

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

Nasjonale faglige råd

---

Først publisert: 03. april 2020

Sist faglig oppdatert: 03. april 2020





# Innhold

1. Helhetlig behandlingstilbud .....	4
2. Lavterskeltjeneste .....	9
3. Utredning av pasienter .....	15
4. Behandling av pasienter .....	20
5. Evaluering av behandling .....	34
6. Oppfølging etter behandling .....	36
7. Kunnskapsutvikling og forskning ...	37
8. Metode og prosess .....	38

## KAPITTEL: 1

# Helhetlig behandlingstilbud

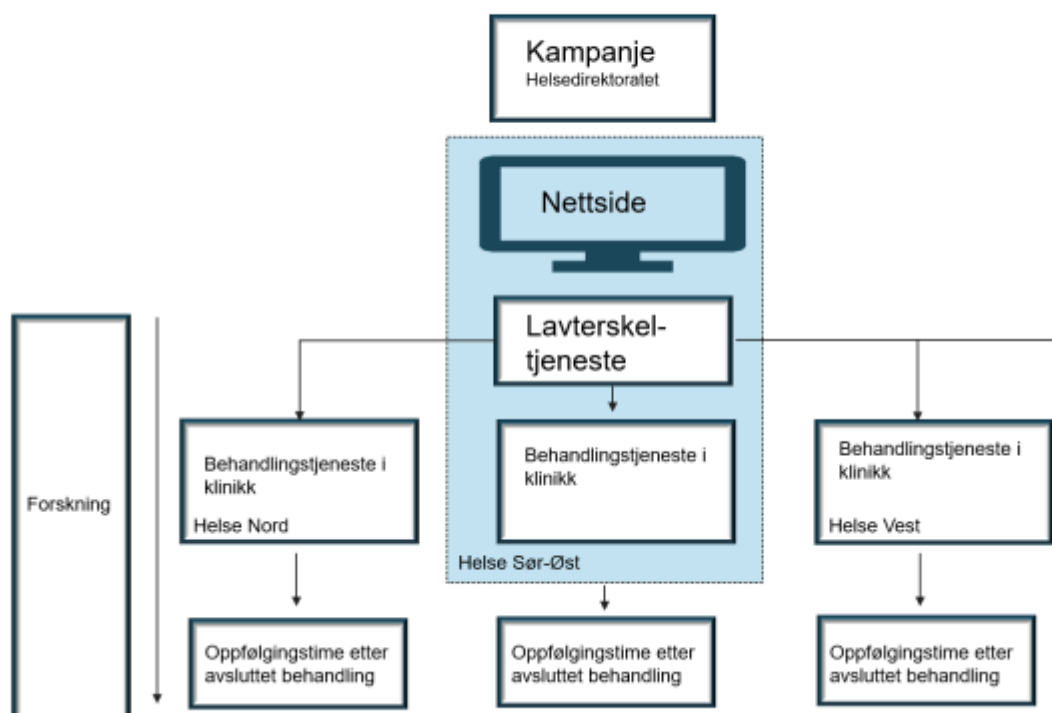
### Råd

## Helsetilbudet til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn bør være helhetlig

Et helhetlig tilbud for å forebygge overgrep mot barn bør bestå av:

- en proaktiv tilnærming i form av regelmessige kampanjer for å opplyse om helsetilbudet
- en nettside med relevant informasjon
- en anonym lavterskeltjeneste. Det vil være en nasjonal rådgiving- og veiledningstjeneste med mulighet for anonym kontakt gjennom telefon eller chat. Oslo Universitetssykehus betjener dette tilbudet.
- behandlingstilbud ved poliklinikk i alle helseregioner
- oppfølging etter avsluttet behandling
- forskning med mål om å forbedre tilbudet og produsere ny kunnskap

### Organisering



Illustrasjon over tjenestetilbudet til «Det finnes hjelp».

[Primærmålgruppen for lavterskeltjenesten og for behandling i poliklinikk, er personer fra 18 år som har seksuell interesse for barn og/eller står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. De har en selvidentifisert risiko, er hjelpesøkende og ønsker å unngå å handle på sin seksuelle tiltrekning.](#)

Målgruppen trenger en enkel inngang til råd, veiledning og behandling. Av den grunn er det lagt til rette for at personer kan ta direkte kontakt enten ved anonym chat, telefon eller poliklinikk, for å få time til behandling.

Tjenesten bør være innrettet slik at den kan ha kort responstid, når det er behov for det, fra bruker kontakter tjenesten til vedkommende er i behandling. «Triage for skadelig seksuell atferd risiko» (TSARR) kan benyttes for sortering og prioritering av hvor raskt vedkommende skal få time til første samtale i poliklinikk eller strakstiltak.

Behandlingstilnærmingen «Det finnes hjelp», er utviklet for norske forhold. Det har tatt utgangspunkt i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future» fra New Zealand. Dette er utarbeidet av Sarah Christofferson, Ph.D., Gwenda Willis, Ph.D., Jacinta Cording, Pd.D., og Waikaremoana Waitoka, Ph.D.

«Det finnes hjelp» understøttes av en rekke teoretiske og evidensbaserte tilnærminger:

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

De faglige rådene retter seg primært mot psykologer og leger som skal gi et tilbud i lavterskeltjenesten og et behandlingstilbud til pasientgruppen.

### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Gode rutiner for samarbeid mellom lavterskeltjenesten og klinikkene i de ulike helseregionene må etableres, evalueres og vedlikeholdes.

Personer skal kunne ta direkte kontakt med lavterskeltjeneste eller poliklinikk uten henvisning. Kontakten til lavterskeltjenesten skal kunne skje anonymt via telefon eller chat.

Dersom de ønsker time for behandling må de oppgi personalia, og forblir dermed ikke lenger anonyme.

Personer under 18 år, som ønsker behandling, vil settes i kontakt med tilsvarende behandlingstilbud i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).

Poliklinikken får refundert utgifter til behandling, selv ved direkte kontakt.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Grunnen til helhetlig innretning er målet om å senke terskelen inn til behandling. Siden det ikke er behov for henvisning, antas dette å bidra til personer lettere kan søke hjelp.

[Som konseptrapporten om Lavterskeltjenesten beskriver](#), er det dokumentert betydelige barrierer mot å søke og motta psykologiske tjenester, inkludert bekymringer om konfidensialitet, frykt for sosiale og strafferettslige konsekvenser og personlig skam.

Internasjonale studier viser at hovedvekten av eksisterende behandlingstilbud til personer med seksuell interesse for barn, retter seg mot personer som allerede har utført overgrep. Flere har forsøkt å snakke med noen om sine seksuelle interesser før de ble arrestert (Levenson et al. 2017, Pichè et al. 2016).

I tillegg har personene utfordringer med å finne behandlere som har kompetanse om personer som har seksuelle interesser for barn, seksuelle overgrep eller de som står i fare for å begå seksuelle overgrep.

Et helhetlig behandlingstilbud gjelder for personer fra 18 år. I utviklingen av behandlingstilbudet vil det også være mulighet for å vurdere å ta i mot henvendelser fra personer som har fylt 16 år.

## Referanser

---

## Råd

# Helsepersonell bør møte personer med seksuell interesse for barn på en ikke-dømmende og ivaretagende måte

Personer med seksuell interesse for barn bør møtes på en ikke-dømmende og ivaretagende måte når de oppsøker helsehjelp. Kommunikasjon og behandling skal bygge på de samme prinsippene for etisk og profesjonell samhandling som gjelder ved all kontakt med helsetjenesten.

## Praktisk – slik kan rådet følges

Helsepersonell involvert i behandling til personer med seksuell interesse for barn bør ha et reflektert forhold til hvordan de kan møte potensielle pasienter på en måte som gir optimale forutsetninger for en tillitsbasert relasjon. Det samme gjelder merkantil personell og andre som møter pasientene på behandlingstedet.

Det innebærer å ha en respektfull holdning og kommunikasjon med de som får tilbud om behandling. Dette skal gjenspeiles i både innholdet i kommunikasjonen og i den enkeltes kroppsspråk og tonefall.

## Begrunnelse – dette er rådet basert på

### Sammendrag

Målet med behandlingen er å forebygge seksuelle handlinger mot barn.

Forskning viser at svært mange personer med seksuell interesse for barn har opplevd, eller er redd for å oppleve, negativ kommunikasjon med helsepersonell. Dette kan øke risiko for avbrudd i behandling.

Helsepersonell som gir slik behandling bør derfor være ekstra oppmerksom på egne holdninger, og vektlegge respektfull språkbruk og en tilnærming som styrker pasientens behandlingsmotivasjon.

## Referanser

---

## Råd

# Helsepersonell som behandler målgruppen bør ha særskilt kompetanse på personer i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn

Helsedirektoratet forutsetter bruk av leger og psykologer som har kompetanse i:

- kognitiv atferdsterapi
- behandling av ulike stemningslidelser
- selvmords- og voldsriskovurdering
- utarbeidelse av kasusformulering
- å arbeide kultursensitivt

I tillegg anbefales det særskilt fagkunnskap om personer med seksuell interesse for barn, risikovurdering av skadelig seksuell atferd og sexologi.

Behandlere bør supplere faglig kunnskap med behandlingsguiden «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future».

Helsepersonell bør også ha gode ferdigheter innen etiske betraktninger knyttet til egen rolle og praksis.

### Praktisk – slik kan rådet følges

Helsepersonell som skal tilby denne behandlingen bør gjennomføre opplæring i intervensjonen «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future» (Christofferson et al, 2020).

[SIFER har ytterligere informasjon om kurstilbudet \(sifer.no\).](#)

Helsepersonell bør danne faglige nettverk med andre kliniske og forskningsfaglige miljøer.

### Begrunnelse – dette er rådet basert på

#### Sammendrag

Christofferson, Willis, Cording og Waitoki (2020) har foretatt en kunnskapsoppsummering på dette fagområdet og utviklet behandlingsguiden «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future», som danner grunnlag for disse faglige rådene. Her fremheves det viktigheten av beskrevet særskilt kompetanse.

#### Referanser

---

## Råd

## De faglige rådene og organisering av helsetilbudet bør justeres fortløpende med erfaringer og ny kunnskap som utvikles

De faglige rådene bør evalueres fortløpende med hensikt å forbedre tilbudet og forhindre skadelig seksuell atferd mot barn. Tilsvarende bør også organiseringen av helsetilbudet justeres basert på evaluering og erfaringer.

### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Det bør utvikles retningslinjer for hvordan registrere henvendelser, brukererfaringer og annet grunnlag for å evaluere om de faglige rådene og helsetilbudet fungerer etter hensikten.

Registreringene bør danne grunnlag for både fortløpende justeringer og periodevise evalueringer.

Dette bør gjøres i samarbeid med parallell forskning.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Det eksisterer begrenset kunnskap om nytten av helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Kunnskap på området er under utvikling, også for norske forhold.

I løpet av de siste årene har det blitt utviklet tilbud i andre europeiske land med samme formål som i Norge. Selv om disse tilbudene i stor grad har det samme faglige perspektivet som i Norge, er organiseringen og målsetningen noe ulik.

Det er dessuten viktig at helsetilbudet tilpasses lokale forhold. Videre at resultat av fremtidig evaluering og forskning rundt effekt og opplevd nytte danner grunnlag for forbedringer av helsetilbudet.



## KAPITTEL: 2

# Lavterskeltjeneste

---

### Råd

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

Primærmålgruppen for lavterskeltjenesten og for behandling i poliklinikk, er personer fra 18 år som har seksuell interesse for barn og/eller står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. De har en selvidentifisert risiko, er hjelpesøkende og ønsker å unngå å handle på sin seksuelle tiltrekning.

### Primærmålgruppen omfatter personer som:

- ikke har begått seksuelle overgrep
- har begått seksuelle overgrep tilbake i tid, og igjen står i fare for å begå nye overgrep
- står i fare for å begå internetrelaterte overgrep. Dette kan for eksempel være å laste ned, streame, dele og produsere overgrepsmateriale av barn, voksenbarn chatting, grooming, chatting om produksjon av overgrepsmateriale og teknologi-assistert skadelig seksuell atferd.

Tjenesten bør ivareta primærmålgruppen uavhengig av om de har samtidig psykisk lidelse, kognitiv svikt eller psykisk utviklingshemming. Tjenesten bør også ivareta personer som har diagnosene pedofili og hebefili.

Personer med pågående overgrep mot barn skal ikke avvises om de tar kontakt. Her har man imidlertid [avvergingsplikt](#) og [opplysningsplikt til barnevernet \(lovdata.no\)](#). Se [plikt.no](#) for mer informasjon.

### Praktisk – slik kan rådet følges

Alle i primærmålgruppen som ønsker hjelp og oppsøker tjenesten bør tilbys en første samtale.

Det er viktig å tilrettelegge for en tillitsbasert og trygg relasjon med vedkommende som henvender seg. Dette kan være med på å senke terskelen for videre ønske om hjelp.

Tema som vil være naturlig å gi råd og veiledning om er:

- seksuell interesse for barn
- selvidentifisert risiko
- kriser
- motivasjon
- pedofili og hebefili
- behandlingstilbudet
- bruk av overgrepsmateriale
- alkohol/rusmidler
- selvmordstanker

Da tjenesten baserer seg på anonym kontakt vil det være vanskelig å kulturelt tilrettelegge rådgivningen når man ikke vet hvilken kulturell bakgrunn personen har. Dersom kulturell bakgrunn likevel fanges opp i Lavterskeltjenesten, skal dette tas hensyn til.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Lavterskeltjenesten er en generell råd- og veiledningstjeneste, og skal ikke yte helsehjelp.

[Som det kommer frem av konseptrapporten](#) antas det at en bred og diagnoseuavhengig primærmålgruppe øker sannsynligheten for god og primærforebyggende effekt.

For gruppen som ikke tidligere er straffedømt vurderes behandlingen å ha et stort forebyggingspotensial (Harris et al., 2003).

#### **Referanser**

---

## **Råd**

### **Pårørende til personer med seksuell interesse for barn skal tilbys generell veiledning og informasjon**

Lavterskeltjenesten skal tilby generell informasjon og veiledning til pårørende som henvender seg.

Det er viktig at pårørende får informasjon om hva seksuell interesse for barn innebærer. De bør få informasjon om nyttige nettsteder, og at instanser som familievernkontor og barneverntjenesten også kan være aktuelle ressurser.

Om pårørende er bekymret for egne barn, er det viktig at de får oppfølging av fagfolk som kjenner til temaet om barn som utsettes for seksuelle overgrep.

Støtte til pårørende i akutte situasjoner og krise beskrives i [Pårørendeveilederen kapittel 6.2](#).

Personer med seksuell interesse for barn bør dessuten få informasjon om at pårørende i mange tilfeller kan være en støtte.

Lavterskelenheten har ingen informasjon om de som henvender seg, eller pasienter, og kan derfor ikke gi informasjon om pasienter til pårørende. En slik forespørsel må stilles til der pasienten går til behandling.

#### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Lavterskeltjenesten skal:

- tilby relevant informasjon til pårørende på nettsiden, chat og telefon
- andre relevante lenker, som [Statens Barnehus \(statensbarnehus.no\)](https://statensbarnehus.no), og [Barnevernet \(bufdir.no\)](https://barnevernet.no)

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Pårørende til personer med seksuell interesse for barn er ofte bekymret for om den seksuelle interessen medfører skadelig seksuelle atferd. Slik bekymring, selv om den noen ganger kan være grunnløs, er svært belastende for pårørende.

Mange personer med seksuell interesse klarer ikke selv å snakke med sine pårørende om sin seksuelle interesse og vil ofte ha vansker også å spørre andre til råds om hvordan det kan gjøres.

Ved å involvere pårørende/andre voksne med relevant informasjon, kan det være med på å redusere overgrep mot barn.

#### **Referanser**

---

### **Råd**

## **Lavterskeltjenesten skal gi generell informasjon og veiledning til helsepersonell og andre relevante fagfolk som er bekymret for personer med seksuelle tanker eller atferd mot barn**

Lavterskeltjenesten skal tilby generell informasjon og veiledning til helsepersonell som henvender seg.

Helsepersonell og andre relevante fagfolk kan ha bekymringer om at personer står i fare for å utføre seksuelt skadelige handlinger mot barn.

### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Lavterskeltjenesten må sikre at relevant informasjon er tilgjengelig på [detfinneshjelp.no](https://detfinneshjelp.no), og at relevante samarbeidsinstanser får denne informasjonen.

Samarbeidsinstanser kan være:

- [Skolehelsetjenesten og Helsestasjonen for ungdom](#)
- Habiliteringstjenestene
- [Nettverk funksjonshemmede, samliv og seksualitet \(nfss.no\)](#)
- [Ung.no \(ung.no\)](https://ung.no)

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

## Sammendrag

[I konseptrapporten kommer det frem at helsepersonell har en helt sentral rolle](#), spesielt i et forebyggingsperspektiv. Av den grunn bør lavterskeltilbudet utformes på en slik måte at helsepersonell og andre fagfolk får relevant informasjon som kan støtte deres beslutningsprosess.

## Råd

### **Ved behov kan det gjennomføres en «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» av personer som tar kontakt med lavterskeltjenesten**

Ved behov kan «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» (TSSAR) gjennomføres for å vurdere om det er bekymring for risiko og legge grunnlag for sortering, prioritering og hastegrad for videre oppfølging til de som ønsker behandling.

TSSAR er utviklet som en beslutningstøtte i situasjoner der en er pålagt eller bør ta stilling til om det foreligger klar grunn til bekymring for at en person kan utgjøre en risiko for skadelig seksuell atferd mot andre.

TSSAR er ikke et prediksjonsverktøy som basert på studier av prediktiv validitet (treffsikkerhet på gruppenivå) prøver å estimere en statistisk sannsynlighet for at pasienten vil utøve vold. «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» er med andre ord ikke et aktuarisk forankret screeningverktøy. «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» erstatter ikke det kliniske skjønnet, men bidrar til å systematisere og forankre dette faglig.

«Triage for skadelig seksuell adferd risiko» tilhører Strukturert faglig risikovurderingstradisjonen (som SVR-2, HCR-20 og SARA), og bygger på evidensgrunnlaget i fagfeltet.

#### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Behandlere bør få opplæring i «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» (TSSAR). Dersom det fremkommer informasjon om selvidentifisert risiko, kan helsepersonell følge TSSARs seks trinn.

#### **«Triage for skadelig seksuell adferd risiko» (TSSAR) består av seks trinn:**

1. Gjennomgå
2. Identifiser
3. Sorter
4. Prioriter
5. Planlegg
6. Handle

#### **1. Gjennomgå**

Målet med trinn 1 er å gjennomgå og vurdere hvorvidt informasjonen knyttet til bekymringen for skadelig seksuell atferd er tilstrekkelig til å gå videre med triageprosessen.

#### **2. Identifiser**

Målet med trinn 2 er å identifisere tilstedeværende og relevante primære og sekundære varselsignal for skadelig seksuell atferd.

Varselsignaler er faktorer som er knyttet til risiko for skadelig seksuell atferd. Behandler skal bruke disse varselsignalene til å sortere og prioritere henvendelsen og til å planlegge hva som skal gjøres basert på samlet vurdering.

### **3. Sorter**

Målet med trinn 3 er å sortere saker der primære varselsignal er registrert som nylige, alvorlige eller eskalerende. Altså for å fastslå om personen uttrykker tanker, trusler om eller faktisk atferd som skadelig seksuell atferd.

### **4. Prioriter**

Målet med trinn 4 er å prioritere saker basert på primære og sekundære varselsignal, for å fastslå om personens atferd gir grunn til bekymring for skadelig seksuell atferd som er umiddelbar eller alvorlig.

### **5. Planlegg**

Målet med trinn 5 er å planlegge tiltak basert på risiko for (umiddelbar eller alvorlig) skadelig seksuell atferd, og ved å vurdere primære og sekundære varselsignal som er tilstede.

### **6. Handle**

Målet med trinn 6 er å iverksette handling i henhold til planen, og angi hvem som skal gjøre hva når. Dette innebærer også varsling, der det er nødvendig.

Dokumenter hvem som er ansvarlig for å gjennomføre tiltakene som er planlagt for å redusere risiko, når tiltakene vil bli gjennomført, og når de er gjennomført.

## **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

### **Sammendrag**

«Triage for skadelig seksuell adferd risiko» skal være utformet som en beslutningsstøtte for helsepersonell i lavterskeltjenesten og sier noe om bekymring for risiko.

«Triage for skadelig seksuell adferd risiko» dekker ulike typer atferd (temaer) som er relevant å vurdere med tanke på skadelig seksuell atferd. Disse atferdstypene (temaene) i «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» vil trolig dukke opp naturlig i samtalen. Det vil være hensiktsmessig å la personen som tar kontakt lede i hvilken retning dialogen går. Lavterskeltjenesten skal ikke drive systematisk kartlegging av alle etter informasjon om risiko for å begå seksuelle overgrep.

Der det kommer fram informasjon om risiko, vil det være naturlig å gjøre en prioritering inn til time, dersom vedkommende ønsker dette. Særlig der det er en form for alvorlig grad.

Målet med «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» er å sortere henvendelsene i grad av grunn til bekymring for om det foreligger risiko for skadelig seksuell atferd. Behov for behandling eller strakstiltak vurderes fra et risikoperspektiv.

Professor Stephen Hart og kolleger har i samarbeid med arbeidsgruppen og Helsedirektoratet utarbeidet «Triage for skadelig seksuell adferd risiko», til dette formålet.

Det finnes foreløpig lite dokumentasjon om risikofaktorene til de som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Nåværende kunnskap om feltet er basert på personer som er seksuallovbruddsdømte.

## Råd

# Lavterskeltjenesten bør kunne tilby time til behandling ved første henvendelse

Personer som henvender seg til lavterskeltjenesten bør tilbys en time til behandling dersom de ønsker det. Tilbudet om en time for behandling bør avtales allerede ved første henvendelse.

Direkte kontakt med helsetjenestene vurderes å øke sannsynligheten for at målgruppen kommer i behandling. Å kunne tilby time til behandling i direkte dialog med den som henvender seg antas å senke terskelen for å komme i behandling.

### Praktisk – slik kan rådet følges

Tilbudet om en time for behandling bør skje i første henvendelse og avtales under samtalen. Dette fordrer godt samarbeid mellom lavterskeltjenesten og behandlingstilbudet i klinikken.

Det er ingen krav om henvisning for å delta i behandlingen.

For å tilby en time til behandling forutsettes det at lavterskeltjenesten har oversikt over ledige timer hos helseforetak som har behandlingstilbud til målgruppen.

### Begrunnelse – dette er rådet basert på

#### Sammendrag

Barrierer for å søke og motta psykologiske tjenester inkluderer bekymringer om konfidensialitet, frykt for sosiale og juridiske konsekvenser og personlig skam. I tillegg har personene utfordringer med å finne behandlere som har kompetanse om personer med seksuell interesse for barn. Skam og hemmelighold, som skyldes stigma forbundet med seksuell interesse for barn hindrer personen fra å søke profesjonell hjelp. Anslagsvis har 20 prosent prøvd å snakke med noen om sine seksuelle interesser før de ble arrestert (Levenson et al. 2017, Pichè et al. 2016).

[Som det kommer frem av konseptutredningen](#) vurderes direkte kontakt med helsetjenestene å øke sannsynligheten for at målgruppen kommer i behandling. Å kunne tilby time til behandling i direkte dialog med den som henvender seg vil senke terskelen for å komme behandling.

## KAPITTEL: 3

# Utredning av pasienter

---

### Råd

## Det bør gjennomføres en første samtale med de som ønsker å unngå å handle på sin seksuelle interesse for barn

Personer som henvender seg enten til lavterskeltjenesten eller direkte til klinikken for behandling, bør få tilbud om en første samtale.

Hensikten med første samtale er å avklare hva som er pasientens behov, mål og ønsker for behandling og oppfølging.

### Praktisk – slik kan rådet følges

Behandlingens todelte målsetting er å styrke pasientens livskvalitet og autonomi, og samtidig forebygge seksuelle overgrep. Dette må gjøres i en vennlig atmosfære som tydelig signaliserer at man vet at pasienter med seksuell interesse for barn som regel ikke agerer på sine tanker. På denne måten blir risiko tonet ned, samtidig som man vektlegger alvoret og forpliktelsene knyttet til å avverge seksuelle overgrep.

Følgende bør kartlegges i første samtale:

- pasientens mål, ønsker, behov og forventninger til behandling og oppfølging
- bakgrunn for og gjennomgang av henvendelsen
- «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» for avklaring om umiddelbar risiko for overgrep
- pasient og eventuelt pårørendes opplevelse av utfordringer/vansker og årsaker til dette
- informasjon og dialog om utredning og behandlingstilbud og rammene for samarbeidet
- psykiatrisk status
- vurdere behov for umiddelbare tiltak, eventuelt behov for kriseplan. Se også [Min plan \(helsebiblioteket.no\)](#) og [Forslag til mal for kriseplan \(helsebiblioteket.no\)](#)

For noen pasienter kan informasjonen i kartleggingen komme frem i løpet av første samtale, men for andre vil det være behov med flere timer.

Pasient og eventuelt pårørende skal spørres om hva som er viktig for dem og få informasjon om behandlingstilbudet. Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Hvis kommunikasjonsbarrierer/-utfordringer må behov for tolk kartlegges. Se også [Kulturformuleringsintervjuet \(rop.no\)](#).

[Hvis pasienten bor med mindreårige barn eller har mindreårige søsken, må behandler sikre at barnas behov for informasjon og oppfølging blir kartlagt og ivaretatt.](#)

Hvis det avdekkes at barn utsettes eller vil bli utsatt for seksuelle overgrep fra den aktuelle pasienten [kan du også ha en lovpålagt plikt til å forsøke å avverge at det skjer. \(plikt.no\)](#)

Du kan ha [avvergingsplikt](#) til politiet og [opplysningsplikt til barnevernet](#) (lovdata.no)

Der det er behov for vurdering av selvmordsrisiko, må behandler sikre at dette gjøres av kvalifisert helsepersonell (se retningslinjen [Forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#))

Ved risiko for selvmord, ved pågående voldsutsatthet eller voldsutøvelse må det iverksettes tiltak med en gang, se [Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner \(nkvts.no\)](#).

I første samtale eller under utredning vil det være pasienter hvor det anses faglig forsvarlig å gi et tilbud i andre behandlingstjenester innen psykisk helsevern. Dette vil primært gjelde for alvorlige psykiske lidelser, som psykose, og rusrelaterte tilstander som gjør at de er forhindret til å møte poliklinisk.

Behandler skal også opplyse om taushetsplikt og avverge- og meldeplikt. Poliklinikken bør ha skriftlige prosedyrer for første samtalen.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Som det kommer frem av [Helsedirektoratets konseptutredning](#), vurderes det at direkte kontakt med helsetjenestene øker sannsynligheten for at målgruppen kommer i behandling. En første samtale bør derfor fokusere både på pasientens egne behov, resultat fra «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» og på å styrke og øke motivasjon for behandling.

---

## **Råd**

### **Pasientene bør tilbys strukturert utredning**

På bakgrunn av kartleggingen i første samtale bør pasienter tilbys en strukturert utredning. En strukturert utredning bør starte med et klinisk intervju og bør omfatte en risikoutredning.

Målet med intervjuet er å motivere pasienten til å forklare om sine problemer, nåværende livssituasjon, kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige trekk.

Det kliniske intervjuet er den første arenaen for å bygge en tillitsbasert og trygg relasjon med pasienten. Frykt for å bli behandlet hovedsakelig som en potensiell risiko er et viktig hinder for å søke hjelp for denne pasientgruppen. Det er derfor viktig å vektlegge deres likeverdige rett til et godt liv, og tydeliggjøre at de ikke defineres av sine seksuelle interesser. Behandlerne bør poengtere at behandlingen har en todelt målsetting: ivaretagelse av pasientens autonomi og livskvalitet, samt forebygging av seksuelle overgrep. Behandlingen er underlagt gjeldende regler for taushetsplikt, melde- og avvergeplikt. Hva dette i praksis innebærer må formidles tydelig til pasienten.

#### **Praktisk – slik kan rådet følges**

På indikasjon fra første samtalen, det kliniske intervjuet og «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» velger behandleren utredningsverktøy for utfyllende informasjon om de relevante behandlingsmodulene.

#### **Det kliniske intervjuet bør dekke følgende:**



- Bakgrunnsinformasjon om klienten – historisk og nåværende situasjon
- Good lives-relevante temaer – livsmål, sentrale verdier
- Psykiatrisk status
- Risiko og ressurser - Intervjuet bør sørge for å innhente utfyllende informasjon om følgende behandlingsrelevante temaer innenfor disse områdene:
  - Seksuell interesse
    - Kartlegging av seksuelle forstyrrelser generelt og seksuell interesse for barn spesielt, samt type og intensitet av seksuell praksis.
  - Selvaksept
    - Kartlegging av grad av oppmerksomhet og vurdering av stigma og hvorledes det påvirker selvfølelse og atferd.
  - Holdninger knyttet til barn og seksuell kontakt med barn
    - Kartlegging av overgrepstøttende holdninger.
  - Mestringsforventning
    - Kartlegging av egen agens og antagelser om kontroll og gjenvinning av kontroll.
  - Selvregulering
    - Kartlegging av kognitiv og effektiv impuls kontroll både generelt og knyttet til seksuell kontakt med barn.
  - Håndtering av stress og vanskelige følelser
    - Kartlegging av grad av emosjonell slitasje og hvordan dette håndteres både generelt og aktuelt.
  - Mellommenneskelig funksjon
    - Kartlegging av sosialt nettverk og samspillsevne.
  - Annet

[Se dokumentet "Kartlegging av problemområder" for detaljert oversikt over undertemaer.](#)

#### **Utredningsverktøy generelt og for spesifikke behandlingsmoduler for:**

- **psykisk helse:** den norske versjonen av MINI International Psychiatric Interview, som tar for seg 16 moduler for psykiske lidelser, inkludert rusmiddelproblematikk. I tillegg vil Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II) benyttes for utredning av personlighetsforstyrrelser.
- **risiko for seksuell vold:** Sexual Violence Risk-20 (SVR-20), versjon 2
- **kognitiv fungering:** den norske versjonen av 6-item Rapid Assessment of Potential Intellectual Disability (RAPID). For videre utredning av intellektuelle svekkelser benyttes The Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV).
- **utredning av rusbruk:** Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) og Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- **utredning av motivasjon:** University of Rhode Island Client Change Assessment Scale (URICA)
- **utredning av traumehistorie:** Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)
- **utredning av ressurser:** Structured Assessment of Protective Factors for violence risk- Sexual Offending version (SAPROF-SO)
- **utredning av selvregulering:** Short Form Self-Regulation Questionnaire (SSRQ)
- **utredning av stresshåndtering og emosjonsregulering:** Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form (DERS-SF) og Coping Inventory for Stressful Situations - Short Form (CISS-SF)
- **utredning av mestringssevne:** den norske versjonen av 10-item General Perceived Self-Efficacy Scale. (Røysamb, Schwarzer & Jerusalem, 1998). For å kartlegge sosial egeneffektivitet og spesifikk egeneffektivitet relatert til seksuelle interesse til mindreårige, vil tiltakene som er foreslått i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future» bli brukt.

- **utredning av overgrepsmateriale\***: Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT), inkludert Correlates of Admission of Sexual Interest in Children (CASIC)

\* Gjelder for pasienter som tidligere har begått overgrep og sonet, som igjen står i fare for å begå overgrep mot barn. Dette gjelder spesielle unntak. Informasjonen i det kliniske intervjuet bør dekke behandlingsrelevante temaer knyttet til internettrelaterte overgrep.

For informasjon om risikoutredning og behandlingsplaner for kvinner som står i fare for å begå skadelig seksuell atferd, se Cortoni & Gannon (2016).

[Samiske pasienters særskilte behov for kultursensitiv diagnostikk og kulturelt tilrettelagde behandlingstilbud er viktig i denne sammenheng. \(finnmarkssykehuset.no\)](https://www.finnmarkssykehuset.no)

All utredning og behandling bør tilrettelegge for sosiokulturelle forhold og pasientens psykiske helsetilstand. Dette er særlig viktig når det generelle kunnskapsgrunnlaget er begrenset, slik tilfellet er med personer med seksuell interesse for barn. Når man ikke tar hensyn til sosiokulturelle forhold kan det medføre feilkilder i utredning og kartlegging, samt dårlig eller ingen behandlingseffekt.

Utredningsverktøyene som det henvises til er i all hovedsak ikke validert for målgruppen for de faglige rådene. Av den grunn må det utvises forsiktighet.

#### **Sentrale utfallsmål for:**

- **skadelig seksuell atferd**: måles ved hjelp av samme instrument som i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future»: Sexual Experiences Short form Perpetration (SES-SFP)
- **behandlers vurdering av pasientens bedring**: The Therapist Rating Scale-2 (TRS-2) (Marshall & Marshall, 2009) (for eventuell måling av endring underveis) og Goal Attainment Scaling (GAS) for behandlers vurdering etter behandlingen.
- **undersøkelse av pasientens egenrapporterte symptomer på psykiske lidelser**: Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Det kan også benyttes et instrument som sier noe om livskvalitet.

Se side 33-48 i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future» for ytterligere oversikt over utredningsverktøy.

Helseforetakene og den enkelte helsearbeider som anvender et verktøy, må selv sørge for at bruken av verktøyet er innen rammen for «god klinisk praksis» og innenfor de rettighetsrammene som finnes. Helseforetakene har egne systemer i henhold til norsk lov om lagring av data, personvern osv., som må følges når bruk av tester medfører innsamling og lagring av data.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Den strukturerte utredningen sikrer at behandler får informasjon om et bredt nok spekter av mulige behandlingsmål for den enkelte pasient, samt at behandlingstjenesten til sammen bidrar til å bygge opp kunnskapsbasen om pasientgruppen som helhet. (Christofferson et al, 2020)

Kunnskap om utredning og behandling av kvinner som står i fare for å begå skadelig seksuell atferd er begrenset.

#### **Referanser**



## KAPITTEL: 4

# Behandling av pasienter

---

### KAPITTEL: 4.1

## Behandlingsplan med klare intervensjonsmål

---

### Råd

### Behandler skal utarbeide en behandlingsplan med klare intervensjonsmål i samarbeid med pasienten

Intervensjonen «Det finnes hjelp» bør utarbeides slik at behandlingen til pasienten har klare mål basert på resultatet av utredningen og en individuell kasusformulering. Dette bør gjenspeiles i behandlingsplanen.

En individuell kasusformulering er en fortløpende og åpen prosess der behandleren strukturerer sin informasjon om pasienten for å få frem det særegne i pasientens problemer og hvordan problemene blir opprettholdt (Tarrier 2006).

Målene for behandlingen skal dekkes av de ulike faglige rådene i kapitlet om [differensiert psykologisk behandling](#).

Målene for en slik behandling etter «Det finnes hjelp-modellen» kan være:

1. Identifisere intervensjonsmål
2. Utvikle intervensjonsplan, inkludert identifisering av relevante moduler i differensiert psykologisk behandling
3. Introdusere Session Rating Scale (SRS) og Outcome Rating Scale (ORS). Se gjerne klinisk veiledning på side 19 i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future - Clinician's Guide».

### Praktisk – slik kan rådet følges

#### Behandlingsplan

En behandlingsplan utvikles i samarbeid mellom behandler og pasient. Selv om planen kan endres gjennom behandlingen bør den bygge på prinsippene som beskrevet i Good Lives Model og utredningen av pasientens behov og risiko for skadelig seksuelle handlinger.

[Se avsnittet om "behandlingsplan" utarbeidet av Helsedirektoratet, for ytterligere informasjon og eksempler om hvordan den kan utarbeides.](#)

#### Kasusformulering

Formuleringen gir grunnlag for en behandlingsplan, men er også et slags kompass terapeuten kan benytte underveis i samarbeidet med pasienten. Formuleringen tjener som en ramme for å se pasientens problemer i en meningsfull sammenheng.

#### **En kasusformulering kan inneholde følgende punkter:**

- En liste over pasientens grunner til å søke hjelp - hvorfor har de oppsøkt tjenesten? Det kan være bekymring for egen seksuelle tiltrekning til barn og/eller uønskede seksuelle lyster (urges), eller at de føler seg frakoblet fra familie og venner og ønsker å åpne seg for dem, eller at de har lastet ned overgrepsmateriale og ønsker hjelp til å slutte, etc.
- Tydeliggjøre kliniske fenomener (mønstre), inkludert diagnose/diagnoser, hvis relevant
- Hypoteser om mulige årsaker til det pasienten søker hjelp for (distale og proksimale, eller disponerende og utløsende)
- Forsterkende eller opprettholdende faktorer – dette kan være tanker/oppfatninger, atferd og/eller sosiale/kontekstuelle faktorer
- Ressurser/beskyttende faktorer som har betydning for grunnene til at pasienten søkte hjelp, og som kan forebygge at pasienten handler på sin seksuelle tiltrekning til barn

Terapeut og pasient drøfter sammenhengen mellom elementene i kasusformuleringen.

#### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

##### **Sammendrag**

En felles forståelse av mål for behandlingen gjør det enklere å utarbeide klare intervensjonsmål og dermed bedre effekten av behandlingen.

Evaluering av behandlingstilbud til personer i fare for på begå skadelige seksuelle handlinger viser at manglende effekt blant annet kan ha sammenheng med at behandlingen ikke fokuserer på de relevante kliniske problemstillingene.

Denne modulen er en del av behandlingsopplegget til «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future».

##### **Referanser**

---

## **KAPITTEL: 4.2**

### **Differensiert psykologisk behandling**

---

#### **Råd**

### **Pasienter bør som hovedregel tilbys differensiert psykologisk behandling**

Differensiert behandling bør baseres på en vurdering av deres behov og en vurdering av grad av risiko for skadelig seksuell atferd. Intervensjonene i «Det finnes hjelp» er laget slik at pasientene

kun vil forholde seg til mål som er relevante for dem, basert på resultatet av utredningen og individuell kasusformulering.

Psykologiske intervensjoner understøttes av flere teoretiske modeller og rammeverk. De overordnede er kognitiv atferdsteori og terapi, Risk Needs Responsivity (RNR), Good Lives Model (GLM), selvregulering prosessmodell for seksuelle overgrep og traumeinformerte omsorgsprinsipper.

Behandling av psykiske lidelser, spesielt angst og depresjoner, vil for enkelte av pasientene være nødvendig. Ordinær behandlingstilnærming til angst og depresjoner benyttes.

### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Både lavterskeltjenesten og den påfølgende behandlingen må tilrettelegge for innsamling av informasjon som gir beslutningsgrunnlag for en individuell vurdering av hvilke behandlingsbehov og risikofaktorer som foreligger.

På bakgrunn av dette tilbys en behandlingsplan basert på noen obligatoriske moduler og moduler som er særlig tilpasset pasientens behov. Det innebærer at behandlingstilbudet kan innbefatte supplerende behandling også fra andre behandlingsmodeller eller behandlingsteder. For eksempel kan behandlingen suppleres med moduler fra rus- og avhengighetsbehandling, behandling av tvangstanker eller TF-CBT.

Sexologisk fokus og motiverende intervju-tilnærming (MI) i behandlingsprogrammet er nødvendig.

Chistofferson et al (2020) omtaler sexologiske aspekter i modulene «Understanding and living with my attractions», «Understanding harmful sexual behaviour» og «Managing my sexual attractions and finding pleasure.»

[Se også dokumentet "Forslag til fokusområder om seksualitet i behandlingsrommet".](#)

### **RNR-prinsippene**

Risikoprinsippet (RNR) bør ivaretas etter tilpasset behandlingsintensitet og risiko. Samtidig bør behandlingen rettes mot behovene pasienten har, deriblant mulig risiko for å handle på sin seksuelle interesse for barn. Pasienter med lav risiko tilbys en lav-intensiv behandling og sluses raskere gjennom behandlingen enn personer med høyere risiko.

Den store utfordringen med RNR i denne målgruppen er at vi ikke vet hva som er risikofaktorer blant personer uten kriminalhistorikk.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Kunnskapsgrunnlaget for behandlingen er hentet fra forskning på virksomme elementer i forebygging av tilbakefall blant personer dømt for seksuallovbrudd, supplert med det som per i dag fins av kunnskap om kjennetegn ved og behov hos personer med seksuell interesse for barn som ikke har begått overgrep.

Begge kunnskapskilder tilsier at behandlingen må ta utgangspunkt i en helhetlig forståelse av pasientens sosiale, kulturelle og identitetsmessige forhold.

RNR-prinsippene er en såpass godt dokumentert tilnærming at det vil være uforsvarlig, ut fra det kunnskapsgrunnlaget som foreligger, å ikke benytte dette som en kunnskapskilde i utformingen av å håndtere risiko.

Kunnskapsgrunnlaget er i stadig utvikling og behandlingen må kontinuerlig justeres for å være i takt med faglige utviklingen på feltet.

Disse modulene er en del av behandlingsopplegget til «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future».

## Referanser

---

### Råd

## Pasienten bør hjelpes til å utvikle forståelse og strategier for å unngå å handle på sin seksuelle tiltrekning til barn

Behandlingstilbudet bør ta utgangspunkt i en kartlegging av pasientenes type og intensitet av seksuelle preferanser og tilrettelegge for at de får en større forståelse og bedre strategier for forvalte sin seksualitet.

Dette behandlingselementet formidler fagkunnskap til pasienten om hvordan seksuell interesse kan forstås, og at seksuelle tanker, tiltrekning og impulser ikke er det samme som atferd/handlinger. Uavhengig av hva slags type seksuell tiltrekning man opplever, kan man lære seg å håndtere sine seksuelle impulser og kontrollere egen atferd.

Som behandler er oppgaven å få pasienten til å få kunnskapsbasert informasjon om tiltrekning til barn og mindreårige, og en selvaksept for situasjonen pasienten er i. Behandler skal også utforske pasientens opplevelser av stigma og hvordan håndtere det.

Mål for en slik behandling kan være:

1. Lære pasienten om nåværende kunnskap om tiltrekning til mindreårige
2. Forsterke selvaksept
3. Utforske pasientens erfaringer med stigma og strategier for å håndtere stigma

### Praktisk – slik kan rådet følges

Behandler kan benytte seg av CBT-basert psykoedukasjon med eksempler på temaer:

- tanker/impulser er ikke oppførsel
- nåværende forståelse angående pedofile interesser
- utforske stigma
- kognitiv reframing for å skape selvaksept

Behandlingstilbudet bør tematisere både kunnskap og spesifikke metoder for å gi bedre forståelse og strategier, for at pasientene skal unngå å handle på sin seksuelle tiltrekning til barn.

Det innebærer at pasientene får opplæring og støtte til å monitorere sine seksuelle fantasier og impulser. Videre at de får kunnskap om at visse typer pornografi og overgrepsmateriale (fremstillinger som seksualiserer barn) virker opprettholdende og forsterker seksuell interesse for barn, samt lærer metoder for hvorledes de kan unngå å handle på seksuelle impulser rettet mot barn. Her kan man med fordel tilegne seg teknikker utviklet for behandling av tvangslidelser eller impuls kontroll-lidelser (for eksempel defusjon, mindfulness, stopp-teknikker og lignende).

Pasientene bør få hjelp til å finne og utvikle seksuelle preferanser som ikke er skadelige for barn eller andre.

Se side 21 i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future - Clinician's guide» for klinisk veiledning på tematikken.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Personer med seksuell interesse for barn kan noen ganger ha holdninger eller atferd som opprettholder og forsterker deres seksuelle interesse og øker risiko for seksuelle overgrep.

Behandling krever at man sammen kartlegger de spesifikke seksuelle preferansene og pasientenes seksuelle praksis (inkludert onani). Dette blir utgangspunktet for hvordan pasienten kan mestre de seksuelle impulsene.

Behandling må videre ta utgangspunkt i at mange med seksuell interesse for barn bruker overgrepsmateriale i en feilaktig overbevisning om at det demper risiko for fysiske seksuelle overgrep.

#### **Referanser**

---

### **Råd**

## **Pasienten bør hjelpes til å forstå konsekvensene av skadelig seksuell atferd på mindreårige**

Pasienten må ha informasjon om konsekvensene som skadelig seksuell atferd har på barnet. Det er viktig å se på biologiske, psykologiske, sosiale og seksuelle skader på kort sikt og på lang sikt.

Målet for en slik behandling kan være:

1. Snakke om uhensiktsmessige tanker og skjemaer angående seksuelle misbruk av barn

### **Praktisk – slik kan rådet følges**



Behandlingstilbudet for personer med seksuell interesse for barn bør ha et innhold og en form som tydelig fremhever ulike skadevirkninger seksuell kontakt med voksne kan ha for et barn. Det bør dessuten fremkomme at seksuell kontakt også innebærer mer enn fysisk seksuell kontakt, for eksempel kontakt gjennom internett, telefon og lignende.

Informasjon om skadevirkningene må ta hensyn til at personer med seksuell interesse for barn ofte benytter seg av dysfunksjonelle tankeprosesser eller andre psykologiske forsvarsmekanismer. Dette hindrer at de fullt ut tar innover seg hvor skadelig det er for barn å ha seksuell kontakt med voksne.

Behandler bør forsøke å utforske opphavet til pasientens eventuelle negative/overgrepstøttende holdninger og utfordre dem med annen kunnskap, uten å være konfronterende.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Kunnskap om skade, forårsaket av seksuell misbruk, kan medvirke til å stoppe personer med seksuelt interesser til mindreårige fra å handle på deres interesse. Forskning viser at seksuallovbruddsdømte har oftere positive holdninger til seksuell aktivitet mellom voksne og barn.

Kunnskap om konsekvensene er som regel en forutsetning for god behandling. Seksuell interesse for barn kan skyldes en rekke forhold, men innebærer vanligvis enten en manglende forståelse for eller bagatellisering av skadevirkningene barn kan få av seksuelle kontakt med voksne. Noen ganger kan manglende forståelse og bagatellisering være tydelig. Andre ganger kan det være vanskelig å få frem. Det er derfor viktig at behandlingstilbudet inneholder kartleggingsmetoder og behandlingsmoduler som kan tilpasses til pasientens grad og type av kognitiv fordreining eller andre psykologiske forsvarsmekanismer. Videre at behandlere har kompetanse på hvordan tilpasse informasjon om skadevirkninger og hvordan de formidler kunnskapen på en måte som er tilpassets pasientens behov og risiko.

#### **Referanser**

---

### **Råd**

## **Pasienten bør hjelpes til å styrke sine mellom-menneskelige ferdigheter**

Personer med seksuell interesse for barn kan ha mangelfulle ferdigheter innen generelle psykologiske og mellom-menneskelige ferdigheter. Behandling bør derfor på bakgrunn av kartlegging av pasientens generelle ferdigheter tilrettelegge for styrking av relevante ferdigheter. Det innebærer blant annet at pasientene får større forståelse og økte ferdigheter innen områdene emosjonsregulering, selvregulering, problemløsning og stresshåndtering.

Denne delen av behandlingen vil fokusere på noen spesifikke ferdigheter og strategier som vil kunne øke selvkontrollen hos pasienten.

Mål for en slik behandling kan være:

1. Styrke pasientens evne til selvregulering og mestring
2. Styrke emosjonsregulerende ferdigheter
3. Styrke kognitiv problemløsningsferdigheter
4. Styrke konstruktiv stresshåndtering

Les om økt risiko for overgrep ved å bruke sex som mestringsstrategi på side 34 i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future - Clinician's guide».

### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Behandler kan benytte seg av følgende eksempler på temaer:

- Selvregulering og kontroll
- Følelshåndtering
- Problemløsning
- Mestringsfølelse

Se side 28 i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future - Clinician's guide» for klinisk veiledning på tematikken.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Personer med seksuell interesse for barn kan ha mangelfulle ferdigheter på flere områder. Dette kan øke risiko for seksuelle handlinger mot barn både direkte og indirekte.

Manglende evne til selvregulering kan for eksempel medføre at pasienten ikke evner å kontrollere seksuelle impulser, mens mangelfull problemløsningsferdigheter kan føre til beslutninger som både på kort og på lang sikt kan senke terskelen for seksuelle handlinger mot barn.

Indirekte kan manglende generelle ferdigheter medføre nedsatt selvbilde og mestringstillit (self efficacy), noe som kan øke tendensen til å trekke seg bort fra relasjoner med voksne og øke interessen for skadelig kontakt med barn. Nedsatt selvbilde og mestringstillit kan dessuten øke motivasjonen for- og de negative følgene av, kontakt med andre voksne med seksuell interesse for barn.

Ved å styrke ferdighetene til pasienten er det sannsynlig at pasienten får større selvkontroll og klarer å regulere egen atferd.

#### **Referanser**

---

#### **Råd**

### **Pasienten bør få hjelp til å styrke sin seksuelle interesse for voksne**

Noen pasienter har begrenset forståelse om hva sunn seksuell fungering er og/eller feilaktig antagelse om sosialt akseptert seksuell atferd. Dette kan påvirke evnen til sunn seksuell fungering.

Derfor kan det være nødvendig å restrukturere disse holdningene for å utvikle seksuell interesse for voksne.

Mål for en slik behandling kan være:

1. Utvikle sunne seksuelle skript og fantasier
2. Redusere seksuell interesse for mindreårige
3. Styrke seksuell interesse for voksne

**NB:** Hvis utredningen har avdekket at pasientens seksuelle tiltrekning retter seg utelukkende mot barn, anbefales ikke denne modulen. Se mer om dette på side 35 i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future - Clinician's guide».

### **Praktisk – slik kan rådet følges**

På samme måte som ved andre psykologiske forstyrrelser kan seksuell interesse for barn ha en sammenheng med manglende forståelse eller feilaktig tolkninger. For å motivere til økt seksuell interesse for voksne bør derfor behandlingstilbudet innebære en kartlegging av dysfunksjonelle seksuelle holdninger både generelt og knyttet til seksuell interesse for barn.

Eksempelvis kan emosjonell kongruens medføre at pasientene opplever en særlig affinitet til barn som medfører at de søker å dekke sine følelsesmessige behov hos barn heller enn hos voksne. Behandling bør videre undersøke hva som reduserer interessen for seksuell kontakt med voksne og hjelpe pasientene i å styrke sosiale ferdigheter. Fokus kan være å hjelpe pasienten til bedre kontakt med voksne, eller utforske seksuelle preferanser som kan øke nytelse i seksuell kontakt med voksne.

Behandler kan benytte seg av:

- atferdsteknikker for å redusere avvikende interesser og/eller styrke ikke-avvikende interesser som for eksempel samtykkende voksne

Se side 35 i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future - Clinician's guide» for klinisk veiledning på tematikken.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Mange personer med seksuell interesse for barn har også seksuell interesse i varierende grad for voksne. Noen ganger skyldes nedsatt seksuell interesse for voksne at pasientene ikke har tilstrekkelige ferdigheter til å etablere sosial eller seksuell kontakt. Andre ganger trenger pasientene hjelp til hvordan de kan snakke åpent om seksuelle interesse de har som ikke er skadelige, men som likevel er vanskelig å snakke om med en potensiell partner (for eksempel fetisjer).

Økt sosial kontakt med voksne har en rekke fordeler både generelt og for å forebygge seksuelle handlinger mot barn.

#### **Referanser**

## Pasienten bør få hjelp til å håndtere sin seksuelle tiltrekning

Seksuell interesse for barn er en sterk risikofaktor for seksuelt skadelig atferd rettet mot barn. Behandlingstilbudet for personer med seksuell interesse for barn bør derfor tilrettelegges for at pasientene skal utvikle egne holdninger og lære teknikker for å håndtere sin seksuelle tiltrekning og utvikle sin voksens seksualitet. Det innebærer både å øke pasientens ferdigheter til selvregulering og å bidra til at pasienten utvikler sunne, seksuelle skript rettet mot voksne.

Mål for en slik behandling kan være:

1. Introdusere strategier som kan anvendes ved påtrengende seksuelle tanker og lyster
2. Identifisere trygg og passende seksuell praksis (outlet) og ikke-seksuelle kilder til nytelse

### Praktisk – slik kan rådet følges

Behandlingstilbudet for personer med seksuell interesse for barn bør inneholde komponenter som direkte tematiserer den seksuelle interessen for barn og hvordan den kan utøves. Dette bør skje på en systematisk måte både gjennom å tilrettelegges for refleksjon, og ved lære pasienten spesifikke ferdigheter innen selvregulering og sexologiske teknikker for rekonstruksjon.

CBT-basert psykoedukasjon kan benyttes, eksempler på temaer kan være:

- redusere seksualisert mestring
- safe life planning skills/planleggingsferdigheter for et trygt liv

### Begrunnelse – dette er rådet basert på

#### Sammendrag

Opplevelser fra barndom og tidlig ungdom, som ikke-ønskede seksuelle erfaringer eller eksponering av pornografi, kan føre til uhensiktsmessige holdninger til seksualitet. Det innebærer at personer med seksuell interesse for barn kan ha vansker med og/eller er utrygge i sin voksen-seksualitet.

Det er lite sikker kunnskap om hva seksuell interesse for barn skyldes og om den seksuelle interessen kan endres. Det er derimot enighet om at onani og bruk av pornografi eller overgrepsmateriale kan forsterke den seksuelle interessen for barn. Pasientene bør derfor anbefales å unnlate å handle på sin seksuelle interesse for barn og lære seg spesifikk sexologiske teknikker som reduserer risiko for seksuell kontakt med barn. (Levenson, Willis og Prescott, 2017)

#### Referanser

## Pasienten bør få hjelp til å lære å mestre og håndtere sorg over mangel på intimitet med voksne

Behandlingstilbudet for personer med seksuell interesse for barn bør ta hensyn til at for enkelte pasienter kan det innebære savn og sorg knyttet til manglende evne til å oppleve seksuell glede i kontakt med voksne. Dette rådet gjelder spesielt for pasienter hvor deres seksuelle interesse utelukkende er orientert mot barn.

Målet for en slik behandling kan være:

1. Snakke om tap/sorg med pasienter som ikke får til å oppleve seksuell intimitet med en voksen partner

### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Noen ganger kan det fremgå fra kartlegging og/eller i samtaler med pasientene at de ikke opplever seksuell lyst knyttet til kontakt med voksne. Dersom dette ikke endres gjennom tematisering av seksuelle holdninger eller opplæring av sexologiske teknikker, må pasientene få hjelp til å akseptere at de aldri vil kunne ha en seksuell praksis.

Videre krever det at de får hjelp til å unngå negative psykologiske reaksjoner som vedvarende grubling, bekymring, eller vedvarende søken etter løsninger som ikke finnes. Med fordel kan pasientene lære seg måter å forholde seg til savn og sorg på, for eksempel gjennom metoder utviklet innen Acceptance Commitment Therapy eller lignende.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Hvis pasientens seksuelle interesse utelukkende er orientert mot barn, innebærer det at man kanskje aldri vil inngå i en seksuelt tilfredsstillende relasjon med en annen voksen.

Å leve i slik seksuell avholdelse er krevende. Det krever at man fullt ut aksepterer at det er slik det må være og at man retter sin oppmerksomhet mot viktige verdier som har forrang fra egen seksuell tilfredsstillelse.

Behandling av andre tilstander med konsekvens at man ikke kan endre situasjonen, for eksempel vedvarende smertetilstander, viser at aksept av situasjonen krever støtte og opplæring i spesifikke metoder (for eksempel mindfulness og verdiarbeid).

#### **Referanser**

---

## **Råd**

# **Pasienten bør få hjelp til å styrke relasjoner med andre voksne**

Behandlingstilbudet bør vektlegge viktigheten av at pasienten bedrer sine relasjoner med andre voksne.

Mål for en slik behandling kan være:

1. Styrke forståelsen i hva som skaper gode og sunne forhold og utforske forskjellige typer intimitet
2. Styrke evnen til å oppleve og uttrykke empati med andre
3. Styrke generelle mellommenneskelige ferdigheter som konfliktløsning og direkte kommunikasjon

### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Pasienter med seksuell interesse for barn har ofte vansker med, eller er utrygge, i sosiale relasjoner med andre voksne. Behandlingen bør derfor ha som mål å styrke pasientens interesse og ferdigheter knyttet til sosial og seksuell kontakt med voksne. Behandlingen bør tilrettelegge for at pasienten kan lære å gjenkjenne og endre holdninger som hemmer kontakt med voksne og som derfor fremmer seksuell kontakt med barn.

CBT-basert psykoedukasjon kan benyttes, eksempler på temaer kan være:

- voksne relasjoner og intimitetsferdigheter
- hemmelighold og isolasjon

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Behandling av pasienter med seksuell interesse for barn bør vektlegge beskyttende faktorer i like så stor grad som risikofaktorer. Sosial støtte og nettverk er en beskyttende faktor. Noen ganger kan problemer i nære relasjoner medføre økt risiko for internettrelaterte eller fysiske seksuelle overgrep. Bedring av mellommenneskelig kompetanse og fungering vil både ha en generell positiv betydning og i tillegg øke kvaliteten i pasientens relasjoner. Dette har en verdi i seg selv og for å forebygge nedsatt psykisk helse.

I tillegg vil begrenset sosial kontakt med voksne kunne senke terskelen for seksuell kontakt med barn. Gode relasjoner med andre voksne er også godt for utvikling og vedlikeholdelse av empati, samt kunne være korrigerende for overgrepsunderstøttende holdninger.

#### **Referanser**

---

## **Råd**

### **Pårørende til pasienter bør få delta i behandling dersom det gis samtykke til det**

På samme måte som lavterskeltjenesten, bør pårørende få delta i deler av behandlingen.

Dersom pasienten samtykker til det, bør pårørende få tilbud om informasjon, råd og deltagelse i de delene av behandlingen som oppleves nyttig.

Pasientene bør dessuten få informasjon om at pårørende i mange tilfeller kan være en støtte.

### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Behandler bør informere pasient om muligheten for at pårørende kan delta i behandlingen, spesielt der det er hensiktsmessig.

I tillegg til at pårørende kan delta i deler av behandlingen, bør behandlingstilbudet også opplyse om detfinneshjelp.no og at instanser som familievernkontor og barneverntjenesten også kan være nyttige ressurser. Andre pårørendeorganisasjoner kan være hensiktsmessige å henvise til.

Behandlingsenheten bør være oppmerksom på at pårørende har egne behov og bør bidra til å fange opp disse behovene hos pårørende som kan kreve oppfølging. For eksempel kan noe av dette dekkes [gjennom pårørendegrupper](#) ledet av behandlere ved enheten.

[For mer informasjon om pårørende, se Pårørendeveilederen.](#)

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Pårørende er ofte en undervurdert ressurs og samarbeidspartner i behandling generelt og knyttet til sexologiske problemer spesielt. I tillegg har pårørende et stort behov på egne vegne til å forstå hva seksuell interesse for barn innebærer.

Mange pasienter med seksuell interesse for barn klarer ikke selv å snakke med sine pårørende om sin seksuelle interesse og vil ofte ha vansker også å spørre andre til råds om hvordan det kan gjøres.

#### **Referanser**

96. Helsedirektoratet. : Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten (IS-2587). 2017. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder>.

---

## **KAPITTEL: 4.3**

### **Legemiddelbehandling**

---

#### **Råd**

### **Pasienter med seksuell interesse for barn kan tilbys legemiddelbehandling**

Det kan være aktuelt å forsøke legemidler for svært motiverte pasienter under tett oppfølging i ekstra krevende perioder, når de selv ønsker dette. Det må alltid gjøres vurderinger av hva som er forsvarlig, hensiktsmessig og etisk akseptabelt.

#### **Praktisk – slik kan rådet følges**

Noen pasienter kan ha nytte av medikamentell behandling. De kliniske anbefalingene er knyttet til bruk av antidepressiva og anti-androgener. Hormonell behandling vil kunne ha betydelige

bivirkninger. Her må det gjøres nøye vurderinger av nytte og effekt. I Sverige er det et godt etablert behandlingstilbud på Anova ved Karolinska Universitetssjukhuset. Helsedirektoratet viser til dette som praktisk eksempel:

Anova har en behandlingsmotivert gruppe som har et ønske om å forandre seg. Det kan være høy motivasjon for å forsøke legemiddelbehandling i særlig vanskelige perioder.

I første omgang vil det være viktig med en grundig kartlegging/utredning av pasienten for å avdekke behandlingstrengende psykisk sykdom. På Anova er det satt av fire timer til kartlegging/utredning; først en time hos psykiater og deretter tre timer hos psykolog. Det brukes også tid på tverrfaglige drøftinger mellom timene. Psykiateren tar opp en psykiatrisk innkomstjournal inkludert rusanamnese og kartlegging av medikamentbruk. På grunnlag av dette tas det stilling til om pasienten primært trenger psykiatrisk behandling og/eller rusbehandling eller kan nyttiggjøre seg dette tilbudet. Psykose og selvmordsproblematikk er ikke uvanlig og dette er særlig viktig å få kartlagt.

Anovas erfaring er at det er særlig effektivt med medikamentell behandling der det foreligger høy risiko og vold. Det brukes:

- SSRI: antidepressivt, impulshemmende og angstreduserende.
- Antiandrogener: Ved farlig seksualitet, stor lidelse, i påvente av psykoterapi og når seksualiteten styrer atferden. Denne behandlingen har ofte ubehagelige bivirkninger og krever regelmessig kontroll. Et par pasienter i måneden settes på antiandrogener ved Anova. Det skjer alltid i samråd med pasienten.
- Antipsykotisk behandling: Kan brukes sammen med SSRI når atferden er tvangsmessig og i mindre grad seksuelt styrt.

Christoffersen et. al (2020) beskriver legemiddelbehandling ved indikasjon av påtrengende seksuelle tanker og overfokusering på sex. Se side 39 i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future - Clinician's guide» for klinisk veiledning på tematikken.

## **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

### **Sammendrag**

Det er svakt evidensgrunnlag for bruk av medikamentell behandling i forebyggingen av seksuelle overgrep. Helsedirektoratet har innhentet råd og etterspurt erfaringer fra fagmiljøer vi samarbeider med som har etablerte tilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep (Sverige, New Zealand og Canada).

Hovedkonklusjonen når det gjelder medikamentell behandling som forebyggingstiltak mot seksuelle overgrep er at det trengs bedre evidens og må forskes mer på problemstillingen.

[FHI har utviklet et voldsforskningskart for NKVTS \(nkvts.no\)](https://nkvts.no) vedrørende behandlingstiltak for personer som er utsatt for eller utøver vold.

### **Referanser**



---

## Råd

# Pasienten bør få hjelp til å utvikle en livsplan basert på egne styrker og verdier

En god livsplan er individualisert, helhetlig og styrkebasert tilnærming for veien videre.

Mål for modulen kan være å:

1. Utvikle en livsplan som tar for seg pasientens verdier og styrker. Dette skal holde pasienten trygg/sikker fra å agere på tiltrekning til mindreårige, og bidra til at pasienten har et generelt godt liv.

Se vedlegg E i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future».

### Praktisk – slik kan rådet følges

På dette tidspunktet av behandlingen bør pasienten føle seg trygg på at de vil klare å oppnå gode livsmål fordi de har deltatt i behandlingen.

Her kan behandler, sammen med pasienten, reflektere over pasientens utvikling så langt. Behandler kan dele sine refleksjoner med pasienten og invitere pasienten til felles refleksjon.

På denne måten blir pasienten forberedt på tiden etter behandling.

Se side 45 i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future - Clinician's guide» for klinisk veiledning på temaet.

### Begrunnelse – dette er rådet basert på

#### Sammendrag

En god livsplan kan være med på å forebygge risiko for skadelig seksuell atferd, og pasienten får et mer meningsfullt liv fylt med gode, grunnleggende verdier.

Denne modulen er en del av behandlingsopplegget til «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future».

#### Referanser

## KAPITTEL: 5

# Evaluering av behandling

---

### Råd

## Pasientens endringer bør bli evaluert etter at behandlingen er gjennomført

Vurdering av pasientens endringer etter gjennomført behandling vil være fokus for denne modulen. Her kan behandlingen evalueres etter hvor effektiv intervensjonen har vært og kunnskapsbasert bedring for pasienten. Her er det også mulighet for å sikre at pasientens [livsplan](#) reflekterer deres nåværende mål, behov og beskyttende faktorer.

Målet for modulen kan være:

1. Evaluere behandlingen som er blitt gitt
2. Tydeliggjøre avslutning av behandlingen

### Praktisk – slik kan rådet følges

Evalueringen av behandlingen bør ta utgangspunkt i intervensjonsmålene som ble [fastsatt i behandlingsplanen](#).

Det er viktig å evaluere pasientens motivasjon, psykiske helse og rusrelatert problematikk dersom dette har vært en del av målsetningen.

### Evalueringen bør inneholde:

- Generell trivsel og livskvalitet
- Betrachninger fra Good Lives Model
- Seksuelle interesser
- Selvaksept
- Kognitive aspekter
- Mestringstro
- Selvregulering
- Stresshåndtering og vanskelige følelser
- Mellommenneskelig funksjon og evne til å ha intime forhold til voksne
- Motivasjon, mental helse, rusmiddelproblemer

Se side 48 i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future - Clinician's guide» for ytterligere informasjon.

Etter at vurderingen av behandlingen er gjort er det viktig å tilby pasienten en oppfølgingstime.

### Behandler kan gjøre følgende:

- Oppfølgingstimen bør gjennomføres innen 9 måneder etter fullført behandling.

- Pasienten bør tilbys dato for første oppfølgingstime før behandlingen avsluttes.
- Etterbehandling er et frivillig tilbud, men samtlige deltagere i behandlingstilbudet inviteres, inkludert de som kun har deltatt på den første behandlingssamtalen.

Dersom målene er delvis eller ikke oppnådd bør dette diskuteres i samarbeid med pasienten. Dersom pasienten er motivert kan det være faglig riktig å tilby en ny utredning. Det bør også vurderes andre intervensjoner som ikke er helse relaterte, men kan ha betydning for risiko.

### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

#### **Sammendrag**

Evalueringen av behandlingen har som mål å understøtte effekten av behandlingen og sikre at pasienten har mulighet til å gi tilbakemeldinger. I tillegg legger dette grunnlaget for kvalitetsutvikling av tilbudet generelt.

Denne modulen er en del av behandlingsopplegget til «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future».

#### **Referanser**

## KAPITTEL: 6

# Oppfølging etter behandling

---

### Råd

## Oppfølgingstilbudet etter fullført behandling bør tilpasses pasientens behov

Målet med etterbehandlingen er gjensidig oppdatering av pasientens behov, fungering og risiko for seksuelle handlinger rettet mot barn og ungdom.

Oppfølgingstilbudet tilpasses den enkeltes behov og etter resultat fra en ny «Triage for skadelig seksuell adferd risiko».

### Praktisk – slik kan rådet følges

Oppfølgingstilbudet:

- Oppfølgingstilbudet tilpasses pasientens behov innenfor rammen av fem konsultasjoner.
- Dersom det oppstår informasjon i oppfølgingen som tilsier behov for ny behandling, bør dette tilbys.
- Om mulig gjennomføres oppfølging av samme behandler som ved behandlingen.

Metoden for etterbehandlingen er samtaler basert på en støttende, ikke-dømmende posisjon basert på prinsippene for behandlingen. I etterbehandlingen gjennomgås pasientens livsplan og [evalueringen etter pasientens gjennomførte behandling](#). I tillegg gjennomføres «Triage for skadelig seksuell adferd risiko» på nytt.

### Begrunnelse – dette er rådet basert på

#### Sammendrag

Oppfølgingstilbudet gjennomføres for å være et ledd i å forebygge overgrep mot barn, og for å kvalitetsforbedre endringene i pasientens helsetilstand.

[Som det kommer frem i konseptrapporten](#), er oppfølgingstilbudet et viktig element i et helhetlig behandlingstilbud til pasientgruppen.

### Referanser

## KAPITTEL: 7

# Kunnskapsutvikling og forskning

Kunnskapsgrunnlaget for lavterskeltilbud og behandling av voksne som står i fare for skadelig seksuell atferd mot barn er mangelfull. Samtidig utvikles det tiltak for målgruppen både i Norge og andre land. Det påligger derfor disse tiltakene at man har et oppdatert kunnskapsgrunnlag og samtidig bidrar til kunnskapsutviklingen.

Behandlingstilnærmingen «Det finnes hjelp», som er utviklet for et helhetlig helsetilbud, er basert på «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future». Dette er utarbeidet av Sarah Christofferson, Ph.D., Gwenda Willis, Ph.D., Jacinta Cording, Pd.D., og Waikaremoana Waitoka, Ph.D.

«Det finnes hjelp» understøttes av en rekke teoretiske og evidensbaserte tilnærminger:

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

I tillegg til dette vil «Det finnes hjelp» bestå av «Triage for skadelig seksuell adferd risiko», som også vil kreve kunnskapsutvikling.

For evaluering og kunnskapsoppbygging bør det tilstrebes å samarbeide internasjonalt med tilsvarende behandlingsprosjekter om forskning og intervensjoner.

Det er et stort behov for forskning både om behandlingseffekter, fenomenforståelse, omfang, risikobilde og fremtidige utfordringer innenfor feltet.

Internettrelaterte seksuelle overgrep er et hurtig voksende felt i stadig endring. Her mangler det kunnskap om viktige problemstillinger for denne målgruppen.

## KAPITTEL: 8

# Metode og prosess

## Introduksjon

Helsedirektoratet fikk i 2018 oppdrag å utrede faglig en lavterskeltjeneste og helhetlig behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Dette oppdraget ble gitt på bakgrunn av Redd Barnas rapport [«Hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn» \(PDF\)](#).

Utarbeidelsen av oppdraget i sin helhet og de nasjonale faglige rådene er et tiltak innenfor «Opptrappingsplan mot vold og overgrep 2017-2021».

I juni 2019 leverte Helsedirektoratet [«Konseptutredning for et lavterskel og helhetlig behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn»](#) til Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet ga Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle modell 3, presentert i konseptutredningen.

De nasjonale faglige rådene er utarbeidet gjennom en prosess der Helsedirektoratet har søkt konsensus med en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Det er tatt hensyn til erfaringer fra helsepersonell, brukere, pårørende, og sett til fagkunnskap og forskning. Brukerrepresentanter har det vært avholdt egne møter for, i lokalene til Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi (IKST).

Lover og forskrifter for helsetjenesten setter ramme for disse faglige rådene som Helsedirektoratet er ansvarlig for.

## Internasjonalt samarbeid

Arbeidet med de faglige rådene har tatt utgangspunkt i «Stand Strong, Walk Tall: Prehabilitation for a Better Future». Dette er utarbeidet av Sarah Christofferson, Ph.D., Gwenda Willis, Ph.D., Jacinta Cording, Pd.D., og Waikaremoana Waitoka, Ph.D., og ble publisert i januar 2020. I tillegg bygger rådene på internasjonale kunnskapsoppsummeringer, sammenfattet av nevnte fagmiljø i New Zealand.

Søk i internasjonal litteratur viser at det ikke finnes noen risikoinstrumenter for denne målgruppen. I denne sammenheng har professor Stephen Hart og kolleger i samarbeid med Helsedirektoratet utarbeidet «Triage for skadelig seksuell adferd risiko», for norske forhold.

I tillegg har [Preventell - hjelplinjen vid oönskad sexualitet](#), ANOVA ved Karolinska Universitetssjukhuset bistått i faglige og praktiske utfordringer.

Helsedirektoratet takker for godt samarbeid og stor sjenerøsitet av kunnskapsdeling. Dette har bidratt til at de faglige rådene og utviklingen av behandlingsmetoden «Det finnes hjelp» kan tilbys til behandlere og pasientgruppen.

## Arbeidsgruppens sammensetning:

Helsedirektoratet har ledet utviklingen av faglige råd og behandlingsmodellen «Det finnes hjelp». Arbeidet startet i august 2019 og avsluttet våren 2020.

- Professor Stephen D. Hart, PhD, Simon Fraser University, Canada
- Sarah Christofferson, PhD, University of Canterbury
- Gwenda Willis, PhD, University of Auckland
- Christine Friestad, forsker og psykolog, Oslo Universitetssykehus HF
- Svein Øverland, psykologspesialist, St. Olav Hospital HF
- Knut Hermstad, Dr.art og sexolog, RVTS Midt
- Knut Rypdal, seksjonsleder og jurist, Haukeland Universitetssykehus HF
- Atle Austad, psykologspesialist, Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi (IKST)
- Inger Marie Fosse, seniorrådgiver og psykiater, Helsedirektoratet
- Brukerrepresentanter fra Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi (IKST)
- Martin Sjøly, seniorrådgiver og psykologspesialist, fagansvarlig for de faglige rådene fra Helsedirektoratet

## Begreper og definisjoner

- "Behandling" kan være bredt definert slik at det inkluderer alle intervensjoner i (re-) habilitering, dersom dette lar seg praktisk gjennomføre for et helhetlig behandlingstilbud,
- Spesialiserte tjenester tilbudt av ulike fagfolk (helsevesen, rehabilitering, sosiale tjenester, utdanningstjenester, juridiske tjenester osv) med mål om å adressere mangler i sosial, psykologisk og biologisk funksjonsevne.
- Målene med behandling bør være risikofaktorer relatert til skadelig seksuell atferd (seksuelt voldelige gjerninger) som (1) gjenspeiler mangler i sosial, psykologisk og biologisk funksjonsevne og som kjennetegnes ved at de er (2) dynamiske eller foranderlige i natur.
  - Behandlingsmål gjenspeiler art eller type behandlingsbehov, i motsetning til nivå eller alvorgrad i behandlingsbehov
- Skadelig seksuell atferd defineres som «faktisk gjennomført, forsøk på, eller trusler om seksuell kontakt eller kommunikasjon med en annen person, gjort med hensikt, og uten samtykke». Med «hensikt» menes at den seksuelle kontakten eller kommunikasjonen ikke var et uhell. Med «samtykke» menes at de involverte er bevisst og frivillig involvert i den seksuelle aktiviteten, og gitt av personer som har kompetanse til å samtykke til seksuell aktivitet. Barn som er under 16 år kan ikke samtykke til seksuell omgang jf regler om seksuell lavalder. Men personer kan også mangle samtykkekompetanse på grunn av ruspåvirkning, fysiske eller psykiske helseproblemer, er bevisstløs eller av andre grunner ute av stand til å motsette seg handlingen.
 

Det sentrale ved definisjonen av skadelig seksuell atferd er at atferden (som er seksuelt motivert, eller på annen måte er av seksuell natur) tilsiktet eller uaktsomt påfører andre fysisk eller psykisk skade, eller rimelig grunn til å frykte slik skade.

  - Behandlingsmål relatert til fare for skadelig seksuell atferd bør generelt være konsistent med behandlingsmål for andre typer voldskriminalitet
- På grunn av at det er flere etiologier (flere veier) til skadelig seksuell atferd, og siden etablerte risikofaktorer knyttet til årsaker til skadelig seksuell atferd overlapper konseptuelt og sameksisterer i det virkelige liv, kan det være mer effektivt å kategorisere spesifikke risikofaktorer i nivåinndelte grupper.
  - Nivåinndelte grupper av risikofaktorer bør gjenspeile (alternativt, ha sin opprinnelse i) teori, forskning og praksis
- Triage og omfattende risikovurdering av skadelig seksuell atferd gir informasjon om de nivåinndelte gruppene av behandlingsmål som er (potensielt eller antatt) tilstede og relevant i et gitt case.

- Triage og omfattende risikovurdering gir også informasjon om nivå eller alvorlighetsgrad i behandlingsbehov



