

KONSEPTUTREDNING

LAVTERSKEILTILBUD TIL BARN OG UNGE SOM STÅR I FARE FOR Å UTØVE PSA/SSA MOT ANDRE BARN OG UNGE

Anbefalinger (del 2)

Saksnummer i 360: 21/9787	Versjonsnummer: 1	
Godkjent dato: 30.09.21	Godkjent av Prosjekteier: Torunn Janbu	Utarbeidet av: Hanne Kathrine Stav-Noraas Martin Sjøly Arild Johan Myrberg Monica Jensen

Innholdsfortegnelse

1.	Bakgrunn for rapporten	3
1.1.	Bakgrunn for prosjektet	3
1.2.	Hva ønsker vi å oppnå?	3
1.3.	Metode og gjennomføring av utredningen	4
1.4.	Hovedfunn fra innsiktsarbeidet	4
2.	Konseptbeskrivelse	6
2.1.	Oppsummering av konseptet.....	8
3.	Hovedmodellen	11
3.1.	Nivå 1 – universelle forebyggende tiltak	11
3.2.	Nivå 2 – lavterskel digitale helsefremmende informasjons- og selvhjelpstjenester	15
3.3.	Nivå 3 – lavterskel digital anonym veiledning	17
3.4.	Nivå 4 – lavterskel helsehjelp	20
4.	Supplerende og understøttende anbefalinger for et helhetlig lavterskel tilbud	22
4.1.	Anbefaling om målrettede tiltak for tidlige traumer og kognitiv svikt	22
4.2.	Anbefaling om videre utredning av tilbud til skolebarn 9 - 12 år.....	23
4.3.	Anbefaling om kommunikasjon og kampanjer	23
4.4.	Anbefaling om forskning og evaluering	24
5.	Usikkerhetsanalyse	25
6.	Prosess videre	28
6.1.	Prosjektorganisering	28
6.2.	Roller og ansvar.....	28
6.3.	Kostnader og gevinster	29
6.4.	Investeringsvurdering	34
7.	Referanser	35
8.	Vedlegg	37

1. BAKGRUNN FOR RAPPORTEN

1.1. Bakgrunn for prosjektet

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å "utrede et lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å begå problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge." I tillegg skal utredningen "inneholde en vurdering av hvordan et lavterskeltilbud skal knyttes opp mot en behandlings- og oppfølgingstjeneste for å sikre et helhetlig tilbud." (tillegg til tildelingsbrev nr. 61 mottatt 26. oktober 2020).

På bakgrunn av oppdraget har Helsedirektoratet gjennomført en konseptutredning for økt innsikt om temaet og utredet tiltak og konsepter for et slikt lavterskeltilbud. Innsiktsarbeidet er beskrevet i egen rapport (del 1), mens anbefalingene for lavterskeltilbud er beskrevet i denne rapporten (del 2).

I utredningen vil den juridiske definisjonen av barn som individer under 18 år, være gjeldende i vår generelle omtale av barn og ungdom. Det vil spesifiseres dersom vi omtaler andre aldersgrupper.

Gjennom innsiktsarbeidet har prosjektet fått en bedre forståelse av målgruppen(e) og deres behov, og innsikten legger grunnlaget for utredningen av alternative konsepter og modeller for lavterskel tilbud til målgruppen(e) som igjen har gjort det mulig å identifisere det som gir størst måloppnåelse og tilfredsstillende brukernes behov.

1.2. Hva ønsker vi å oppnå?

Målet med konseptutredningen er å gi oppdragsgiver tydelige anbefalinger for hvordan forebygge at barn og unge utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge, basert på foreliggende innsikt og kunnskap. PSA og SSA innebærer utøvelse ved hjelp av teknologi (online) og/eller fysiske møter (offline).

Konseptutredningen oppsummeres i to rapporter, innsiktsarbeidet (del 1) og anbefalinger (del 2), som til sammen er ment å gi et godt beslutningsgrunnlag for oppdragsgiver om veien videre.

1.2.1. Nullalternativet

Det er i dag et mangelfullt forebyggende lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utøve problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge. Dette til tross for kunnskap om at mellom 30-50 % av seksuelle krenkelser og overgrep mot barn og unge begås av barn og unge (, Barbaree & Marshall, 2006, Finkelhor, Ormrod & Chaffin, 2009, Hackett, 2014).

Dersom det ikke etableres lavterskeltilbud til målgruppen forventes det at situasjonen forblir uendret, eller i verste fall forverret. Grunnen til denne antakelsen er at barn og unge debuterer tidligere og har i tillegg økt bruk av digitale verktøy som gir tidlig tilgang til ikke aldersadekvat pornografi.

1.3. Metode og gjennomføring av utredningen

Arbeidet er gjennomført i tråd med metode for konseptutredning i Helsedirektoratet. Formålet for prosjektet har vært å få innsikt og erfaringer om målgruppen og temaet og utrede alternative konsepter og identifisere konseptet som i størst utstrekning gir måloppnåelse og tilfredsstillende brukernes behov.

Innsiktsarbeidet ble beskrevet i del 1. Utredningen av tiltak og anbefalinger er delvis gjennomført parallelt med innsiktsarbeidet etter hvert som prosjektet fikk mer innsikt om hvilke aktører og tiltak som kunne være aktuelle. Det ble da gjennomført dialogmøter med relevante aktører for ytterligere innsikt til ulike konsepter.

Prosjektgruppen har hatt to arbeidsmøter per uke, i tillegg til ad hoc møter med en rekke relevante aktører. Hoveddelen av arbeidsmøtene er benyttet til å diskutere ulike løsninger og modeller, etter hvert som vi fikk mer innsikt i målgruppen, eksisterende tilbud og de relevante prosjektene som pågår. I tillegg er det gjennomført én workshop med prosjektgruppen over tre dager, som resulterte i en konkretisering av de ulike løsningene.

Det er innhentet estimater for ressursbehov og kostnader knyttet til dette, samt kostnader til utviklingstiltak, herunder e-læringsverktøy og selvtest. Estimatenes er innhentet fra lignende alternativer og må derfor ansees som omtrentlige. De gir samtidig en forståelse av potensielle prosjektkostnader og dermed et bedre beslutningsgrunnlag for de foreslåtte anbefalingene.

Tilnærmet all aktivitet i prosjektet er gjennomført digitalt og tiden vi har hatt til rådighet for utredningen har sammenfalt med en krevende tid for aktørene vi har ønsket innsikt og erfaring fra, grunnet covid-19 pandemien. Dette kan ha påvirket både innsiktsarbeidet og utredningsarbeidet, men det er likevel gjennomført et bredt innsiktsarbeid og prosjektgruppen har hatt mange, grundige diskusjoner om ulike muligheter og perspektiver før vi har kommet frem til anbefalingene i denne rapporten.

Innsiktsarbeidet og utredningen har til sammen resultert i de konkrete anbefalingene vi gir i denne rapporten, som skal gi oppdragsgiver et beslutningsgrunnlag om veien videre.

1.4. Hovedfunn fra innsiktsarbeidet

Internasjonal forskning viser at mellom 30-50 prosent av seksuelle overgrep mot barn og unge, utføres av personer som selv er under 18 år (Barbaree & Marshall, 2006, Finkelhor, Ormrod & Chaffin, 2009, Hackett, 2014). Det mangler norske forekomststudier av dette fenomenet, men NKVTS har gjennomført en nasjonal undersøkelse om ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten (UEVO) som viser at 22 % av 12-16 åringer har opplevd en eller flere seksuelle krenkelser fra jevnaldrende. (Hafstad, G.S., Agusti, E.M. 2019). Antall unge som anmeldes for seksuallovbrudd i Norge øker, og i flere av sakene har den unge vært i befatning med overgrepsmateriale og/eller etablert straffbar seksualisert kontakt med barn over internett (Kripos 2017).

De siste årene har det vært en økt satsing på kunnskap om og tiltak til barn og unge med problematisk seksuell atferd (PSA) eller skadelig seksuell atferd (SSA), både i klinisk arbeid, i forskningslitteraturen og blant beslutningstakere. Norge mangler samtidig et forebyggende lavterskeltilbud til barn og unge

under 18 år som står i fare for å utøve problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge.

Innsikten viste at det vil være hensiktsmessig å dele primærmålgruppen inn i undergrupper basert på ulike aldersspenn for å bedre tilpasse tiltak og tilbud til deres utviklingsnivå og fungering (jfr. kognitiv, sosial og emosjonell utvikling og fungering) og digitale kompetanse. Informasjon om seksualitet og seksuell atferd, veiledning, selvhjelpsmateriale og teknisk løsning må være utviklingssensitivt, slik at man f.eks. ikke eksponerer yngre barn for informasjon eller veiledning som de ikke er modne for, eller noe de ikke skal ha eller ta ansvar for alene. Begrepsbruk i utformingen av tiltak må også ha et pedagogisk tilsnitt ut fra alder og utviklingssensitivitet.

Prosjektet har valgt følgende tre undergrupper av primærmålgruppen: barn 8 år og yngre (barnehage og tidlig barneskole), skolebarn 9 – 12 år (sen barneskole) og ungdom 13 – 19 år (ungdomsskole og videregående skole). Hovedprinsippet vil være at jo yngre personen er kronologisk eller fungerer, jo mer må man rette informasjon og lede ansvar til voksne og omsorgsgivere. Jo eldre barnet er og fungerer, jo mer selvhjelpsrettet informasjon og materiale kan anvendes. Foreldre og andre omsorgspersoner har en viktig rolle som støtte og informasjonsformidler, også for å fremme sunn seksualitet. Dette gjelder særlig for barn 8 år og yngre og skolebarn 9 – 12 år.

For å forebygge debut av PSA og SSA viser studier at det særlig er viktig med tiltak rettet mot barn under 8 år og skolebarn 9 – 12 år. På grunn av alder, utviklingsnivå, fungering og varierende digital kompetanse i disse aldersspennene vil vektlegging av universelle primærforebyggende tiltak og tiltak rettet mot foreldrene og andre omsorgspersoner antas å gi størst forebyggende effekt.

Innsikten viser samtidig at den eldste primærmålgruppen (ungdom 13 – 19 år), som også har høy digital kompetanse, kan og bør tilbys verktøy for selvbevisstgjøring og selvregulering av seksuell atferd. Tilgjengelig kunnskap og forskning tilsier at forebyggingspotensialet for PSA og SSA er størst hos unge gutter og dette bør derfor tas med i vurderingen av konseptet. Særlig er det viktig å benytte et språk, format og plattformer som er tilpasset unge gutter i utforming av tilbud og tiltak.

Barn og unge med kognitive funksjonsnedsettelser står for 1/3 av SSA og er en udifferensiert gruppe. De vurderes også å være i behov av andre forebyggende tiltak enn barn og unge generelt.

Det eksisterer allerede en digital plattform på ung.no, som både er godt kjent og mye brukt av ungdommer. Ung.no gir mulighetsrom for å etablere konkrete tiltak for nettopp selvbevisstgjøring og selvregulering, gjennom informasjon og selvhjelpsverktøy (quiz, e-læring). I tillegg er det allerede etablerte rådgivningstjenester i spørsmål-svar-tjenesten på ung.no og eksisterende chattetjenester hvor ungdommer kan få råd og veiledning.

Helsesykepleiere i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal også gi et tilbud om individuell veiledning av ungdommer, og dette tilbudet vil bli stadig mer digitalt tilgjengelig på sikt, gjennom DigiHelsestasjon. Kompetansehevingstiltak og digitale faglige ressurser er blant forutsetningene for at helsesykepleierne skal kunne gi et godt faglig tilbud til primærmålgruppene og deres foreldre.

Direkte kontakt med fagpersoner for vurdering og eventuell henvisning til behandling, uten samtykke fra forelder eller annen omsorgsperson, kan også tilbys ungdom fra 16 år. Et slikt tilbud vil gi lavterskel tilbud til de i primærmålgruppen som har en selvidentifisert risiko, søker og forhåpentligvis også er motivert for hjelp.

Det er ikke gjort et eget innsiktsarbeid knyttet til sekundærmålgruppen barn og unge som er bekymret for andre barn og unge, men anbefalingene som rettes mot primærmålgruppene vil også treffe denne målgruppen. Særlig vil de generelle primærforebyggende tiltakene som anbefales involvere også denne målgruppen. Det antas samtidig at de yngre barna i denne sekundærmålgruppen treffes av tiltak rettet mot voksne og fagpersoner, mens ungdommene benytter ung.no, og dermed har tilgang til de samme tiltakene som primærmålgruppen.

Foreldre og andre omsorgspersoner har ifølge innsiktsarbeidet et ønske om digitale tjenester for foreldrestøtte, herunder informasjon og anonym, individuell veiledning. Foreldrehverdag.no er en offentlig tjeneste som allerede innehar noe informasjon om temaet, men vår innsikt viser at den bør videreutvikles og tjenesten er foreløpig relativt ukjent. Foreldrespør.no er et prosjekt med individuell anonym veiledning med foreløpig god erfaring, og som kan videreutvikles til en nasjonal tjeneste.

Helsepersonell og andre fagpersoner som er i daglig kontakt med barn og unge blir viktige ressurser for å identifisere og vurdere tidlige tiltak og eventuelt henvise til riktige tiltak og tjenester. Innsikten viste at fagpersonene ønsker seg en digital faglig ressurs for informasjon, verktøy og veiledning. Kompetanseheving gjennom e-læring og veiledere vil også bidra til å sikre bred kunnskap om barn og unges seksuelle atferd, både sunn, problematisk og skadelig.

Kommunikasjonstiltak og kampanjer ansees som helt nødvendig for å sikre kjennskap til problemstillingene generelt, og til tilbudene og tiltakene spesielt. Uavhengig av modellen som besluttes og veien videre anbefales derfor at kommunikasjon og kampanjer prioriteres som del av konseptet.

Innsikten viser at det er begrenset kunnskapsgrunnlag innen forebygging av problematisk og skadelig seksuell atferd, både nasjonalt og internasjonalt. Samtidig pågår det forebyggingstiltak og forskning på disse internasjonalt, og ved etablering av lavterskeltilbud i Norge er det viktig med følgeforskning og evaluering. Dette for å sikre at konseptet og tiltakene som besluttes å gå videre med bidrar til økt kunnskap på fagfeltet.

2. KONSEPTBESKRIVELSE

Prosjektet foreslår/anbefaler en modell i fire nivåer som til sammen skal gi et helhetlig lavterskeltilbud med både primærforebyggende og sekundærforebyggende tiltak. Nivå 1 består av universelle forebyggende tiltak, nivå 2 består av lavterskel digitale helsefremmende informasjons- og selvhjelpstjenester, nivå 3 består av lavterskel digital anonym veiledning, nivå 4 består av lavterskel helsehjelp.

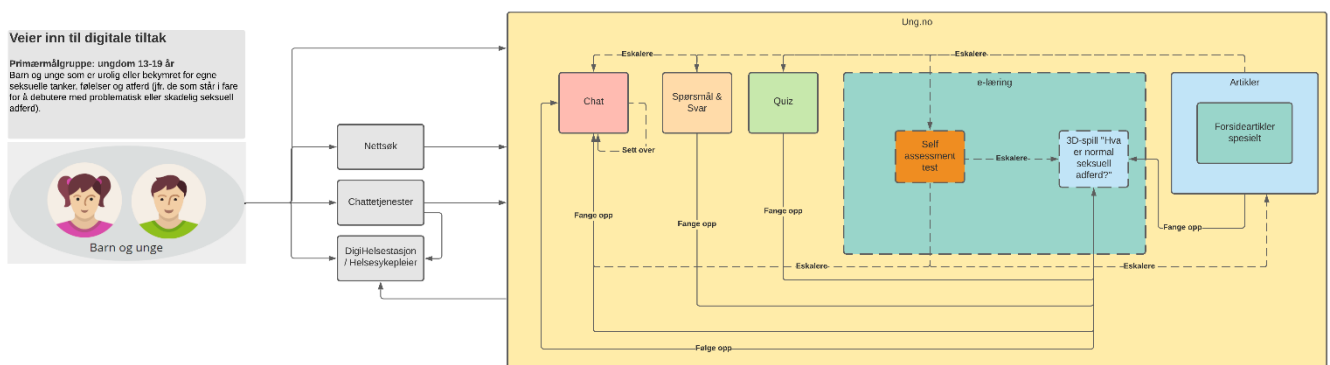
Modellen bygger på ideen om at det er behov for noen universelle og målrettede tiltak for å øke kunnskap og bevissthet om seksuell atferd blant barn og unge og på den måten forebygge debut av problematisk eller skadelig seksuell atferd (nivå 1). Samtidig forventes at mange ungdommer selv vil kunne unngå skjevutvikling gjennom selvbevisstgjøring og selvregulering av egen seksuell atferd, ved hjelp av god informasjon og selvhjelpsverktøy (nivå 2). Noen ønsker likevel individuelle avklaringer, råd og veiledning (nivå 3) og enkelte har behov for helsefremmende og forebyggende helsehjelp (nivå 4). Modellen inneholder konkrete anbefalinger om tiltak og funksjoner innen hvert nivå. Modellen vektlegger bruk av digitale tjenester, og kombinerer det med fysiske tjenester der det er nødvendig.

I tillegg til hovedmodellen for et helhetlig lavterskeltilbud til barn og unge ønsker prosjektet å løfte fire anbefalinger som bør tas med i vurderingen av konseptet, herunder anbefaling om målrettede tiltak for å håndtere tidligere traumer og kognitiv svikt (2.5), om en videre utredning av tiltak for primærmålgruppen skolebarn 9-12 år (2.6), om kommunikasjon og kampanjer (2.7) og om forskning og evaluering (2.8).

Modellen vi anbefaler er basert på hva eksisterende forskning viser har størst forebyggende effekt, det vi har av innsikt om brukernes ønsker og behov for hjelpe- og helsetjenester og hva som er mulig å gjennomføre basert på nåværende innsikt.

Lavterskelmodellens primærforebyggende tiltak (nivå 1) involverer alle primærmålgruppene. Basert på innsiktsarbeidet anbefales at de digitale tjenestene i nivå 2 og 3 i første omgang utvikles til primærmålgruppen ungdom 13 – 19 år. Ungdom har høy digital kompetanse og ønsker seg lett tilgjengelige, digitale tjenester samlet på ett sted. Modellen baseres derfor i stor grad på konseptet fra DIGI-UNG med bruk av ung.no-plattformen. Funksjonene som er etablert, og under utvikling på ung.no og tilknyttede tjenester, sikrer helhetlige digitale tjenester med smidige overganger fra usikrede informasjonstjenester til sikker helsehjelp til ungdom 13 – 20 år.

Figur 1 viser tenkte veier inn til digitale tiltak for ungdom 13 – 19 år, og særlig veiene inn i tiltakene på ung.no. Grafikken viser også tenkte sammenhenger mellom de ulike tiltakene på ung.no plattformen og i DIGI-UNG-programmet (DigiHelsestasjon). Det tas forbehold om at dette er en foreløpig skisse.



En viktig del av lavterskeltilbudet vil være muligheten for lavterskel tilgang til de fysiske helsetjenestene innen nivå 4. Modellen kombinerer således helhetlige brukerreiser med mulighet for direkte kontakt med den enkelte tjenesten for å sikre lavterskel tilbud til flest mulig innen primærmålgruppen.

I alle anbefalingene rettes foreslåtte tiltak til alle kjønn, men tilgjengelig kunnskap og forskning tilsier at forebyggingspotensialet er størst hos unge gutter, og dette har vi vektlagt i valg av format og tiltak for primærmålgruppen ungdom 13 – 19 år.

Modellen inkluderer også anbefalinger om tilbud og tiltak rettet mot foreldre og fagpersoner, samt kompetanseheving for å understøtte tilbudene. Helsepsykepleiere er prioritert i konseptet, ettersom de utgjør den største og mest aktuelle personellgruppen for tiltakene. Det vurderes samtidig at annet helsepersonell og faggrupper som jobber med barn og unge kan ha nytte av blant annet de kompetansehevede tiltakene.

Det anbefales at informasjon, veiledning og verktøy i modellen baseres på den norske tilpasningen av definisjonskontinuumet på seksuell atferd (Allotey & Swann, 2019; Hackett, 2014; Leonard & Hackett, 2019), i kombinasjon med Trafikklys-verktøyet, også kalt begrepskontinuum (TRUE, 2015 oversatt til norsk av Birgit Hegge 2011/2017).

Det anbefales at hele konseptet gjennomføres for å nå flest mulig barn og unge som potensielt står i fare for å debutere med problematisk eller skadelig seksuell atferd.

2.1. Oppsummering av konseptet

Under følger en kort oppsummering av modellen med de 4 nivåene av lavterskeltilbud og 4 supplerende understøttende anbefalinger. Mer inngående beskrivelse av modellen og de fire anbefalingene finnes i kapittel 3 og 4.

Nivå 1: universelle forebyggende tiltak

Prosjektet anbefaler systematisk og tverrfaglig seksualitetsundervisning med økt tilgjengelighet av informasjon om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd i barnehage, på skolen og i relevante eksisterende digitale tjenester. I tillegg anbefales målrettede tiltak for å forebygge negativ effekt av ikke-aldersadekvat bruk og eksponering av pornografi. Tiltak på dette nivået retter seg mot alle primærmålgruppene, inkludert foreldre eller andre omsorgspersoner for de yngste.

For barn og unge med kognitive funksjonsnedsettelse eller utviklingshemning anbefales at tilrettelagt undervisning har økt tilgjengelighet av informasjon om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd.

Kompetansehevingstiltak for helsepsykepleiere for god basiskompetanse og spisskompetanse for alle utviklingstrinn blir en viktig forutsetning for systematisk og tverrfaglig seksualundervisning. Det anbefales utvikling av e-læringsverktøy og veiledere, samt en videreutvikling av nettsiden seksuellatferd.no for å ivareta behovet for én kvalitetssikret, tilgjengelig, digital fagressurs.

Nivå 2: lavterskel digitale helsefremmende informasjons- og selvhjelpstjenester

Det anbefales et helhetlig digitalt helsefremmende forløp med informasjons- og selvhjelpstjenester for ungdom 13 – 19 år på plattformen ung.no. Informasjons- og selvhjelpstjenestene skal bestå av artikler, quiz, søk i tidligere svar på spørsmål, e-læringsverktøy og selvtest på ung.no, og skal hjelpe ungdommen til selvbevisstgjøring og selvregulering.

Det anbefales digital informasjon og selvhjelp til foreldre og andre omsorgspersoner gjennom økt tilgjengelighet av digital og faglig kvalitetssikret informasjon om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd til foreldre og andre omsorgspersoner på foreldrehverdag.no og andre relevante offentlige portaler.

Nivå 3: lavterskel digital anonym veiledning

Det anbefales individuell anonym veiledning fra profesjonelle fagpersoner gjennom spørsmål-svar-tjenesten på ung.no og fra chattetjenester for ungdom 13 – 19 år. Dette forutsetter kompetanseheving i de utvalgte tjenestene, og én chattetjeneste bør tildeles et særskilt ansvar for håndtering av henvendelser innen tematikken og spisskompetanse på seksuell atferd hos barn og unge.

Det anbefales også at foreldrespør.no videreutvikles til å bli en nasjonal tjeneste med anonym veiledning til foreldre og andre omsorgspersoner. Seksualitet hos barn og unge bør prioriteres som fagområde med egne fagpersoner som besvarer slike spørsmål.

Nivå 4: lavterskel helsehjelp

Oppfølging hos helsesykepleier

Det anbefales oppfølging ved helsesykepleier i skolehelsetjenesten for barn og unge som søker veiledning for problematisk seksuell atferd. Oppfølging skal tilbys gjennom den lokale helsesykepleieren fra skolehelsetjenesten. Et digitalt tilbud kan tilbys til ungdom fra 16 år gjennom DigiHelsestasjon. På sikt bør det vurderes hvordan et slikt tilbud eventuelt også kan tilbys digitalt til lavere aldersgrupper, for å bidra til økt tilgjengelighet, særlig for unge gutter.

Kompetansehevingstiltak for helsesykepleiere, nevnt under nivå 1, blir også en viktig forutsetning for å sikre et tilbud om oppfølging i skolehelsetjenesten.

Nasjonalt kontaktpunkt for foreldre og ungdom fra 16 år

Det anbefales at det etableres ett kontaktpunkt hos én spisskompetansenhet SSA i spesialisthelsetjenesten med nasjonal funksjon, som nås ved telefon eller e-post (kryptert). Kontaktpunktet skal yte råd og veiledning og foreta en risikovurdering av ungdommer som tar kontakt. De skal også eventuelt bistå med å booke time til behandling ved lokalt behandlingstilbud ved behov.

Denne anbefalingen forutsetter at unntaket fra krav om henvisning i [poliklinikkforskriften § 2](#) også gjelder for ungdom fra 16 år som etter egen mening står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn.

Det nasjonale kontaktpunktet skal være for ungdom fra 16 år som er urolig eller bekymret for egne seksuelle tanker, følelser og atferd rettet mot seg selv eller andre unge og har en selvidentifisert risiko for å debutere med PSA/SSA. Ungdommen kan ta direkte kontakt på eget initiativ eller blir veiledet til å

ta kontakt fra andre tiltak. Barn og unge som har gjentagende problematisk seksuell atferd eller skadelig seksuell atferd og ønsker hjelp anbefales også å kunne ta direkte kontakt med det nasjonale kontaktpunktet. Det anbefales også at kontaktpunktet gir råd og veiledning til foreldre og andre omsorgspersoner.

Supplerende og understøttende anbefalinger

Anbefaling om målrettede tiltak for å håndtere tidligere traumer og kognitiv svikt

Ved å tidlig identifisere barn og unge som har vært utsatt for traumatiske hendelser og sette inn riktig tiltak tidlig nok, kan potensiell risiko for å utvikle PSA forebygges. Det er også viktig å være oppmerksom på at barn og unge med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, utgjør omtrent en tredjedel av mindreårige utøvere. Disse barna finnes i alle våre primærmålgrupper for konseptutredningen og det anbefales derfor at disse perspektivene ivaretas i utformingen av tiltakene i modellen, der det er mulig.

Det anbefales at det i større grad legges til rette for traumesensitiv behandling i PHBU for gutter, eksempelvis traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), for å forebygge utvikling av PSA/SSA.

Kompetanse for å forebygge PSA anbefales også å være en del av kompetansestyrkingen i habiliteringstjenesten for mindreårige utøvere med kognitive evner/fungering under gjennomsnittet, jf. Kompetanseutviklingsprosjekt habilitering SSA. Da det ikke er gjort et eget innsiktsarbeid anbefales det at det gjennomføres en nærmere utredning av forebyggende lavterskeltiltak PSA til personer som har kognitive funksjonsnedsettelse.

Anbefaling om videre utredning av tilbud til skolebarn 9 – 12 år

Innsikten viser at primærmålgruppen 9 – 12 år er viktig å nå for å forebygge debut av PSA, men samtidig gir foreløpig innsikt i konseptutredningen ikke god nok forståelse av hvilke konkrete tiltak direkte mot denne målgruppen som vil være mest nyttig, utover de universelle tiltakene om seksualundervisning og målrettede tiltak for pornografi. Det er ikke én konkret plattform som utpeker seg som relevant for tiltak mot gruppen og de har også ulik digital kompetanse. Det anbefales derfor at det gjøres en videre utredning av lavterskeltilbud til skolebarn 9 – 12 år.

Anbefaling om kommunikasjon og kampanjer

Det anbefales å prioritere midler og ressurser til gjennomføring av kommunikasjonstiltak og kampanjer for å sikre kjennskap til tiltakene og øke bevissthet om tematikken i befolkningen generelt, og for primær- og sekundærmålgruppene særskilt.

Anbefaling om forskning og evaluering

Følgforskning og evaluering av tiltakene som anbefales i denne utredningen er viktig for å øke et til dels svakt kunnskapsgrunnlag om forebygging av seksuelle overgrep. Det kunnskapsgrunnlaget for forebygging av seksuelle overgrep som nå er under utvikling, særlig internasjonalt, bør Norge ta del i gjennom forskning på målgruppen for utredningen.

3. HOVEDMODELLEN

3.1. Nivå 1 – universelle forebyggende tiltak

Innsikten viser at det er et behov for å øke tilgjengelighet av informasjon om sunn seksualitet og hva som vil være mer problematisk og skadelig, for å øke barn og unges kunnskap og bevissthet knyttet til egen og andres seksuelle atferd og eventuelle hjelpebehov. I tillegg viste innsikten et behov for økt kunnskap om barns seksualitet blant foreldre og andre omsorgspersoner og hos fagpersoner som kommer i kontakt med barn og unge i sitt arbeid.

Nivå 1 bygger på denne innsikten og søker å dekke et behov for universelle forebyggende tiltak for å øke kunnskap og bevissthet om seksuell atferd blant barn og unge og på den måten forebygge debut av problematisk eller skadelig seksuell atferd. I tillegg inkluderes noen målrettede tiltak tilknyttet pornografi. Det forventes at økt tilgang på informasjon og bevisstgjøring om egen problematisk atferd vil kunne redusere barrierene for å søke hjelp.

Innsikten viser at det særlig er i alderen 4 – 12 år at vi kan forvente å forebygge utvikling av problematisk og skadelig seksuell atferd. Universelle forebyggende tiltak bør derfor settes inn tidlig, allerede i barnehagen og inn i seksualitetsundervisningen i skolen og samtaler med helsesykepleiere. Helsesykepleiere vil være viktige aktører for tidlig forebygging og helsefremmende tiltak, via helsestasjon- og skolehelsetjenesten (fysisk og digitalt via DigiHelsestasjon).

3.1.1. Anbefaling om systematisk og tverrfaglig seksualitetsundervisning og målrettede tiltak om pornografi

To viktige forebyggingsområder for problematisk seksuell atferd er en systematisert tverrfaglig seksualundervisning og å forebygge negative virkningen av ikke aldersadekvat pornografi (McKibbin et al., 2017).

Systematisk og tverrfaglig seksualitetsundervisning med økt tilgjengelighet av informasjon om sunn seksualitet i barnehage og på skolen, inkludert tematisering av mer problematisk og skadelig seksualitet og atferd. Dette tiltaket gjelder alle primærmålgruppene.

Barn og unge som ved en enkeltepisode går fra sunn seksuell atferd og direkte over til skadelig seksuell atferd, karakteriseres ofte av at de har utøvd atferden mot jevnaldrende. En hovedanbefaling for forebygging av PSA/SSA for denne gruppen vurderes å være systematisk og tverrfaglige seksualitetsundervisning i skole med PSA/SSA perspektiv. Brukere som ble intervjuet i innsiktsfasen, samt forskning har vektet seksualitetsundervisning generelt, samt spesielt viktig for gruppen som i utgangspunktet har sunn seksuell atferd.

Innsikten viste at barn og unge tidlig eksponeres for pornografi, og at de benytter porno blant annet for å lære om sex. Dessverre er det enkel tilgang på pornografisk innhold med aggressiv, krenkende eller voldelige elementer (Redd Barna, 2020). Seksuell atferd hos barn og unge kan involvere overdreven, ikke-aldersadekvat bruk og eksponering av pornografi. Og forskning viser at pornografien særlig har negativ innflytelse på gutters holdninger og seksualitet (Stanley, N. et al. 2016). For å forebygge

problematisk seksuell atferd anbefales derfor å forebygge den negative virkningen av ikke-aldersadekvat pornografi (McKibbin et al., 2017).

Pornografi som tematikk bør være en del av den systematiske tverrfaglige seksualitetsundervisningen, men det anbefales i tillegg målrettede tiltak for å forebygge negativ effekt av ikke-aldersadekvat bruk og eksponering av pornografi. Temaet pornografi bør blant annet løftes inn i tiltak i de øvrige nivåene i modellen. Spørsmål om bruk og eksponering av pornografi kan eksempelvis inkluderes i selvtesten og temaet kan problematiseres i det spillbaserte e-læringsverktøyet, i tillegg til i artikler eller quiz både rettet mot ungdom og foreldre (nivå 2 og 3). Selvbevisstgjøring og selvregulering er nøkkelord i denne sammenheng.

I skolens nye læreplaner for 1. trinn–9. trinn innføres "Folkehelse og livsmestring" som tverrfaglig tema. Det tverrfaglige temaet skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og gi muligheter til å ta ansvarlige livsvalg. Det utvikles egne støtteressurser for blant annet områdene seksualitet og kjønn, samt mediebruk. Dette er et av flere viktige tiltak for systematisk og tverrfaglig seksualitetsundervisningen, og det er hensiktsmessig at helsesykepleiere involveres i et slikt arbeid.

Forebyggingstiltak som har som formål å endre oppfatninger og normer rundt kjønn og kjønnsrelasjoner, kan ha større virkning enn tiltak med kjønnsnøytral tilnærming (WHO, 2011). Tiltak for forebygging av PSA og SSA anbefales derfor å ha et kjønnsperspektiv.

Mange mennesker med utviklingshemning eller kognitiv funksjonsnedsettelse mangler kunnskap som er nødvendig for å utvikle selvstendig og sunn seksualitet. Dette gjelder kunnskap om egen og andres kropp, normer, prevensjon, graviditet og overgrep. Manglende kunnskap kan resultere i manglende forståelse for egne og andres grenser. Det igjen øker faren for å begå overgrep eller bli utsatt for overgrep. Barn og unge med utviklingshemning har ofte mindre sosial omgang med andre på egen alder, og mister derfor uformelle kanaler hvor en utveksler erfaring og kunnskap om seksualitet. Av den grunn er det viktig at mennesker med utviklingshemning får tilpasset opplæring om dette temaet (Eggen, Fjeld, Malmo & Zachariassen, 2014).

For gruppen med kognitive funksjonsnedsettelse eller utviklingshemning anbefales at tilrettelagt undervisning har økt tilgjengelighet av informasjon om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd. Det eksisterer et godt grunnlag i regi av Nettverk: Funksjonshemmede, seksualitet og samliv (NFSS) og klinisk nettverksgruppe innen habilitering, ledet av Helse Fonna HF.

3.1.2. Anbefaling om informasjon til foreldre og andre omsorgspersoner på foreldrehverdag.no

Innsiktsarbeidet viste at foreldre og andre omsorgspersoner er viktige ressurser for barn og unge når det gjelder informasjon og veiledning. Dette gjelder særlig for barn i barnehage- og tidlig barneskolealder, men også for eldre barn og ungdom. Tiltak for foreldrene, omsorgspersoner og andre voksne vil være viktig for å sikre god støtte og veiledning rundt barna i målgruppen.

Det trengs informasjon til foreldre og andre omsorgspersoner om seksuell atferd og seksualitet hos barn og unge. Det anbefales å inkludere utøverperspektivet, både det fysiske (offline) og digitale (online), i de etablerte samtalene med foreldre hos helsestasjon- og i skolehelsetjenesten.

I tillegg til informasjon som kan gis foreldrene av helsesykepleiere og andre fagpersoner er det viktig med lett tilgjengelig, digital og søkbar informasjon. Infomateriell til foreldre kan med fordel utarbeides i samarbeid med blant annet helsesykepleiere og personer med fagkompetanse på området.

Det anbefales at utøverperspektivet innarbeides i eksisterende artikler om seksuell atferd hos barn og unge på blant annet foreldrehverdag.no. I tillegg bør det utarbeides egne tekster om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd, samt informasjon om hvor foreldre kan ta kontakt for råd og veiledning.

3.1.3. Anbefaling om kompetanseheving for helsesykepleiere og andre fagpersoner

Modellen legger vekt på at helsesykepleiere får en tydelig rolle både i de universelle helsefremmende og forebyggende tiltakene, og i tiltak om oppfølging (nivå 4). Fastleger og kommunepsykologer kan også være en del av en slik satsning. Innsikten viste samtidig at helsesykepleiere etterlyser mer kompetanse innen seksuell atferd hos barn og unge, ønsker å styrke samarbeidet om seksualundervisning med skolen og har behov for verktøy og ressurser i sitt arbeid med barn og unge med PSA og SSA. Det anbefales derfor at helsesykepleiere i tillegg til en god basiskompetanse på seksuell atferd hos barn og unge har spisskompetanse for å sikre god systematisk tverrfaglig seksualitetsundervisning (nivå 1) og et tilbud om oppfølging av barn med PSA (nivå 4).

Det anbefales at helsesykepleiere får kompetanseheving innen følgende:

- Gjenkjenne tegn på sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd hos barnet/ungdommen for å kunne avdekke behov for videre informasjon og eventuelle tiltak
- Kjenne til hvor barnet/ungdommen kan få videre informasjon og hjelp (systemkompetanse)
- Veilede barnet/ungdommen til relevant informasjon og tiltak, f.eks. på ung.no, chattetjenester med spisskompetanse
- Helsefremmende og forebyggende samtalekompetanse med barn og ungdom i målgruppen om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd
- Traumekompetanse, herunder sårbarhet og utsatthet
- Vurderingskompetanse for henvisning til PHBU

For å sikre denne kompetansen anbefales at det utvikles et e-læringsprogram innen seksuell helse og seksuell atferd til bruk av helsesykepleiere. Eksisterende e-læringsprogram utviklet av RVTSene til andre faggrupper kan vurderes tilpasset. E-læringsprogrammet bør tilgjengeliggjøres fra seksuellatferd.no.

Henvisningsmulighet for helsesykepleiere i helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere et pilotprosjekt for henvisningsmulighet for helsesykepleiere til BUP. Det overordnede målet med oppdraget er bedre oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og psykiske lidelser. Det vil være aktuelt for helsesykepleiere å henvise barn og unge som har gjentagende problematisk seksuell atferd eller skadelig seksuell atferd. Og for sårbare målgrupper, da spesielt gutter, som har vært utsatt for traume

og bør vurderes til for eksempelvis TF-CBT. Vurderingskompetanse for fagområde SSA hos helsesykepleiere blir da sentralt. Konseptutredningen anbefaler at SSA fagområde blir en del av henvisningsmulighet for helsesykepleiere.

Fagressurser for seksuell atferd

Det anbefales at det finnes én digital fagressurs med lett tilgjengelig og faglig kvalitetssikret informasjon og veiledning om seksuell atferd til bruk av fagpersoner. Det anbefales at seksuellatferd.no benyttes som fagressurs til dette formålet. Det er hensiktsmessig at RVTsene samarbeider med blant annet helsesykepleiere og andre fagpersoner på området for å tilpasse nettsiden seksuellatferd.no til å bli en praktisk ressursbank for helsepersonell og andre faggrupper som jobber innen fagfeltet.

Fagpersoner i skole-, omsorgs- og helsesektoren har tverrsektorielle, regionale SSA konsultasjonsteam i alle regioner, hvor fagpersoner kan søke hjelp og råd i enkeltsaker. Det er viktig at disse konsultasjonsteamene gjøres godt kjent i fagmiljøene og oppdatert kontaktinformasjon til konsultasjonsteamene bør være lett tilgjengelig fra nettsiden seksuellatferd.no.

Det er viktig at personer som kommer i kontakt med barn og unge i sitt arbeid er trygge på å snakke med barn og ungdom om seksualitet og seksuell atferd. Det bør tilbys både kompetanseheving og mulighet for praktisk øvelse på å snakke med barn. Gjennom ressursen snakkemedbarn.no kan fagpersoner øve seg på å snakke med barn gjennom simulerte samtaler med digitale avatarer. Det anbefales at snakkemedbarn.no utvides med flere avatarer med utfordring knyttet til seksuell atferd, slik at denne ressursen blir særlig relevant for fagpersoner som ønsker øvelse og kompetanse på fagområdet.

Kompetanseheving for øvrige fagpersoner

Innsikten viste at fagpersoner, både i helsesektoren og andre sektorer som jobber tett med barn og unge, er viktige ressurser for støtte, informasjon og veiledning av barn og unge. Det anbefales at offentlige ressurser for informasjon og veiledning til fagpersoner som kommer i kontakt med barn og unge i sitt arbeid inkluderer utøverperspektivet, online og offline, gjennom god informasjon om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd.

Fagpersoner bør ha kjennskap til hvor barnet eller ungdommen og deres foreldre kan få videre veiledning eller hjelp for sine bekymringer, og det anbefales at slik informasjon samles og synliggjøres på én lett tilgjengelige digital ressurs, eksempelvis seksuellatferd.no.

I tråd med tilbakemeldinger fra helsesykepleiere og andre fagpersoner er det viktig at kunnskap om PSA og SSA løftes inn i alle deler av hjelpeapparatet som til daglig møter barn og unge, herunder helsepersonell, barnevernsansatte og andre kommunalt ansatte. Barnevern, i tillegg til helsesykepleiere, anbefales minimum kompetanse på å vurdere alvorlighet og behov for behandling og tilsyn, samt kunnskap om hvem de skal ta kontakt med for at barnet skal få videre hjelp, og kunnskap om når averge- og meldeplikt inntreffer.

3.1.1. Anbefaling om å innarbeide tematikken inn i etablerte tiltak og tjenester

Offentlig informasjon og veiledning om seksuell helse, vold og seksuelle overgrep har gjennom innsiktsarbeidet vist seg i liten eller ingen grad å tematisere utøverperspektivet. Det er offerperspektivet som tydelig dominerer informasjon både på offentlige nettsider og i verktøy rettet mot helsepersonell og annet fagpersonell som jobber med barn og unge. Artikler med titler som f.eks. "Er du bekymret for et barn?", "Hvor kan barnet få hjelp?", "Hvilke tegn skal du se etter?" handler om det utsatte barnet. Det anbefales at utøverperspektivet løftes inn i eksisterende informasjon og veiledning der seksualitet, vold og seksuelle overgrep er tematisert.

Eksempler på der utøverperspektivet bør innarbeides er offentlige nettsider rettet mot barn, unge og deres omsorgspersoner, herunder ung.no, foreldrehverdag.no, jegvet.no. Det bør også innarbeides i innholdet i seksualundervisning i skolen, veiledere for lærere, barnehagepersonell, helsesykepleiere, barnevernsansatte og andre relevante faggrupper.

Generelt anbefales økt informasjon og veiledning om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn og unge, både til befolkningen generelt og til fagpersoner, herunder personell i helsesektor, skole, barnehage, justissektoren og barnevern.

Til de i målgruppen med kort botid i Norge og språkutfordringer finnes nettsiden zanzu.no med informasjon om seksuell helse og seksuelle rettigheter og plikter oversatt til 9 språk. Informasjon om barns seksualitet og seksuell atferd hos barn og unge bør kvalitetssikres og eventuelt utvikles også på zanzu.no.

3.2. Nivå 2 – lavterskel digitale helsefremmende informasjons- og selvhjelpstjenester

Nivå 2 i modellen retter seg mot primærmålgruppen ungdom 13 – 19 år og bygger på innsikten om at ungdom vil kunne utvikle sunn seksuell atferd og unngå skjevutvikling gjennom selvbevisstgjøring og selvregulering av egen seksuell atferd.

Innsiktsarbeidet viser, spesielt fra Danmark og Sverige, at forebygging i en tidlig fase via ulike selvhjelpstiltak kan bidra til å hindre skjevutvikling eller eskalering av problematisk seksuell atferd (WHO, 2011). Målet med anbefalte tiltak på nivå 2 er derfor at barnet eller ungdommen selv hindrer skjevutvikling av sin seksuelle atferd gjennom selvbevisstgjøring og selvregulering ved tilegnelse av hva som er sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd, fra artikler, quiz, e-læring og andre ungdommers erfaringer ved søk i spørsmål og svar på ung.no, og i stedet utvikler sunn seksualitet.

Ved å benytte den eksisterende plattform, ung.no, kan man også sørge for at allerede eksisterende artikler, spørsmål og svar, quiz og annet innhold som omhandler tilgrensende tema har lenker til innhold om seksuell atferd hos barn og unge. På den måten fanges primærmålgruppen opp "der de er" og ledes til relevant innhold. Dette kan omtales som eskalering (se figur 1), og er også en funksjon som vil benyttes mellom tiltakene og nivåene i modellen, eksempelvis lenke fra selvtest til chatt, eller fra artikkel til selvtest osv.

3.2.1. Anbefaling om selvtest – digital selvhjelp og veien inn i øvrige tiltak

Ungdom ønsker seg lett tilgjengelige, digitale og gjerne interaktive tjenester, særlig gutter. For å skape et sammenhengende digitalt lavterskel selvhjelpstilbud anbefales at det utvikles og tilgjengeliggjøres en digital selvtest (self assessment test) på ung.no, hvor ungdommen besvarer spørsmål om egen seksuell atferd og får tilpasset råd og veiledning om hva som er sunn, problematisk eller skadelig seksuell atferd og hvilke andre tiltak hen bør gjennomføre på ung.no eller hvem hen bør kontakte for videre hjelp basert på svarene gitt i testen. En selvtest vil være et viktig tiltak for selvbevisstgjøring gjennom veiledning av ungdommen om hvilken seksuell atferd de har og selvregulering gjennom råd og veiledning om hvilket steg ungdommen bør ta videre.

En selvtest anbefales å ha mulighet for å tidlig identifisere kjønn og alder på ungdommen som besvarer testen, for at innholdet i spørsmålene og råd og veiledning skal kunne tilpasses, blant annet utfra riktig utviklingstrinn. Det bør også tilrettelegges for at ungdom med usikker kjønnsidentitet, kan gjennomføre selvtesten. Selvtesten kan eksempelvis tilpasses slik at ungdommen blir vurdert inn i grønn, gul eller rød atferd (grad av hvorvidt den unges tanker er bekymrende) og guides deretter til den mest adekvate hjelp videre. Hjelp kan i dette tilfellet være relevante artikler, e-læringsverktøy, videoer eller andre linker, som har til mål å styrke ungdommens egne ressuser. Eksempelvis i form av å fremme egen motstandsdyktighet gjennom seksualundervisning, relasjonsundervisning eller konkrete selvreguleringsøvelser. På den måten reduseres risiko for skjevutvikling og personlige styrker støttes. Hjelp kan også være kontaktinformasjon til individuell veiledning eller helsehjelp.

Utvikling av en selvtest vil forutsette anskaffelse hos en ekstern leverandør for teknisk utvikling, samt samarbeid med fagpersoner om innholdet for å sikre god faglig kvalitet. Det anbefales at dette etableres som eget utviklingsprosjekt hvor Helsedirektoratet har fagansvar i samarbeid med kompetansemiljøene. Se kostnadsestimat i kapittel 3.

Red Barnet Danmark har utviklet verktøyet Tag Kontrol, som det vil være hensiktsmessig å se hen til og høste erfaringer fra. For øvrig anbefales at innholdet er tilpasset norske forhold og primært baseres på det norske fagfeltets allerede anerkjente og brukte definisjonskontinuum og trafikklys-verktøy.

3.2.2. Anbefaling om digital selvhjelp gjennom helsefremmende informasjon

Innsikten viser at ungdom søker digitalt etter informasjon om det de lurere på og særlig liker å lese om andre ungdommers liknende erfaringer.

Spørsmål og svar-tjenesten på ung.no er særlig relevant for målgruppen og det anbefales at det utarbeides kvalitetssikrede spørsmål og svar som kan legges til som "tidligere stilte spørsmål og svar" på ung.no. Svarene bør blant annet inneholde veiledning om relevante tiltak på ung.no eller tilknyttede tjenester, herunder selvtest eller e-læringsverktøy (nivå 2), chatt (nivå 3), eller oppfølging av helsesykepleier (nivå 4). Det bør vurderes å også gjennomgå og kvalitetssikre hvilket innhold som allerede ligger tilgjengelig blant tidligere stilte spørsmål.

Det anbefales også at det utarbeides kvalitetssikret helsefaglig informasjon om seksuell atferd som tilgjengeliggjøres i artikler på ung.no. Det kan vurderes å utarbeide en egen artikkel og egne spørsmål-

svar på ung.no tilpasset de som er bekymret for barn og unges seksuelle atferd. I tillegg anbefales at det lages flere quizer på ung.no med tema knyttet til seksuell atferd, eksempelvis om grenser, pornografi, deling av nakenbilder og lignende.

Innhold til spørsmål og svar, artikler og quiz anbefales utarbeidet av fagpersoner innen fagområdet for å sikre faglig kvalitet.

3.2.3. Anbefaling om digital selvhjelp gjennom e-læring

I tråd med innsikten om ungdommens, og særlig gutters, ønsker og behov for lett tilgjengelige, digitale og interaktive tjenester, anbefales at det utvikles og tilgjengeliggjøres et e-læringsverktøy for selvhjelp. For at et selvhjelpsverktøy skal fenge i den aktuelle målgruppen, anbefales et digitalt verktøy, eller eksempelvis 3D spillbasert verktøy.

Et e-læringsverktøy vil i likhet med selvtesten være et viktig tiltak for selvbevisstgjøring og selvregulering. Mulighet for å identifisere alder på deltaker bør vurderes, slik at innholdet i dilemmaene, råd og veiledning bedre kan tilpasses utfra riktig utviklingstrinn.

Gjennom et 3D-spill kan ungdommen eksempelvis styre en karakter som skal løse ulike dilemmaer, hvor temaene er knyttet til seksualitet, grenser, samtykke og seksuell atferd. Karakteren må blant annet løse problemstillinger knyttet til sunn, problematisk eller skadelig seksuell atferd for å komme seg gjennom spillet, inn i nye "Levels" og ende opp med en score. Spillet kan gi informasjon og veiledning om seksuell atferd i form av blant annet hint, tips og råd før oppstart, underveis i spillet for å løse dilemmaene og ved endt runde eller fullført spill. Spillet anbefales utført slik at ungdommen gjerne utfører spillet flere ganger for å forbedre sin score.

Etter fullført spillesesjon kan det eksempelvis gis informasjon om hvor ungdommen kan lære mer om temaene fra spillet, f.eks. ta quiz om grenser, se en video om seksualundervisning eller kontaktinformasjon til chatt, DigiHelsestasjon osv.

Utvikling av et spillbasert e-læringsverktøy vil forutsette anskaffelse hos en ekstern leverandør for teknisk utvikling, samt samarbeid med fagpersoner om innholdet for å sikre god helsefaglig kvalitet. Det anbefales at dette etableres som eget utviklingsprosjekt hvor Helsedirektoratet har fagansvar i samarbeid med kompetansemiljøene. Se kostnadsestimat i kapittel 3.

I tillegg til alderstilpasset spillbasert selvhjelpsverktøy tilgjengelig fra ung.no kan det vurderes å se nærmere på muligheten for å utvikle såkalte mods i eksisterende spillverdener hvor ungdommene allerede befinner seg, herunder Minecraft, World Of Warcraft, Fortnite og lignende.

3.3. Nivå 3 – lavterskel digital anonym veiledning

På nivå 3 anbefales et tilbud om digital anonym veiledning til de i primærmålgruppen ungdom 13 – 19 år som ønsker individuelle avklaringer, råd og veiledning. Veien inn til nivå 3 kan for ungdommen være

direkte inn i chattetjenestene eller tjenesten spørsmål og svar på ung.no. Ungdommen kan også ha blitt veiledet til nivå 3 fra tiltak på nivå 2.

3.3.1. Anbefaling om anonym digital veiledning til ungdom 13 – 19 år

Innsikten viste at enkelte ungdommer også ønsker å samtale med noen, gjerne fagpersoner, om sine utfordringer. Det skal helst skje anonymt, og når de selv er motivert og har behov for det. Dette gjelder særlig guttene, som gjerne vil henvende seg om spørsmål og utfordringer fra "gutterommet". Innsikten viser samtidig at ungdommer ikke nødvendigvis henvender seg direkte om et problem, og kanskje heller ikke er klar over hva som er utfordringen, men de søker ofte svar på hva som er normalt. Det anbefales derfor at ungdom har minst ett sted hvor de kan henvende seg anonymt og få relevant råd og veiledning, og at tjenestene som mottar anonyme henvendelser fra ungdom har kompetansen til å vurdere at henvendelsene gjelder PSA eller SSA, vet hvordan de skal møte ungdommen på en god måte og kan eventuelt veilede dem til rett instans.

Modellen anbefaler å benytte seg av de eksisterende chattetjenester for anonym veiledning, men at det velges ut én tjeneste som får et særskilt ansvar for å håndtere henvendelser fra ungdom om seksuell atferd, herunder PSA og SSA. Innsikten til DIGI-UNG programmet viste at ungdom ønsker seg færre tjenester å forholde seg til, og helst alt på ett sted. Det finnes allerede rundt 20 tilbydere av chattetjenester, og mange av dem inkluderer tilgrensende temaer, herunder seksualitet, vold og seksuelle overgrep. Det er derfor vurdert til at det ikke er hensiktsmessig å etablere en egen chat. Det vurderes også at det er økonomisk hensiktsmessig å benytte en eksisterende plattform og sikre kompetanseheving der, fremfor å utvikle en egen nettside med chat og ansette egne ressurser til å betjene den.

Chattetjeneste

Det anbefales at alle chattetjenestene i DIGI-UNG nettverket får en basiskompetanse om seksuell atferd hos barn og unge, for å kunne møte de som henvender seg om PSA og SSA på en god måte. Med basiskunnskap menes:

- Gjenkjenne tegn på sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd hos barnet eller ungdommen for å kunne avdekke behov for videre informasjon og eventuelle tiltak
- Kjenne til hvor barnet eller ungdommen kan få videre informasjon og hjelp
- Veilede barnet eller ungdommen til relevant informasjon og tiltak, for eksempel på ung.no eller til chattetjeneste med spisskompetanse

Det anbefales videre at én av de eksisterende chattetjenestene for ungdom, som er del av DIGI-UNG nettverket, får spisskompetanse på seksuell atferd hos barn og unge. I tillegg til basiskompetansen anbefales at tjenesten har:

- Samtalekompetanse med barn og ungdom i målgruppen om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd
- Traumekompetanse, herunder sårbarhet og utsatthet
- Kompetanse på og tilgang til enkle selvhjelpsverktøy som ungdommen kan benytte, f.eks. innen hovedelementene selvregulering og selvbevisstgjøring (self awareness)
- Kompetanse til å vurdere barnet/ungdommens behov for hjelpetiltak og tilsyn
- God kjennskap til relevante oppfølgende instanser

For å sikre at ungdommen som trenger det får rett veiledning er det viktig at alle hjelpetjenestene i nettverket har kunnskap om, eller lett tilgjengelig informasjon om, hvilken tjeneste som har spisskompetanse på fagområdet.

Det anbefales på sikt at spisskompetansen også finnes i tilbud som er tilgjengelig til primærmålgruppen skolebarn 9 – 12 år.

Kompetanse i spørsmål og svar-tjenesten på ung.no

Det eksisterer allerede et tilbud om anonym digital veiledning fra fagpersoner gjennom spørsmål og svar på ung.no. Denne tjenesten er mye brukt og det er jevnlig spørsmål knyttet til seksuell atferd hos barn og unge. Tjenesten er ikke i sanntid, men ungdommen får svar innen få dager. Innsikten viste at enkelte spørsmål som kunne se ut til å høre inn under PSA eller SSA ble forkastet i sorteringen av innkomne spørsmål. Det anbefales derfor at det tilføres kompetanse innen seksuell atferd hos barn og unge hos de som betjener sorteringsfunksjonen, slik at de gjenkjenner spørsmål og tema knyttet til PSA og SSA og at ungdommer som søker råd får sine spørsmål besvart.

Spørsmål innen seksuell atferd hos barn og unge besvares av flere ulike faggrupper, herunder sexologer, helsesykepleiere, jurister osv. Det anbefales at også fagpersoner med spisskompetanse innen seksuell atferd, herunder PSA og SSA, inkluderes i fagpanelet til ung.no. Fagpersonene kan eksempelvis være en gruppe bestående av representanter fra blant annet spisskompetansenhetene, teamene i PHBU, Statens barnehus og Bufetat. I tillegg anbefales kompetansetiltak for faggruppene som besvarer slike spørsmål i dag, eksempelvis gjennom felles fagdager eller kurs, for å sikre dem basiskompetanse innen seksuell atferd hos barn og unge.

Alle som besvarer spørsmål knyttet til PSA og SSA bør ha kunnskap om tiltakene fra nivå 2 som er tilgjengelig på ung.no (artikler, selvtest, quiz og e-læringsverktøy), hvilken chattetjeneste som har spisskompetanse og hvilken helsehjelp som finnes for målgruppen (nivå 4).

3.3.1. Anbefaling om anonym foreldreveiledning på foreldrespør.no

Innsikten viste at foreldre ønsker støtte i foreldrerollen, og at flere ønsket seg en digital interaktiv spørretjeneste. Pilotprosjektet foreldrespør.no har foreløpig hatt positive resultater og det anbefales derfor at denne nettressursen utvides til å bli nasjonal og at den samtidig inkluderer temaet seksuell atferd hos barn og unge. I oversikten over tidligere stilte spørsmål og svar anbefales at det legges inn spørsmål med kvalitetssikrede svar om seksualitet og seksuell atferd hos barn og unge, herunder sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd. Det anbefales også å vurdere om en tverretattlig gruppe med faglig kompetanse på temaet bør være tilknyttet foreldrespør.no som fagpanel, tilsvarende modellen til ung.no.

Ettersom foreldregenerasjonene er stadig mer digitale, kan det på sikt også kartlegges og vurderes om det er behov for en chattetjeneste for voksne, for eksempel i tilknytning til foreldrehverdag.no eller foreldrespør.no

3.4. Nivå 4 – lavterskel helsehjelp

Nivå 4 bygger videre på de øvrige nivåene og gir et helsetilbud til de som har behov for å fremme seksuell helse, forebygge skjevutvikling av PSA, avdekke og kartlegge hjelpebehov der skjevutvikling oppstår og veilede eller henvise til riktig hjelpeinstans. Veien inn til helsehjelp kan være direkte eller barnet eller ungdommen kan være veiledet til å ta kontakt med helsetilbudene fra tiltak i de øvrige nivåene, eksempelvis fra selvtest eller chattetjenester.

3.4.1. Anbefaling om oppfølging av helsesykepleier

For barn og unge med PSA anbefales på generelt grunnlag oppfølging og veiledning ved helsesykepleiere, fysisk eller digitalt (DigiHelsestasjon). Tilbudet om oppfølging for PSA hos helsesykepleier er et forebyggende helsetilbud, som anbefales til primærmålgruppene i hele skolehelsetjenesten. Et godt samarbeid med fastlegen kan være viktig.

Der PSA kan være en følgetilstand av pågående traume, og barnets PSA kan være det "symptomet" helsesykepleier har på at barnet utsettes for gjentatt vold eller seksuelle overgrep (SO), vil fastlege og henvisning til sosialpediatrisk undersøkelse, i tillegg til avverge plikt, være nødvendig.

For ungdom 13 – 19 år anbefales også vektlegging av et digitalt tilbud gjennom DigiHelsestasjon, for potensielt å øke antall gutter som henvender seg. Per i dag er DigiHelsestasjon hovedsakelig et tilbud for bestilling av timer hos helsesykepleier, men for ungdom fra 16 - 18 år er det mulighet for e-konsultasjon ved innlogging med MinID, og på sikt skal det legges til rette for videokonsultasjon.

Helsesykepleiere som blir kontaktet av foreldre eller andre omsorgspersoner om bekymring for sitt barn anbefales å tilby et tilbud om oppfølging og veiledning.

Konseptutredningen anbefaler at fagområde PSA og SSA blir en del av helsestasjonen- og skolehelsetjenestens kompetanseområde for å fremme seksuell helse og forebygge skjevutvikling av PSA. Helsesykepleiere anbefales kompetanseheving og henvisningsmulighet til å understøtte et slikt kompetanseområde, som tidligere beskrevet under nivå 1, avsnitt 3.1.2.

Kompetanseheving generelt i barnehage- og skolesektor og andre tverrfaglige instanser kommunalt vurderes også som relevante aktører.

3.4.2. Anbefaling om nasjonalt kontaktpunkt for foreldre og unge fra 16 år

Innsikten fra brukere som hadde utøvd skadelig seksuell atferd viste at de tidlig var bevisst på sine avvikende følelser og atferd. Disse ungdommene som tidlig selv er urolige eller bekymret for egne seksuelle tanker, følelser og atferd rettet mot seg selv eller andre unge og som vurderer at de er i risiko for å utøve gjentakende problematisk seksuell atferd eller skadelig seksuell atferd, bør ha en mulighet for å søke direkte bistand fra helsepersonell med fagkompetanse innen SSA.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere spisskompetanseenheter i spesialisthelsetjenesten for SSA i løpet av 2021, i hver helseregion. I tillegg er det gjort endringer i § 2 i

poliklinikkforskriften, der det legges til grunn at pasienter som har en selvidentifisert risiko for å utøve seksuelle overgrep mot barn, på selvstendig grunnlag skal kunne ta kontakt med spesialisthelsetjenesten uten å være henvist fra fastlegen.

Til sammen gir dette mulighet for et lavterskeltilbud som innebærer at den enkelte ungdom som er 16 år eller eldre, skal kunne oppsøke helsetjenesten for vurdering og eventuelt henvise seg selv til behandling, uten å gå via fastlegen. Dette vil være relevant for ungdom fra 16 år som etter bruk av andre beskrevne tiltak fortsatt er usikker eller bekymret for egen seksuell atferd, men også for ungdom som har *gjentakende* problematisk og skadelig seksuell atferd og som ønsker hjelp. For ungdom fra 16 år vil spisskompetanseenheten i spesialisthelsetjenesten for SSA være et naturlig kontaktpunkt i helsetjenesten for en slik henvendelse.

Innsikten viste også at foreldrene og andre omsorgspersoner er viktige ressurser for barn og ungdom, og at de har behov for et sted hvor de kan henvende seg ved bekymring for eget eller andres barn for råd og veiledning. En foreldreveiledningsfunksjon bør betjenes av fagpersoner med klinisk relevant erfaring.

Konseptutredningen anbefaler at det etableres kontaktpunkt hos én regional spisskompetanseenhet for SSA i psykisk helsevern barn og unge (PHBU) i landet, som får en tilleggsfunksjon med å gi råd og veiledning til foreldre og ungdom fra 16 år, samt gjennomføre risikovurdering av ungdom mellom 16-18 år som har en selvidentifisert risiko for gjentakende PSA og SSA. Den regionale spisskompetanseenheten bør også ha et nasjonalt koordineringsansvar til de andre regionale spisskompetanseenhetene for videre oppfølging og direkte timebestilling dersom det er påkrevd.

Det anbefales at kontaktinformasjon til den aktuelle spisskompetanseenheten SSA tilgjengeliggjøres på ung.no og foreldrehverdag.no. Selvtesten på ung.no bør gi veiledning om å ta kontakt med spisskompetanseenheten SSA, for ungdommene som får et resultat på testen som gir indikasjon for et slikt behov. Det samme kan vurderes for e-læringsverktøy. Fagpersoner i spørsmål-svar-tjenesten på ung.no, chattetjenesten med spisskompetanse, helsesykepleiere og kommunehelsetjenesten, inkludert fastleger, bør også ha kjennskap til tilbudet for å kunne veilede ungdommer i den aktuelle målgruppen til direkte kontakt med spisskompetanseenhetene SSA.

Det anbefales at det avsettes ett årsverk til denne funksjonen. Henvendelsene må kunne skje anonymt gjennom telefon eller kryptert e-post. På sikt kan det vurderes om denne funksjonen også skal være tilgjengelig fra chatt.

I tillegg vurderes det å være et behov for en felles arena for behandlingstilbudet til hhv voksne og barn/unge. Det er jo viktig for kunnskapsutviklingen i begge tjenester at de har kontakt, samt at det forhåpentligvis vil bidra til bedre tjenester for pasienter som går fra den ene til den andre (fra barn/unge-behandling til Det finnes hjelp).

4. SUPPLERENDE OG UNDERSTØTTENDE ANBEFALINGER FOR ET HELHETLIG LAVTERSKELTILBUD

Følgende anbefalinger understøtter modellen som foreslås og anses som nødvendige for et helhetlig lavterskeltilbud til målgruppen.

4.1. Anbefaling om målrettede tiltak for tidligere traumer og kognitiv funksjonsnedsettelse

En av tre viktige forebyggingsområder for problematisk seksuell atferd var ifølge McKibbin et al. (2017) å behandle eller håndtere tidlige traumeerfaringer eller seksuelle overgrep hos unge gutter som senere kan utvikle seg til skadelig seksuell atferd. Studier viser at en stor andel av de mindreårige utøverne har selv erfart eller vært vitne til fysisk, seksuell vold samt erfart alvorlig emosjonell omsorgssvikt (Barra, Bessler, Landolt, & Aebi, 2017; Blasingame, 2018; Hackett, Phillips, Masson, & Balfe, 2013; Jensen et al., 2016; Vizard, Hickey, French, & McCrory, 2007).

Disse barn og unge har en økt sårbarhet for å utvikle problematisk eller skadelig seksuell atferd. PSA kan være en følgetilstand av pågående traume, eller reaksjon på tidligere traume. For grupper som er mer sårbare for senskader av overgrep, bør det være målrettede tiltak for å håndtere tidligere traumer eller seksuelle overgrep for å forebygge utvikling av PSA / SSA. Etter traumehendelser vil barn kunne oppleve sterke negative følelser og vansker med å håndtere og regulere dem. PHBU/BUP har ulike behandlingstilbud for traumer og omsorgssvikt. Det anbefales at gutter i større grad enn i dag blir vurdert til eksempelvis TF-CBT og at behandling blir bedre tilpasset gutters behov, enn hva som er praksis i dag.

WHO i "Evidence for gender responsive actions to prevent violence" (2011) anbefaler at det tilbys integrerte tjenester for å forebygge at seksuelt misbrukte gutter blir utøvere selv. Forskningsevidensen for intervensjoner som reduserer risikofaktorer og styrker beskyttende faktorer hos unge mennesker tidlig i livet, er mye sterkere enn det er for tiltak som søker å redusere voldelig atferd når det først har oppstått (WHO, 2011).

Omtrent 1/3 av de mindreårige utøverne har kognitive evner/fungering under gjennomsnittet. (Barra, Bessler, Landolt, & Aebi, 2017; Blasingame, 2018; Hackett, Phillips, Masson, & Balfe, 2013; Jensen et al., 2016; Vizard, Hickey, French, & McCrory, 2007). Problematisk seksuell atferd bør i større grad ha oppmerksomhet innenfor denne målgruppen.

Erfaringer fra ulike tjenester viser at selv barn som ligger i nedre del av normalområdet i IQ har vansker med å få med seg hvilke hjelpetilbud de kan oppsøke, langt mindre nyttiggjøre seg nettsider hvor innholdet hovedsakelig er i tekstform eller anvendelse av søkebasert. Digital selvhjelpstiltak som er foreslått benyttet på Ung.no vil i mindre grad favne barn og unge med kognitive funksjonsnedsettelser i et forebyggingsperspektiv.

Habiliteringstjenesten bør styrke basiskompetansen på SSA. Det gjelder kompetanse til å snakke med barn og unge om seksualitet generelt, undersøke om de kan være utsatt for vold/overgrep, kunnskap om forebygging og behandling. I tillegg anbefales at noen får en spisskompetanse og kan være en ressurs for hele regionen. Disse kan være lokalisert i en ressursenhet eller være knyttet sammen i et nettverk. Alle habiliteringstjenestene for barn og unge skal kunne tilby konsultasjon, utredning og behandling for SSA. Helsedirektoratet har bedt Helse Vest RHF om å lede arbeidet med å styrke kompetansen og etablere behandlingstilbud i alle helseregioner for barn og unge opp til 25 år med PSA eller SSA, uavhengig hvor i landet de bor. Helse Vest RHF skal samarbeide med de øvrige RHFene om oppdraget. Kunnskap om forebygging av PSA innen habilitering anbefales å være en del av oppdraget.

Da det ikke er gjort et eget innsiktsarbeid anbefales det at det gjennomføres en nærmere utredning av forebyggende lavterskeltiltak PSA til personer som har kognitive funksjonsnedsettelse. Målgruppen med kognitive funksjonsnedsettelse bør differensieres ytterligere.

4.2. Anbefaling om videre utredning av tilbud til skolebarn 9 - 12 år

Gjennom innsiktsarbeidet opplever prosjektet at vi ikke har fått en tilstrekkelig god nok forståelse for hvordan direkte lavterskeltiltak kan tilpasses denne målgruppen og hvordan vi skal nå de med slike tiltak. Skolebarn i denne alderen har ikke en tydelig digital plattform for å tilgjengeliggjøre relevant informasjon og selvhjelpsverktøy samlet, slik ung.no kan for ungdom 13 – 19 år. Informasjon og tiltak som utvikles for ung.no er heller ikke aldersadekvat for denne målgruppen.

Det anbefales derfor at det gjennomføres en nærmere utredning av lavterskeltilbud til denne målgruppen. Det anbefales at en slik utredning inkluderer digitale tiltak for selvbevisstgjøring, selvregulering og individuell veiledning til skolebarn 9 – 12 år. Man bør vurdere om det er aktuelt å tilpasse selvttest, e-læringsverktøy og et digitalt skolehelsetjenestetilbud med oppfølging av helsesykepleier til målgruppen. Dette kan gjøres samtidig som vi høster erfaring fra utvikling av tiltak og etablerte tiltak for ungdom 13 – 19 år. I mangel av én plattform kan det være aktuelt å se på løsninger for å utvikle egne spill eller apper for målgruppen innen tematikken. En utredning bør også se nærmere på konkrete kommunikasjonstiltak og kampanjer for bevisstgjøring av tematikken rettet mot målgruppen. Det kan være aktuelt å inngå samarbeid med populære profiler og influensere som barna følger i sosiale medier.

4.3. Anbefaling om kommunikasjon og kampanjer

Kommunikasjons- og kampanjearbeid vurderes av prosjektet å være viktig både for å sikre en generell bevisstgjøring omkring denne tematikken i befolkningen og for å promotere de konkrete tiltakene mot målgruppene. Det bør utarbeides en kommunikasjonsstrategi for tematikken og for de konkrete tiltakene som anbefales.

Omfang, format og innhold på kommunikasjonstiltak og kampanjer må vurderes opp mot ønsket effekt og målgruppene man ønsker å nå. Det bør vurderes å planlegge flere ulike kampanjer tilpasset ulike grupper i samfunnet, for eksempel differensiert for aldergrupper, forskjellige kulturer og på ulike språk.

Etter hvert som lavterskeltiltakene etableres og tilgjengeliggjøres vil det være hensiktsmessig å gjennomføre kommunikasjonstiltak og kampanjer tilknyttet de konkrete lavterskeltiltakene og mot de konkrete målgruppene.

Kommunikasjonstiltakene og kampanjene må tilpasses målgruppene. For de ulike målgruppene barn og unge betyr det særlig å være oppdatert på ungdomstrendene og forstå deres digitale liv. Man må være på de plattformene og stedene de befinner seg, offline og online, med rett innhold og til rett tid (Opinion, 2021). Eksempler på konkrete tiltak som bør inkluderes i en kommunikasjonsstrategi er google søk, synlighet i sosiale medier og samarbeid med relevante og aktuelle influensere og profiler som barn, unge og deres foreldre følger.

Det foreslås at Helsedirektoratet tildeles et overordnet ansvar for kommunikasjon og kampanjer knyttet til fagfeltet og de anbefalte tiltakene i prosjektperioden. Det bør utarbeides en kommunikasjonsstrategi for kampanjer og kommunikasjonstiltak, og strategien bør utarbeides i samarbeid med aktørene som drifter de relevante tjenestene.

En forutsetning for godt kommunikasjonsarbeid er tilstrekkelige ressurser, herunder personell og finansiering av tiltakene. Det anbefales at det årlig tildeles midler til gjennomføring av kommunikasjonstiltak og kampanjer, og det anslås et behov for en kommunikasjonsressurs i 0,5 årsverk årlig i prosjektperioden. I tillegg bør det gjøres en ny vurdering av videre behov etter plan og gjennomføringsfasen.

4.4. Anbefaling om forskning og evaluering

Innsiktsarbeidet har vist at kunnskapsgrunnlaget for forebygging av seksuelle overgrep er til dels svakt, særlig for enkelte tema i våre anbefalinger. Det har vært og pågår en større satsning på forskning av hva som virker når skaden først har skjedd, mens det dessverre fortsatt er mangelfull kunnskap om hvordan avdekke og forebygge seksuelle overgrep med tidlig innsats. Det er samtidig økt oppmerksomhet på forebyggingsperspektivet og derav er også kunnskapsgrunnlaget under utvikling, særlig internasjonalt. Norge samarbeider med internasjonale fagmiljøer innen fagfeltet og bør fortsette dette samarbeidet også innen forskning på unge utøvere og barn og unge som står i fare for å debutere med PSA eller SSA. Norge bør samtidig ta sin del av medansvaret for å bidra til å produsere ny kunnskap, ikke bare for norske forhold, men også internasjonalt.

Alle lavterskeltiltakene som foreslås i denne utredningen anbefales systematisk evaluert og videreutviklet - både på bruk, nytte og effekt.

Det vil være ønskelig å skaffe overordnet kunnskap om hvilke tema som opptar de unge som henvender seg til lavterskeltilbudene, samt samle anonymiserte data knyttet til karakteristika (f.eks. alder, kjønn, etnisitet, seksuelle tema, online og eller offline seksuell atferd). Dette vil også være nyttig kunnskap for å kunne avdekke eventuelle mangler i tiltak og undervisning i barnehager og skoler knyttet til temaene fysisk nærhet, kropp, pornografi og seksualitet/seksuell atferd.

Det vil også være nyttig å følge med på hvilke behov de foreslåtte tiltak ikke dekker hos målgruppen og vurdere utviklingsmuligheter.

Forskning og evaluering er også ment å bidra til fagutvikling innen feltet, inkludert kvalitetssikring og utvikling av kunnskapsbaserte, normerte og evaluerte fagverktøy for samtale og screening.

Det anbefales at det årlig tildeles midler til 2 forskerstillinger knyttet til lavterskeltiltakene som anbefales, og at det ses i sammenheng med spisskompetansemiljøene i PHBU og HABU.

5. USIKKERHETSANALYSE

Vi har gjort en overordnet risikoanalyse av modellen og anbefalingene som foreslås. Det er funnet flere usikkerhetsfaktorer innen hvert av nivåene, samt noen generelle risikoer for etablering og gjennomføring av modell og tiltak. Under følger en oversikt over de forventede usikkerheter med forslag til risikoreduserende tiltak. Listen er ikke å anse som uttømmende.

Nivå 1

Samarbeid med andre sektorer

Risiko: Ulik forståelse og prioritering av tiltak

Risikoreduserende tiltak: Forankring i ledelse og klare ansvarsforhold (administrativt og økonomisk) gjerne formalisert gjennom samarbeidsavtaler.

Sikre likt tilbud nasjonalt

Risiko: Kommunalt selvstyre og begrensninger i kommunal økonomi

Risikoreduserende tiltak: Dialog og involvering i prosessene for utvikling og implementering. Utviklingskostnadene bæres av prosjektet.

Nivå 2

Løsninger for ung.no og DIGI-UNG programmet

Risiko: Forsinkelser i etablering av løsning for e-læring og selvtest

Risikoreduserende tiltak: Avhengig av hvor lang forsinkelsen blir kan utsatt oppstart av tiltakene vurderes, da dette kun vil påvirke modellen på kort sikt. Ved lang forsinkelse bør andre muligheter vurderes, herunder etablering av løsninger på egne plattformer, som senere kan lenkes til/tilpasses ung.no.

Risiko: Tiltak drukner i annen informasjon og andre tjenester på ung.no

Risikoreduserende tiltak: Etablere lenker fra alle relevante områder av DIGI-UNG plattformen, som fanger opp og leder målgruppen til løsningene.

Risiko: Forsinket etablering av mekanismer for eskalering mellom de ulike løsningene på ung.no, eksempelvis fra artikler til chat og e-læringsverktøy, eller fra chat til DigiHelsestasjon. DIGI-UNG programmet har dette som mål, men det er ikke på plass per i dag.

Risikoreduserende tiltak: Mekanismer for eskalering er en forutsetning for at vi skal holde på ungdommene når de er motivert til å ta imot lavterskeltilbudet. Tiltakene vil likevel kunne utvikles til å

fungere selvstendig frem til en slik løsning er på plass eller tiltakene avventes til mekanismen er tilgjengelig.

Selvtest

Risiko: Helsefaglige feil i løsningen

Risikoreduserende tiltak: Helsefaglig bistand fra fagmiljø for triage/risikoutredning for helse og PSA/SSA

3D e-læringsverktøy

Risiko: Helsefaglige eller tekniskfaglige feil i e-læringsverktøy

Risikoreduserende tiltak: Helsefaglig forsvarlig med bistand fra fagmiljø. Teknisk kompetanse til utvikling og drift av verktøyet.

Nivå 3

Chattetjenester

Risiko: Mangler chattetjeneste som ønsker spisskompetanseansvar

Risikoreduserende tiltak: Ta initiativ til dialog med relevante aktører for samarbeid. Forankring i ledelse gjennom god informasjon, åpenhet og tydelig ansvars- og rollefordeling, eksempelvis med samarbeidsavtale. Alternativt etablere selvstendig chatløsning.

Risiko: Ungdommen blir ikke møtt på en god måte og føler seg avvist.

Risikoreduserende tiltak: Kompetanseheving på å gjenkjenne PSA/ SSA og samtalekompetanse

Spørsmål og svar- tjenesten

Risiko: Lang svartid i spørsmål og svar

Risikoreduserende tiltak: Tilgjengelig kvalitetssikrede spørsmål og svar i tidligere stilte spørsmål, som ungdommene kan søke seg frem til. Kompetanse i chattetjenester dersom ungdom henvender seg der. God informasjon på ung.no om hvor ungdommene kan henvende seg med problemstillinger.

Risiko: Manglende kompetanse i fagpanel

Risikoreduserende tiltak: Kompetansetiltak gjennom felles fagdager med temaet seksuell atferd.

Risiko: Spørsmål blir avvist/vurdert som useriøse under sortering

Risikoreduserende tiltak: Kompetansehevende tiltak hos personell i sorteringsfunksjonen. Eventuelle tiltak for dobbeltkontroll ved spørsmål man er usikre på for kvalitetssikring.

Nivå 4

Oppfølging helsesykepleiere

Risiko: Kommunalt selvstyre og begrensninger i kommunal økonomi

Risikoreduserende tiltak: Involvering av interessenter i utvikling av tiltak. Kommunene tilbys ferdig utviklede e-læringskurs, veiledere og digital fagressurs.

Risiko: Manglende kompetanse og kjennskap til tiltakene

Risikoreduserende tiltak: Kommunikasjonstiltak for å sikre kjennskap til tiltakene og tilbud om kompetanseheving gjennom e-læringskurs, veiledere og digital fagressurs.

Risiko: Manglende henvisningsmulighet hos helsesykepleiere til PHBU

Risikoreduserende tiltak: Behov og nytte for primærmålgruppen til lavterskeltilbudet vil tydeliggjøres i Helsedirektoratets oppdrag om henvisningsmulighet for helsesykepleiere. Dersom henvisningsmuligheten uteblir bør det vurderes om helsesykepleiere skal benytte nasjonalt kontaktpunkt for vurdering av barnet eller ungdommen til videre behandling og oppfølging.

Risiko: Ikke etablert digitalt tilbud (DigiHelsestasjon)

Risikoreduserende tiltak: Fysisk tilbud om oppfølging hos helsesykepleier vil være tilgjengelig. Erfaringer fra evaluering av tilbud som er etablert digitalt bør kommuniseres til øvrige kommuner. Kommuner oppfordres til å tilby digitalt tilbud.

Nasjonalt kontaktpunkt

Risiko: Manglende eller forsinket gjennomføring av kompetanseutviklingsprosjektet i PHBU om SSA

Risikoreduserende tiltak: Jevnlig oppfølging gjennom dialog. Tilbud om bistand og samarbeid.

Risiko: Underdimensjonering av tilbud om direkte kontakt til spisskompetansenhet for SSA.

Risikoreduserende tiltak: Evaluere og vurdere tiltak for videre utvikling for å tilpasse tjenesten med eventuelle økte ressurser og andre løsninger.

Generelle usikkerheter:

Risiko: Manglende ansvarsfølelse hos ledelse i kommune eller helseforetak

Risikoreduserende tiltak: Involvere interessentene i utvikling av tjenestene, tydeliggjøre målet med tiltakene og begrunnelse for disse. Helseforetakene gis oppdrag fra HOD.

Risiko: Fragmenterte roller og ansvar for oppfølging av tiltak

Risikoreduserende tiltak: Vurdere etablering av nettverk eller andre strukturer for å sikre samarbeid og gjensidig forståelse og enighet om behov og prioriteringer for å nå målet om å forebygge seksuelle overgrep.

Risiko: Feilvurdering av målgruppen

Risikoreduserende tiltak: Evaluering av tiltak for vurdering av tiltakenes bruk og nytte.

Risiko: Manglende kjennskap til tiltak

Risikoreduserende tiltak: Kommunikasjonstiltak og kampanjer for å gjøre tilbud kjent for primærmålgrupper og sekundærmålgrupper.

Risiko: Usikkerhet rundt meldeplikt og avvergeplikt

Risikoreduserende tiltak: Kompetansehevende tiltak og tydelige rutiner for blant annet chattetjenester, fagpersoner i spørsmål og svar-tjenesten, helsesykepleiere og andre fagpersoner.

6. PROSESS VIDERE

6.1. Prosjektorganisering

Det anbefales at hele konseptet gjennomføres for helhetlig lavterskel tilbud som når alle primærmålgrupper og sekundærmålgrupper. Samtidig foreslås at prosjektet gjennomfører etablering og utvikling av anbefalte tiltak i faser, hvor første fase kan starte opp umiddelbart, da den vil bestå av flere tiltak som enkelt kan gjennomføres og implementeres i eksisterende plattformer, herunder artikler, spørsmål og svar og quiz på ung.no, foreldrehverdag.no, foreldrespør.no, helsenorge.no og lignende. Fase én bør også inkludere oppstart av kompetansehevingstiltak rettet mot personell i ung.no og chattetjenester og igangsetting av samarbeid med relevante aktører om utvikling av veileder og e-læringskurs for helsesykepleiere og annet aktuelt helsepersonell, inkludert utvikling av avatar til snakkemedbarn.no. I fase én vil det også være naturlig å starte etablering av en nasjonal veiledningsfunksjon for foreldre og ungdom fra 16 år i én regional spisskompetansenhet.

Det er viktig at tilbudet er differensiert og kommuniserer tydelig at de er for alle uavhengig av kjønn, seksuell orientering, funksjonsnivå, etnisitet og hvilken alvorlighetsgrad atferden har. Brukerperspektivet er viktig at blir ivaretatt.

En fase to vil bygge videre på det som er etablert i fase én, med gjennomføring av kompetansehevingstiltak for helsesykepleiere, utvalgte chattetjenester og eventuelt for andre faggrupper.

Fase to vil inkludere de IT-tekniske utviklingsoppgavene knyttet til selvtest og spillbasert e-læring til primærmålgruppen. Den vil også inkludere kommunikasjons- og kampanjearbeid.

Fase to avhenger delvis av at digitale funksjoner via ung.no er etablert, herunder DigiHelsestasjon, plattform for e-læring, eskalering mellom tjenester og videre. Oppstart av fase to anbefales derfor tidligst våren 2022, og etter fullført fase én.

Prioritering av tiltakene kan eventuelt vurderes i samråd med oppdragsgiver.

Dersom anbefaling om videre utredning av lavterskeltilbud til målgruppen skolebarn 9 til 12 år blir besluttet, anbefales det at dette gjennomføres som eget prosjekt.

6.2. Roller og ansvar

Det vil være hensiktsmessig at Helsedirektoratet i prosjektperioden har et overordnet koordinerende og faglig ansvar for å få utviklet og etablert lavterskeltiltakene og etablert samarbeid med relevante etater, virksomheter og andre prosjekter.

Helsedirektoratet har flere pågående oppdrag innen fagfeltet og tilgrensende fagfelt både for barn, unge og voksne, og det vil derfor være viktig at direktoratet har ressurser til å sikre kontinuitet og et robust fagområde internt.

Gitt at konseptutredningen godkjennes vil det i plan og gjennomføringsfasen av prosjektet være behov for å se nærmere på tekniske og faglige roller og ansvar for oppfølging, drift og videre utvikling av

tiltakene. Ansvarsplassering vil være viktig for å sikre kontinuitet og et helhetlig lavterskeltilbud som er faglig og teknisk oppdatert.

Hvorvidt noen tildeles et overordnet ansvar for alle tiltakene, eller om ansvaret skal fordeles på flere er blant vurderingene som må tas.

Det vil blant annet være behov for avklaring av roller og ansvar tilknyttet:

- Eierskap for og drift av tekniske/digitale løsninger
- Faginnhold og faglig utvikling
- Kompetanseheving
- Teknisk utvikling og oppdateringer
- Kommunikasjon og kampanjer
- Finansiering

6.3. Kostnader og gevinster

For anbefalingene som foreslås er det utfordrende å gjennomføre en kvantitativ vurdering av nytte- og kostnadsvirkningene, da effekten av tiltakene vanskelig kan tallfestes i fysiske størrelser. Forebygging av seksuelle krenkninger og overgrep mot barn og unge har virkning langt utover det som kan verdsettes i kroner, og de ikke-prissatte virkningene av anbefalingene er derfor helt sentrale virkninger av konseptet.

Det eksisterer analyser som har beregnet de samfunnsøkonomiske konsekvensene for offer, mens det foreløpig ikke finnes tilsvarende for unge utøvere eller deres familie og nærstående. Vista Analyse har for eksempel beregnet at barn som har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt eller mishandling i 2015 eller tidligere i livet, kan forventes å koste samfunnet om lag 75 mrd. kroner gjennom livsløpet (Rasmussen og Vennemo, 2017). Av dette er om lag 35 mrd. kroner et beregnet produksjonstap, mens øvrige kostnader er forventede kostnader over offentlige budsjetter. Tiltak som forebygger vold og overgrep mot barn, og avdekker sviktende omsorg på et tidlig tidspunkt, vil på generelt grunnlag gi samfunnsøkonomisk nytte.

Tiltak som settes inn i tidlig alder, og dermed kan forebygge barnets skjevutvikling, har også generelt sett bedre effekt enn tiltak som iverksettes på et senere tidspunkt i livet (Oslo Economics, 2017, Rambøll, 2012).

Tiltakene som foreslås i denne utredningen er anslått med nåværende innsikt å totalt koste omtrentlig 13 MNOK årlig (avsnitt 6.3.1), mens effekten av tiltakene vil kunne gi langvarige gevinster. Eksempelvis anslås at gode oppvekstvilkår gir bedre forutsetninger for å fullføre skolegang, gjennomføre videre utdanning og deltakelse i yrkeslivet.

For denne konseptutredningen vurderes samtidig at det er vanskelig å verdsette virkningen av anbefalingene kvantitativt på en faglig forsvarlig måte. Det lar seg samtidig ikke gjøre å gjennomføre kvantitative vurderinger for alle anbefalingene innenfor vår tids- og ressursramme. I det følgende legger

vi likevel inn de foreløpige forventede utviklings- og driftskostnadene, mens nytteeffekten i hovedsak beskrives kvalitativt.

6.3.1. Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er gjennomført en vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av de foreslåtte tiltakene i modellen. For enkelte av tiltakene er det knyttet stor usikkerhet til kostnadsanslagene ettersom anskaffelsen må ut på anbud. Tiltakene anbefales innført i ulike faser og utviklingskostnadene vil i så fall fordele seg over flere år. For alle IKT-tekniske løsninger må det tas høyde for behov for oppgraderinger på sikt.

Et grovestimat av kostander for etablering av modellen er oppsummert i et 5 års perspektiv.

Økonomiske hovedtall (oppgitt i MNOK)	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
	Prosjektperiode		Driftsperiode		
Prosjektutgifter (ressurser)	4,5	3,5			
Fagressurser i Hdir utover prosjektperioden			1,5	1,5	1,5
Utviklings- og driftskostnader mindre tiltak	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14
Selvttest	1,0	1,8			
E-læringsverktøy 3D spill	1,0	2,0	2,6	2,6	2,6
Avatarer snakkemedbarn.no	0,86	0,12	0,12	0,12	0,12
E-læringskurs helsesykepleiere (andre fagpersoner)	2,3	0,05	0,05	0,05	0,05
Nasjonalt kontaktpunkt (spisskompetansenhet)		1,3	1,3	1,3	1,3
Kommunikasjon og kampanjer		2,5	5,0	5,0	5,0
Forskning og evaluering			2,4	2,4	2,4
Totalsum	9,8	11,4	13,11	9,83,11	9,83,11

9,8

Se nærmere beskrivelse av alle tiltakene under:

Nivå 1

Skolen (alle trinn)

Tiltaket går ut på at temaet seksuell atferd hos barn og unge tas inn i systematisk tverrfaglig seksualundervisning. Dette forutsetter blant annet kompetanseheving hos lærere, og det anslås at hver lærer kan forventes å delta på en times e-læringskurs. E-læringskurs og skoleveileder er allerede utarbeidet og tilgjengelig på seksuellatferd.no. Det forventes ikke betydelige kostnader knyttet til dette.

Barnehagene

Tiltaket går ut på at temaet seksuell atferd hos barn og unge tas inn i eksisterende arbeid med temaer om seksualitet. Det forutsettes blant annet kompetanseheving hos barnehagepedagoger. Det forventes

at hver barnehagepedagog deltar på en times e-læringskurs. E-læringskurs er allerede utarbeidet og tilgjengelig på seksuellatferd.no. Det forventes ikke betydelige kostnader knyttet til dette.

Kompetanseheving helsesykepleiere - DigiHelsestasjon, helsestasjon og skolehelsetjenesten

Helsesykepleiere som skal bidra i den systematiske tverrfaglige seksualundervisningen, samt gi oppfølging for personer med PSA vil ha behov for kompetanseheving. Helsesykepleiere er i kontakt med foreldre og barn gjennom helsestasjon 0-5 år, og etter hvert barn og ungdom alene gjennom skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og eventuelt DigiHelsestasjon. For ungdom fra 16 år kan de også gi lavterskel helsehjelp, enten fysisk eller digitalt gjennom DigiHelsestasjon. Det foreslåtte tiltaket gjelder kompetanseheving hos helsesykepleiere som arbeider med tjenestene for lavterskel veiledning og rådgivning om temaet til primærmålgruppen og deres foreldre eller omsorgspersoner. Det forventes minimum 2 timer til gjennomføring av e-læringskurs per helsesykepleier. Det forventes ikke betydelige kostnader knyttet til dette tiltaket.

Utvikling av e-læringskurs og veiledere, samt tilpassing av digital fagressurs, gjennomføres som egne tiltak.

Nivå 2

Utvikling av selvtest

Tiltaket om å utvikle en selvtest for primærgruppen 13-19 år forutsetter trolig anskaffelse hos leverandør som forutsetter anbudsrunde. Det er anslått en utviklingskostnad på 1,5 millioner kroner til utviklingskostnader. Det vil trolig i tillegg påløpe en kostnad på 1,3 MNOK for et årsverk på fagressurs til metodeutvikling risiko/ screening. Det kan være aktuelt med et samarbeid med fagmiljø i Storbritannia. Totalt blir anslått kostnad da 2,8 MNOK for tiltaket. Det er usikkert om dette tiltaket også forutsetter en leiekostnad. Det anbefales at dette tiltaket prioriteres utviklet første del av prosjektperioden.

Utvikling av e-læringsverktøy, 3D spillbasert

Tiltaket vil innebære en anskaffelse for utvikling hos ekstern leverandør, og forutsetter anbud.

Kostnadene til dette tiltaket er dermed svært usikre. Basert på lignende verktøy er følgende kostnader estimert:

- En utviklingskostnad på mellom 2,0 MNOK.
- En månedlig leiekostnad på omtrent 220 000 kr. Det vil si en årlig leiekostnad på 2,64 MNOK.
- Interne kostnader for å bistå leverandøren med utviklingen, både faglig og IKT-teknisk. Anslått til 1,0 MNOK for en utviklingsperiode på mellom 3-6 måneder, gitt følgende ressurser:
 - 1 fagressurs 100% allokert i utviklingsperioden (kan fordeles på flere)
 - 1 prosessdriver med erfaring fra IKT-prosjekter (omtrent 50 % stilling)
 - Noen testressurser i testperioder (små allokeringer)
 - Bistand fra NHN for å drive anskaffelsen, evt. ROS/DPIA-analyse eller liknende.

Artikler, quiz og spørsmål- og svar

Tiltaket inkluderer utarbeidelse av artikler om temaet, inkludere temaet inn i eksisterende artikler, opprette en quiz, samt utarbeide og kvalitetssikre spørsmål og svar om temaet. Det er anslått en utviklingskostnad knyttet til dette tiltaket på 30 000 kr.

Foreldrehverdag.no (Bufdir)

Tiltaket består i å utarbeide artikler om seksuell atferd hos barn og unge, herunder sunn, problematisk og skadelig, til foreldre og eventuelt noe interaktivt innhold på foreldrehverdag.no. Det forventes en utviklingskostnad på 10 000 kroner.

Foreldrespør.no (Bufdir)

Tiltaket består i å utarbeide kvalitetssikrede spørsmål og svar om temaet seksuell atferd hos barn og unge som tilgjengeliggjøres på foreldrespør.no sine tidligere stilte spørsmål. I tillegg anbefales at det inkluderes en fagperson med kompetanse innen seksuell atferd hos barn og unge i fagpanelet for foreldrespør.no. Det forventes en utviklingskostnad på 10 000 kroner, mens driftskostnad for eventuell lønn av fagperson er usikker.

Nivå 3

Chattetjenester

Det eksisterende tiltaket i chattetjenestene er å gi veiledning og rådgivning til primærmålgruppen. Det foreslås en generell basis kompetanseheving hos tjenestene for lavterskel veiledning og rådgivning om temaet til primærmålgruppen. Det foreslås også spisskompetanse og særlig ansvar for å håndtere henvendelser fra primærmålgruppen 13-19 år hos én chattetjeneste, hvilket forutsetter kompetanseheving. Det forventes en årlig kostnad tilknyttet dette på 50 000 kr.

Spørsmål og svar-tjenesten

Tiltaket forutsetter hovedsakelig kompetanseheving hos ansatte i sorteringsfunksjonen, samt hos ansatte med fagansvar for temaet i spørsmål og svar tjenesten. Dette kan gjennomføres som fagdager eller workshops, som ung.no allerede gjennomfører jevnlig. Det er samtidig anbefalt at det knyttes noen fagpersoner med særskilt kompetanse på seksuell atferd hos barn og unge, herunder problematisk og skadelig, fra et tverrfaglig team. Dette vil i så fall kunne fordre lønnskostnader. Det er anslått en utviklingskostnad knyttet til dette tiltaket på 10 000 kr for kompetanseheving. Kostnader til eventuell lønn for nye fagpersoner er usikre.

Nivå 4

Spisskompetansenhet SSA

Det ansettes en psykolog som kan kommunisere med foreldre, barn og unge gjennom telefon og e-post, samt veilede profesjonelle. Det forventes en årskostnad på 1,3 MNOK.

BUP/PHBU

Kompetanseheving gjennom e-læringskurs og veiledning fra spisskompetansenhetene. Det forventes en tidsbruk på 3 timer per BUP (1 time på inntil 3 psykologer per BUP). Det forventes ikke betydelige kostnader knyttet til dette.

Fagressurser og kompetansetiltak

Bufdir / RVTs – snakkemedbarn.no

Tiltaket er knyttet til å utvide nettressursen snakkemedbarn.no med tematikken seksuell atferd. Anslag til kostnader er gitt av prosjektleder for snakkemedbarn.no. Gitt en utvikling av 2 nye avatarer forventes en utviklingskostnad på omtrent 550 000 kr per avatar. I tillegg kommer en fagressurs (psykologspesialist) i anslagsvis 20 %, i 6 måneder per avatar. Det vil si en kostnad på 260 000 kr for 2 avatarer. Totalt anslås utviklingskostnaden til å være på mellom 810 000 kr. I tillegg kommer en månedlig driftskostnad på mellom 5000 og 10000 kr. Årlig utgjør denne kostnaden anslagsvis 100 000 kr.

RVTS – seksuellatferd.no, e-læringskurs og veileder

Tiltaket er å utbedre og strukturere seksuellatferd.no og utvikle et e-læringskurs og veileder innen seksuell atferd til helsesykepleiere. Basert på lignende e-læringskurs anslås en kostnad for å utvikle e-læringskursene og veiledere til å utgjøre omtrent 2,3 MNOK. I tillegg vil det komme en årlig driftskostnad, som anslås til 50 000 kr per år.

RVTS – råd og veiledning, samt kurs for fagpersoner

Tiltaket gjelder råd og veiledning til fagpersoner innen tematikken, og kurs for helsesykepleiere, og eventuelt andre fagpersoner som jobber med barn og unge og denne tematikken. Dette ligger allerede til RVTSenes mandat og det forventes derfor ingen økte kostnader.

Tematikken i eksisterende tiltak

Tiltaket består i å integrere utøverperspektivet inn i offentlige ressurser, herunder helsenorge.no, jegvet.no og lignende. Det forventes en utviklingskostnad på 10 000kr.

Helsedirektoratet

Økt ressurs for fagområdet – fast

Det anbefales å øke ressursene innen fagområdet i Helsedirektoratet. En ekstra ressurs vil styrke et fagområde i vekst med flere krevende oppdrag, samt forventning om økt kunnskapsutvikling. Det er i dag sårbart med for få ressurser tilknyttet fagområdet, gitt mengden oppdrag og ansvar. Det anbefales en økning i ressurser tilsvarende én psykolog i fast 100 % stilling. Det forventes en årlig kostnad på 1,2 MNOK.

Prosjektr ressurer

Midler til å dekke kostnader for én prosjektleder i 100 % stilling i 2 år anbefales for å sikre prioritering av etableringen av et helhetlig lavterskel tilbud. Det forventes en årlig kostnad til dette på 1,2 MNOK. Det anbefales også å ansette en ressurs til prosjektstøtte i 50 % stilling i 2 år. Det forventes en årlig kostnad på 500 000 kroner.

Det anbefales å ansette en IKT-faglig ressurs i 50 % stilling i 1 år til utvikling av IKT-tiltak. Det forventes en årlig kostnad på 1,0 MNOK.

Det anbefales å ansette kommunikasjonsressurs i 50 % stilling til kommunikasjon og kampanjer tilknyttet prosjektet. Det forventes en årlig kostnad på 600 000 kroner, i prosjektperioden. Det vil påløpe noe kostnader til en slik ressurs også utover prosjektperioden.

Kommunikasjon og kampanjer

Basert på kostnader knyttet til kommunikasjonstiltak og utvikling og distribuering av kampanjer anslås en kostnad til dette på 5, 0 MNOK. Det foreslås at disse tildeles Helsedirektoratet i prosjektperioden, og at videre vurdering av ansvar og tildeling gjøres ved prosjektperiodens slutt.

Forskning og evaluering

Det vil være behov for forskning på utøverperspektivet og følgeevaluering av tiltakene som etableres. Det anbefales at det etableres 2 årsverk for post doc psykologspesialister til dette formålet. Anbefaling om plassering av stillingene gis av prosjektet i prosjektperioden. Det forventes en årlig kostnad på 2,4 MNOK til dette.

6.3.1. Kvalitative virkninger

De ikke-prissatte virkningene består blant annet i at barn og unge som ellers ville blitt utsatt for seksuelle krenkelse eller overgrep vil ha forutsetninger for gode oppvekstvilkår. I tillegg vil virkningen være økt livskvalitet hos de som er bekymret for sin seksuelle atferd, og som til nå ikke har hatt et tilbud om hjelp. Dette beskrives godt i brukerintervjuene. Det samme gjelder for foreldre og andre omsorgspersoner, som beskrevet av pårørende i intervjuet.

Gjennom økt fokus på traumebehandling hos særlig gutter vil denne målgruppen få et helsetilbud som de tidligere ikke har hatt, hvilket vil ha både betydelige positive samfunnsøkonomiske konsekvenser og selvfølgelig viktige individuelle konsekvenser.

Digitale selvhjelpstilbud vil kunne gi ungdom, og kanskje særlig gutter, tilgang til hjelp som de tidligere ikke har opplevd å ha.

Generell økt forståelse for og kunnskap om hva som er sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd kan tenkes å gi en positiv effekt for den oppvoksende befolkningen og deres forhold til egen seksualitet.

6.4. Investeringsvurdering

Det vurderes at de samlede forventede gevinstene av anbefalingene vil overgå projektkostnadene, innføringskostnader og løpende drifts- og vedlikeholdskostnader for tiltakene samlet.

Til tross for at konseptet viser seg å være lønnsomt for helsetjenestene og samfunnet totalt sett og over tid, vil det kunne kreve mer ressurser fra noen tjenester. Helsepsykiatere vurderes å få noe økt oppdragsaktivitet på fagområde. PHBU/BUP vurderes også å kunne få økt oppdragsmengde. Satsing på utvikling av tilbud til denne gruppen barn og unge vurderes likevel som så betydningsfullt at ressurser bør prioriteres til arbeidet. Prosjektet vurderer at negative virkningene for øvrige berørte interessenter er av begrenset betydning og omfang, og anser derfor ikke at det gir grunnlag for å begrense gjennomføring av foreslåtte anbefalinger.

Vi vurderer etablering av modellen og anbefalingene som en viktig investering både på kort og lang sikt for å forebygge seksuelle krenkelser og overgrep mot barn og unge.

7. REFERANSER

- Allotey, J., & Swann, R. (2019). *Technology-Assisted Harmful Sexual Behaviour: Practice Guidance. 2nd edition.* (2nd ed.). UK: The AIM Project in partnership with NSPCC.
- Askeland, I. R., Jensen, M., & Moen, L. H. (2017). *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd - kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia - forslag til landsdekkende struktur [Treatment for youth with problematic or harmful sexual behavior - knowledge and experiences from the nordic countries and the UK - suggestions for national implementation].*
- Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (2006). *The Juvenile sex offender* (2nd ed. ed.). New York: Guilford Press.
- Barra, S., Bessler, C., Landolt, M. A., & Aebi, M. (2017). Patterns of Adverse Childhood Experiences in Juveniles Who Sexually Offended. *Sexual abuse, 30*(7), 803-827.
doi:10.1177/1079063217697135
- Beech, A. R., & Ward, T. (2004). The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior, 10*(1), 31-63. Retrieved from:
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.002>
- Beier, K., (2018). *Preventing Child Sexual Abuse-The Preventen Prosjekt Dunkelfeld*, The Journal of Sexual Medicine. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.12.009>
- Blasingame, G. D. (2018). Risk Assessment of Adolescents with Intellectual Disabilities Who Exhibit Sexual Behavior Problems or Sexual Offending Behavior. *J Child Sex Abus, 27*(8), 955-971.
doi:10.1080/10538712.2018.1452324
- Bråten, B. og Sønsterudbråten, S. (2016). Foreldreveiledning – virker det? en kunnskapsstatus. Faforapport 2016: 29.
- Carson, C. (2019). *The AIM Assessment Models for Children Under 12 Years old with Problematic or Harmful Sexual Behaviours. 3rd Edition.* (3rd ed.). UK: The AIM Project.
- Eggen, Fjeld, Malmo & Zachariassen, (2014). Utviklingshemning og seksuelle overgrep - rettsvern, forebygging og oppfølging. Oslo universitetssykehus.
- Elvestad, E., Staksrud, E., & Olafsson, K. (2021). *Digitalt foreldreskap i Norge*. Retrieved from https://www.usn.no/getfile.php/13657557-1617958831/usn.no/forskning/Prosjekter/Digitalt%20foreldreskap/Digitalt_foreldreskap_i_Norge_2021.pdf
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009). Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors: (630532009-001) [Data set]. American Psychological Association. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/e630532009-001>
- Hackett, S. (2014). Children and young people with harmful sexual behaviours.

- Hackett, S., Phillips, J., Masson, H., & Balfe, M. (2013). Individual, Family and Abuse Characteristics of 700 British Child and Adolescent Sexual Abusers. *Child abuse review (Chichester, England : 1992)*, 22(4), 232-245. doi:10.1002/car.2246
- Hafstad, G. S., & Augusti, E.M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Retrieved fro: https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf
- 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. [Treatment for children who have displayed and/or have been exposed to violence and sexual abuse: A national survey]* Retrieved from Oslo:
- Jackson- Hollis, V., & Belton, E. (2017). *Children and young people who engage in technology-assisted harmful sexual behaviour: a study of their behaviours, backgrounds and characteristics*.
- Jensen, M., Garbo, E., Kleive, H., Grov, Ø., & Hysing, M. (2016). Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(5), 366-375.
- Kripos. (2017). Mindreårige anmeldt for voldtekt i 2016. <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/seksuelle-overgrep-mot-barn/seksuell-utnyttelse-av-barn-over-internett.pdf>
- Kripos. (2021). Barn som selger seksualiserte bilder og videoer av seg selv. Retrieved from <https://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/aktuelt/nyheter/2021/03/04/barn-som-selger-seksualiserte-bilder-og-videoer-av-seg-selv/>
- Kruse, A. (2011). *Unge som begår seksuelle overgrep*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Leonard, M., & Hackett, S. (2019). *The AIM3 Assessment Model. Assessment of Adolescents and Harmful Sexual Behaviour*. Stockport, UK: The AIM Project.
- Leonard, M., & Hackett, S. (2020). *AIM3 Utredningsmodellen. Utredning av ungdom og Skadelig Seksuell Atferd (SSA). Norsk versjon* (M. Jensen & E. M. Mørch, Trans. 3rd ed.). UK/Norway: The AIM project.
- McKibbin, G., Humphreys, C., & Hamilton, B. (2017). "Talking about child sexual abuse would have helped me": Young people who sexually abused reflect on preventing harmful sexual behavior. *Child Abuse & Neglect*, 70, 210-221. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.017>
- Medietilsynet. (2018). Barn og medier 2018. Seksuelle kommentarer og deling av nakenbilder hos norske 13–18-åringer.
- Medietilsynet. (2020a). *Barn og Medier 2020. Om sosiale medier og skadelig innhold på net*. Retrieved from <https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/200211-barn-og-medier-2020-delrapport-1-februar.pdf>
- Medietilsynet. (2020b). *BARN OG MEDIER 2020. Ungdoms erfaring med porno på nett* Retrieved from https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/200526-delrapport-5-ungdoms-erfaring-med-porno-pa-nett_barn-og-medier-2020_.pdf
- Opinion rapport (2021). UNG2021
- Oslo Economics (2017). Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetilbud i barnevernet. Utført på oppdrag for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. OE-rapport 2017-1
- Patterson, G. R. (2005) «The next generation of PMTO models.» *The Behavior Therapist* 28.2, 25-32.

- Pedersen, H. S., Nøhr, K. & Kloppenborg, H. S. (2017). *Børn, der krænker andre børn: Erfaringsopsamling*. København: Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Rambøll (2012): Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge. Rapport til Social- og Integrationsministeriet, mars 2012.
- Rasmussen, I. og H. Vennemo (2017). Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn. Vista Analyse. Rapport 2017/12.
- Redd Barna rapport (2020). "Et skadet bilde av hvordan sex er. Ungdoms perspektiver på porno.
- Seto, M. C., Hermann, C. A., Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., & Långström, N. (2015). Viewing Child Pornography: Prevalence and Correlates in a Representative Community Sample of Young Swedish Men. *Arch Sex Behav*, 44(1), 67-79. doi:10.1007/s10508-013-0244-4
- Staksrud, E., & Ólafsson, K. (2019). *Tilgang, bruk, risiko og muligheter*.
- Stanley, N. et al. (2018). Pornography, Sexual Coercion and Abuse and Sexting in Young People's Intimate Relationships: A European Study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2018 Oct;33(19):2919-2944. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26951609>
- Norske barn på Internett. Resultater fra EU Kids Online-undersøkelsen i Norge 2018*. Retrieved from <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/72793/1/eu-kids-online-hovedrapport-for-norge-2019.pdf>
- TRUE. (2015, 2011). Traffic light. Sexual behaviours in children & young people. A guide to identify, understand and respond to sexual behaviours. 3.
- Vizard, E., Hickey, N., French, L., & McCrory, E. (2007). Children and adolescents who present with sexually abusive behaviour: A UK descriptive study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology - J FORENSIC PSYCHIATRY PSYCHOL*, 18, 59-73. doi:10.1080/14789940601056745
- Vorland, N., Selvik, S., Hjorthol, T., Kanten, A. B., & Blix, I. (2018). *Tverretattlig samarbeid om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 3)
- World health organization, WHO (2011). *Evidence for gender responsive actions to prevent violence Young people's health as a whole-of-society response*. WHO Regional office for Europe. Retrieved from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/158100/316637_WHO_brochure_226x226_3-violece.pdf

8. VEDLEGG

Vedlegg 1 Spørreskjema til helsesykepleiere og sexologer

Vedlegg 2 Spørreskjema til digitale informasjons- og hjelpetjenester

Vedlegg 3 Notat fra helsesykepleiere om kompetanse

