastlegen og henvises videre til psykolog dersom man ønsker hjelp enten til å håndtere problematiske seksuelle følelser eller andre aspekter knyttet til det å leve med en pedofil lidelse, som depresjon og angst. På den annen side gir det ikke «rett til helsehjelp»<sup>54</sup> å gå med fantasier eller seksuelle tanker om barn, som i praksis betyr at disse problemene avvises i ordinært hjelpeapparat og henvises til private behandlere, som normalt ikke dekkes av det offentlige. Om man selv skal oppsøke hjelp, er man avhengig av høy grad av egeninnsats og at man bor i geografisk nærhet til instanser som har særskilt kompetanse. En undersøkelse gjennomført for Helsedirektoratet i 2012, viste at mellom 60 og 70 prosent av norske psykiatere og psykologer ikke kunne tenke seg å behandle pedofile. 90 prosent sa de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse til å behandle pedofilproblematikk.<sup>55</sup>

53) Eksisterende tilbud har er enten mer generelle eller i mindre grad eksplisitt rettet mot skadelig seksualitet. Sex og samfunn markedsfører at de svarer på spørsmål om sex, seksualitet og seksuell helse, mens Ungdomstelefonen i regi av Skeiv Ungdom svarer på spørsmål om kjønn, seksualitet og identitet.

54) Med rett til å motta nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten menes både rett til utredning og/eller behandling. Helsedirektoratet har laget en rekke nasjonale veiledende retningslinjer om hvilke tilstander og sykdommer som gir rett på helsehjelp. Se Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63, Helse- og omsorgsdepartementet

55) Uformell spørreundersøkelse blant psykologer og psykiatere, utført på oppdrag fra Helsedirektoratet av psykologspesialist og seniorforsker Jim Aage Nøttestad ved Brøset kompetansesenter

**«Det er så sinnssykt alvorlig tema, og jeg er litt overrasket over hvor lite informasjon det er om hjelp. Problemet er jo at det virker som folk tror det er farlig å bare skrive ordet pedofil på nett.»**

*Innlegg på diskusjonsforum under tittelen «Hjelp, jeg er pedofil»*

Kontrasten er stor til eksempelvis Danmark. Teamet bak Bryd Cirklen opplyser at mentale og fysiske lidelser er sidestilt, og at man skal ha tilbud om spesialisthjelp innen 30 dager etter henvisning fra fastlegen. Ifølge Sexologisk Klinik er det ingen ventetid i dansk psykiatri.

NKVTS har nylig utarbeidet en oversikt over behandlingstilbudet for barn og unge som utøver vold og seksuelle overgrep,<sup>56</sup> samt en oversikt over behandlingstilbudet for voksne som utøver vold, på oppdrag fra Helsedirektoratet.<sup>57</sup> Rapporten konkluderer med at det finnes behandlingstilbud til målgruppene i alle de fire landregionene, men at det er få spesialiserte tilbud. Det kommer videre frem at det finnes mer kompetanse på behandling av barn som har opplevd vold og overgrep, enn hva tilfellet er for behandling av barn som har skadelig seksuell atferd. Det er mange behandlingssenheter som opplever at de ikke, eller bare delvis, får gitt det behandlingstilbudet de ønsker til alle gruppene. Enhetene som behandler unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, etterlyser mer kunnskap og kompetanse. En tredjedel av behandlingssenheterne oppgir at de ikke har nødvendige samarbeidsrutiner på plass for å hjelpe barna og ungdommene som er utsatt for, eller som utøver vold og seksuelle overgrep.

Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST) i Oslo er det eneste tilbudet utenfor kriminalomsorgen som spesifikt er rettet inn mot behandling av seksuell vold. IKST er et kompetanse- og behandlingstilbud som tilbyr seksualterapi, psykoterapi, rådgivning og medisinsk hjelp til mennesker som opplever vansker med sin seksualitet. Privatklinikken behandler flest voksne, men de har også et tilbud til unge. Behandlingen dekkes av det offentlige, og i tillegg til individual-, par- og gruppeterapi, bidrar instituttet med kurs, undervisning og veiledning til instanser som familievernkontor, helseinstitusjoner, barnevern og skoler.

Samtlige klienter som kommer til behandling ved IKST, gjennomgår kartlegging med kliniske intervjuer av livssituasjon og bakgrunn, utsatthet for vold og seksuelle overgrep, generell psykisk helse, traumerelaterte plager, egen voldsutøvelse, utøvelse av overgrep og generell seksuell utvikling. Klinikerne disponerer offentlige midler til behandling og hadde til sammen 90 pasienter til behandling i 2014. Behandlerne har autorisasjon som spesialister i klinisk sexologi og sexologisk rådgivning, og har psykologisk, psykiatrisk og terapeutfaglig bakgrunn. Samtlige terapeuter har kompetanse på å behandle problematikk knyttet til seksuelle overgrep og vold.<sup>58</sup>

Stiftelsen Alternativ til vold (ATV) og Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri avdeling Brøset, St. Olavs hospital, driver tilbud som blant annet retter seg mot menn med behov for regulering av sinne og problematiske følelser, men behandler også seksuell vold. Det finnes også samtaletilbud for dømte overgripere ved Åna fengsel (Stavanger) og Bergen fengsel.

<sup>56</sup> Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H., & Askeland, I. R. (2016). *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 6/2016)

<sup>57</sup> Askeland, I. R., Moen, L. H., Nilsen, L. G., Kruse, A. E., Hjemdal, O. K., & Holt, T. (2016). *Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 10/2016).

<sup>58</sup> (ibid)

For barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd finnes det i dag enkelte spesifikke behandlingstilbud og kompetansemiljøer. V27, som er tilknyttet Betanien sykehus i Bergen, er en ressursenhet med forankring i psykisk helsevern for barn og ungdom, som både har et kompetansebyggende og et klinisk mandat til å hjelpe barn og unge som har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd. Tvers er et tverretatlig familiebehandlingstilbud i Vest-Agder som også tilbyr behandling til unge som forgriper seg seksuelt. Her jobber terapeutene i tett samarbeid med barnevernet. I Trondheim opprettet man i 2015 et tverretatlig konsultasjonsteam kalt Rebessa<sup>59</sup>. Dette er et samarbeid mellom Brøset kompetansesenter, barnevernet i Trondheim kommune, Statens barnehus Trondheim, BUP, Bufetat, Konfliktrådet og RVTS-Midt. Videre finnes det i Tromsø et tverrfaglig og tverretatlig kompetanse- og konsultasjonsteam, koordinert av RVTS-Nord, hvor risikovurdering, funksjons- og behovskartlegging, behandling og annen oppfølging av barn og unge med bekymringsfull eller krenkende seksuell atferd kan drøftes anonymisert. Flere av statens barnehus har også opparbeidet seg kompetanse på å behandle barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd.

I NKVTS sin nasjonale kartlegging av behandlingstilbud til voksne, ble alle relevante behandlingssenheter for voksne som utøver vold i Norge, invitert til å delta.<sup>60</sup> NKVTS bemerker at behandlingen av voksne som utøver seksuell vold, ser ut til å havne i en særstilling, hvor bare halvparten av enhetene rapporterte at de gir behandling for denne problemtypen. Flere enheter sier at «seksuell vold», «pedofili» og «seksuelle overgrep mot barn» er eksklusjonskriterier ved deres enhet. Med unntak av én enhet rapporterte alle enhetene at de har vold som utøves innen familien som hovedfokus. En kan derfor anta at de fleste som oppga at de tilbyr behandling av seksuell vold, gjør dette som en del av behandling av vold utøvd mot partner, uten at dette fremkommer som et tilbud spesifikt rettet mot seksuell vold. Oppsummert ser det ut til at tilbudet til voksne som har spesifikke problemer knyttet til utøvelse av seksuell vold, ikke er tilgjengelig i store deler av landet. Slike tilbud gis stort sett i regi av kriminalomsorgen og er ikke åpne for den generelle befolkningen.

Barne- og likestillingsdepartementet bemerker selv i sin nye *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)* at «dagens tilbud er begrenset og tilbys kun ved enkelte fengsler».<sup>61</sup> Utover å «videreføre arbeidet med å utvikle behandlingstilbud for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep»<sup>62</sup>, foreligger det ingen planer om ytterligere satsing på behandlingstilbud for voksne som ønsker hjelp for seksuelle følelser for barn, men som ennå ikke er dømt. Ifølge planen skal man bedre behandlingstilbudet til unge utøvere og videreføre arbeidet med å spre gode behandlingsmetoder.

### Nasjonale nettverk jobber for bedre behandlingstilbud

RVTS Midt har tatt initiativ til og leder et nasjonalt nettverk om barn og unge med bekymringsfull eller skadelig seksuell atferd. Nettverket består av til sammen 16 representanter fra RVTS, Statens barnehus og V27 Betanien. Gruppen møtes to ganger i året. I de fleste regioner er det opprettet egne nettverk som har som mål å bygge opp og utvikle kunnskapen på dette feltet i egen region. Nettverket arbeider for at behandlingstilbudet blir nyansert nok, det vil si at kompetansen blir så

59) Se [www.rebessa.com](http://www.rebessa.com)

60) Askeland, I. R., Moen, L. H., Nilsen, L. G., Kruse, A. E., Hjemdal, O. K., & Holt, T. (2016). *Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 10/2016). I alt ble 990 enheter, 296 instanser og 694 avtalespesialister, forespurt om de ville delta. Svarprosenten blant de relevante instansene var på 36,8 prosent, mens svarprosenten hos avtalespesialistene var på 12,1 prosent.

61) Barne- og likestillingsdepartementet: Prop. 12 S (2016–2017): *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Tilråding fra Barne- og likestillingsdepartementet 28. oktober 2016, godkjent i statsråd samme dag.

62) Helsedirektoratet, i samarbeid med Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus, Kriminalomsorgsdirektoratet, Kriminalomsorgen region sør og Helse Sør-Øst, utvikler et nytt behandlingsopplegg for personer som er dømt for seksuelle overgrep. Behandlingstilbudet er frivillig og tilbys enkelte innsatte med størst risiko for tilbakefall. Se *Opptrappingsplan mot vold og overgrep*, forrige fotnote.

god at man kan skreddersy oppfølging. Noen barn og unge trenger få samtaler, andre trenger mye oppfølging. Noen trenger kanskje bare kommunal oppfølging, andre må til spesialisthelsetjenesten. Noen kan bo hjemme, andre må i beredskapshjem eller på institusjon. I 2016 har nettverket blant annet drøftet hvordan man kan implementere utrednings- og behandlingsverktøyet Aim2 i Norge.<sup>63</sup>

Et av hovedmålene for gruppen er å arbeide for at det offentlige tar ansvaret for behandlingstilbud både til barn, ungdom og voksne. I november 2016 tok RVTS Midt videre initiativ til å etablere et nasjonalt nettverk for behandling for voksne overgripere, med utgangspunkt i at det finnes svært få etablerte tilbud der det ikke allerede foreligger dom. Nettverket skal jobbe for å bygge kompetanse på blant annet behandlingsmetoder, forebygging og risikovurderinger, øke samarbeidet mellom de ulike etatene som tilbyr behandling, dele erfaringer i fagmiljøet samt jobbe for å forbedre det offentlige behandlingstilbudet til personer med overgrepssproblematikk. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med fagfolk fra ulike behandlingsinstitusjoner og terapeutiske retninger, som skal jobbe videre med et forslag til mandat for nettverket.

### **Hvilken effekt har forebyggende behandling?**

Forebyggingstiltak for personer som er bekymret for egen seksuelle atferd, fantasier eller følelser for barn, bygger på en antagelse om at mange kan få hjelp til å unngå å begå overgrep forutsatt at de er motivert for det. Forebyggende tiltak kan ta en rekke former, som individuell terapi og gruppe-terapi. Behandlingen kan være psykoterapeutisk, men kan for menn også bestå av testosterondempende legemidler. Den psykoterapeutiske behandlingen bygger ofte på prinsippene i kognitiv atferds-terapi, som har som utgangspunkt at tanker, følelser og atferd gjensidig påvirker hverandre. Målet for terapien kan være at pasienten skal forstå hvilke tanker og følelser som førte til overgrepet, og å forhindre framtidige overgrep gjennom å endre tanke- og handlingsmønstre.

Ved IKST er tilnærmingen hovedsakelig psykodynamisk terapi. Behandlingen varer i snitt mellom fire og fem år, og man går dypere til verks for å komme nærmere mulige bakenforliggende årsaker til utvikling av overgrepsadferd. Terapien er rettet mer mot pasientens personlighetsmessige utforming enn mot ytre symptomer og atferd.

Ved V27 i Bergen har man videreutviklet et nederlandsk behandlingsopplegg som er laget spesielt for behandling av unge som begår seksuelle overgrep. Opplegget er kognitivt fokusert og atferds-terapeutisk, men man legger også vekt på å tilby veiledning til overgriperens foreldre og å inkludere alle instanser som jobber med ungdommen i arbeidet.<sup>64</sup> Tvers i Vest-Agder jobber med en kombinasjon av systemisk familierapi, narrativ terapi, faseorientert behandling av kompleks traumatisering, sensorimotorisk psykoterapi og mentalisering.<sup>65</sup>

Hva vet vi om hva som virker? Kunnskapsbasert folkehelse handler om å inkludere den beste tilgjengelige kunnskapen fra forskning om effekten av tiltak for å bedre folkehelsen. I denne sammenhengen

**«Noen uttrykker glede og lettelse når de blir tatt. Men når de blir løslatt, er det på'n igjen – de får ikke den hjelpen de trenger.»**

*Fagperson intervjuet til denne rapporten*

<sup>63</sup>) Assessment Intervention Moving on 2 (AIM2) er et empirisk- og kunnskapsbasert verktøy for utredning, risikovurdering og oppfølging/behandling av barn/ungdom som er sterkt mistenkt for eller har utøvd problematisk eller skadelig seksuell atferd. Verktøyet er evaluert og utviklet med tanke på å kunne anvendes både bredt og spesifikt av forskjellige fagfolk, f.eks. kommunalt barnevern, statlige barnehus og spesialisthelsetjenesten (BUP).

<sup>64</sup>) Kruse, A. (2011): Unge som begår seksuelle overgrep. NKVTS

<sup>65</sup>) Steinkopf, H. (2012): Tvers – et tverretattlig behandlingstilbud for familier som har opplevd seksuelle overgrep eller vold i familien. Arbeidsbeskrivelse/manual. RVTS Sør

handler det om å forstå mekanismene bak seksuelle overgrep og identifisere faktorer som enten øker eller reduserer sannsynligheten for at en person vil begå eller bli utsatt for seksuelle overgrep. Samtidig er det store utfordringer knyttet til forskning på seksuelle overgrep. En svensk kunnskaps-oversikt om behandling mot seksuelle overgrep mot barn påpeker en mangel på god kvalitetsforskning på hjelpetiltak og intervensjoner rettet mot personer i risiko for å begå overgrep, blant annet på grunn av etiske og metodologiske utfordringer knyttet til randomiserte kontrollstudier.<sup>66</sup>

En norsk metastudie utført på oppdrag fra Helsedirektoratet konkluderer også med at effekten av psykologisk behandling ikke er godt nok dokumentert.<sup>67</sup> Forskerne fant over 300 studier som er gjort internasjonalt om psykologisk behandling av dømte overgripere. De fleste var beheftet med store metodologiske svakheter. Forskerne satt igjen med ni forskningsartikler som var gode nok til å bli analysert videre i metaanalysen. Det fantes ikke norske studier som kunne tas med. Forskerne fant at det ikke var grunnlag for å si at behandling virker. Fem til 15 prosent av de dømte overgriperne begikk nye overgrep, uavhengig av om de hadde vært i terapi.

### Forebygging vs behandling

Fagmiljøene vi intervjuet var delt på hvordan disse metastudiene bør tolkes, og det ble vist til en rekke internasjonale studier som tyder på at forebyggende arbeid med dømte overgripere har vært effektive.<sup>68</sup> Effektstudier har ikke målt effekten av psykodynamisk terapi, men hovedsakelig sett på atferdsterapeutiske behandlingsformer. Enkelte mente at de metodologiske utfordringene ved randomiserte kontrollstudier gjør datagrunnlaget for svakt til å dra konklusjoner om at behandling ikke har effekt. Det ble påpekt at ingen har påvist at behandling gjør det verre. Behandling er ingen kur, men et forsøk på å redusere risiko. Mennesker som erkjenner å ha problemer, er motiverte, mottakelige og som ønsker hjelp til å leve et liv uten å begå overgrep, bør man forsøke å hjelpe på tross av begrenset forskning om effekt. Det ble også vist til studier som tyder på at ungdom som begår seksuelt krenkende handlinger, har effekt av spesialisert behandling. Effekten har da vært målt som forekomst av tilbakefall til seksuelle overgrep, og noen ganger også tilbakefall til annen kriminalitet.<sup>69</sup>

Det var generell enighet blant fagpersonene vi intervjuet om at forebygging og tidlig målrettet behandling av personer i risikogrupper er den beste måten å redusere overgrep mot barn og ungdom. Flere mente at alminnelig psykologisk forståelse tilsier at det vil være verdifullt å redusere stigma, å gi mennesker et rom for å våge å snakke om forbudte tanker de sannsynligvis aldri har delt med noen tidligere. Det var bred enighet om at jo tidligere man kan komme inn med hjelp til å håndtere problematisk seksuell atferd, jo bedre. Derfor vil et forebyggingstiltak i form av en hjelpetjeneste kunne være særlig viktig for å nå unge med problematisk seksualitet før de tar med seg skadelig seksuell atferd inn i voksen alder.

### Evalueringer av hjelpetjenester tyder på forebyggende effekt

Denne rapporten tar ikke stilling til de ulike behandlingsformene eller fagmiljøenes ulike vurderinger av behandlingstilbudenes effekt. Den støtter seg på studier og evalueringer av telefontjenester i

<sup>66</sup>) Swedish Research Council for Health, Working Life and Welfare (2015): Preventing sexual abuse of children: risk assessment and interventions for adults at risk of offending. Government commission (S2015/04650/SAM)

<sup>67</sup>) Cato Grønnerød, Jarna Soilevuo Grønnerød, Pål Grøndahl (2014): Psychological Treatment of Sexual Offenders Against Children. A Meta-Analytic Review of Treatment Outcome Studies

<sup>68</sup>) Se for eksempel Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362; Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163; Hanson R.K, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. (2009) The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*; 36(9): 865-891.

<sup>69</sup>) Kruse, A. E. (2011). Unge som begår seksuelle overgrep. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

<sup>70</sup>) Brown A. et. al (2014): Call to keep children safe from sexual abuse: A study of the use and effects of the Stop it Now! UK and Ireland Helpline. NatCen Social Research, Crime and Justice Team; NatCen Research: A public health approach to tackling child sexual abuse: Research on Stop it Now! UK and Ireland and Stop it Now! Netherlands. [http://natcen.ac.uk/media/329130/overview-of-study\\_complete-web.pdf](http://natcen.ac.uk/media/329130/overview-of-study_complete-web.pdf)

flere land, gjennomført via EU-programmet Daphne III.<sup>70</sup> Her rapporterer de nederlandske brukerne av Stop It Now at de opplever å ha mer kontroll over egne fantasier og atferd etter å ha fått veiledning og terapi. De forteller at de har fått en bedre forståelse av egne problematiske følelser, og at de har lært seg mer effektive håndteringsstrategier. Likeledes fortalte de britiske brukerne av tjenesten at de opplevde en økt erkjennelse av at de hadde en problematisk atferd, økt forståelse av at atferden kan kontrolleres og økt evne til å ta i bruk teknikker og strategier for å håndtere seksuelle følelser og atferd knyttet til barn. En studie av deltakere i forebyggingsprosjektet Dunkelfeld i Tyskland fant at terapi reduserte problematiske tankemønstre og økte evnen til seksuell selvregulering.<sup>71</sup>

### Oppsummering

Eksisterende faglitteratur, erfaringer fra utlandet og intervjuer med norske fagmiljøer underbygger sterkt behovet for en lavterskel hjelpetjeneste for personer med seksuelle følelser for barn. Mens det finnes enkelttiltak innen tertiærforebygging (terapeutiske behandlingstilbud i hovedsak rettet mot dømt overgripere), finnes det i Norge i dag ingen godt tilgjengelige sekundærforebyggende tiltak rettet mot potensielle overgripere. Dette betyr at en betydelig gruppe mennesker som utgjør en risiko mot barn, ikke får tilgang til hjelp og forebyggende behandling.

Det var bred enighet i de intervjuede fagmiljøene om at for å beskytte barn mot seksuelle overgrep, er det nødvendig å sette inn forebyggende tiltak overfor personer som har seksuelle følelser for barn, før de skader barn. Det er videre bred enighet om at en hjelpetjeneste vil bidra til å utvide og styrke en helhetlig folkehelsestrategi ved å rette seg også mot personer som ikke er kjent for myndighetene, før overgrep har skjedd, og på den måten bidra til reduksjon i antallet overgrep som blir begått mot barn. Bortimot alle de intervjuede hadde tro på at en hjelpelinje som er godt markedsført og ledsaget av en informativ nettside, kan ha potensial til å nå personer som er motivert for behandling.

I neste del belyser rapporten hvordan dette kan ta form som en anonym telefon- og chattetjeneste, som tilbyr informasjon, råd, veiledning og støtte til personer som ønsker hjelp til å håndtere sin egen seksuelle atferd og følelser for barn. Vi vil drøfte om en slik hjelpelinje bør fungere som en selvstendig tjeneste, eller som en inngangsport til behandling og oppfølging. I det følgende skisseres ulike funksjoner en hjelpetjeneste kan ha, med drøfting av hvilken modell som kan være mest hensiktsmessig i en norsk kontekst.

**«Jeg har lenge ment at det burde finnes et slikt tilbud også her i Norge, da mange av mennene jeg har jobbet med, har uttalt at de flere ganger før overgrepene har tenkt på eller søkt etter hjelpetilbud.»**

*Fagperson intervjuet til denne rapporten*

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

Følgende chat-utveksling er et reelt eksempel fra et diskusjonsforum der en ung mann søker råd om hvor han kan få hjelp med pedofile tanker.

Diskusjon → Samfunn → Seksualitet

## Hva og hvordan kan pedofile få hjelp?

Startet av AnonymDiskusjon, 7. feb. 2012, 20:38

Side 1 av 9 **1** 2 3 NESTE »

### Anonym Diskusjon

Anonym bruker



Anonym

Skrevet 7. februar 2012, 20:38

Jeg er en pedofil mann/gutt på 21. Jeg merket det veldig tidlig i livet at jeg ble tiltrukket av de som var og er yngre enn meg. Tror jeg fant ut dette da jeg var 14 år, og jeg har alltid holdt det for meg selv. Egentlig ikke sett på det som et problem, eller forstått hva det faktisk er. Nå forstår jeg at det ikke fungerer. Det at jeg aldri kan leve ut min legning er vanskelig. Jeg tiltrekkes ikke av kvinner på min egen alder, og det er et stort problem for meg. Det å gå med dette i meg er veldig vondt. Samtidig jeg vet at pedofile alltid blir koblet til overgripere. Men det er ikke sånn det fungerer. Jeg er helt vanlig som alle andre. Har jobb, og mange gode venner. Hadde noen av vennene mine fått vite dette ville det garantert kommet som et sjokk. Ingen kan tenke seg at jeg er det. For meg er det ikke noe problem på en måte, fordi jeg vil aldri foregriper meg på et barn. Jeg kan ikke tenke tanken engang. Det er som at alle heterofile er ikke overgripere. De er syke i hode de som er det. Jeg er ikke det, men jeg ble født sånn.

Skal jeg ta kontakt først med fastlegen min, og videre bli henvist til psykolog? Jeg er ikke helt sikker på hvordan jeg skal gå fram. Hvordan vil fastlegen håndtere dette? Jeg har rett til og få hjelp uansett? Jeg gruer meg bare veldig.

### Nihilist1

Anonym bruker



Nihilist1

Skrevet 7. februar 2012, 20:39

Hva med å flytte til et land hvor det ikke er ulovlig å ha sex med barn?

### Spartapus

Anonym bruker



Spartapus

Skrevet 7. februar 2012, 20:53

Pedofile behøver ikke «hjelp» noe mer enn homofile. Tabuet og diskrimineringen er kun kulturelt betinget og det er like naturlig – om enn ikke like vanlig – å være pedofil som heterofil. Det pedofile trenger hjelp med er ikke å takle sin egen legning men å takle andres holdninger til den, en byrde som først og fremst burde ligge på disse andre.

En måte å lette på trykket – som Nihilist1 påpekte – kan være å oppsøke land og kulturer hvor dette ikke er så kontroversielt, og da er det særlig Øst-Asia som er aktuelt. Jeg bodde en uke i Tokyos red light district og la merke til at flere av pornobutikkene solgte barneporno over disk, uten at det var noen stor sak.

## DEL 2. UTREDNING AV ULIKE MODELLER OG LØSNINGER

Første del av rapporten har dokumentert at det er store mangler i den offentlige innsatsen for å forebygge seksuelle overgrep mot barn ved å hjelpe personer med problematiske seksuelle følelser å håndtere sin egen atferd. Dette innebærer at personer som utgjør en risiko for barn, ikke vet hvor de kan henvende seg, og dette bidrar til å øke sjansene for at de begår overgrep. Fagmiljøene er enige om at en lavterskel hjelpelinje kan ha effekt, og erfaringer fra andre land viser at det virker. Konklusjonen er at det er sterkt behov for en slik tjeneste i Norge.

Hvordan en hjelpelinje best kan utformes, er avhengig av vurderinger knyttet til:

- **Målgrupper:** hvem henvender man seg til (bare de som utgjør en risiko, eller andre grupper)?
- **Funksjon:** hva skal tjenesten tilby (henvisning til andre hjelpetilbud, rådgivning og terapi per telefon)?
- **Drift, tilgjengelighet og anonymitet:** hvor lange åpningstider, og hvor mange kanaler for kontakt (telefon, e-post, live chat)? Hvordan balansere utfordringer knyttet til anonymitet så vel som melde- og avvergingsplikten?
- **Ansatte:** hvilke kvalifikasjoner og erfaringer bør ansatte ha?
- **Markedsføring og informasjonsarbeid:** hvordan kommunisere med primærmålgruppen slik at de ønsker å ta kontakt, og samtidig være tydelig på at overgrep mot barn er alvorlige kriminelle handlinger?
- **Forankring:** skal tjenesten utføres av en frittstående leverandør, eller være forankret i et eksisterende hjelpetilbud?

Her vil vi drøfte ulike måter å organisere en slik hjelpelinje, basert på innspill fra norske fagmiljøer samt evalueringer av lignende tjenester i andre land. Rapporten tar ikke stilling til hvilken løsning som bør velges, da dette blant annet vil avhenge av hvordan tjenesten forankres og driftes, men drøfter fordeler og ulemper ved de ulike alternativene.

### Mål og målgrupper

Hvilke mål, delmål og målgrupper hjelpelinjen vil ha, har betydning for tjenestens funksjon og drift, tilgjengelighet og valg av ansatte, samt hvordan tjenesten markedsføres.

### Mål og delmål

Hovedmålet med en hjelpetjeneste for personer med seksuelle følelser for barn, må være å forebygge og begrense omfanget av seksuelle overgrep mot barn. Basert på hvilken funksjon og målgrupper man bestemmer seg for at tjenesten skal ha, kan man se for seg at hjelpetjenesten har ett eller flere delmål:

- Fungere som inngangsport til hjelpetjenester som kan bistå personer med seksuelle følelser for barn, til å håndtere følelser og atferd;
- Rådgi personer som er bekymret for andres seksuelle følelser eller atferd overfor barn.
- Synliggjøre behovet for og verdien av et bedre hjelpetilbud til personer med seksuelle følelser for barn;
- Øke kunnskapen i befolkningen og blant fagfolk om stigmaet og utfordringene knyttet til å håndtere seksuelle følelser for barn, og at ikke alle som har disse følelsene, begår overgrep. Bevisstgjøring og opplysning om gruppen som begår seksuelle overgrep mot barn, vil kunne styrke forebyggingen og skape en større forståelse om hvilke atferdsmønstre som kjennetegner seksuelle overgripere, barn som er utsatt for overgrep og prosesser som leder frem mot seksuelle overgrep (for eksempel grooming).



- Styrke faglige nettverk og kompetansen på området, som i det norske hjelpeapparatet i dag er svært begrenset når det gjelder behandling av mennesker med seksuelle følelser for barn. Erfaringer fra hjelpetjenesten kan brukes til å styrke faglig utveksling med det norske behandlingsapparatet så vel som med internasjonale tiltak på et fagfelt som er relativt nytt i de fleste land.

### Målgrupper

Utgangspunktet for denne pilotstudien var å utrede en hjelpelinje som primært er rettet mot personer som utgjør en risiko for å begå seksuelle overgrep mot barn. Denne hovedmålgruppen inkluderer en rekke undergrupper:

- voksne som har begått seksuelle overgrep mot barn og er kjent for politiet;
- voksne som har begått seksuelle overgrep mot barn og ikke er kjent for politiet;
- voksne som står i fare for å begå, men ikke har begått overgrep mot barn (og som er eller ikke er kjent for politi eller helsevesen);
- voksne som laster ned eller bestiller overgrepsmateriell fra nettet;
- ungdom som faller i hver av de ovennevnte kategoriene.

Innenfor disse gruppene vil det være personer som er bekymret for sin egen atferd eller tanker, men også personer som ikke anser at de har problematiske tanker eller atferd. Hjelpelinjen kan sikte mot å jobbe med alle disse undergruppene, eller ha et smalere fokus.

Stop It Now-programmet legger til grunn at forebygging av seksuelle overgrep mot barn er mest effektivt når man engasjerer et bredt spekter av voksne, inkludert grupper som kan spille en rolle i barns beskyttelse eller årvåkenhet overfor potensielle overgripere. En hjelpelinje kan derfor også ha som sekundærmålgruppe:

- Personer som bekymrer seg for andre voksne. Dette kan inkludere alle som bekymrer seg for andre voksnes seksuelle følelser eller atferd overfor barn, men kan være særlig relevant for partnere, familie eller venner av faktiske eller potensielle overgripere;
- Personer som bekymrer seg for et barn eller ungdoms seksuelle atferd. Dette kan være særlig relevant for foreldre eller foresatte til barn som har begått seksuelle krenkelser eller som har vist seksuelt grenseoverskridende atferd, eller lastet ned seksualiserte bilder av barn/overgrepsmateriell;
- Personer som bekymrer seg for et barn de tror har vært utsatt for, eller står i fare for å bli utsatt for seksuelle overgrep;
- Personer som er usikre på om de skal melde fra om mistenkelig atferd til politi eller barnevern;
- Fagfolk som er bekymret for at egne eller kollegers klienter har begått eller står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn (inkludert barn eller unge med seksuelt skadelig atferd).

Å arbeide med en smal målgruppe kan bidra til å gi tjenesten et klart fokus og ansvarsområde. På den annen side kan et bredere spekter av målgrupper bidra til et mer helhetlig folkehelseperspektiv, og bygge bro mellom fagfolk som arbeider med personer med seksuelle følelser overfor barn, og de som arbeider med utsatte barn og familier. Mange av de eksisterende hjelpe- og støttetelefonene mottar telefoner fra ansatte i andre deler av hjelpeapparatet, som ber om råd og drøfter faglige tilnærminger.<sup>72</sup> I forkant av dette prosjektet har vi hørt erfaringer fra ansatte i offentlige tjenester så vel som privatpersoner som har møtt personer med en atferd overfor barn de er bekymret for, men hvor de var i tvil om hvordan de skulle håndtere denne bekymringen. Å sette seksuelle overgrep mot barn i et folkehelseperspektiv ved å involvere et bredt spekter av etater, fagmiljøer og enkeltindivider, tydeliggjør at barns beskyttelse er et ansvar for alle voksne.

<sup>72</sup> Østby, L. (2016): Telefontjeneste for utsatte for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep. Utredning av ulike modeller og løsninger. NKVTS. Rapport nr 7/2016

## Fagmiljøenes vurderinger av målgrupper

Fagmiljøene vi snakket med, var noe delt i spørsmålet om hvor bredt man skal henvende seg. Følgende hovedpunkter kom frem i intervjuene:

- Uenighet om hvorvidt tjenesten skal besvare henvendelser fra pårørende, fagfolk og voksne som er bekymret for andres atferd eller barn som kan være utsatt. Det ble pekt på at disse gruppene kan bruke andre kanaler (politi og barnevern, støttesentrene mot incest, Fagetisk råd m.fl.). Argumentet er at ressursene bør fokuseres på hovedmålgruppen, personer som er bekymret for å begå overgrep mot barn.
- Det kan samtidig være en rekke fordeler ved å henvende seg til flere målgrupper, så lenge det ikke går utover kapasiteten til å besvare hovedmålgruppen.
- Stor grad av enighet om at unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd bør være en målgruppe for en norsk tjeneste. Det ble pekt på at unge er «mer plastiske, mindre ferdigutviklede» som seksuelle individer. Det er lettere å nå fram med behandling hos ungdom enn hos voksne som har hatt et avvikende seksuelt tenningsmønster i 30-40 år.
- Unge vil ha en lavere selvforståelse av at de har seksuelle følelser for barn eller en skadelig seksualitet på andre måter. En 14-åring som er tiltrukket av barn i førpuberteten, vil ikke nødvendigvis forstå at de har en avvikende seksualitet. Man vil neppe vil få ungdom til å ringe inn og si at de har et problem. En del kan ha andre personlighetsavvik de heller ikke er i stand til å håndtere.
- Derimot vil man kanskje nå pårørende (særlig foreldre og foresatte/ fosterforeldre, eventuelt også ansatte i skoler og fritidsarenaer) som bekymrer seg over unges seksuelle atferd. Det kan handle om alt fra at de har utviklet et avhengighetsforhold til pornografi og onani, lastet ned overgrepsmateriell fra nettet eller at de har utført overgrep mot andre.<sup>73</sup>
- Mange av disse ungdommene har ikke et mer seksuelt avvikende mønster enn andre – det handler om lavere kontroll i den seksuelle interaksjonen. De fleste barn og unge vil ikke planlegge et overgrep, det kan være mer situasjonsavhengig enn for voksne. Forskjeller mellom unge og voksne utøvere samt variasjon blant unge utøvere er viktig å ta hensyn til i utarbeidelsen av en hjelpelinje.
- Hvis unge med problematisk seksuell atferd er en del av primærmålgruppen, kan det være hensiktsmessig at tjenesten også henvender seg til personer som bekymrer seg for andres atferd.
- Tjenesten bør tydelig henvende seg også til kvinner med seksuelle følelser for barn, en gruppe som omfattes av store mørketall og som vi foreløpig har lite kunnskap om.
- Det bør vurderes om hjelpetjenesten bør ha en bredere målgruppe: personer med problematisk og skadelig seksuell atferd (eller uønsket seksualitet, slik svenske PrevenTell definerer sin målgruppe). Det er en samvariasjon mellom pedoseksuell tiltrekning og andre parafilier, og jo mer avvikende seksuelle tanker man har, jo høyere er risikoen for å begå overgrep mot barn.<sup>74</sup>

<sup>73</sup>) En oppsummering ved danske Januscenteret, et utrednings- og behandlingstilbud til barn og unge med seksuelle atferdsproblemer, viste at tre av fire barn hadde vist bekymringsfull atferd før overgrepene ble begått. Januscenteret (2016): Statusrapport XIII 2003-2015

<sup>74</sup>) I svenske PrevenTells siste evaluering fremkommer det at av de 600 som ringte inn første gang, hadde tre av fire en seksuell problematferd som utgjorde en risiko for at noen kommer til skade, og til sammen én av fire hadde et seksuelt tenningsmønster rettet mot barn. Se: Centrum för Andrologi och Sexualmedicin Karolinska Universitetssjukhuset (2015): Slutrapport avseende utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld, U2011/2248/JÅM

- Ved å avgrense målgruppen til bare de som har seksuelle følelser for barn, risikerer man å ikke nå de som kanskje har potensiale i seg til å rette andre parafille atferder mot barn, som sadisme og vold. For noen overgripere er ikke barnet nødvendigvis det som tenner dem, men det mest tilgjengelige objektet og derfor mer utsatt. Det kan også handle om voldelige tanker om hva man vil gjøre med kvinner, som man ikke går til familievernkontoret eller fastlegen med.
- Motargumentet er at for mange målgrupper og budskap utad kan svekke tjenestens kapasitet, fokus og hvordan den oppfattes i befolkningen.

### Oppsummering

Denne delen av rapporten drøfter fordeler og ulemper med snevre og utvidede målgrupper. Fagmiljøene var overveiende enige om at tjenesten i tillegg til voksne med seksuelle følelser for barn, bør henvende seg til unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Det var også flere som ønsket at tjenesten inkluderer voksne med problematisk eller skadelig seksuell atferd, som ikke nødvendigvis er rettet mot barn. Fagmiljøene var delt på i hvor stor grad tjenesten bør henvende seg til andre grupper, som pårørende, folk som er bekymret for andres atferd og fagfolk som ønsker råd og veiledning.

Hvordan man definerer funksjon og mål for en hjelpelinje vil være avgjørende for hvordan man vil definere tjenestens målgrupper. Når hjelpelinjen er i drift, kan det vise seg at folk utenfor målgruppene søker å bruke den. Analyse av data om hvem som kontakter hjelpelinjen, kan gi en pekepinn om hvordan disse gruppene kunne dra nytte av den, hvis man på sikt vil åpne for nye målgrupper.

### Ulike modeller for en hjelpelinje

For at en hjelpelinje skal ha en forebyggende effekt, er den avhengig av å nå bredt ut til målgruppen(e), og ha et tilbud som oppleves tillitsvekkende og relevant. Personer som har seksuelle følelser for barn er en heterogen gruppe, med ulik motivasjon, atferd og behov.<sup>75</sup> De spenner fra overgripere som ikke kjenner noen anger og heller ikke ønsker noen hjelp, til personer som ikke har begått overgrep, som har en klar forståelse av skadevirkningene overgrep kan påføre barn, og er sterkt motivert for hjelp til å håndtere egne følelser. Utgangspunktet for en hjelpetjeneste bør være at personer som er motivert til å ta kontakt, vil ha ulike behov for oppfølging og behandling, men at tjenesten skal fungere som et lavterskel tilbud og første skritt for å endre tankemønstre og problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Man kan se for seg at en hjelpetjeneste for mennesker med seksuelle følelser for barn kan ta form etter ulike modeller med ulike funksjoner. Eksisterende hjelpelinjer i andre land inneholder ulike tjenester, fra generell informasjon, veiledning og støttesamtale med rådgivere som ikke nødvendigvis er spesialistutdannet, til henvisning til terapi eller rådgivning og terapeutisk oppfølging med fagperson per telefon. En annen modell baserer seg på selvhjelp via nettet, og kan brukes alene eller tilknyttet øvrige hjelpelinjer og nettportal som inngangsport til de ulike tjenestene.

Det vil her presenteres tre modeller: «Inngangsport og henvisning», «Veiledning og terapi via telefon/chat», og til slutt «Selvhjelp via nettet». Avslutningsvis i dette kapitlet oppsummeres fagmiljøenes syn på fordeler og ulemper ved de ulike modellene.

#### Modell 1: Inngangsport og henvisning

Hos en tjeneste som kjennetegnes som «Inngangsport og henvisning», kan innringeren ta kontakt via telefon eller chat anonymt, og få råd og hjelp til ytterligere behandling. De som betjener telefonen, lytter til innringerens erfaringer, anerkjenner innringerens opplevelse og bekrefter personens behov for hjelp og støtte. Dette kan gjøres av fagfolk eller frivillige.

<sup>75</sup> For en analyse av forskningslitteratur og forklaringsmodeller for seksuelle overgrep mot barn, se Brown A. et. al. (2014): Call to keep children safe from sexual abuse: A study of the use and effects of the Stop it Now! UK and Ireland Helpline. NatCen Social Research, Crime and Justice Team

Den danske tjenesten Bryd Cirklen, i regi av Sexologisk Klinik ved Psykiatrisk Center København, bygger på en slik modell.<sup>76</sup> Telefonen betjenes av terapeuter ansatt ved klinikken, som kan henvise innringere til ulike behandlingsforløp. Behandlingsforløpene kan bestå av terapeutiske samtaler med spesialutdannet psykolog eller lege fra Sexologisk Klinik, gruppebehandling eller annen individuell behandling. Også svenske PrevenTell, en nasjonal hjelpetelefon for såkalt uønsket seksualitet, opererer etter dette prinsippet.<sup>77</sup> På hjelpelinjen, som drives av Centrum för Andrologi och Sexualmedicin (CASM) ved Karolinska universitetssykehus, kan innringere snakke anonymt med fagfolk, og få råd og hjelp til ytterligere behandling. Folk som bor i Stockholm, kan kontakte CASM direkte og gjøre en avtale uten henvisning. De som bor utenfor Stockholm, kan få råd direkte over telefonen om hvem de kan kontakte for behandling. CASM har laget en nasjonal oversikt over aktuelle terapeuter i hele landet. De fleste som oppsøker senteret, vil møte en psykiater for en første vurdering, og deretter en psykolog.

### **Modell 2: Veiledning og terapi via telefon/chat**

Hjelpelinjen Stop it Now! i Storbritannia og Nederland tilbyr to faser med støtte, og er samtidig en inngangsport til andre relevante ressurser og hjelpetjenester. I første fase, via telefon og e-post, følger samtalen samme struktur. Innringeren ønskes velkommen, får informasjon om anonymitet, og blir bedt om å snakke om det som er problematisk. Hjelpelinjen gir råd om hva som kan være gode måter å håndtere egen atferd og redusere risikofaktorer rundt barn. Innringeren får informasjon om tilgang til andre fase, og blir bedt om å ringe tilbake.

I Storbritannia gir man i andre fase kortsiktige, målrettede råd og støtte i komplekse problemstillinger. Dette kan skje i form av gjentatte samtaler over telefon og/eller fysiske møter. Denne fasen håndteres av praktikere og spesialister tilknyttet en stiftelse som jobber med forebygging av seksuelle overgrep.<sup>78</sup> I Nederland får man i andre fase opptil seks terapeutiske behandlingsøkter, hovedsakelig på telefon, men fysiske møter tilbys også. Dette er et tilbud både til faktiske og potensielle overgripere, samt til familiemedlemmer som har behov for terapeutisk hjelp. Terapeuten følger en mal for hver økt, som inkluderer en vurdering av akutte risikofaktorer. Brukeren rådes til å gi opp anonymiteten og delta i tradisjonell behandling. Hjelpelinjene både i Storbritannia og Nederland kan henvise til andre ressurser og tjenester levert av organisasjonene bak hjelpelinjen og andre etater.

### **Modell 3: Selvhjelp via nettet**

I Finland har Redd Barna produsert et nettbasert selvhjelpsmateriale for personer som er bekymret for egen interesse for seksualiserte bilder av barn, enten de har lastet ned fra nettet eller ønsker å gjøre det. Materialet er basert på lignende materiell produsert av Stop it Now!, og er tilpasset finsk kontekst. Redd Barna Finland forteller at selvhjelpsmaterialet har blitt godt mottatt av ulike målgrupper, og i februar 2016 kjørte de en nettkampanje for å øke bevisstheten om materialet blant hovedmålgruppen. Nettsiden har en egen del som retter seg mot pårørende som er bekymret for andres seksuelle interesse for barn, og for fagfolk som møter denne gruppen, men mangler kompetanse til å håndtere det. Etter publiseringen av selvhjelpsmaterialet i 2015 har det vært mer enn 116.000 unike besøkende på nettstedet fra 37.000 ulike IP-adresser. Materialet har vunnet en finsk pris for kriminalitetsforebygging, og var kandidat til the European Crime Prevention Award i 2015.

Selvhjelp via nettet er allerede på vei inn i norsk helsevesen, som en metode for å nå nye pasientgrupper som ellers har høy terskel for å søke hjelp, og samtidig øke behandling kapasiteten til hver terapeut. Flere norske sykehus har begynt å ta i bruk såkalt emestring, veiledet internettbehandling, for å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.<sup>81</sup> Emestring bygger på kognitiv atferds-

<sup>76</sup>) For mer informasjon, se <https://www.psykiatri-regionh.dk/bryd-cirklen/Sider/default.aspx>

<sup>77</sup>) For mer informasjon, se <http://preventell.se/>

<sup>78</sup>) For mer informasjon, se The Lucy Faithfull Foundation

<sup>79</sup>) Se <http://www.otanvastuun.fi>

<sup>80</sup>) Se <http://get-help.stopitnow.org.uk/explorations/explorations-homepage>

<sup>81</sup>) Se for eksempel eMestring Sykehuset i Vestfold: <https://www.siv.no/emestring> og eMestring Sykehuset i Bergen: <https://helse-bergen.no/emeistring>

terapi, og er rettet mot personer som sliter med panikk lidelse, sosial angst og depresjon. Behandlingen er lagt opp i moduler, der man leser gjennom tekster og gjør øvelser som blir presentert underveis. Hver uke får man oppfølging fra en behandler i poliklinikken via internett eller telefon. Svenske Socialstyrelsen har funnet at psykoterapeutisk behandling via nettet har vist lovende resultater hos ungdom, og mener denne behandlingsformen kan brukes på egen hånd fra rundt 15-årsalderen.<sup>82</sup>

### Fagmiljøenes vurderinger av de ulike modellene

Følgende hovedpunkter kom frem i intervjuene:

- Det var størst oppslutning om den første modellen: en hjelpetjeneste som inngangsport og henvisning til videre behandling. Det ble påpekt at terapi begynner når man møter mennesker, og at dette er en problematikk som krever mer enn noen timers veiledning på telefon. Tjenesten bør gi behandlingsmotiverende informasjon, men første steg må være å la vedkommende snakke.
- Tjenesten bør tilby tettere oppfølging enn å «dele ut en liste med 25 terapeuter man kan kontakte selv». Hvis det er snakk om innringerer som har begynt å laste ned overgrepsmateriell, og er redd for å begå seksuelle overgrep mot barn, må de loses inn i et terapitilbud.
- Man må være realistisk i forhold til hvor mange av innringerne man får henvist videre til behandling. Fagfolk tenker gjerne at en telefon er nødhjelp, så skal klientene videre til spesialister. Men erfaringer fra andre hjelpetelefoner viser at klientene ikke alltid går videre.<sup>83</sup> Krisetelefoner kan bli brukt i akutsituasjoner, uten at innringeren er motivert for videre oppfølging.
- Muligheten til å fortelle om egne hemmeligheter og fantasier, og oppleve medmenneskelig støtte, kan samtidig bidra til at man tar inn over seg at man ønsker å endre problematiske handlingsmønstre. Dette kan videre motivere til at man åpner seg for fastlegen, helsesøster, psykologen eller andre.
- For modell to, veiledning og terapi via telefon, ble det vist til at man også i dag driver terapi over telefon og Skype i tilfeller hvor klienten ikke kan møte eller bor for langt unna. Telefonveiledning kan være det første viktige steget og en lavere terskel for en målgruppe som antagelig har brukt lang tid på å bestemme seg for å søke hjelp.
- Veiledning via chat ble i større grad nevnt av de som jobber med ungdomsrettede tiltak. Denne kommunikasjonsformen har klare fordeler så vel som begrensninger, og diskuteres nærmere i kapittelet om drift av tjenesten.
- Den tredje modellen, selvhjelp via nettet, vil kunne utgjøre den aller laveste terskelen, og kan derfor være et verdifullt tillegg til de to øvrige modellene. Denne typen kognitive atferdsprogrammer kan ha en begrenset eller kortsiktig effekt, men bør ikke ekskluderes selv om det finnes andre tilbud som er bedre.<sup>84</sup>
- En nettside som både gir informasjon om hvor man kan henvende seg i hjelpeapparatet, og hvordan man med selvhjelpsmetoder kan bli klar over og regulere egne vrangforestillinger og fantasier, kan muligens fungere midlertidig bremsende for en del, og for andre kan det være en viktig første fase på vei til behandling.

**82)** Socialstyrelsen (2014): Förslag att utveckla behandling för personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

**83)** Danske Bryd Cirklen og svenske PrevenTell melder begge at rundt halvparten av innringerne tar imot tilbud om terapi. Møte med Sexologisk Klinik 2015, CASM (2015): Sluttrapport avseende utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld, U2011/2248/JÄM

**84)** Finske Redd Barna opplyser at man ennå ikke har evaluert effekt av programmet, men mener nettsiden og kampanjen har bidratt til å øke bevisstheten om seksuelle overgrep mot barn, så vel som å tilby konkrete verktøy i arbeidet med potensielle og faktiske overgripere.

En oversikt over de ulike modellenes fordeler og ulemper kan i kortform oppsummeres i følgende tabell:

MODELL	FORDELER	ULEMPER
<p><b>Modell 1:</b>  <b>Inngangsport og henvisning</b>                      Lytte til innringeren, tilby informasjon og henvisning til ytterligere behandling, samt kortsiktige, målrettede råd</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling gjennom fysiske møter har en annen kvalitet</li> <li>• Tar hensyn til at problematikken krever mer enn noen timers veiledning på telefon</li> <li>• Innringeren oppgir anonymitet, bedre mulighet for å avverge overgrep</li> <li>• Mer fleksibilitet rundt ansattes kompetanse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel på behandlere – det kan ta tid å komme i behandling</li> <li>• Innringere kan «gi opp på veien» dersom de ikke loses inn i et behandlingsapparat raskt</li> <li>• Vanskelig å få behandling på hjemstedet</li> <li>• Innringere ønsker ikke alltid å starte i terapi</li> </ul>
<p><b>Modell 2:</b>  <b>Veiledning og terapi per telefon/chat</b>                      Lytte, informere, tilby målrettede råd og støtte samt terapeutiske behandlingssøker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veien fra første kontakt til å motta veiledning/terapi er kortere enn om man får henvisning og selv må finne fram til terapeut</li> <li>• Man kan starte en terapiprosess med personer som vegrer seg for tradisjonell terapi</li> <li>• Man kan gi et terapeutisk tilbud uavhengig av hvor innringeren bor</li> <li>• Kan være en inngangsport til tradisjonell behandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krever at ansatte ved hjelpelinjen har kompetanse til selv å yte veiledning/terapi</li> <li>• Mer begrenset effekt enn terapi ved fysisk møte: terapeutisk utfordrende, vanskeligere å gå i dybden og følge opp</li> <li>• Utfordringer knyttet til avvergingsplikt og meldeplikt hvis klienten ikke oppgir anonymiteten</li> </ul>
<p><b>Modell 3:</b>  <b>Selvhjelpsprogram på nettet</b>                      Kognitivt atferdsprogram med fokus på å gjenkjenne og endre vrangforestillinger og tankemønstre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavere terskel for å starte en refleksjonsprosess</li> <li>• Kan være første steg for å kontakte hjelpelinjen</li> <li>• Ingen utgifter for brukeren</li> <li>• Kan kombineres med personlig oppfølging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selvhjelpsprogrammer og kognitive atferdsprogrammer kan ha begrenset effekt</li> <li>• Brukere forblir anonyme</li> <li>• Vanskelig å vurdere effekt</li> </ul>

### Kan en hjelpelinje være effektiv uten et landsdekkende behandlingstilbud?

De ulike modellene støtter seg på og er i ulik grad avhengig av et behandlingsapparat innringere kan henvises til for videre oppfølging. Samtidig var et gjennomgående tema blant informantene at behandlingstilbudet i dag er for dårlig og lite samkjørt. Det er stor mangel på terapeuter som ønsker å jobbe med overgriperproblematikk, og en av informantene fra et større fylke nevnte eksempelvis at hun kun kjenner til én behandler i regionen som tar imot denne typen klienter. IKST, som ligger i Oslo og dermed ikke er et aktuelt tilbud for store deler av befolkningen, oppgir at de jevnlig har rundt 40 personer på venteliste. For sedelighetsproblematikk er ventetiden rundt ett år. Klinikken har kjennskap til at enkelte har begått overgrep mens de har stått i behandlingsskø.<sup>85</sup>

Enkelte mente at helseforetakene bør gå bort fra regelen om at det kun er hundre prosent driftstilskudd som skal gjelde for psykologer som behandler personer med skadelig seksuell atferd. I dag får noen terapeuter fullt driftstilskudd, andre får ingenting, med den effekt at kun et fåtall psykologer behandler disse personene. Hvis flere terapeuter fikk for eksempel 20 prosent tilskudd, og forpliktet seg til å jobbe med denne gruppen 20 prosent av tiden, kunne behandlingsskapasiteten økes kraftig. Det ble også påpekt at fagfeltet er såpass krevende at man bør unngå å jobbe med dette på fulltid.

Flere av fagmiljøene var opptatt av at Barne- og ungdomspsykiatriske sentre (BUP) og Distriktpsikiatriske sentre (DPS) lokalt bør få langt mer kompetanse på og ansvar for å håndtere pedofilproblematikk. DPS har hovedansvaret for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne og er en del av spesialisthelsetjenesten. Alle landets innbyggere skal omfattes av et DPS-tilbud, og per 2014 var det 78 DPS-klinikker. De ansatte i DPS er sykepleiere og leger med eller uten spesialisering i psykiatri, sosionomer, hjelpepleiere, psykologer, miljøarbeidere og psykiatere. Bare drøyt halvparten av DPS-poliklinikkene som svarte i NKVTS sin kartlegging, oppga at de behandlet seksuell vold.<sup>86</sup> Det kom ikke fram i hvilken grad de også kan behandle utøvere av seksuell vold mot barn. Flere av fagmiljøene vi snakket med, mente at dette er problematikk DPS-er vegrer seg for å håndtere.

BUP-poliklinikker er den største andelen av behandlingssenheter som har et tilbud til barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. 80 prosent av BUP-poliklinikkene som svarte på kartleggingen, oppga at de hadde et tilbud til denne gruppen.<sup>87</sup> Fagmiljøene vi intervjuet, mente derimot at kompetansen på feltet er svært varierende og sårbar rundt i landet. Deres erfaring var at BUP i all hovedsak mangler tilbud til denne gruppen, og at behandlingen er preget av tilfeldigheter og mangel på kunnskap, noe flere BUP-avdelinger selv har erkjent.<sup>88</sup>

Andre trakk fram familievernkantorene som en viktig ressurs. I NKVTS-kartleggingen oppga 20 av 23 familievernkontor som svarte på undersøkelsen, at de behandlet seksuell vold. Å behandle klienter som utøver seksuell vold mot partner, er likevel ikke det samme som å kunne håndtere overgrepssproblematikk knyttet til barn. Flere av fagmiljøene vi snakket med, mente at kompetansen ved familievernkontorene er svært varierende på dette feltet.

En av informantene, som underviser ulike typer helsepersonell i pedofilproblematikk, mente at selv om et behandlingstilbud utad kommuniserer at man behandler alle typer vold og problematiske følelser, betyr det ikke at ansatte har kompetanse til å gjøre det. Ofte vil temaet som en ryggmargsrefleks vekke så sterke følelser hos terapeuten at det vil vise seg i kroppsspråk eller verbalt, og stenge for videre kommunikasjon. Det ble omtalt som et stort problem at også terapeuter kommuniserer avvísning når klienter åpner seg om seksuelle følelser for barn.

85) VG (07.10.15): Må vente på behandling: – Vi vet at noen begår overgrep mens de venter

86) Askeland, I. R., Moen, L. H., Nilsen, L. G., Kruse, A. E., Hjemdal, O. K., & Holt, T. (2016). *Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 10/2016).

87) Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H., & Askeland, I. R. (2016): *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 6/2016)

88) VG (31.08.2015): Slakter behandlingstilbudet til unge overgripere. <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse-og-medisin/slakter-behandlingstilbudet-til-unge-overgripere/a/23509175/>

Mens fagmiljøene etterlyste kompetanseheving i alle ovennevnte behandlingstilbud, handler det ikke nødvendigvis alltid om manglende kompetanse, men om usikkerhet knyttet til egen kompetanse på temaet seksualitet og seksuelle overgrep. De fleste etatene har god kompetanse på kontaktetablering, empatisk holdning og samtaleteknikker for å skape endring og selvinnsikt, som er basis også for behandling av volds- og overgrepssproblematikk. Det som kanskje mangler, er spissingen mot vold og seksualitet, som krever interesse, mot og støtte i kollegaer.

Flere understreket at behandling bør være gratis, og som offentlig utgift enkelt burde kunne forsvares i et folkehelseperspektiv. I dag kan man få dekket behandling blant annet hos IKST, men psykolog- og sexologbehandling dekkes normalt ikke av det offentlige. Når man vet at skammen er stor og terskelen høy for å søke hjelp, bør dårlig økonomi ikke utgjøre et ekstra hinder.

Selv om enkelte mente at det kan være problematisk å igangsette prosesser som man ikke har mulighet til å fullføre eller viderehenvise, var det relativt bred enighet i fagmiljøene om at man gjerne kan etablere en telefontjeneste uten at et nasjonalt nettverk av behandlere er på plass først. Det handler om få frem åpenhet rundt tematikken. Mange mente at det fint går an å jobbe parallelt med ulike tiltak, og en hjelpetelefon vil gjøre det lettere å dokumentere behovet for et landsdekkende behandlingstilbud for personer med seksuelle følelser for barn. Et begrenset forebyggende tilbud er bedre enn intet tilbud, og dette bør komme på plass heller før enn senere. Å begynne å snakke om egen problematisk seksualitet gir ingen forhøyet risiko for at man begår overgrep, snarere tvert imot. Det er mange som trenger å høre seg selv snakke for å selv forstå egen bekymring eller alvorlighetsgraden i atferden.

Tjenesten vil også kunne gi en pekepinn om hva klientene ønsker og trenger, om de ønsker gruppetilbud, eller primært individuell behandling. IKST åpnet for at dersom en slik hjelpetjeneste ble etablert, kunne de prioritere henvisninger som kom direkte via hjelpelinjen.

### **Oppsummering**

Fagmiljøene var enige om at det primære formålet med en hjelpetjeneste bør være inngangsport og henvisning til profesjonell hjelp, sekundært at innringere tilbys veiledning og terapi på telefon. Et selvhjelpsprogram knyttet til bruk og nedlasting av overgrepsmateriell ble ansett som et godt tillegg til tjenesten.

Man kan se for seg at flere av funksjonene kan kombineres, eller at man kan starte med én tjeneste og legge til flere etter hvert. En tjeneste som primært fungerer som inngangsport og henvisning til videre behandling, kan tilby terapi på telefon i akutt-tilfeller eller der innringere bor for langt unna behandlingstilbud. Det kan også være aktuelt å utvide nettsiden med selvhjelpsmateriell slik de finske og britiske tjenestene tilbyr. Dette vil avhenge av ressurser, bemanning og prioriteringer.

### **Drift, tilgjengelighet og anonymitet**

Dette kapittelet tar for seg mulige løsninger knyttet til drift av en hjelpelinjen, samt hvilke vurderinger som bør gjøres rundt åpningstid og anonymitet.

### **Teknologiske løsninger**

Den grunnleggende teknologiske driften innebærer en anonymisert telefonlinje der innringere ikke kan spores, et visst antall ansatte som betjener den på skift og et system for å ta notater fra samtalene og arkivere dem. Ytterligere elementer kan inkludere muligheter for anonymisert e-postkommunikasjon og live chat, samt systemer for å analysere bruken og evaluere resultater.

Evalueringer av eksisterende hjelpelinjer for personer med seksuelle følelser for barn anser telefon som den viktigste kommunikasjonsformen, ved at brukerne kan få en umiddelbar og mer personlig



respons.<sup>89</sup> E-post gir forsinket respons i forhold til telefon og chat, og det kan være tidkrevende og utfordrende å komme med passende råd basert på den kanskje begrensede informasjonen man får skriftlig. E-post gir samtidig mer fleksibilitet, og det er mulig å legge inn standardsvar om at man svarer innen en gitt tidsramme, for eksempel 24 timer. Brukere som synes det er utfordrende å kommunisere verbalt, kan ta kontakt skriftlig, uavhengig av åpningstid. De som trenger øyeblikkelig hjelp, kan oppleve telefon og chat som enkleste inngangsport. Henvendelser på chat øker ved alle tjenestene som har dette tilbudet.<sup>90</sup> Brukere kan oppleve det som en fordel at stemmen deres ikke blir gjenkjent, at de slipper å høre sin egen stemme, i tillegg til at det kan være mindre krevende å skrive enn å snakke om en så stigmatiserende lidelse.

I tillegg til en hjelpelinje bør det etableres en nettside med relevant, nøktern informasjon om og til personer som er i risiko for å begå overgrep mot barn. Dette vil kunne gi en viktig motvekt til nettfora og undergrupper på nettet der overgrep normaliseres. Nettsiden bør tydelig reklamere for den anonyme hjelpelinjen, den kan ha lenker til andre relevante etater og tjenester, og gi informasjon om tema som:

- Hva er seksuelle overgrep mot barn?
- Hvilke tegn skal man være oppmerksom på som mulig risikoatferd overfor barn og ungdom?
- Hva betyr det å se på seksualiserte bilder av barn på internett?
- Hva er passende seksuell atferd for forskjellige aldersgrupper?
- Hva sier loven?
- Hvordan håndtere tankene sine, og hvor kan man få hjelp?
- Hva skjer hvis man tar kontakt med den anonyme hjelpelinjen?
- Hva hvis man er ungdom – hvor kan man få hjelp?
- Historier fra virkeligheten om personer som har klart å endre atferd
- Hjelp til selvhjelp for å kontrollere vrangforestillinger og tankemønstre

De teknologiske løsningene rundt en hjelpetjeneste omfatter også hvordan man håndterer informasjon – det vil si hvilket datalagringsystem man bruker. I etableringen av en tjeneste må det gjøres en grundig vurdering av hvordan anonymiteten kan sikres og ivaretas, hvilken informasjon som skal tas vare på, og hvordan den skal systematiseres og lagres. Dette gjelder blant annet hvor effektivt informasjon kan legges inn og hentes fra systemet (for å lagre og finne tilbake til notater om brukere dersom dette vurderes nødvendig), hvordan anonymisert informasjon om enkeltbrukere kan samles for analyse og evaluering av tjenesten, og hvem som skal ha tilgang til denne informasjonen. En rekke andre norske hjelpetjenester har utviklet tilsvarende tjenester som tilbyr anonymitet, og det vil være naturlig å lære av disse i etableringen, når det gjelder blant annet samtalemetodikk, rutiner for datalagring og retningslinjer for når man kontakter politiet.

### Åpningstid

Ressursene vil avgjøre hvor lenge hjelpetelefon kan være i drift hver uke, men åpningstiden kan tilpasses de tidspunktene man antar at målgruppene vil ønske å ringe. For eksempel kan åpningstid på kvelden og i helger være særlig viktig for personer i arbeid som ikke har mulighet til å ringe i arbeidstiden. Behovet for å ta kontakt kan også være høyere eller lavere på bestemte tider av året (for eksempel i høytider og ferier når man er mer sammen med barn, eller i perioder med økt mediefokus på seksuelle overgrep mot barn).

<sup>89</sup>) Centrum för Andrologi och Sexualmedicin Karolinska Universitetssjukhuset (2015): Slutrapport avseende utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld, U2011/2248/JÅM, Brown et al. (2014): Call to keep children safe from sexual abuse: A study of the use and effects of the Stop it Now! UK and Ireland Helpline. NatCen Social Research, Crime and Justice Team, samtale med Bryd Cirklen/Sexologisk Klinik i København

<sup>90</sup>) Østby, L. (2016): Telefonsjenereste for utsatte for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep. Utredning av ulike modeller og løsninger. NKVTS. Rapport nr 7/2016

Mens Stop it Now i England og Irland har åpent hver ukedag inkludert kveldstid, og mottar flere hundre henvendelser i måneden,<sup>91</sup> mener teamet ved Bryd Cirklen i Danmark at dette er å «skyte spurv med kanoner» i dansk kontekst. Her betjener ansatte hjelpelinjen til sammen fire timer i uken på dagtid, og registrerer at ingen ringer utenfor telefontid, og at det også er begrenset med telefoner i selve åpningstiden. Å ha åpent på kveld/nattestid eller i helger har ikke vært aktuelt, heller ikke en e-post/chattelinje. Dermed har de også svært begrensede økonomiske utgifter på driften.

Svenske PrevenTell har åpen telefon på hverdager mellom 11 og 14, etter tidligere forsøk med lengre åpningstid og åpent på lørdager. Analyser av samtalestatistikk viste at de fleste ringte midt i uken, og spesielt ved lunsjtid. Når telefonen ikke er bemannet, eller når det pågår en annen samtale, kan man legge igjen et svar døgnet rundt. Personalet ringer tilbake senest neste hverdag, og tjenesten anser at dette gir en svært god tilgjengelighet selv om samtalene i blant er mange og lange. Tjenesten tilbyr ikke chat, da man ikke har klart å finne en teknologisk løsning ved klinikken som garanterer anonymitet.

Mens danske Bryd Cirklen mottar rundt 70 telefoner i året, oppgir PrevenTell at de daglig mottar i snitt fire telefoner (utgjør rundt 1000 telefoner i året). Dette bør ses i lys av at Sverige har dobbelt så stor befolkning som Danmark, og en langt bredere målgruppe for tjenesten: personer med uønsket seksualitet. Evalueringen viser at én av fire innringere har et seksuelt tenningsmønster knyttet til barn, hvilket tilsvarer rundt 250 telefoner i året.<sup>92</sup>

Det er ikke mulig å angi med sikkerhet hvor mange som vil ringe inn og hvordan åpningstiden vil påvirke dette. Det avhenger også av hvordan tjenesten blir markedsført, hvem som er målgruppen og linjens funksjon. Etter hvert som tjenesten blir etablert og promotert, vil analyse av anonymiserte brukerdata og etterspørsel kunne brukes for å finne den mest hensiktsmessige åpningstiden.

### **Anonymitet, taushetsplikt og meldeplikt**

Regler om taushetsplikt, meldeplikt og avvergingsplikt kan ha stor betydning for utformingen av og pågangen til en hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn. Et høyt nivå av anonymitet og taushetsplikt kan gjøre det lettere for folk å kontakte en hjelpetjeneste enten for å snakke åpent og ærlig om sine egne seksuelle tanker og atferd, eller for å drøfte bekymringer som gjelder andre mennesker. Dette kan være spesielt viktig hvis målgruppen er overgripere som ikke er kjent for politiet, eller mennesker som er bekymret for egne seksuelle følelser, men som ikke har begått overgrep. Høyere nivåer av taushetsplikt kan bidra til at personene i mindre grad minimerer eller benekter tidligere lovbrudd, og kan derfor gjøre behandlingen mer effektiv.<sup>93</sup>

En rekke norske hjelpelinjer har i dag anonyme telefon- og chattelinjer, og det er først når en person selv velger å gjøre sin identitet kjent, at spørsmålet om taushetsplikt og meldeplikt får betydning. I Norge har alt helsepersonell taushetsplikt om informasjon pasienten oppgir i behandlingen. Unntaket fra dette er dersom pasienten oppgir konkrete planer om å begå handlinger som vil kunne skade andre (f.eks. barn) eller seg selv, og hvor helsepersonell i slike tilfeller vil ha avvergingsplikt. Dersom man blir kjent med utsatte barn sin identitet, vil meldeplikt til barnevernet være utløst. At en person har seksuelle følelser for barn, er ikke alene tilstrekkelig for å bryte taushetsplikten. Helsepersonell har også taushetsplikt dersom pasienten forteller om bruk av overgrepbilder av barn, med unntak av dersom pasienten selv produserer slikt materiell.

<sup>91</sup>) Brown et al. (2014): Call to keep children safe from sexual abuse: A study of the use and effects of the Stop it Now! UK and Ireland Helpline. NatCen Social Research, Crime and Justice Team

<sup>92</sup>) Centrum för Andrologi och Sexualmedicin Karolinska Universitetssjukhuset (2015): Slutrapport avseende utvecklingsmedel för att motverka seksuellt våld, U2011/2248/JÅM

<sup>93</sup>) NatCen Social Research: Preventing child sexual abuse by helping adults to manage their own behaviour: Establishing a helpline: [http://www.stopitnow.org.uk/files/toolkit\\_for\\_csa\\_prevention\\_helpline.pdf](http://www.stopitnow.org.uk/files/toolkit_for_csa_prevention_helpline.pdf)

I etableringen av en hjelpetjeneste vil det være viktig å konsultere jurister, helsemyndigheter og Datatilsynet løpende for å klargjøre spørsmål knyttet til datalagringsrutiner, anonymitet og taushetsplikt.<sup>94</sup> Man bør i forkant vurdere og avklare retningslinjer rundt følgende spørsmål:

- **Hva bør deles?**  
Bør informasjon om tidligere overgrep deles, og i så fall hvilke typer overgrep? Hvordan forholder man seg til informasjon om planlagte overgrep og annen risiko for liv og helse? Hva bør gjøres hvis man får høre om et planlagt overgrep eller betydelig risiko for skade, men identiteten til den som ringer, eller potensielt offer ikke er kjent?
- **Hvem avgjør om informasjon skal deles?**  
Vil de som betjener hjelpelinjen, være involvert i beslutninger om utlevering av opplysninger? Hvem vil være ansvarlig for den endelige avgjørelsen? Ut fra hvilke kriterier skal ansatte ta disse beslutningene?
- **Med hvem vil informasjon bli delt?**  
Vil all informasjon bli gitt til én etat, eller vil det avhenge av informasjonen? Bør det etableres en formell prosess for å dele informasjon med andre etater? Hvilke tiltak kan følge av informasjonsdeling? Vil hjelpetelefonen bli informert om tiltakene?
- **Bør innringere bli rådet til å handle på egen hånd?**  
I hvilke situasjoner kan det være hensiktsmessig å oppfordre de som ringer, til selv å handle (for eksempel ved å melde til politi eller barnevern om en bekymring)? Hvordan kan innringere bli oppmuntret og støttet til å handle? Hvordan kan hjelpelinjen vite om dette blir gjort? Hva kan hjelpelinjen gjøre om innringer ikke handler?
- **Hva slags anonymitet kan man faktisk tilby?**  
Tilbud om anonymitet vil kreve tilpassede teknologiske løsninger. Både telefonlinjen og e-post/live chat-kommunikasjonen vil kreve et høyt nivå av sikkerhet slik at data ikke kan spores av en tredjepart. Det må også vurderes om man skal ha ulike nivåer for anonymitet, slik at hjelpelinjen kan velge å identifisere brukere i enkelte tilfeller hvor det er snakk om et høyere nivå av risiko. Betingelsene for taushetsplikt og anonymitet bør bli informert om ved starten av alle anrop (for eksempel i form av en automatisk telefonbeskjed), på nettsiden, i all trykket informasjon og i medieomtale.

### **Fagmiljøenes vurderinger av tilgjengelighet, åpningstid og anonymitet**

Følgende hovedpunkter kom frem i intervjuene:

- Fagmiljøene som jobber med ungdom, var særlig opptatt av at man må kunne ta kontakt via chat. Ungdom bruker i svært liten grad telefon for å ta kontakt med eksisterende hjelpetjenester. Chat fordrer at man ikke samtaler med flere samtidig, selv om den som tar kontakt, kan gå til og fra samtalen, holde på med lekser, snakke med noen på telefon etc. Lengden på en gjennomsnitts chat med ungdom ble anslått til 45 minutter.
- Det er mulig å lage krypterte teknologiske løsninger som sikrer anonymitet både på chat og e-post. Enkelte hjelpelinjer har valgt bort e-post, fordi det ikke gir like gode muligheter for dialog og oppfølging. Det er uansett viktig å ha et godt system for datalagring, slik at brukere kan være sikre på at materialet forblir hemmelig og IP-adresser ikke kan spores.

<sup>94</sup>) Centrum för Andrologi och Sexualmedicin Karolinska Universitetssjukhuset (2015): Slutrapport avseende utvecklingsmedel för att motverka seksuellt våld, U2011/2248/JÅM

- I spørsmålet om åpningstider ble det argumentert for å ha åpent på kveldstid og i helger «når alkoholen siger inn», når tankene er ekstra vanskelige å håndtere, eller man kanskje er på nettet og ser på overgrepbilder. Det er også liten sjanse for at unge vil ta kontakt før på ettermiddagen når de er hjemme fra skolen.
- Argumentet for å holde åpent på formiddagen, er at man nettopp vil slippe henvendelser fra innringere som er alkoholpåvirket eller som har en seksuell motivasjon for å ringe. Hvis man er motivert nok for å søke hjelp, ringer man når det er åpent.
- I spørsmålet om anonymitet var det en generell forståelse av at dette bør være en forutsetning for tjenesten, hvis man skal få noen til å ta kontakt. Ansatte ved eksisterende hjelpetjenester fortalte at de «noen ganger skulle ønske at de kunne gjøre mer», samtidig som de vet at muligheten for anonymitet er grunnen til at mange tar kontakt. Det vil også være en utfordring at man ikke er i stand til å følge opp innringere som ønsker å forbli anonyme.
- Tjenestens forankring og ansatte kan ha betydning for hvordan man forholder seg til spørsmål om meldeplikt og avvergingsplikt.<sup>95</sup>

### Oppsummering

Om tjenesten skal være tilgjengelig både på telefon, chat og e-post vil være et spørsmål om ressurser/kapasitet, men også hvordan man vektlegger muligheten for god oppfølging. Særlig chat ble trukket fram som et viktig tillegg til telefon, både for å nå unge, men også voksne som kan synes det er vanskelig å uttrykke skambelagte seksuelle følelser verbalt.

Det var ulike meninger i fagmiljøene om hensiktsmessig åpningstid, men det kan være nyttig å se til erfaringer fra andre land, og gjøre tilpasninger underveis som svarer til behovet.

Evalueringer av tilsvarende hjelpelinjer i utlandet er klare på at anonymitet er en forutsetning for at tjenesten skal lykkes. Det bør gjøres grundige juridiske avklaringer knyttet til anonymitet, taushetsplikt og avvergingsplikt, med klare retningslinjer for hvordan man håndterer informasjon om tidligere, pågående og planlagte overgrep. Man bør også vurdere grundig hvordan informasjon skal systematiseres og lagres. Hjelpetjenesten bør være tydelig utad på hvilke regler som gjelder.

### Ansatte

Målene, funksjonen og målgruppene for en hjelpetjeneste vil ha betydning for hvem som skal betjene den. Neste fase av prosjektet bør ta stilling til hvilke kvalifikasjoner og erfaringer ansatte bør ha.

### Frivillige vs profesjonelle

I Norge betjenes flere hjelpelinjer, som Kirkens SOS og Kors på halsen, av frivillige medarbeidere uten krav til faglig bakgrunn og kompetanse. Frivillige er der i kraft av å være tilstede som et menneske. Den kompetansen de frivillige medarbeidere har, er først og fremst deres egen livserfaring og motet til å være tilstede for mennesker som trenger noen som lytter til dem.<sup>96</sup> De frivillige får ikke betalt, og selv om noen har en formell utdannelse, er ikke intensjonen at de skal bruke denne i hjelpelinjen. Den frivillige følger ikke opp innringeren.

<sup>95</sup> Er man for eksempel underlagt Helsedirektoratet og ansett som helsepersonell, er man omfattet av lov om helsepersonells taushetsplikt og plikt og rett til å gi opplysninger (Se: <https://helsenorge.no/rettigheter/taushetsplikt>). Som frivillig organisasjon og med frivillige medarbeidere er man ikke nødvendigvis underlagt de samme rammene, selv om avvergingsplikten omfatter også disse, og man er pliktig å melde fra til politiet hvis det er akutt fare for liv og helse for innringeren eller andre

<sup>96</sup> Kirkens SOS. (2015). En døgnåpen krisetjeneste. Hentet fra [https://www.kirkens-sos.no/Om\\_Kirkens\\_SOS/index.html](https://www.kirkens-sos.no/Om_Kirkens_SOS/index.html)

I en utredning om en telefontjeneste for voldsutsatte påpeker NKVTS at fordi frivillige bare jobber noen timer pr. uke, er det vanskelig å kontrollere kvaliteten på arbeidet de gjør.<sup>97</sup> Å bruke frivillige i en tjeneste innebærer lavere kostnader, men krever likevel en administrasjon til opplæring, sette sammen vaktlister og følge opp medarbeidere. Den frivillige hjelperen kan ha mindre kjennskap enn spesialister om hjelpeapparatet og ulike spørsmål knyttet til overgrepssproblematikk og andre relevante fagområder.

En fagutdanning vil kunne gi tilgang til større kompetanse enn egne personlige erfaringer alene. Ved de utenlandske hjelpelinjene har medarbeiderne relevant kompetanse og erfaring, men ikke alle er terapeuter. Ved den nederlandske Stop It Now betjenes hjelpelinjen i første fase av psykologistudenter og ansatte med relevant studie- eller arbeidserfaring. Britiske Stop It Now har medarbeidere med kompetanse på seksuelle overgrep fra et bredt fagfelt, inkludert politi og kriminalomsorg, sosionomer og psykologer. I andre fase tilbyr begge tjenestene samtaler med terapeuter med spesialkompetanse på overgrepssproblematikk. Danske Bryd Cirklen og svenske PrevenTell betjenes av spesialister innen sexologi og psykologi i alle ledd.

### **Opplæring, støtte og veiledning**

Evalueringer av Stop It Now peker på at uavhengig av tidligere erfaringer og kvalifikasjoner, kan det være nyttig med opplæring for ansatte som skal betjene hjelpelinjen, slik at innringere møtes på en enhetlig måte.<sup>98</sup> Selv om man har klinisk erfaring med terapi ansikt til ansikt med overgripere, kan det by på andre utfordringer å møte en klient anonymt per telefon, som er motvillig til å starte i terapi, man har lite informasjon og skal samtidig vurdere risikofaktorer og videre oppfølging.

Opplæring kan omfatte samtaleteknikk på telefon og live chat, vurdering av saker fra de mest akutte til de useriøse, spørsmål knyttet til anonymitet og meldeplikt, loggføring av samtaler og den praktiske driften av hjelpelinjen. Det kan også vurderes å utvikle en håndbok med rutiner for ulike typer samtaler og praktiske råd for samtaleteknikk. Her kan man dra nytte av eksisterende hjelpelinjers kurs og materiell.

Forskning og evaluering av andre hjelpelinjer er klar på at kontinuerlig støtte og veiledning er svært viktig for personer som jobber med seksuelle overgrep mot barn. Å tilrettelegge for uformell støtte i et team vil styrke medarbeidernes mentale og følelsesmessige motstandskraft i dette utfordrende arbeidet, men mer formelle rutiner vil også være verdifullt. Hvis alle medarbeiderne har en klinisk bakgrunn, kan man bruke hverandre til veiledning og debriefing. Er det ressurser til det, kan man vurdere å engasjere en ekstern fagperson eller etat.<sup>99</sup>

### **Miljø**

Samtaler må kunne besvares i relativt rolige omgivelser, slik at innringere ikke føler at samtalen blir overhørt av andre, og at terapeuten ikke blir unødig forstyrret. Det er også viktig at de som betjener hjelpelinjen, ikke føler seg isolert, og at de har kolleger rundt seg for faglig støtte og veiledning. Ved Bryd Cirklen i Danmark understreker de viktigheten av et terapeutisk fellesskap, der man ikke er alene om å vurdere klienten. De pekte på at dette er en gruppe som i utgangspunktet er svært gode til å forføre og manipulere folk; de er «groomingeksperter», og kan også manipulere terapeuter. I et kollegialt fellesskap er man bedre rustet til å vurdere risiko mer nøytralt.

<sup>97</sup>) Østby, L. (2016): Telefontjeneste for utsatte for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep. Utredning av ulike modeller og løsninger. NKVTS. Rapport nr 7/2016

<sup>98</sup>) NatCen Research: A public health approach to tackling child sexual abuse: Research on Stop it Now! UK and Ireland and Stop it Now! Netherlands

<sup>99</sup>) Ved den nederlandske hjelpelinjen foretar man eksempelvis annenhver uke en evaluering av alle samtaler i tjenestens første fase. Hvert halvår får ansatte veiledning av en ekspert på poliklinisk behandling av overgripere, inkludert hvordan man kan forbedre komplekse samtaler.

I kapittelet som drøfter tjenestens forankring, er ett av forslagene at betjening av telefonen kan rullere i et koordinert nettverk av behandlere, uten at man har et fast fysisk kontor. Ved PrevenTell har man eksempelvis funnet fleksible teknologiske løsninger slik at telefoner kan besvares utenfor kontoret. Dette fordrer i så fall at man har et godt system for debrief og oppfølging med kolleger per telefon eller møter.

### **Fagmiljøenes vurderinger av kompetansebehov og faglig støtte**

Det var ulike meninger om hvilken kompetanse ansatte ved hjelpelinjen bør ha. Følgende hovedpunkter kom frem i intervjuene:

- Dersom hovedfunksjonen for hjelpelinjen er å gi behandlingsmotiverende informasjon og henvise videre, trenger man ikke være fagutdannet spesialist for å betjene den. Interesse for fagfeltet og personlige forutsetninger kan være tilstrekkelig hvis målet er å etablere et startpunkt for behandling. Hovedoppgaven er ikke å snakke selv, men å lytte, uten å gi for mange råd. Å bli møtt som et medmenneske, å få muligheten til å åpne seg for noen som er villig til å lytte, kan være en virkningsfull start på en tankeprosess som kan gi motivasjon til videre behandling.
- Studenter innen relevante fagområder, som psykologi, sosialt arbeid, medisin og sykepleie ble trukket fram som særlig aktuelle. Frivillig arbeid ved hjelpelinjen kunne gjøres poenggivende for sexologistudenter.
- Motargumentet er at temaet er krevende faglig og følelsesmessig, og at innringere vil merke om det er en terapeut som kan forholde seg til det de forteller om.
- De som i første rekke vil ta kontakt med hjelpelinjen, er antagelig i en tidlig fase av erkjennelse. I denne fasen kan det å benekte deler av sine overgrep være en måte å beskytte seg selv på. Med god behandling vil graden av erkjennelse øke. Det kan være utfordrende for ansatte uten spesialisering eller klinisk erfaring å forholde seg til at det sannsynligvis er langt mer i historien enn det som bekjennes. Ved å gå for fort fram, og antyde at man forventer at innringeren har gjort noe mer, kan kommunikasjonen gå i lås og kontakten bli brutt.
- Grundig opplæring i samtalemotodikk og kunnskap om hvor man skal henvise, er en forutsetning for tjenesten.
- Uavhengig av om det er frivillige eller spesialister som besvarer linjen, er det viktig med et godt system med kolleger som kan veilede, støtte og hjelpe hverandre i et arbeid som vil innebære vanskelige dilemmaer og følelsen av å ikke klare å forhindre overgrep.
- Hvis man skal benytte seg av frivillige, bør de ikke sitte alene, men ha kolleger i umiddelbar nærhet. Ansatte ved eksisterende hjelpelinjer fortalte at de innimellom får henvendelser der noen prøver å manipulere, provosere og utfordre. Også seriøse samtaler kan gå sterkt inn på de som svarer, og muligheten for umiddelbar debrief er derfor viktig.
- Hvis hjelpelinjen også skal ha som funksjon å tilby terapi per telefon, er det åpenbart at dette må gjøres av spesialister. Man kan se for seg at linjen betjenes både av frivillige studenter/personer med relevant bakgrunn og ansatte spesialister, hvor førstnevnte kun har en henvisningsrolle.
- Hvor mange medarbeidere som skal til for å betjene en hjelpelinje, avhenger av åpningstid, ressurser, forankring med mer.<sup>100</sup> Om man velger å starte med mer begrenset åpningstid, kan man på sikt, når tjenesten er kjent, vurdere behovet for en økning av kapasiteten.

---

**100)** Ved Bryd Cirklen har man fire timers åpningstid i uken, som utgjør en minimal ressursbruk ved Sexologisk Klinik. Ved PrevenTell har man 15 timer åpningstid i uken, som krever noe større bemanning.

## Oppsummering

Hjelpelinjens funksjon og forankring vil ha innvirkning på hvem som bør betjene den, men dersom hjelpetjenesten skal være en inngangsport til videre behandling, var fagmiljøene overveiende enige om at frivillige med relevant studiebakgrunn og personlig egnethet kan være aktuelle medarbeidere. Uansett bakgrunn og kompetanse vil opplæring i samtaleteknikk og gode opplegg for debrief og oppfølging med kolleger være viktig.

## Markedsføring og informasjonsarbeid

En av de største utfordringene ved å etablere og drifte en forebyggende hjelpelinje, er å få personer som er bekymret for sine egne seksuelle følelser for barn til å søke hjelp. Å informere om og markedsføre hjelpelinjen på en klok måte slik at primærmålgruppen kjenner seg igjen og føler seg forstått, vil være vesentlig for at den lykkes og har effekt på lengre sikt.

Personer som har en seksuell interesse for barn, er fullt klar over hvordan samfunnet ser på dem. Seksuelle overgrep mot barn er et tema som stadig er i offentlighetens søkelys, og reaksjonene er – naturlig nok – sterke og emosjonelle. Dette kan gjøre det enda vanskeligere å søke hjelp. Flere forskere og fagpersoner mener medias fremstilling har vært med på å danne et unyansert og misvisende bilde av pedofile som ikke er faglig forankret.<sup>101</sup>

En analyse av debatten i media og på nett kan tyde på at det i Norge er mangelfull kunnskap om:

- hva pedofili innebærer, og at seksuelle overgrep mot barn ikke bare begås av pedofile;
- at ikke alle pedofile begår seksuelle overgrep – mange ønsker hjelp til å håndtere følelsene;
- at pedofili ikke handler om ustyrlig seksualitet, men kan kontrolleres om man er motivert for det.

I etableringen og markedsføringen av en hjelpetjeneste i Norge må man ta høyde for både sterke følelser og mangelfull kunnskap om hvem som begår overgrep mot barn. Samtidig står rehabiliteringslinjen sterkt i norsk kriminalomsorg og samfunnet generelt. Erfaringer fra land som har etablerte hjelpelinjer, viser også at tjenestene er møtt med langt mer positive reaksjoner i offentligheten enn forventet.

## Hvordan skal brukere få tilgang til hjelpelinjen?

Markedsføring og informasjonsarbeid handler både om hvordan man skal gjøre tjenesten tilgjengelig for målgruppene, og om hvordan man kommuniserer tjenestens funksjon og hensikt til offentligheten. Man kan se for seg at de ulike målgruppene kan komme i kontakt med hjelpelinjen enten ved å ta kontakt på egen hånd eller ved direkte eller indirekte henvisning fra en hjelpeetat, fastlegen eller en fagperson. Tilgjengeligheten øker jo flere inngangsporter man jobber gjennom.

Muligheter for å øke tilgjengeligheten kan være å:

- opprette formelle henvisningsrutiner fra etater som arbeider i relaterte felt (for eksempel helsevesen, barnevern, familievern, politi eller utdanning. En kartlegging av relevante etater og fagmiljøer kan være nyttig);
- informere relevante etater om at de kan gjøre uformelle henvisninger (uten å fylle inn skjema eller andre henvisningsrutiner);
- promotere hjelpelinjen overfor et bredere felt av etater og organisasjoner, slik at de kan spre informasjon til potensielle brukere; og
- informere befolkningen slik at målgruppene kan ta kontakt på egen hånd.

**101)** Harrison, K., Manning, R. & McCartan, K. (2010). Multi-Disciplinary Definitions and Understandings of 'Paedophilia'. *Social & Legal Studies*, 19, 4, 481-496.

## Markedsføring til befolkningen

Hjelpelinjen kan markedsføres til befolkningen gjennom bred eller målrettet informasjon. Det er viktig å teste materialet med målgruppen(e) før lansering. En særlig utfordring for en hjelpelinje som retter seg mot ulike målgrupper, er at det som fungerer for hver enkelt gruppe, vil variere. For eksempel bør markedsføringsstrategier ta høyde for at folk som laster ned overgrepsskildringer av barn på nettet, ikke alltid oppfatter sin egen atferd som problematisk, og at mange i denne gruppen sannsynligvis ikke ser på seg selv som en «potensiell overgriper». Det er vesentlig at informasjonen formidles med et nøkternt språk for ikke å skremme målgruppen vekk. Samtidig må man fastholde at overgrep mot barn er alvorlige kriminelle handlinger. Dette stiller store krav til utformingen og formidlingen, og det kan være nyttig å se til andre lands opplysningskampanjer og -materiale.

Utfordringen ved å markedsføre en hjelpelinje som har som mål å hjelpe «overgripere» (blant andre målgrupper), bør ikke undervurderes. Stigmaet forbundet med mennesker som begår seksuelle overgrep mot barn, kan skape motreaksjoner spesielt i sosiale medier og kommentarfelt. Innsalg til medier i forkant av lanseringen kan blant annet gjøres via journalister som har god kjennskap til overgrepfeltet, som vil ha forståelse for hensikten med en hjelpelinje og som vil kunne bidra til en balansert og informativ mediedekning.

Navnet til hjelpelinjen bør vurderes nøye, slik at det er klart forbundet med de tiltenkte brukerne. Navnet kan gjerne ha en nøytral og fremtidsrettet oppfordring som legger vekt på hva som kan være løsningen, framfor hva man skal slutte med. Bryd Cirkelen og finske «Jeg tar ansvar»<sup>102</sup> er slike eksempler. Brukere av hjelpelinjen Stop It Now har fortalt at navnet signaliserer at tjenesten bare er for folk som allerede har begått overgrep, og sånn sett kanskje går glipp av den viktigste målgruppen sin.

Det kan være nyttig å se til eksisterende hjelpelinjers erfaringer med å nå målgruppene. Svenske PrevenTell bemerker i sin egen evaluering at de hovedsakelig får henvendelser fra personer med høyere utdanning, og i mindre grad har vært i stand til å nå folk med lavere utdanning, ungdom og de som er født i utlandet.<sup>103</sup>

## Markedsføring til fagmiljøene

Fagfolk som arbeider i relaterte felt som barnevern, helsevesen, familievern, politi, støttesentre/krisesentre og utdanning kan ha stor nytte av å bli informert om hjelpelinjen. Dette kan gjøres både gjennom formelle og uformelle koblinger, for eksempel gjennom nettverksmøter og uformell deling av råd og god praksis. At tjenesten er godt kjent i fagmiljøene, er et godt utgangspunkt for å henvise potensielle brukere, men også for at fagmiljøene kan søke profesjonell veiledning hos hjelpelinjen dersom dette inngår i tjenestens funksjon.

## Bevisstgjøring om seksuelle overgrep mot barn og forebygging

Markedsføringen av en hjelpelinje kan ha flere formål. Hovedmålet kan være å øke bevisstheten om tjenesten, men det er også en mulighet til å:

- øke den generelle kunnskapen og bevisstheten om seksuelle overgrep mot barn;
- øke kunnskapen om hvordan man fanger opp signaler og tegn på seksuelle overgrep mot barn;
- øke offentlighetens forståelse av hvordan man kan forebygge seksuelle overgrep og bli trygg på å handle ved bekymring;
- imøtegå oppfatninger og holdninger som kan være til hinder for at overgrep blir avdekket, eller at de som utgjør en risiko for barn, unngår å søke hjelp.<sup>104</sup>

102) Navnet på nettstedet med selvhjelpsmateriell, <http://www.otanvastuun.fi/>

103) CASM (2015): Sluttrapport avseende utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld, U2011/2248/JÄM

104) For eksempel hadde mediekampanjen tilknyttet det tyske Dunkelfeld-prosjektet en rekke kommunikasjonsformål: å formidle et budskap om at mennesker ikke er ansvarlige for sitt seksuelle tenningmønster, men man er ansvarlig for sin seksuelle atferd; å bevisstgjøre om utfordringene som følger av å leve med et pedofilt tenningmønster; å tilby hjelpetjenester under full anonymitet for at mennesker med en slik lidelse kan håndtere atferden sin og leve tilfredsstillende liv.



### **Ulike markedsføringsstrategier**

Hjelpelinjene i andre land har fulgt ulike strategier og budsjetter for markedsføring. Danske Red Barnet og Sexologisk Klinik fikk i 2013 én million danske kroner i prosjektmidler til å utvikle nettsiden Bryd Cirklen, en bredt anlagt reklamekampanje og informasjonsmateriell. De forventet en boom i nye innringere, men hadde i etterkant en mindre stigning i antall henvendelser. Svenske PrevenTell har avstått fra dyre kostnader for markedsføring i media fordi de ikke har hatt budsjett til dette, samt at de mener effekten av slike kampanjer er tidsbegrenset. I stedet har de konsentrert seg om søkeroptimering av hjemmesiden, mediekontakt og oppsøkende forsøk på å nå målgruppene gjennom blant annet politiets stoppside (en nettside som kommer opp ved søk på overgrepssbilder).<sup>105</sup>

### **Fagmiljøenes vurderinger av markedsføringsstrategier**

I fagmiljøene søkte vi særlig innspill på hvordan tjenesten kan markedsføres for å nå unge med problematisk eller skadelig seksualitet. Følgende hovedpunkter kom frem i intervjuene:

- En utfordringen er å nå ungdom som ikke nødvendigvis har en erkjennelse av at de har en seksuell interesse for barn, eller en skadelig seksuell atferd. Det kan være bedre å heller snakke om «problematiske seksualitet», og stille dem konkrete spørsmål i informasjonsmateriell som de kan relatere til: «Hender det at du ser på seksuelle bilder av barn?» «Synes du det er vanskelig å kontrollere deg når du er kåt?» «Har det skjedd at ei jente ble lei seg etter at dere hadde sex?» Informasjonsmateriell kan testes på målgruppen gjennom en eksisterende behandlingstjeneste for unge utøvere.
- Det bør lenkes til nettsider og tjenester ungdom allerede besøker for å få informasjon om sex, som ung.no, medisinerstudentenes nettside mso.no og Kors på halsen.
- Eksisterende hjelpetjenester har også hatt nytte av å bruke tegneserier og psykoedukative filmsnutter for å nå ungdom via YouTube og sosiale medier.
- Nettsiden bør søkeroptimeres for å sikre seg synlighet ved nettsøk, samt lenkes til andre tjenester som NKVTS' nettportal for hjelpetjenester, dinutvei.no, andre hjelpelinjer og relevante organisasjoner, eller Kripo sin stoppside.
- Det bør drives oppsøkende arbeid og informeres om hjelpelinjen i nettfora der personer med seksuell interesse for barn møtes.
- Markedsføring bør også omfatte informasjonsmateriell som kan sendes ut til legekontorer, helsestasjoner og andre steder der både voksne og barn sitter og venter.

### **Oppsummering**

Målrettet informasjonsarbeid er helt nødvendig for at hjelpelinjen skal bli kjent og brukt. Markedsføring er mye mer enn kampanjer, og det må satses på informasjonsarbeid både til befolkningen generelt og fagmiljøene spesielt for at tjenesten skal bli kjent for potensielle brukere. Økonomiske ressurser vil avgjøre hvor bredt og jevnlig hjelpelinjen vil kunne markedsføres. Det vil uansett kunne være nyttig å se til andre lands materiell og kampanjer, og å teste materialet med målgruppen(e) før lansering.

---

<sup>105</sup> I 2004 utarbeidet Kripo og Telenor et nettfiler som hindrer tilgang til nettsider med overgrepsmateriell med barn. De fleste store, norske internettleverandører har i dag tatt i bruk filteret, internasjonalt kjent som CSAADF (Child Sexual Abuse Anti Distribution Filter)

## Forankring

Ett av de viktigste spørsmålene å avklare i neste fase er hvordan tjenesten skal organiseres og forankres. En hjelpelinje kan legges til en offentlig instans, en frivillig organisasjon/privat behandlingstjeneste eller en eksisterende hjelpelinje. Fagmiljøene var delt på om hjelpelinjen bør opprettes i offentlig eller privat/frivillig regi.

### Frivillig organisasjon/privat behandlingstjeneste

I utredningen av en ny nasjonal hjelpelinje for utsatte for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep, peker NKVTS på at mange av tilbudene til voldsutsatte har vært drevet av frivillige organisasjoner.<sup>106</sup> Det hevdes fra flere hold at de frivillige organisasjonene kan levere mindre byråkratiske tjenester, er mer utradisjonelle når det gjelder å finne løsninger og billigere enn det offentlige tjenestetilbudet. Fordelen med frivillige organisasjoner kan være at organisasjonen ikke representerer myndighetene, noe som kan være en fordel overfor grupper som ikke har tillit til offentlige myndigheter. Flere informanter til denne rapporten pekte på at terskelen for å ta tjenesten i bruk kan være høyere hvis den identifiseres med offentlige myndigheter. De vektla at en ikke-offentlig aktør vil ha et mer nøytralt og ikke-truende preg som er viktig for å nå målgruppen, men presiserte at tjenesten bør finansieres av det offentlige.

Stop It Now i Storbritannia og Nederland er etablert av frivillige organisasjoner engasjert i barns beskyttelse, Lucy Faithfull Foundation (Storbritannia) og Meldpunt Kinderporno (Nederland), som samarbeider med en poliklinikk for behandling av overgripere, de Waag. I evalueringene fremkommer det ikke om organisasjonsformen har hatt betydning for innringernes motivasjon for å ta kontakt.

Ikke-offentlige aktører som ble nevnt som mulige partnere i Norge, var IKST, hjelpetelefonen Mental Helse og Stiftelsen Helseutvalget.<sup>107</sup> Hvis tjenesten legges til et eksisterende behandlingstilbud, som IKST, kan man dra nytte av å være del av et etablert fagmiljø med god tilrettelegging for kompetanseoverføring, støtte og oppfølging. En slik organisasjonsform kan også gjøre henvisningsløpet til behandling enda enklere enn om tjenesten driftes av en eksisterende hjelpelinje eller offentlig etat.

Enkelte mente at selv om IKST er det største behandlermiljøet, kan det være u hensiktsmessig å legge tjenesten hit, fordi det vil bidra til en monopolisering av hjelpetilbudet i ett fagmiljø og enda lengre behandlingsskøer. Andre pekte på at så lenge myndighetene ikke har satset på flere behandlingsinstanser som kan være med på å utvikle fagfeltet, er det nødvendigvis slik at de etablerte fagmiljøene blir førende. Disse informantene mente at man kan være faglig uenig i behandlingsmetodikken, men at IKST uansett er viktig å få med som faglig ressurs både i utformingen av samtalemetodik og som mulige veiledere.

IKST påpekte selv at de har begrenset kapasitet til å betjene en telefon, men at man med noe økte midler, for eksempel en 20 prosents stilling, kunne være åpen for å drifte tjenesten noen timer i uken. For øvrig stiller instituttet seg til disposisjon til å kurse og veilede ansatte ved en hjelpelinje.

### Eksisterende hjelpelinje

Å sette opp en ny hjelpelinje innenfor en eksisterende telefontjeneste kan være en praktisk og kostnads-effektiv måte å måle etterspørselen, uten dyre oppstartskostnader. Fordelen med denne modellen kan være at teknologiske løsninger og ansattressurser kan deles, og de som driver den eksisterende tjenesten, har allerede erfaring med å drifte en hjelpelinje. I Nederland ble Stop It Now opprettet i

<sup>106</sup> Østby, L. (2016): Telefontjeneste for utsatte for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep. Utredning av ulike modeller og løsninger. NKVTS. Rapport nr 7/2016

<sup>107</sup> Stiftelsen Helseutvalget er en landsdekkende, interessepolitisk uavhengig og livssynsnyutral stiftelse som arbeider helsefremmende og sykdomsforebyggende overfor lesbiske, homofile, bifile samt andre kvinner og menn som har sex med personer av samme kjønn.

tilknytning til en hjelpelinje for å håndtere overgrepssbilder på nett (Meldpunkt Kinderporno). Ulempen var at ansatte syntes det var utfordrende å veksle mellom å ta imot informasjon for å få fjernet overgrepssbilder fra nettet, og i neste øyeblikk snakke med personer som lastet ned eller produserte disse bildene.

### Offentlig tjeneste

På den annen side kan det å legge hjelpelinjen i en offentlig drevet tjeneste, vise at dette er noe myndighetene tar på alvor. Slik vil tilbudet i mindre grad være påvirket av ideologi, verdier og særinteresser, enn om det legges til en frivillig organisasjon. Offentlig drift kan bidra til bedre økonomisk trygghet, forutsigbarhet og stabilitet enn å legge tilbudet til en frivillig organisasjon som er avhengig av støtte fra det offentlige for å drifte et slikt tilbud.<sup>108</sup>

De i fagmiljøene som ønsket offentlig forankring, la vekt på at tidlig forebygging av seksuelle overgrep mot barn skal og bør være et folkehelseproblem og offentlig ansvar. De mente at hvis man har transparens og godt informasjonsarbeid rundt retningslinjer og anonymitet, vil terskelen bli lavere for å ta kontakt – særlig hvis tjenesten driftes av et helseforetak. Flere pekte på at fordi overgriperproblematikk i dag ikke er forankret i offentlige helseplaner eller institusjoner, unnlater offentlige aktører som fastleger og familievernkontorer å kartlegge fordi de ikke ønsker å bli sittende med ansvaret. En offentlig forankring av hjelpelinjen vil kunne være et skritt i retning av at den får en sterkere prioritet og kompetanseløft også i andre offentlige hjelpeetater.

I Danmark er Bryd Cirklen forankret i Sexologisk Klinik, som er del av kommunale Region Hovedstadens Psykiatri. I Sverige driftes PrevenTell av offentlige Centrum för Andrologi och Sexualmedicin (CASM) ved Karolinska universitetssykehus. Begge steder fungerer hjelpelinjen som en inngangsport til klinikkens terapitilbud, eller tilbud som er geografisk mer tilgjengelig for innringerne.

Oslo Universitetssykehus og Rikshospitalet er instanser som ble foreslått, særlig i lys av at dette er en organisasjonsmodell som har fungert godt i Sverige og Danmark. Ved å plassere en hjelpelinje i et terapeutisk miljø på et offentlig sykehus, understrekes folkehelseperspektivet og at et seksuelt tenningsmønster rettet mot barn i første rekke anses som et helseproblem, ikke et justisspørsmål.

NKVTS, et datterselskap av UniRand, heleid av Universitetet i Oslo, ble nevnt som en annen mulig partnerorganisasjon, med bakgrunn i både kompetansen og senterets nøytrale preg. Flere mente det kunne være aktuelt å vurdere en samkjøring med hjelpetelefonen som nylig er utredet her, for utsatte for vold og seksuelle overgrep.<sup>109</sup> Enkelte fagmiljøer har allerede gitt innspill om at denne hjelpelinjen burde være åpen også for folk som er redde for begå seksuelle overgrep. Det ble påpekt at norske hjelpetjenester har en tendens til å jobbe på hver sin tue, og hegne om egen virksomhet av frykt for at samdrift kan gå på bekostning av enkeltgrupper. Det kan være store driftsmessige og faglige fordeler med å samordne en slik tjeneste så den kan omfatte både utsatte og utøvere, men det fordrer at man har helt separate markedsføringsløp slik at tjenesten oppfattes utad som to ulike tilbud.

Det kom også fram forslag om at tjenesten kan forankres i ett fagmiljø som drifter og koordinerer tjenesten, men at den betjenes av et nettverk av terapeuter ulike steder i landet, på skift. Et samarbeid med det nasjonale nettverket for behandling for overgripere vil muligens kunne bidra til en slik løsning.

Uansett hvor hjelpelinjen driftes, vil det være avgjørende å identifisere eller etablere et nettverk av terapeuter og etater som tilbyr behandling for problematisk og skadelig seksualitet. Et samarbeid

<sup>108</sup>) *ibid*

<sup>109</sup>) Østby, L. (2016): Telefonsjenereste for utsatte for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep. Utredning av ulike modeller og løsninger. NKVTS. Rapport nr. 7/2016

med det nasjonale nettverket for behandling for overgripere, med utgangspunkt i RVTS Midt, vil her være naturlig. Kjennskap til andre etater og tjenester er nyttig for å kunne henvise brukere til mer langsiktig terapi eller tilbud som er geografisk nærmere, og kan gi en indikasjon på hvilken type brukere som har begrenset tilgang på tjenester.

Det var bred enighet om at tjenesten bør ha offentlig finansiering for å sikre stabilitet og kontinuitet, og at hjelpelinjen ikke kan etableres som et prosjekt som har finansiering i en kort tidsperiode, men at den gjøres permanent. Fagmiljøene var i stor grad enige om at finansiering bør gå via Helse- og omsorgsdepartementet eller Helsedirektoratet, eventuelt i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

### **Kostnader**

Når det er tatt stilling til sentrale spørsmål knyttet til forankring, bemanning og tilgjengelighet, vil det kunne gis anslag over hva driften vil koste. Utvikling av en nettside som inkluderer selvhjelpsmateriell, samt hvor bredt og omfattende man skal markedsføre tjenesten, vil være viktige faktorer i denne vurderingen. Av sammenlignbare tjenester har som nevnt danske Bryd Cirklen et minimalt budsjett basert på begrenset åpningstid og drift integrert i Sexologisk Klinik. Svenske PrevenTell, som har et mer utvidet tilbud og flere målgrupper, har et årlig budsjett på drøyt to millioner svenske kroner.

PrevenTell sammenligner selv denne offentlige utgiften med kostnaden for fengselsstraff for én person i ett år, som er estimert til en million svenske kroner.<sup>110</sup> Denne kostnaden er kun knyttet til gjerningspersonen, ikke den utsatte.

### **Oppsummering**

Det er argumenter for alle tre alternativer: å forankre driften i en offentlig organisasjon, et eksisterende behandlingssted og i en eksisterende eller planlagt hjelpelinje. Nøytralitet, et ikke-truende preg, helseperspektiv og stabilitet/kontinuitet ble vektlagt som viktige faktorer i valget av organisasjonsform. Samdrift for å utnytte eksisterende ressurser, kompetanse og infrastruktur ble trukket fram som gode argumenter for å knytte seg til en eksisterende hjelpelinje.

### **Anbefaling**

Denne rapporten viser at det er en stor mangel i den forebyggende innsatsen for å beskytte barn mot seksuelle overgrep: manglende tiltak for å hjelpe personer med seksuelle følelser for barn til å kontrollere sine tanker og atferd. Sammenlignet med våre naboland ligger Norge langt etter i arbeidet med å forebygge overgrep ved å nå personer som har seksuelle følelser for barn, før de skader barn.

Basert på intervjuer med norske fagmiljøer, evalueringer av eksisterende hjelpelinjer og forskningslitteratur på feltet er rapportens konklusjon at en hjelpelinje rettet mot potensielle utøvere kan spille en viktig rolle i et langsiktig arbeid for å forebygge seksuelle overgrep mot barn. En lavterskel hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn vil bidra til å utvide og styrke en bredere, helhetlig folkehelsestrategi ved å rette seg også mot personer som ikke er kjent for myndighetene, før overgrep har skjedd, og på den måten bidra til reduksjon i seksuelle overgrep mot barn.

Denne rapporten har belyst ulike modeller for etableringen av en hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn, basert på evalueringer av tilsvarende tjenester i utlandet, eksisterende faglitteratur og intervjuer med sentrale fagmiljøer i Norge. Fagmiljøene var enige om at det primære formålet med en hjelpetjeneste bør være å tilby en inngangsport og henvisning til profesjonell hjelp, sekundært at innringere tilbys veiledning og terapi på telefon. Et selvhjelpsprogram knyttet til

---

<sup>110</sup> CASM (2015): Sluttrapport avseende utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld, U2011/2248/JÄM

bruk og nedlasting av overgrepsmateriell ble ansett som et godt tillegg til tjenesten. Rapporten har videre belyst fordeler og ulemper ved ulike målgrupper og løsninger for tilgjengelighet, bemanning og forankring.

Fagmiljøene uttrykte ikke bare bred enighet om behovet for en slik tjeneste i Norge, men var i stor grad enige om at en hjelpelinje kan ha en viktig verdi til tross for at det ennå ikke finnes et godt landsdekkende behandlingstilbud til målgruppen. Det ble pekt på at en hjelpelinje vil kunne tydeliggjøre behovet for et styrket behandlingstilbud, men også ha en viktig funksjon som et første skritt på veien til å starte en refleksjons- og endringsprosess hos personer som er motivert for det.

**Rapportens anbefaling er derfor at det snarest mulig bør settes i gang arbeid med å etablere en hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn i Norge.**

# VEDLEGG

## Forslag til parallelle forebyggingstiltak

Intervjuer med ulike fagmiljøer tyder på at det er åpenbare behov i det eksisterende forebyggings- og behandlingstilbudet rettet mot personer med seksuelle følelser for barn. På forebyggingssiden hevdes dette å særlig være knyttet til manglende kompetanse hos helsepersonell i møte med denne problematikken – fastleger, familierapeuter, helsesøstre, ansatte i BUP og DPS med flere – som vegrer seg for å spørre, eller ikke vet hvordan de skal følge opp pedofilproblematikk.

Et konkret tiltak som kunne avhjelpe kompetansemangelen, er et e-læringskurs om hvordan møte pasienter/klienter som ønsker hjelp for seksuelle følelser for barn. RVTS Nord har allerede utviklet et godt nettkurs om avdekking av vold og seksuelle overgrep rettet mot ansatte i barnehager og skoler, og et lignende modulbasert nettkurs kunne utvikles for alle typer helsepersonell som kan møte denne pasientgruppen i sitt arbeid. Kurset kunne gi en grunnleggende innføring i hva pedofili innebærer, at dette er en lidelse som kan kontrolleres, samtaleteknikk i møte med emosjonelt og juridisk utfordrende tema, samt henvisnings- og oppfølgingsmuligheter.

Videre er det et åpenbart behov for å kartlegge terapeuter i Norge som kan tenke seg å jobbe med denne pasientgruppen. Da Helsedirektoratet gjennomførte en undersøkelse i 2012, oppga 60 til 70 prosent av psykologer og psykiatere at de ikke kunne tenke seg å jobbe med denne pasientgruppen.<sup>111</sup> Hvis undersøkelsen er representativ, innebærer det likevel at 30 til 40 prosent av norske terapeuter er åpne for å jobbe med pedofilproblematikk. Sexologer var ikke inkludert i undersøkelsen, og man kan anta at interessen er høyere i denne faggruppen. 60 prosent svarte videre at de ville benytte seg av faglig oppdatering på pedofilproblematikk om de ble tilbudt dette, som kan indikere en åpenhet for å jobbe med temaet om man mener man har tilstrekkelig kompetanse.

<sup>111</sup>) Uformell spørreundersøkelse blant psykologer og psykiatere, utført på oppdrag fra Helsedirektoratet av psykologspesialist og seniorforsker Jim Aage Nøttestad ved Brøset kompetansesenter

# BIDRAGSYTERE

Takk til følgende fagpersoner som har bidratt til denne rapporten:

**Ellids Kristensen**, overlege og daglig leder ved Sexologisk klinik i København

**Kuno Sørensen**, psykolog og ekspert på vold og seksuelle overgrep mot barn ved Red Barnet Danmark

**Jenni Häikiö**, psykolog og ansvarlig for finske Redd Barnas nettbaserte selvhjelpsprogram, [www.otanvastuun.fi](http://www.otanvastuun.fi)

**Thore Langfeldt**, spesialist i klinisk psykologi og klinisk sexologi, og **Margrete Wiede Aasland**, klinisk sexolog ved Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST)

**Pål Grøndahl**, psykologspesialist ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER), Oslo universitetssykehus

**Knut Hermstad**, klinisk sexolog, forsker og rådgiver ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Midt

**Oddfrid Skorpe Tennfjord**, psykolog og rådgiver ved RVTS Midt

**Dagfinn Sørensen**, psykolog og spesialist i klinisk sexologi, koordinator for kompetanseteamet om barn og unge med bekymringsfull seksuell atferd, RVTS Nord

**Marita Sandvik**, fagrådgiver og kognitiv terapeut ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Trondheim, St. Olavs Hospital, avdeling Brøset

**Helle Kleive**, leder og **Monica Jensen**, psykologspesialist ved Ressursenhet V27 ved Betanien sykehus

**Vibeke Benum Solem**, seniorrådgiver og klinisk barnevernsterapeut ved Statens barnehus Oslo

**Geir Borgen**, prosjektleder for Din Utvei, og **Ingunn Askeland**, forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS)

**Mona Rekkedal-Svensson**, kommunepsykolog i Trondheim kommune, enhet psykisk helse og rus, tidligere psykolog ved seksjon fengselshelsetjenester og kompetansesenter for retts-, fengsels- og sikkerhetspsykiatri, Helse Bergen.

**Ann Kristin Grosberghaugen**, leder av voldtekstsaksjonen, politiadvokat **Laila Søndrol** og politioverbetjent **Bjørn-Erik Ludvigsen** i Kripos

**Nelli Kongshaug**, daglig leder for Kors på halsen, Røde Kors' landsdekkende samtaletilbud for barn og unge mellom 6 og 18 år

**Evelyn Simonnes**, sexologisk rådgiver, **Anne Julie Tøsse**, psykiatrisk sykepleier og **Sissel Rostøl**

**Bakken**, prosjektleder for nettprat-tjenesten ved Sex og samfunn

**Aslaug Timland Dale**, daglig leder for Hjelpetelefonen Mental Helse

**Håkon Høydal**, journalist i VG, ansvarlig for artikkelserien «Nedlasterne» og en rekke andre saker om overgrepssproblematikk

# NYTTIGE RESSURSER OG KONTAKTINFORMASJON

## **Bryd Cirklen**, Danmark

Den danske telefonrådgivningen Bryd Cirklen drives av Sexologisk Klinik under Region Hovedstadens Psykiatri. Den retter seg mot voksne med seksuelle tanker om barn.

<https://www.psykiatri-regionh.dk/bryd-cirklen/Sider/default.aspx>

## **PrevenTell**, Sverige

PrevenTell er en svensk hjelpelinje der man kan ringe anonymt hvis man er bekymret for egen eller andres seksualitet. Linjen drives av ANOVA, en tverrfaglig virksomhet som diagnostiserer og behandler pasienter med blant annet seksualproblemer, seksuelle avvik og såkalt hyperseksualitet.

<http://www.preventell.se>

## **Redd Barna** Finland

Redd Barna Finland har utviklet et selvhjelpsmateriell på nettet for personer med seksuelle følelser for barn. Organisasjonen driver også en nasjonal hotline (Nettivihje) der publikum kan rapportere ulovlige seksuelle bilder av barn på internett.

<http://www.pelastakaalapset.fi/en/>

## **Stop it Now!** UK and Ireland

Stop it Now! i Storbritannia og Irland drives av The Lucy Faithfull Foundation, som søker å forhindre seksuelle overgrep mot barn gjennom en anonym hjelpelinje. På nettsiden finnes også et selvhjelpsverktøy for personer som er bekymret for egne følelser og atferd.

<http://www.stopitnow.org.uk/>

## **Stop it Now!** Nederland

Stop it Now! i Nederland drives av Meldpunt Kinderporno and de Waag. Også her tilbys en anonym hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn, i tillegg til at organisasjonen driver ulike opplysningskampanjer.

<https://www.stopitnow.nl/>

## **Stop it Now!** USA

Konseptet bak Stop it Now! kommer fra USA. Siden 1992 har organisasjonen jobbet for å bekjempe seksuelle overgrep mot barn gjennom et folkehelseperspektiv. Organisasjonen tilbyr informasjon og ressurser for å mobilisere voksne, familier, fagfolk og lokalsamfunn til å beskytte barn mot seksuelle overgrep.

<http://www.stopitnow.org/>

## **Prosjekt Dunkelfeld**, Tyskland

Präventionsprojekt Dunkelfeld har siden 2005 drevet forebygging og behandling av personer som føler seg seksuelt tiltrukket av barn. Et nettverk av fagfolk over hele Tyskland tilbyr gratis og taushetsbelagt terapi.

<https://www.kein-taeter-werden.de/>



**«Mennesker som ønsker å endre seg, som utviser ansvar og motivasjon, må møtes på dette. Tør vi virkelig la være å prøve?»**

*Fagperson som jobber med behandling av seksuelle overgripere*



**Redd Barna**

Visitor address:  
Save the Children Norway  
Redd Barna  
Storgata 38, 0182 Oslo

Postal address:  
Save the Children Norway  
P.O. Box 6902, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo

Tel: +27 22 99 09 00  
[post@reddbarna.no](mailto:post@reddbarna.no)  
[www.reddbarna.no](http://www.reddbarna.no)