

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.: 21/559

Vår ref: HSAK202200212

Dato: 23-03-2022

Høring - nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold eller seksuelle overgrep

Det vises til Helsedirektoratets brev av 14.1.2022.

Legeforeningen støtter arbeidet med en nasjonal strategi for å forebygge vold og seksuelle overgrep, og takker for muligheten til å komme med innspill til høringen. Det vises også til Legeforeningens tidligere innspill til *helhetlig strategi og planmessig utvikling av arbeidet rettet mot personer som utøver vold og seksuelle overgrep*, samt innspill til *utredningen av et lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utøve problematisk eller skadelig seksuell atferd*.

Legeforeningen har følgende innspill til det foreliggende forslaget:

Likeverdige og tilgjengelige behandlingstilbud

Legeforeningen støtter Helsedirektoratets oppfatning om at mangel på likeverdige og tilgjengelige behandlingstilbud er en barriere i helsesektorens arbeid rettet mot voldsutøvere og overgripere.

Det påpekes i strateginotatet at fastlegens rolle er svært viktig for å avdekke og forebygge vold og overgrep, og at fastlegen bør ha god tilgang til hvilke behandlingstilbud som finnes for personer som utøver vold og overgrep. I den videre teksten pekes det imidlertid primært på at kommunens lavterskeltilbud innenfor psykisk helse og rus bør utvikles, og i delmålene er ikke fastlegen nevnt. Kunnskapsoppdatering og kompetanseheving rettet mot fastlegene vil være et sentralt virkemiddel for å oppnå likeverdige og tilgjengelige behandlingstilbud. Det er viktig at fastlegene har tilgang på en oversikt over tilbud som finnes og en enkel henvisningsvei.

En forutsetning for likeverdige og tilgjengelige behandlingstilbud i kommunene er at innbyggerne er tilknyttet en fastlege med kapasitet til å avdekke og følge opp risikofaktorer og sykdom og hos pasientene på listen. Den pågående krisen i fastlegeordningen, hvor 150 000 innbyggere mangler fastlege og det samtidig er uakseptabel høy arbeidsbelastning i store deler av fastlegeordningen, er en trussel mot likeverdige og tilgjengelige behandlingstilbud.

Det påpekes at de regionale helseforetakene bør lage en plan for hvordan de kan utvikle et differensiert behandlingstilbud. En slik plan bør også vise eventuelle økte kostnader knyttet til nye tiltak og økt kapasitet. Nye og forsterkede tilbud i spesialisthelsetjenesten må følges opp med nye

ressurser, slik at det ikke går på bekostning av eksisterende tilbud til brukere. Man bør også se på økt ressursbruk og økte kostnader som må forventes i primærhelsetjenesten dersom man skal iverksette nye tiltak rettet mot denne gruppen.

Helsetjenestene har allerede etablerte rutiner for å kartlegge vold og avdekke voldsutøvelse, og rutiner for å etablere kontakt med instanser som politi i de tilfeller det er nødvendig. Spesialisthelsetjenestene har god kunnskap om psykiske- og rusrelaterte tilstander som er forbundet med økt risiko for vold. Videre er det rutiner for å avdekke, vurdere og sette inn risikoforebyggende tiltak og behandling i de tilfeller der pasienten er motivert for samarbeid omkring voldsrisikoredusering. Sistnevnte har vist seg å være en forutsetning for vellykket behandling.

At voldsforebygging skal være helsesektorens anliggende alene, fremstår ikke fruktbart dersom man skal lykkes med målsetning om å redusere forekomst av vold. Det bør utformes en nasjonal strategi som også involverer andre sentrale aktører som politi, kriminalomsorg, barne-/familievern, skoler m. fl.

Særlig om barn og unge

Helsedirektoratet ber spesielt om tilbakemelding på målsettingen om likeverdige og tilgjengelige behandlingstilbud til utøvere av vold og seksualisert vold, *også behovet for tidlig forebygging rettet mot de som står i fare for å utøve vold eller overgrep, helst de under 18 år.*

Legeforeningen er helt enig i at det bør sikres at alle barn som framviser atferdsforstyrrelser av typen vold og grenseoverskridende/skadelig seksualisert atferd, får et helhetlig tilbud om utredning, veiledning og behandling, uavhengig av hvor i landet en bor. Hjelp, støtte og veiledning må gjøres tilgjengelig både akutt og over tid.

Pasienter med atferdsproblematikk og reguleringsvansker knyttet til sinne og negativ affekt utgjør per i dag en relativ stor gruppe som utredes og behandles i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Vi vet i dag at tidlig intervensjon er viktig for å forebygge skjevutvikling, og BUP spiller en viktig rolle i tiltakskjeden. Som beskrevet i strateginotatet, har det de siste 10-15 årene skjedd en betydelig kompetanseheving i BUP ved å samle fagmiljø med spisset kompetanse og enheter for mer alvorlige former for vold og overgrep, og etablere kunnskapsnettverk for seksuell atferdsproblematikk.

Opptil 30% av alle seksuelle overgrep blir begått av mindreårige under 18 år [1]. En stor andel har også selv vært utsatt for traumeerfaringer og seksuelle krenkelser [2-4]. Det er vel kjent at det er økt forekomst av psykiske helseplager, nevrokognitive vansker og utviklingsforstyrrelser hos gruppen barn og unge som begår vold og seksuelle overgrep, og mange i denne gruppen vil ha behov for spesialisert utredning og behandlingstilbud [5, 6]. Samtidig vil tidlig avdekking og god håndtering av atferdsvansker hos barn og unge i førstelinjen kunne stoppe og endre en del mildere til moderate vansker. For å lykkes med strategiens målsetning om likeverdige og tilgjengelige oppfølgings- og behandlingstilbud, vil det være viktig med god samhandling mellom ulike deler og nivåer av hjelpetjenestene.



Legeforeningen har tidligere påpekt at det synes å være varierende hva som blir tilbudt av utredning og behandling til barn og unge som har begått seksuelle overgrep. Dette avhenger av hvor i landet man bor og hvordan barnehus og BUP er organisert i den enkelte region. Noe oppfølging blir gitt i regi av barnehusene, noe i regi av BUP, og det er sporadisk involvering av barneleger/sosialpediatere. NOVAs ferske evaluering av barnehusene viste at også at det var betydelig geografisk variasjon i oppfølgingstilbudet [7]. De anbefalte at barn mistenkt for straffbare handlinger også inkluderes i barnehusenes målgruppe, slik det også i stor grad fungerer i praksis i dag. Barnehusene har kompetanse om og tilbyr også oppfølging og behandling av barn som utviser problematisk eller skadelig seksuell atferd, selv om dette ikke er nedfelt i retningslinjene. Inngangsbilletten til barnehusene er at forholdet blir anmeldt. I akutte og anmeldte saker er barnehuset en viktig aktør som kan bidra med god helsehjelp til barnet og familien, særlig i den initiale fasen. Det er likevel betenkelig at et helsetilbud skal være avhengig av anmeldelse til politiet, og viktig at det også finnes et akutt tilbud som ikke kun baseres på at forholdene blir anmeldt.

Strategiplanen mangler tiltak rettet mot unge som er straffedømt for vold og overgrep. Det vil ofte være alvorlige saker med store behov for hjelpetiltak tverrsektorielt. Barneombudet har i en gjennomgang av saker med mindreårige straffedømte slått fast at mange barn som begår straffbare handlinger har store utfordringer de ikke har fått riktig hjelp for, og at det er stor variasjon i domstolenes og de sakkyndiges kompetanse på dette feltet [8]. Gode samhandlingsmodeller mellom kriminalomsorgen og psykisk helsevern, for å sikre gode barnefaglige utredninger og behandlingsdimensjonen i straffegjennomføringen, burde vært en del av strategiplanen.

Eksisterende kompetansemiljøer kan utvikles videre for å dekke behovet for spesialisert regional kompetanse på de alvorlige formene for vold og overgrep, og kunne gi rom for lokale og regionale tilpasninger for nye tyngdepunktfunksjoner. Subspesialisering og tyngdepunktfunksjoner er viktig for å kunne tilby spesialisert hjelp og rådgivning til hjelpetjenestene i alvorlige saker, men bør balanseres opp mot behovet for generalistkompetansen som også skal ligge til grunn for det daglige kliniske arbeidet lokalt på de ulike BUPene.

Utøvere skal bli vurdert for rett til helsehjelp

Målgruppen er en svært heterogen gruppe, der helseproblemer kan være til stede hos enkelte, hos andre ikke. Noen kan være motiverte for å endre seg, andre ikke. Personer som søker helsehjelp, og uttrykker motivasjon for å arbeide med å redusere egen voldsutøvelse, blir i dag henvist til eksisterende behandlingstilbud, det være seg Alternativ til vold, andre førstelinjetilbud, eller til spesialisthelsetjenesten (for behandling av psykose, personlighetsforstyrrelser, ruslidelser m.m.). Personer med alvorlige sinnslidelse og samtidig voldsrisiko kan motta helsehjelp under rammene av tvungent psykisk helsevern, der vilkårene for dette er oppfylt.

Strategien beskriver i dette delmålet på den ene siden at voldsutøvere skal kunne oppsøke behandling uten henvisning og at henvisningsmulighet skal utvides til å gjelde flere yrkesgrupper enn lege og psykolog. Samtidig åpnes det for at risiko for å utøve eller kjent utøvelse av vold eller seksuelle overgrep bør tas inn i prioriteringsveilederne. Det er noe uklart om man mener at det bør utarbeides prioriteringskriterier for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten til voldsutøvere og

overgripere. Prioriteringskriterier innebærer at man i en del tilfeller vurderer at pasienten ikke har rett til helsehjelp. Dette fremstår til dels som en motsetning til lavterskelprinsippet med direkte kontakt fra pasient til behandlingstilbud og utvidet henvisningsrett knyttet til behandling av voldsutøvere og overgripere.

Legeforeningen anerkjenner at det vil være behov for at det utarbeides noen føringer i prioriteringsveiledere for rettigheter knyttet til vold- og seksualatferd, og at det blir tydeligere hva som kan forventes av forarbeid og samhandling med kommunale instanser. Dette gjelder ikke minst barn og ungdom. Vi vil likevel advare mot å innlemme i prioriteringsveilederne tilstander som kun omhandler det å utøve vold eller det å være utsatt for vold, uten noen samtidig moderat til alvorlig psykisk lidelse. Det vil gi en uklart avgrenset gruppe personer rett til helsehjelp, uten at det nødvendigvis foreligger noen helsetilstand som kan behandles. Det kan medføre en uheldig og unødvendig belastning på kapasiteten i helsevesenet. Det er også et mulig scenario at mange vil få henvisningen avslått begrunnet med manglende behandlingstilbud.

Styrking av bruker- og pårørendemedvirkning

Legeforeningen er enig i at bruker- og pårørendeperspektivet bør styrkes. Støtte til pårørende må integreres i helsehjelpen til personer som utøver vold og/eller overgrep, og man bør sikre at pårørendeoppfølging er finansiert. Familier som opplever at deres barn utsetter andre for vold og/eller seksuelle overgrep vil ofte ha behov for spesialisert støtte og veiledning. Særlig gjelder dette der det er begått seksuelle overgrep.

Felles faglig rammeverk for forebygging av vold og overgrep

Legeforeningen støtter behovet for felles faglig rammeverk og kompetanseheving i bruk av kunnskapsbaserte verktøy for risikokartlegging. Legeforeningen ønsker å påpeke at verktøy også må være tilpasset de ulike arenaer der verktøyene skal tas i bruk. I allmenmedisin er den åpne samtalen et gjennomgående verktøy i all pasientkontakt, og et felles faglig rammeverk bør søke å fremme verktøy som kan fungere i korte treffpunkt med åpne spørsmål fra behandler til pasient.

Legeforeningen etterlyser mer kunnskap om fenomenet voldsutøvelse; hvem utøver, hvem blir utsatt for vold, forekomst av ulike former for vold, årsakssammenhenger, og hvorvidt behandling i helsetjenesten kan forventes å ha noe effekt. Manglende kunnskap påpekes også i NKVTS' rapport som anses som et grunnlagsdokument til strategien, uten at dette følges opp i strategien.

Dersom man i arbeidet med å identifisere og gi helsehjelp til voldsutøvere og overgripere skal dra nytte av fastlegenes rolle som førstelinjebehandler, samt den som vurderer behovet for viderehenvisninger til spesialisthelsetjenesten eller andre helsetjenester for alle innbyggere, må man også gjennomføre både grunnforskning og følgeforskning tilknyttet fastlegekontorene.

Det støttes at den mer overordnede modell for arbeidet som R-N-R (risk-need-responsivity) og strukturert profesjonell vurdering (SPJ) legges til grunn som rammeverk for arbeidet.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Kari-Jussie Lønning
Fagdirektør

Nina Finstad
Rådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

1. Kripes, *Mindreårige anmeldt for voldtekt i 2016*. 2016.
2. Kruse, A.E., *Unge som begår seksuelle overgrep*. 2011, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).
3. Seto, M.C. and M.L. Lalumière, *What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis*. Psychological Bulletin, 2010. **136**(4): p. 526-575.
4. Seto, M.C., et al., *Sexual coercion experience and sexually coercive behavior: a population study of Swedish and Norwegian male youth*. Child Maltreat, 2010. **15**(3): p. 219-28.
5. Jensen, M., et al., *Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd*. Psykologtidsskriftet, 2016. **5**.
6. Vizard, E., *Practitioner review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse-- assessment and intervention*. J Child Psychol Psychiatry, 2013. **54**(5): p. 503-15.
7. Bakketeig, E., et al., *Evaluering av Statens barnehus 2021*. 2021, Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet.
8. Barneombudet., *Funn etter gjennomgang av saker der barn er fengslet i perioden 2016-2019*. 2021.