

Rapport 2019:1

Stegvis skillnad

En granskning av hjälplinjen PrevenTells
arbete för att förebygga sexualbrott



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.varदानalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Getty Images International

Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-87213-99-1



Stegvis skillnad

En granskning av hjälplinjen PrevenTells
arbete för att förebygga sexualbrott

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Eshat Aydin har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektör Marianne Svensson och analyschef Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2019-03-13

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Eshat Aydin
Föredragande

Förord

Sexuella övergrepp och sexuellt våld är ett betydande globalt problem med psykologiska, sociala och ekonomiska konsekvenser för offer, deras familjer och för samhället. Hjälpelinjen PrevenTell startades med finansiering från regeringen, och vänder sig till personer med riskfyllt sexuellt beteende eller olaglig sexualitet. Syftet är att bidra till en minskning av övergrepp och sexuellt våld genom förebyggande arbete.

På uppdrag av regeringen har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys granskat om PrevenTell uppfyller de mål och förväntningar som framgick i beslutet att bevilja verksamheten ekonomiska medel. Vi har också granskat möjligheten för regionerna att med egna medel utveckla verksamheten på nationell nivå.

Arbetet med rapporten har genomförts av utredaren Eshat Aydin. Rapporten är baserad på underlag som i gemensam planering med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har samlats in och sammanställts av Institutet för kvalitetsindikatorer AB i Göteborg, på uppdrag av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Stockholm i mars 2019

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Resultat i korthet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har granskat den verksamhet som hjälptelefonen PrevenTell bedriver. Vi har också granskat det utbildningsprogram avsett för yrkesverksamma som arbetar med målgruppen för hjälptelefonen, som ANOVA har haft i uppdrag att ta fram.

Våra slutsatser är följande:

- ▶ ANOVA har i stora delar fullföljt sitt uppdrag.
- ▶ Tillgången till utredning och behandling för målgruppen skiljer sig mellan regionerna.
- ▶ Under rådande förutsättningar är det svårt att bedöma om PrevenTell har lett till ökad kontakt med vården.
- ▶ Existensen av en nationell hjälplinje är ingen garanti för likartad vård.
- ▶ PrevenTell är bara en av flera insatser för att nå målet om minskade sexualbrott i samhället.
- ▶ ANOVA och PrevenTell behöver förutsättningar för långsiktigt arbete.

Vi rekommenderar:

- ▶ Regeringen bör skapa ett nationellt kunskapscenter för det förebyggande arbetet riktat mot personer som befinner sig i riskzonen att begå sexuella övergrepp.
- ▶ Regeringen bör betona uppdraget om att bilda ett nationellt nätverk för utbyte av erfarenheter och kunskap.
- ▶ Regeringen bör stödja regionerna i arbetet med att ta över förvaltning och finansiering av hjälplinjen med tillhörande verksamheter.

Sammanfattning

ANOVA, ett centrum för forskning, klinisk utredning och behandling inom andrologi, sexualmedicin och transmedicin vid Karolinska universitetssjukhuset, bedriver utvecklingsarbete för att förhindra övergrepp och sexuell våld, bland annat genom hjälptelefonen PrevenTell. Hjälptelefonen startades med finansiering från regeringen och riktar sig till personer med riskfyllt sexuellt beteende.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera PrevenTell. I uppdraget ingår även att utvärdera det utbildningsprogram riktat mot personal inom hälso- och sjukvård som ANOVA ska ta fram. Vårdanalys ska bedöma om hjälptelefonen PrevenTell och ANOVA:s utbildningsprogram uppfyller målen och förväntningarna i beslutet att bevilja verksamheten ekonomiska medel. I det ingår att granska hur verksamheten har bedrivits i förhållande till vad som anges i beslut om medel, de ekonomiska förutsättningarna för verksamheten, och möjligheten för regionerna att med egna medel utveckla verksamheten på nationell nivå. Vårdanalys kvalitativa granskning bygger på en kartläggning av ANOVA och PrevenTell utifrån dokumentstudier, intervjuer och en begränsad enkät.

Under 2011–2014 beviljades ANOVA medel för att starta PrevenTell. Parallellt utvecklade ANOVA ett behandlingsprogram för personer med problematiska sexuella beteenden. Beviljade medel avsåg även kartläggning av andra verksamheter inom området sexualmedicin, och etablering av ett nätverk med andra specialistmottagningar samt övrigt hälso- och sjukvård. Medel för perioden 2015–2018 avsåg fortsatt drift och utveckling av PrevenTell, samt utveckling och genomförande av ett utbildningsprogram.



GENERELLA SLUTSATSER OM PREVENTELLS VERKSAMHET

ANOVA uppger att PrevenTells tillkomst föranleddes av dålig tillgänglighet till vård för personer med riskfyllt sexuellt beteende. En nationell och anonym hjälplinje sågs som ett effektivt redskap för att sänka tröskeln till en första vårdkontakt för målgruppen, och för att på sikt minska antalet sexualbrott i samhället.

ANOVA har fullföljt sitt uppdrag i stora delar

Vårdanalys konstaterar att ANOVA har fullföljt sitt uppdrag i stora delar, men att inga initiativ har tagits till att starta ett nätverk med andra specialistmottagningar eller övrig hälso- och sjukvård. Dessutom har en omprioritering skett från att ta fram ett utbildningsprogram till att utveckla ett evidensbaserat behandlingsprogram.

Skillnader i tillgången till utredning och behandling

En kartläggning av verksamheter inom sexualmedicin som ANOVA har genomfört visar att det finns få andra motsvarande kvalificerade verksamheter i landet. Det är i sig ett tecken på att tillgängligheten till utredning och behandling för målgruppen skiljer sig mellan regionerna. Kartläggningen visar att det utöver ANOVA finns tre specialistmottagningar i landet. De ligger i Göteborg, Umeå och Karlskrona.

En hjälplinje kräver motivationshöjande insatser hos målgruppen

Företrädare för kriminalvården och polisen bekräftar vikten av lättillgängliga kontakter till specialistvård för målgruppen. I diskussioner om motivation har många poängterat vikten av förbyggande arbete, det vill säga att motivera personer i riskzonen att söka hjälp innan de har gått över gränsen för det etiska och lagenliga. Vårdanalys bedömer därför att det förebyggande arbetet kräver att hjälplinjen samtidigt kompletteras med riktade insatser för att höja motivationen hos målgruppen att faktiskt kontakta PrevenTell. I detta sammanhang gör även aktörer som Kriminalvård och Polis bedömningen att det finns ett stort behov av utökat samarbete med exempelvis idrottsföreningar och skolor, för att nå en bredare målgrupp och lyckas med förebyggande instanser.

Svårt att bedöma om PrevenTell har lett till ökad kontakt med vården

Antalet personer med riskfyllt sexuellt beteende som sökte specialistvård var okänt innan PrevenTell startade, och är fortfarande så i dag. Detta försvårar bedömningen om PrevenTell ökar tillgängligheten till specialistvård eller inte. ANOVA registrerar dem som vid samtal med hjälplinjen vill ha kontakt med mottagningen. Däremot vet inte personalen på ANOVA om de tidigare har varit i kontakt med PrevenTell om inte patienten själv berättar det. ANOVA:s statistik antyder en ökning av antalet samtal till PrevenTell över tid, men det är inte möjligt att utan en kontrollgrupp avgöra om dessa personer skulle ha sökt vård även i frånvaro av PrevenTell. Svårigheterna att utvärdera är inte specifika för PrevenTell, utan gäller alla hjälplinjer i kartläggningen.

Nationell tillgänglighet till hjälplinjen är ingen garanti för likartad vård

Inställningen att lösa problemet på nationell nivå är i linje med utvecklingen mot en koncentration av högspecialiserad vård. Verksamheten som bedrivs inom PrevenTell kräver särskild kompetens och särskilda arbetsmetoder, vilket utifrån målgruppens omfattning inte är rimligt att kunna tillhandahålla brett över landet. Men en nationell hjälplinje är inte i sig garant för likartad vård, när så få mottagningar specialiserar sig på behandling av målgruppen. Dessutom använder mottagningarna i dag inte den behandlingsform som ANOVA har tagit fram. PrevenTell ökar möjligen kännedomen om den vård som finns, men det går inte att bekräfta om tillgängligheten till vård är lika mellan regionerna. En begränsad mätning hos berörda verksamheter inom hälso- och sjukvården visar att kännedomen om specialistkunskap skiljer sig mellan regionerna, och att behovet av metoder för behandling är stort.

Samarbetet med specialistmottagningarna är inte formaliserat

Ett uttalat uppdrag till ANOVA var att lägga grunden för ett nationellt nätverk av vårdgivare och andra aktörer inom området. Men det har ännu inte varit aktuellt med några sådana initiativ. Alltså förekommer det inget formaliserat regionalt samarbete mellan ANOVA och de andra specialistmottagningarna, vilket också de tre övriga mottagningarna har bekräftat. Det erfarenhetsutbytte som ändå har skett har varit på eget initiativ, och på klinisknivå. Detta talar för att ett formaliserat samarbete kräver tydligare styrning från nationell nivå.

PrevenTell är en av flera insatser för att nå långsiktig effekt

PrevenTell och de kontakter med specialistvård som den genererar, ska på sikt leda till färre sexualbrott i samhället. PrevenTell i sig åstadkommer däremot inte detta, utan är en bland flera insatser för att nå dit. Det är den behandling som PrevenTell hänvisar till som ska resultera i den långsiktiga effekten med minskade sexualbrott. Fokus bör nu därför skifta från diskussionen om tillgänglighet till likvärdigt användande av behandlingar på regional nivå. Detta kräver närmare samarbete mellan regioner.

ANOVA och PrevenTell behöver förutsättningar för långsiktigt arbete

En jämförelse visar att hjälplinjer kan drivas under skilda förutsättningar. Samtidigt betonar företrädarna för samtliga linjer som ingår i jämförelsen vikten av långsiktighet i det arbete som de utför, vilket kräver säkrare finansieringsformer än dagens. Långsiktighet för PrevenTells del säkras genom att Karolinska universitetssjukhuset och ANOVA får fortsatta möjligheter att forska på området. ANOVA och Karolinska universitetssjukhuset bedriver, i likhet med Kvinnofridslinjen och Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), forskning, klinisk verksamhet och en hjälplinje under samma tak. NCK får finansiering via Utbildningsdepartementet och Uppsala universitet. Det är också den enda hjälplinjen i granskningen med fasta anslag, vilket företrädare för centret ser som en förutsättning för långsiktig verksamhet.

Långsiktig finansiering med krav på systematisk uppföljning

Långsiktig finansiering ålägger verksamheten andra krav än vad som är fallet i dag. Ett sådant krav gäller det grundläggande behovet av uppföljning. I dag saknas statistik om personer som efter kontakt med PrevenTell påbörjar behandling vid ANOVA eller vid någon annan mottagning. En struktur för uppföljning när personer slussas vidare till specialistvård i en annan region finns inte. För att kunna avgöra om PrevenTell ökar tillgängligheten till specialistvård eller inte, krävs att regionala mottagningar dokumenterar sina kontakter med patienterna. Den dokumentationen behövs bland annat för att kartlägga hur personer söker sig vidare i vårdsystemet efter initial kontakt med PrevenTell.

Framgångsrik verksamhet kräver strukturella förändringar över tid

I dag saknas ett formellt samarbete om målgruppen mellan offentlig sjukvård, kriminalvård och polis, även om enskilda initiativ förekommer. För att undvika godtycklighet och beroende av eldsjälar betonar kriminalvården och polisen värdet av ett formaliserat samarbete. Som ledande kompetenscentrum är ANOVA en stark kandidat för rollen som samordnare och kommunikatör mellan berörda aktörer. En sådan roll kräver då att ANOVA organiseras och finansieras så att det möjliggör strukturella förändringar över tid.

REKOMMENDATIONER FÖR FORTSATT ARBETE

ANOVA och PrevenTell har bedrivit sina respektive verksamheter enligt beslut som avser finansieringsbidrag. Men behovet att fortsatt skapa förutsättningar för att förebygga och minska antalet sexualbrott i Sverige kvarstår ännu. I dag saknas naturliga strukturer inom hälso- och sjukvården för att ta över huvudansvaret för metodutveckling inom området. Vårdanalys bedömer att regionernas övertagande av ansvar för verksamheten behöver ske stegvis. Det är mot den bakgrunden som Vårdanalys lämnar följande rekommendationer till regeringen för det fortsatta arbetet.

► *Regeringen bör skapa ett nationellt kunskapscenter för det förebyggande arbetet riktat mot målgruppen*

Vårdanalys rekommenderar att regeringen skapar förutsättningar för bildandet av ett nationellt kunskapscenter. ANOVA:s spetskompetens inom sakområdet innebär att verksamheten har förutsättningar för att utveckla behandlingsmetoder och sprida kunskapen om dessa, och är följaktligen en stark kandidat för att inneha rollen som ett center för kunskap i detta avseende. Men ett eventuellt sådant ansvar ska villkoras med krav på ANOVA att säkra tillgång till rätt kompetens som är nödvändigt för att utveckla ett center med hög tillgänglighet för både patienter och professionen. Kunskapscentret bör även få ett uttalat ansvar för uppföljning och utvärdering av PrevenTell. Ökad kunskap om målgruppen är viktig även ur ett patientperspektiv, bland annat för att få en tydligare bild av målgruppens behov av rådgivning, samtal och behandlingar. Det handlar också om att utvärdera på vilket sätt den nuvarande och framtida informationstekniken kan användas för att komma i kontakt med och hjälpa målgruppen. Skillnaderna mellan regioner visar behovet av ett nationellt center som skapar förutsättningar för kunskapsstöd.



► *Regeringen bör betona uppdraget om att bilda ett nationellt nätverk för utbyte av erfarenheter och kunskap*

Kravet på ANOVA att initiera bildandet av ett nationellt nätverk för det preventiva arbetet riktat mot målgruppen har inte förverkligats. Vårdanalys bedömer att det är angeläget att ett nationellt nätverk kommer på plats, och tar en ledande roll i arbetet med att förbereda regionernas övertagande av ansvaret för förvaltning och finansiering av verksamheten fullt ut. Ett sådant nätverk spelar en avgörande roll för utbyte av erfarenheter och kunskap mellan verksamheter inom hälso- och sjukvården men också med andra aktörer, som till exempel andra hjälplinjer. Inom nätverket bör det formaliserade samarbetet med till exempel kriminalvården, polisen, skola och socialtjänst, uppmärksammas och framhållas särskilt.

► *Regeringen bör stödja regionerna i arbetet med att ta över förvaltning och finansiering av hjälplinjen med tillhörande verksamheter*

Vårdanalys bedömer inte att förutsättningarna för regionerna att ta över ansvaret för PrevenTell och tillhörande verksamheter är optimala i dag. Ett överlåtande av ansvaret på regionerna kräver att behöriga företrädare för regionerna inkluderas i och blir aktiva samtalsparter med mandat att tydliggöra parternas olika ansvar, roller och uppdrag vid övertagandet. Vårdanalys anser också att regeringen i den där typen av satsningar bör vara mera explicit med målet att projekten på sikt ska tas över av huvudmännen redan i ett tidigt skede i satsningen. Det är först då som grunden för en långsiktig och hållbar utveckling kan skapas. Mot den bakgrunden rekommenderar Vårdanalys att regeringen skapar en generell och samlad strategi för hur den här typen av satsningar ska initieras och kravställas. Vi menar därför att kunskapscentret ska få krav på sig att ta fram en konkret plan för hur övertagandet ska gå till. En sådan plan ska innehålla det stegvisa övertagandet, med hållpunkter för delrapportering på vägen. Planen ska också tydligt beskriva roller och ansvar samt en sluttidpunkt när övertagandet ska ske.

Fram till dess att de rätta förutsättningarna för regionernas övertagande finns på plats rekommenderar Vårdanalys fortsatt statlig finansiering av PrevenTell. Innehållet i den konkreta planen ska ge möjligheter att tidsbestämma när staten fullt ut överlämnar ansvaret för förvaltning och finansiering för hjälplinjen med tillhörande verksamheter.

Samtidigt ska regeringens finansiering villkoras med krav på regionerna att stödja ANOVA i arbetet med att bilda nätverket för kunskaps- och erfarenhetsutbyte, för att bana väg för regionernas ansvarsövertagande på sikt.





Innehåll

1	Inledning.....	21
1.1	Uppdrag att utvärdera hjälptelefonen PrevenTell.....	21
1.2	Metod.....	22
1.3	Rapportens disposition	23
2	Utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld.....	27
2.1	Uppdraget till ANOVA är specificerat i besluten om tilldelade medel.....	28
2.2	PrevenTell har varit verksamt sedan 2012.....	28
2.3	Andra verksamheter inom området har kartlagts.....	29
2.4	Arbetet med ett nationellt nätverk är bristfälligt.....	31
2.5	Bristande kompetens inom övrig hälso- och sjukvård.....	34
2.6	Omprioritering från utbildning till behandling.....	36
3	PrevenTell i förhållande till liknande verksamheter	41
3.1	PrevenTell jobbar förebyggande.....	42
3.2	PrevenTell är inte ensamt om att driva en hjälplinje	46
3.3	Olika förutsättningar för hjälplinjerna	53
4	Olika perspektiv på verksamheten vid PrevenTell	61
4.1	Tre antaganden la grunden till PrevenTell.....	61
4.2	Patientperspektivet är förenat med utmaningar	62
4.3	Flera verksamheter betonar vikten av tillgänglig kontakt med specialistvård.....	63
4.4	PrevenTell är en av flera insatser för att nå långsiktig effekt	67



5	Rekommendationer	73
6	Referenser	79
	Bilagor	85
	Bilaga 1 – Utbildningsinsatser genomförda av ANOVA.....	85
	Bilaga 2 – Om skyldighet att anmäla brott	91
	Bilaga 3 – Förteckning över intervjuade personer	92



Inledning

Med bistånd från regeringen startade ANOVA, ett centrum för forskning, klinisk utredning och behandling inom andrologi, sexualmedicin och transmedicin, vid Karolinska universitetssjukhuset 2012 PrevenTell, en nationell hjälptelefon för att förebygga sexuellt våld. ANOVA hette tidigare Centrum för klinisk utredning och behandling inom områdena andrologi och sexualmedicin (CASM).

PrevenTell vänder sig till personer med självupplevt riskbeteende, tvångsmässig upptagenhet av sexuella tankar och handlingar, sexuellt intresse för barn och impulser att tvinga någon till sex. Även närstående och vårdgivare kan via PrevenTell få råd och hjälp att hantera frågor om sexuellt våld och oro för sexuella övergrepp.

ANOVA får varje år ett bidrag på 3 miljoner kronor av regeringen för att utveckla PrevenTell, som arbetar med att få fler i riskgruppen att söka och få vård för sitt riskbeteende. Vid ANOVA kan personer i riskgruppen även få vård enligt ett behandlingsprogram. ANOVA erbjuder dessutom utbildning för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården som kommer i kontakt med personer som utövar eller riskerar att utöva sexuellt våld.

ANOVA bedriver också forskning om målgruppen. Det handlar till exempel om att identifiera riskfaktorer för att effektivisera behandling.

1.1 UPPDRAG ATT UTVÄRDERA HJÄLPTELFONEN PREVENTELL

PrevenTell har varit igång sedan 2012. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har fått regeringens uppdrag att utvärdera insatsen, och det utbildningsprogram för yrkesverksamma som bedrivs av ANOVA (regeringsuppdraget).



Syftet är att bedöma om hjälptelefonen och ANOVA:s utbildningsprogram för yrkesverksamma lever upp till de mål och förväntningar som följde med beslutet att bevilja verksamheten ekonomiska medel. Bedömningen görs utifrån ett patient-, verksamhets- och medborgarperspektiv. I den ingår att granska

- hur verksamheten har bedrivits i förhållande till vad som anges i regeringens beslut om beviljande av medel
- de ekonomiska förutsättningarna för verksamheten
- möjligheten för regionerna att med egna medel utveckla verksamheten på nationell nivå.

Målet är att undersöka vilket genomslag verksamheten har fått, och hur det statliga bidraget till ANOVA påverkar finansierings- och verksamhetsformer på lång sikt. Ett delmål är också att beskriva hur en hjälptelefon kan fungera i sjukvårdssystemet, och presentera en rekommendation som vägledning för om den här typen av verksamhet bör bedrivas nationellt, och hur den då bör förhålla sig till övrig hälso- och sjukvård.

Följande frågor har varit vägledande för uppdragets genomförande:

- Har PrevenTell bedrivits enligt syfte, mål och uppdrag för verksamheten?
- Hur förhåller sig verksamheten till övrig hälso- och sjukvård?
- Hur förhåller sig PrevenTell (syfte, mål, uppdrag, budget, finansiering) till liknande typer av verksamheter i landet?
- Vad är intressenternas syn på hur den här typen av verksamhet bör ansvaras för (inklusive finansieras), och hur den bör förhålla sig till övrig hälso- och sjukvård?

1.2 METOD

I en uteslutande kvalitativ studie har Vårdanalys genomfört en så kallad programteoretisk analys. Den programteoretiska analysen utgörs av en logisk teori eller modell för kartläggning och beskrivning av hur en intervention (projekt, program, strategi, initiativ) bidrar till en kedja av delresultat, som i sin tur kan bidra till avsedda effekter. Granskningen är baserad på studier av dokument från berörda verksamheter. Dessutom har vi genomfört intervjuer och en begränsad enkät för att ta reda på hur PrevenTell förhåller sig till liknande typer av verksamheter, och till övrig hälso- och sjukvård i landet.

1.2.1 Begränsningar

En genomgående konflikt i arbetet med att förstå och utvärdera effektiviteten och måluppfyllnaden med PrevenTell är dels att alla uppgifter som kan identifiera en uppringare är anonyma, dels att samtliga kontaktuppgifter till verksamhetsföreträdare kommer från ANOVA. Statistiken om antalet uppringare, vilken typ av samtal det handlar om etcetera kommer också från ANOVA. Utan att ifrågasätta ANOVA:s trovärdighet som organisation är det viktigt att reflektera över det faktum att i princip all information som granskas kommer från det granskade objektet. Tillgången till oberoende information har varit begränsat till att fråga regionerna om deras samarbete med ANOVA.

I samråd Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har även data samlats in från SKL:s nätverk för regionala psykiatrisamordnare. Men nio regioner har inte svarat på den webbenkät som skickades ut, hälften av de inkomna svaren är från en region, och den näst största regionen finns bara representerad med en verksamhetsföreträdare. Sammantaget gör detta att tillförlitligheten i dessa enkätdata är svag.

1.3 RAPPORTENS DISPOSITION

Kapitel 2 innehåller en beskrivning av ANOVA och PrevenTell, och undersöker om verksamheten har bedrivits enligt syfte, mål och uppdrag för verksamheten. Kapitlet behandlar även frågan hur ANOVA och PrevenTell förhåller sig till övrig hälso- och sjukvård, samt frågan om ansvarsfördelning för den här typen av verksamhet, liksom hur de olika intressenterna ser på detta.

Kapitel 3 besvarar frågan hur PrevenTell förhåller sig till liknande verksamheter i form av syfte, mål, uppdrag, budget, finansiering och organisering.

Kapitel 4 innehåller analys av och slutsatser om den granskade verksamhetens måluppfyllelse på kort och lång sikt. Analysen innehåller en bedömning av om målet med insatsen är relevant utifrån problembilden, och om insatserna är rätt valda i förhållande till målet.

Kapitel 5 innehåller ett antal rekommendationer till regeringen om hur det fortsatta arbetet med målgruppen skulle kunna hanteras.





Utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld

Det här kapitlet beskriver ANOVA (vid Karolinska universitetssjukhuset och Karolinska institutet) och PrevenTell i förhållande till respektive verksamhets syfte, mål och uppdrag.

ANOVA har sedan 2006 utvecklat metoder för att utreda och behandla patienter med bland annat hypersexuell störning. Beviljade medel för perioden 2011–2014 möjliggjorde invigning av hjälptelefonen PrevenTell. Parallellt med driften av hjälplinjen har ANOVA utvecklat och utvärderat ett manualiserat behandlingsprogram för personer med problematiska sexuella beteenden. Inom ramen för beviljade medel ingick även att kartlägga och etablera ett nätverk med andra specialistmottagningar på området samt övrigt hälso- och sjukvård i landet.

Beviljade medel för perioden 2015–2018 avsåg fortsatt drift och utveckling av PrevenTell, samt utveckling och genomförande av ett utbildningsprogram. Officiella dokument och samtal med företrädare för ANOVA visar att uppdraget i stora delar är genomfört. Men på grund av begränsade resurser har en omprioritering skett från att ta fram utbildningsprogram till att utveckla och validera ett internetadministrerat behandlingsprogram för personer med hypersexuell störning. Under perioden 2015–2018 har ANOVA alltså arbetat med

- utveckling och drift av hjälplinjen PrevenTell
- utveckling och utvärdering av behandlingsprogram och ett internetadministrerat behandlingsprogram
- utbildningsinsatser i form av bland annat halv- och heldagsutbildningar, seminarier och studiebesök.



2.1 UPPDRAGET TILL ANOVA ÄR SPECIFICERAT I BESLUTEN OM TILDELADE MEDEL

ANOVA är ett centrum med tvärvetenskaplig kompetens för klinisk utredning och behandling med metoder baserade på forskning inom andrologi, sexualmedicin och transmedicin. Huvudsyftet med verksamheten är att genom diagnostik, behandling, forskning, och undervisning förebygga sexuell och reproduktiv ohälsa och sexuellt våld.

Vid ANOVA arbetar flera yrkeskategorier. Bland dessa finns läkare (endokrinologer, urologer, psykiatriker, laboratoriespecialister), psykologer, psykoterapeuter, sjuksköterskor, kuratorer, biomedicinska analytiker och övrig sjukvårdspersonal. Inom området sexualmedicin utreder och behandlar ANOVA olika sexuella problem (ANOVA 2018). Sedan april 2006 utreder, diagnostiserar och behandlar ANOVA patienter med bland annat sexuella funktionsstörningar, sexuella avvikelser och så kallad hypersexuell störning (sexmissbruk) (PrevenTell 2019a).

Regeringen har beviljat ANOVA särskilda utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld. Tilldelade medel och därmed sammanhängande uppdrag till ANOVA var formulerade som i olika delmål enligt tabellen nedan.

Tabell 1. Beviljade utvecklingsmedel och uppdragets delmål 2011–2018.

Beviljad period	Uppdrag – som delmål
2011–2014 (U2011/2248/JÄM)	<ul style="list-style-type: none">• utveckla en stopptelesfon mot sexuellt våld• kartlägga verksamheter• lägga grunden för ett nationellt nätverk av vårdgivare och andra aktörer inom området• utveckla och evidensbasera behandlingsmetoder, utvärdera effekten av stopptelesfonen
2015–2018 (U2014/6482/JÄM)	<ul style="list-style-type: none">• driva och utveckla PrevenTell och skapa en interaktiv hemsida som komplement till denna• utveckla och genomföra ett utbildningsprogram riktat till berörda yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och andra berörda aktörer

Genom återkommande avrapporteringar har ANOVA informerat regeringen om hur verksamheten har uppfyllt sitt uppdrag och vad man har använt beviljade medel till.

2.2 PREVENTELL HAR VARIT VERKSAMT SEDAN 2012

Uppdragets del avseende utvecklingen av en hjälplinje uppfylldes i och med invigningen av PrevenTell den 22 mars 2012. Hjälpplinen lanserades under

parollen ”PrevenTell – hjälplinjen vid oönskad sexualitet”. Verksamheten kompletterades sedan med webbplatsen preventell.se.

I sin avrapportering 2014 (CASM 2014) framförde ANOVA till regeringen att PrevenTell fungerade och nådde avsedd målgrupp. För att kunna säkerställa den fortsatta driften av PrevenTell och finansieringen av det övriga utvecklingsarbetet som var igång, uttryckte ANOVA samtidigt ett önskemål om aktivt stöd från regeringen. Under perioden 2015–2018 fick ANOVA ekonomiska medel och i övrigt förutsättningar för att kunna fortsätta driva PrevenTell. Det kan tolkas som att verksamheten fick det efterfrågade stödet.

Kontinuerlig samtalsstatistik visar att hjälplinjen sedan invigningen 2012 har tagit emot närmare 2 200 samtal, varav cirka 1 600 från personer som har tagit en första kontakt med PrevenTell. Så kallade återuppringare, det vill säga personer som har valt att återkomma mer än en gång, står för cirka 400 av de totala samtalen. Ungefär 150 samtal av totalen kommer från hälso- och sjukvårdspersonal (PrevenTell 2019b).

En mera utförlig beskrivning av PrevenTell samt dess målgrupp, syfte, organisering och finansiering kommer i kapitel 3.

2.3 ANDRA VERKSAMHETER INOM OMRÅDET HAR KARTLAGTS

Enligt den andra delen i regeringens uppdrag till ANOVA (U2011/2248/JÄM) har man kartlagt andra verksamheter inom området sexualmedicin, särskilt om oönskad sexualitet.

2.3.1 Skillnader i tillgången till utredning och behandling

I sin kartläggning har ANOVA kommit fram till att det finns få kvalificerade verksamheter inom det aktuella området. Det är ett tecken på att tillgängligheten till utredning och behandling för den aktuella målgruppen skiljer sig åt mellan landets olika regioner. Kartläggningen visar att det utöver ANOVA finns tre specialistmottagningar som vänder sig till målgruppen. Mottagningarna finns i Göteborg, Umeå och Karlskrona.

Sexualmedicinskt centrum i Göteborg

Sexualmedicinskt centrum (SMC) startade sin verksamhet 2008. Sedan dess har centrumet haft ett uppdrag att arbeta brett med sexualmedicin för invånarna i Västra Götalandsregionen. I detta ingår att arbeta med sexuella problem utifrån både medicinsk och psykoterapeutisk kompetens. SMC



erbjuder stöd till alla oavsett funktionalitet, kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell identitet och sexuell praktik.

SMC är främst en klinisk verksamhet som sysselsätter ett antal olika professioner. Bland dessa kan nämnas läkare i gynekologi och allmänmedicin, sjuksköterskor, barnmorskor med utbildning i psykoterapi, undersköterskor, sexualrådgivare, socionomer, psykoterapeuter, fysioterapeuter och medicinska sekreterare. Verksamheten är anslagsfinansierad, med huvudsaklig finansiering från hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen. Enligt företrädare för mottagningen ger detta förutsättningar att erbjuda individuellt anpassade lösningar.

Sexologiskt centrum i Umeå

Sexologiskt behandlingscentrum vid Norrlands universitetssjukhus är en mottagning med tvärprofessionell kompetens. Med kompetens inom både medicin och psykoterapi har verksamheten som övergripande syfte att främja sexuell och reproduktiv hälsa samt förebygga sexuellt tvång och våld (Vårdguiden 1177 2019). Verksamheten har en anställd som arbetar med frågor som berör målgruppen för PrevenTell. Sexologiskt centrum får remisser från Region Västerbotten samt sjukvården i andra regioner i norr, kommunen, polisen och kriminalvården. Verksamheten är unik i sitt slag inom norra regionen.

Sexologisk mottagning i Karlskrona

Sexologisk mottagning är en specialistenhet med länsövergripande verksamhet. Man har mottagningar på Blekingesjukhusen i Karlshamn och Karlskrona, som tar emot patienter som är 16 år och äldre från hela Blekinge. Professioner som jobbar inom verksamheten är specialistläkare, psykologer, barnmorskor och terapeuter, kuratorer och medicinska sekreterare (Vårdguiden 1177 2019). Inom verksamheten arbetar totalt sju personer med sexologi, varav en specialistläkare arbetar deltid med inriktning på hypersexualitet.

Kriminalvården och frivården

Det finns även behandlingsprogram inom kriminalvården och frivården (Kriminalvården 2019a). Ett av dessa, Relations- och samlevnadsprogrammet (Ros), är utformat för sexualbrottslingar (Kriminalvården 2019b). Programdeltagarna finns både i frivården och på anstalt (Kriminalvården 2019c). Skillnaden mellan specialistmottagningarna samt kriminalvården och frivården är att de senare bara möter förövare, medan mottagningarna även arbetar preventivt med personer som inte begått brott.

2.3.2 Motsvarande verksamheter i övriga landet saknas

Vårdanalys konstaterar i en egen kartläggning att det inte finns några andra verksamheter än de som har identifierats av ANOVA. Det pekar mot att det inte har skett någon systematisk uppbyggnad av motsvarande verksamheter i landet.

Däremot pekar såväl ANOVA som Vårdanalys i sina respektive kartläggningar på ett stort intresse för utbildning i diagnostik och behandling av personer med sexuella avvikelser och hypersexuell störning. Detta intresse är sannolikt ett resultat av det låga antalet verksamheter inom området och den därmed följande bristen på kompetens. I förlängningen understryker detta ett tydligt behov av fortsatt utvecklingsarbete med diagnostik och behandling av målgruppen för PrevenTell.

2.4 ARBETET MED ETT NATIONELLT NÄTVERK ÄR BRISTFÄLLIG

När det gäller målet att lägga grunden för ett nationellt nätverk av vårdgivare och andra aktörer inom området, verkar det inte ha uppfyllts. I intervjuer har det framkommit att man på sikt har för avsikt att få igång ett sådant nätverk för samarbete och erfarenhetsutbyte. Under tiden har ANOVA gjort en prioritering, som ett led i att utveckla ett nationellt nätverk, att sprida kunskap med fokus på prevention av sexuella övergrepp till adekvata aktörer på området genom en referensgrupp kopplad till utvecklingsprojektet. För att skapa en mer etablerad och långsiktig verksamhet nationellt efterfrågar ANOVA ett mer tydligt och klart mandat att driva arbetet.

Däremot menar företrädare för specialistmottagningarna att behovet av förebyggande arbete inom området är stort, och ett utvecklat samarbete med andra verksamheter och myndigheter är därför viktigt. Men något formaliserat samarbete mellan mottagningarna och ANOVA finns inte, trots denna inställning. De kontakter som förekommer sker sporadiskt, på initiativ från enskilda personer inom berörda verksamheter. Detta erfarenhetsutbyte har skett i olika omgångar och med olika intensitet. Bland annat har parterna träffats för kliniskt utbyte mellan behandlare eller genom studiebesök och olika tillfällen till utbildning hos ANOVA.

För närvarande tycks de nämnda specialistmottagningarna inte heller hänvisa några patienter till ANOVA. Däremot har till exempel SMC tankar på att framöver remittera personer dit som skulle vara lämpliga för ANOVA:s internetbaserade KBT, i och med att metoden är utvärderad och klar (se avsnitt 2.4.1).

När det gäller de andra mottagningarna uppger Sexologiskt centrum i Umeå att det inte har funnits behov av att hänvisa patienter till PrevenTell



och ANOVA, förutom i frågan om medicinsk behandling. Däremot har mottagningen under 2018 fått 2 av de sammanlagt 28 ärenden man har behandlat från ANOVA och PrevenTell. Mottagningen i Karlskrona har inte gjort något annat än ”bollat idéer” som verksamhetsföreträdaren där uppger i intervju. I övrigt kan nämnas att SMC planerar att inleda ett mer formaliserat samarbete med ANOVA från och med februari 2019. Inledningsvis kommer fokus för detta samarbete att i första hand ligga på hypersexualitet, och därefter på sexualmedicin.

Lokalt förekommer det samverkan med andra verksamheter än ANOVA. I det gemensamma projektet SEXIT (www.srhr.se/kurssida/sexit) samarbetar till exempel SMC i Göteborg med Kunskapscentrum för sexuell hälsa för att identifiera sexuellt risktagande och utsatthet bland ungdomar. SMC samarbetar även med polisen.

Sexologiskt centrum i Umeå samarbetar både med kriminalvården, frivården och polisen om sexualbrott. Båda instanserna remitterar patienter till enheten vid behov av stöd och behandling. Det sker antingen efter anmälan om sexualbrott eller efter behandlingen på kriminalvården. Personer kan även själva kontakta mottagningen i förebyggande syfte, när de är oroliga för att utagera sina sexuella tankar och fantasier eller i väntan på att rättsväsendet gjort sitt.

Mottagningen i Karlskrona samarbetar också med kriminalvården, i den mån kriminalvården själv hör av sig till Region Blekinge.

2.4.1 Samarbetet med kriminalvården är inte formaliserat

Samarbetet mellan ANOVA och kriminalvården har skett via kontakter mellan enskilda tjänstemän, exempelvis när kriminalvården sedan 2010 har sökt råd och stöd i olika behandlingsinsatser. Därigenom har det vuxit fram en kultur där vissa personer på ledande befattningar inom kriminalvården har förlitat sig på den samlade kompetensen vid ANOVA. Utöver detta har ANOVA tagit emot ett antal studiebesök och arrangerat en kortare utbildning under 2018 för sjuksköterskor vid anstalter för sexualbrottslingar. Syftet med utbildningen var att ge en bild av ANOVA:s verksamhet och hur PrevenTell fungerar. Det finns planer på att upprepa utbildningen under 2019.

Under 2018 har man även infört rutinen att alla dömda sexualbrottslingar i samband med inskrivningssamtalet får information om PrevenTell och möjligheten att kontakta ANOVA anonymt, och få delta i behandling. När den dömda lämnar en sluten anstalt och går över till frivården, får vederbörande däremot ingen information om möjligheten att söka råd och stöd genom

PrevenTell. Anonymiteten innebär däremot att det är oklart om och när i processen som någon hör av sig till PrevenTell.

Kriminalvården bedriver och finansierar forskning

Kriminalvården bedriver också forskning för att utvärdera effekten av behandlingsprogram (Kriminalvården 2019a). En sådan är den så kallade KAFKA-studien som forskare vid ANOVA driver, och som kriminalvården har finansierat sedan 2010 (Kriminalvården 2018). Fortlöpande rekrytering till projektet sker bland de av kriminalvårdens klienter som kontaktar PrevenTell.

Företrädare för kriminalvården anser att ANOVA och PrevenTell är viktiga instrument för att fånga upp och behandla personer med hypersexuell störning. Variationen i tillgången till expertis mellan regionerna gör att kriminalvården bedömer att det behövs ett högspecialiserat nationellt kompetenscentrum på området. Kriminalvårdens uppfattning är att så länge dömda sexualbrottslingar (huvudsakligen män) är inlåsta, utgör de inget hot. När de lämnar en anstalt är de inte längre kriminalvårdens ansvar. Eventuell vård sker inom den offentliga hälso- och sjukvården. Kriminalvårdens företrädare anser att ANOVA är den klinik i Sverige som har störst kompetens om målgruppen. Eftersom huvudmannen för ANOVA är Region Stockholm, innebär det i praktiken en centralisering och specialisering av dessa resurser.

Kriminalvården är positiv till en institutionalisering av verksamheten

Det finns samtidigt en oro för att ANOVA är byggd runt ett fåtal specialister. Därför är de intervjuade företrädarna för kriminalvården positiva till en institutionalisering av ANOVA:s verksamhet, med en långsiktig nationell finansiering för att trygga kontinuitet i arbetet. Därför har kriminalvården under det senaste året mer systematiskt börjat hänvisa personer inskrivna i anstalt till PrevenTell och ANOVA.

Kriminalvården anser alltså att ANOVA bör ha fortsatt ansvar för arbetet med behandlingsmetoder för målgruppen. Verksamheten borde enligt de intervjuade få finansiering genom skattemedel, och förhålla sig till övriga hälso- och sjukvård som annan specialistvård, genom att ta emot patienter oavsett geografiskt hemvist.

I sammanhanget gör man en jämförelse med Danmark, som saknar en motsvarighet till PrevenTell och ANOVA. Kompetensen för den aktuella målgruppen finns i stället inom kriminalvården. Detta innebär att personer som ännu inte är dömda för något brott, men känner ett behov av att bryta



sina tvångstankar om hypersexualitet, är tvingade till kontakter med den danska kriminalvården, vilket med största sannolikhet innebär en tröskeleffekt.

2.5 BRISTANDE KOMPETENS INOM ÖVRIG HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Kartläggningen av samarbetet mellan ANOVA och den övriga hälso- och sjukvården är baserad på en webbenkät ställd till SKL:s psykiatrisamordnare i Sveriges samtliga regioner.

De regionala psykiatrisamordnarna fick enkäten som en öppen länk i ett utskick från SKL. Psykiatrisamordnarna i respektive region vidarebefordrade länken till rättspsykiatrin, vuxenpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin, beroendevården samt relevanta verksamheter inom den somatiska öppenvården.

Tabell 2. Regioner som lämnat svar på webbenkät, och antal svar per region.

Region	Antal svar
Stockholm	16
Östergötland	4
Sörmland	3
Skåne	2
Västra Götaland	1
Västmanland	1
Dalarna	1
Jämtland	1
Örebro	1
Västerbotten	1
Västernorrland	1
Totalt	32

Av tabellen framgår det att få psykiatriska enheter inom 11 regioner har svarat på enkäten. Från de båda storstadsregionerna Skåne och Västra Götaland har bara två respektive ett svar kommit in. Från Blekinge och Västerbotten, där ANOVA angett att man har ett mer utvecklat samarbete med vissa kliniker har inga komplett ifyllda enkäter kommit in. En majoritet av svaren (18) har kommit från barn- och ungdomspsykiatrin. Bland dessa uppger ungefär hälften av respondenterna att man har haft kontakt med patienter med riskfyllt sexuellt beteende vid mer än 11 tillfällen under 2018.

Inom Region Stockholm, med flest antal komplett ifyllda enkäter, kommer svaren från rättspsykiatri, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), beroendevården samt den specialiserade öppenvården. Det är främst BUP som uppger att de kommit i kontakt med personer med riskfyllt sexuellt beteende. Av totalt 16 respondenter anger 9 att de under 2018 har kommit i kontakt med sådana personer mer än 11 gånger. Därefter följer Region Östergötland och Region Sörmland, där 4 respektive 3 verksamheter anger att de kommit i kontakt med personer inom målgruppen vid flera tillfällen.

2.5.1 Kompetensen varierar mellan regionerna

Det är svårt att dra långtgående slutsatser utifrån de få svar som vi har fått in. En möjlig slutsats kan vara att patientkategorin förekommer i mindre omfattning inom hälso- och sjukvården i glesbygdsregioner, eftersom möjligheten till anonymitet är begränsad där. Detta skulle kunna förklara skillnaden i uppfattning bland respondenterna om tillgången på kompetens i olika regioner, men även varför Stockholm utmärker sig med flest respondenter från störst antal olika verksamheter. En uppenbar fördel för Stockholm är närheten till ANOVA. Följaktligen har berörda verksamheter i regionen etablerade kontakter med ANOVA, och lutar sig i stor utsträckning mot dess sakkunskap.

Samtidigt råder det bland övriga regioner som har besvarat enkäten stor öppenhet om bristen på tillräcklig kompetens inom området. Företrädare för verksamheter i sex regioner anger att de saknar kompetens att hjälpa personer med riskfyllt sexuellt beteende. Från en större region kommer motstridiga svar. En verksamhet i regionen svarar att kompetensen för patienter med riskfyllt sexuellt beteende saknas, medan den andra verksamheten i regionen svarar att sådan kompetens finns.

Skillnaderna mellan regioner blir ännu tydligare i benägenheten att hänvisa patienter till PrevenTell. Bara en respondent inom vuxenpsykiatri i Region Stockholm uppger att de har hänvisat patienter till hjälplinjen under 2018. Övriga verksamheter uppger sig inte veta i vilken utsträckning detta har skett. Två respondenter från Stockholm och Skåne uppger att de har hänvisat sin egen sjukvårdspersonal till PrevenTell. Samtidigt uppger 14 respondenter att deras verksamhet inte har hänvisat personal till PrevenTell. En region menar att de saknar kompetens om målgruppen, men anger att regionen trots det inte har hänvisat personal till hjälplinjen.



Behovet av kompetens är stort

En rimlig slutsats utifrån enkätsvaren är att alla regioner som svarat har ett behov av kompetens om personer med riskfyllt sexuellt beteende. Svaren visar även att uppfattningen om behovet av kompetens skiljer sig åt inom samma region, och mellan olika specialiteter. Variationer förekommer även mellan regionerna i uppfattningen om kompetensbehov. En möjlig slutsats är att alla regioner inte är lika öppna om behovet av extern kompetens, vilket gör analysen till en utmaning. Bara några få regioner har varit tydliga med att de saknar egen kompetens på området.

Det är inte möjligt att utifrån enkätresultatet avgöra i vilken grad berörda verksamheter känner till var kompetensen om målgruppen finns samlad, och vilket stöd som de kan få. Däremot är det inte orimligt att anta att de flesta regioner sannolikt skulle vara positiva till centralt placerad kompetens som är tillgänglig via en hjälplinje. För att överbrygga skillnader i tillgången till kompetens inom regionerna borde marknadsföring och information om den egna verksamheten därför vara en central fråga för ANOVA framöver.

2.6 OMPRIORITERING FRÅN UTBILDNING TILL BEHANDLING

En del i uppdraget till ANOVA handlar om att utveckla och genomföra ett utbildningsprogram riktat till berörda yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården samt andra berörda aktörer (U2014/6482/JÄM). Men i samtal med företrädare för ANOVA (PrevenTell 2019c) framgår det att verksamheten har gjort bedömningen att beviljade resurser inte har varit tillräckliga för att skapa ett sådant utbildningsprogram. ANOVA har i stället genomfört vissa halv- och heldagsutbildningar, seminarier, studiebesök och en universitetskurs, riktade mot olika aktörer (S2017/04626/JÄM). En lista på dessa återfinns i bilaga 1.

2.6.1 Nytt behandlingsprogram riktat till målgruppen

Begränsade resurser har lett till att ANOVA har gjort vissa omprioriteringar i sitt uppdrag. De har frångått kravet på att ta fram och genomföra ett utbildningsprogram riktat till sjukvårdspersonal. Befintliga resurser har i stället riktats in på utveckling och validering av ett internetadministrerat behandlingsprogram.

Redan 2010 utarbetade ANOVA (dåvarande CASM) ett manualiserat (manualbaserat) behandlingsprogram baserat på kognitiv beteendeterapi (KBT) i grupp. Att en verksamhet eller ett program, till exempel psykologisk

bedömning och psykoterapi är manualbaserat innebär att det är föreskrifterna i manualerna som styr behandling och utvärdering, inte psykologers och psykoterapeuters subjektiva bedömningar av enskilda klienter. Manualiserad bedömning och behandling är en konsekvens av krav på att en verksamhet ska bedrivas på vetenskaplig grund, med evidensbaserade metoder. De som gör bedömningar och utför behandlingar ska strikt följa anvisningarna för de test och behandlingsmetoder som används.

Utvärderingen av behandlingsprogrammet ifråga pågick i en pilotstudie mellan våren 2010 och mars 2011. Därefter genomfördes en randomiserad kontrollerad prövning (RCT) av behandlingsprogrammet under perioden december 2011 till januari 2015. Syftet var att ta reda på om personer som deltagit i programmet minskat symptomgraden i större utsträckning än personer som inte gjort det. En slutsats från RCT-studien var att behandlingen kan minska problematiska sexuella beteenden (Kriminalvården 2018).

Behandling sker via internet

Baserat på resultaten från pilotstudien och RCT-studien har ANOVA anpassat behandlingsmanualen för administrering via internet. Målgruppen för behandlingen inkluderar personer med hypersexuell störning med eller utan parafili/avvikelse.

De första behandlingarna med den internetbaserade metoden genomfördes under perioden december 2016 och juni 2017. Totalt 23 personer fick då behandlingen som pågick under 12 veckor. Deltagarna läste och tog del av behandlingsmanualen på internet, skickade in en hemuppgiftsrapport en gång per vecka samt fick individuellt stöd och feedback via plattformen på internet. Två veckor efter avslutad behandling fick deltagarna träffa en psykolog för uppföljning och bedömning av diagnos och behov av ytterligare behandlingsinsatser (Kriminalvården 2018). Rekrytering till och utvärdering av det internetadministrerade behandlingsprogrammet är pågående (när detta skrivs i januari 2019). Studien har benämningen KAFKA_IT, och vänder sig till personer med hypersexuell störning med eller utan sexuell avvikelse. På ANOVAS webbplats <http://www.anova.se/itpsykiatri.htm> finns information om själva studien och en länk för att anmäla deltagare.

Preliminära resultat visar att behandlingen ger minskade symptom

Resultaten från den första omgången visade att behandlingsmetoden var effektiv när det gäller minskad symptomgrad hos deltagarna efter behandling jämfört med innan. En försiktig tolkning av resultaten är att metoden KBT



via internet är ett effektivt sätt att erbjuda behandling. En effektiv och internetbaserad behandling skulle möjliggöra behandling utan hänsyn till geografi (Kriminalvården 2018).



PrevenTell i förhållande till liknande verksamheter

I det här kapitlet jämför vi PrevenTell med andra liknande hjälplinjer. Jämförelsen sker utifrån målgrupp, syfte, uppdrag och insatser, styrning och organisering samt finansiering och budget.

Jämförelsen visar att det finns flera liknande verksamheter som vänder sig till olika målgrupper i landet. Bland dessa finns Alkoholnlinjen, Kvinnofridslinjen, Hjälpnlinjen, SPES telefonjour och Hedersförtryck stödtelefon.

Medan PrevenTells målgrupp är potentiella förövare, är målgruppen för övriga linjer offer för övergrepp eller personer i riskzonen för missbruk eller för att skada sig själva. Skillnader finns även i kapaciteten att ta emot samtal, liksom i hur de informerar sina målgrupper. Samtidigt finns det vissa gemensamma nämnare. Till exempel använder man i samtalen med målgrupperna helt eller delvis metoden motiverande samtal (MI), och man hänvisar till ordinarie hälso- och sjukvård.

Likheter och skillnader finns också i styrning och organisation. PrevenTell, Kvinnofridslinjen och Alkoholnlinjen drivs exempelvis av specialistenheter inom vården och Hedersförtryck stöddlinje drivs av länsstyrelsen. SPES Telefonjour drivs ideellt, medan Hjälpnlinjen drivs av ett företag på beställning av regioner och kommuner. Kvinnofridslinjen särskiljer sig även genom att driften är förlagt vid ett nationellt centrum, och att de har ett nationellt uppdrag som är reglerat i en förordning.

Fyra av sex hjälplinjer är finansierade med statliga medel, medan Sveriges regioner finansierar Hjälpnlinjen. Men det lämnar inga garantier för finansiering, eftersom medel beviljas från år till år. Det innebär en osäkerhet för verksamheterna, som upplever att det är svårt att planera långsiktigt.



3.1 PREVENTELL JOBBAR FÖREBYGGANDE

Förebilden för satsningen PrevenTell var framför allt ett tyska initiativet Dunkelfeld i Berlinområdet, och det motsvarande engelska initiativet Stop it Now. Men den ”svenska modellen” skiljer sig från sina inspirationskällor i två avseenden: dels genom möjligheten till icke anonym behandling inom sjukvården, dels genom erbjudandet om behandling direkt kopplad till rådgivning (PrevenTell 2019b).

3.1.1 Enklare kontaktvägar underlättar det förebyggande arbetet

PrevenTell har som syfte att minska sexuellt våld och förebygga övergrepp. Av det skälet vänder sig hjälplinjen till målgruppen personer med riskfyllt sexuellt beteende eller olaglig sexualitet. Andra målgrupper är anhöriga eller närstående till personer inom huvudmålgruppen och yrkesverksamma inom exempelvis vård, socialtjänst, polis, skola eller idrottsverksamheter (CASM 2014).

PrevenTell verkar utifrån premissen att förenklade kontaktvägar till hälso- och sjukvård, eller annan lämplig verksamhet, underlättar det förebyggande arbetet (CASM 2014). Hjälplinjen har därför en låg tröskel med lättillgänglig service i sitt arbete med att identifiera, diagnostisera och behandla sådana kliniska tillstånd som är riskfaktorer för sexuellt våld (PrevenTell 2019b).

Sedan starten 2012 har PrevenTell tagit emot cirka 2 200 samtal. Av dessa har ungefär 1 600 samtal kommit från personer som kontaktat hjälplinjen för första gången. Totalt 422 av samtalen är från så kallade återuppringare, det vill säga personer som ringer tillbaka efter en första telefonkontakt. Under perioden har 154 samtal kommit från yrkesverksamma inom vården (PrevenTell 2018).

Tabell 3. Antal och typ av samtal till PrevenTell, per år.

År	Förstagångs	Återuppringare	Profession	Totalt
2012	209	25	-	234
2013	229	102	17	348
2014	306	125	33	464
2015	243	64	21	328
2016	188	35	17	240
2017	189	32	20	241
2018	242	39	46	327
Totalt	1 606	422	154	2 182

Källa: PrevenTell 2018.

Hjälplinjen har telefontid klockan 12.00–15.00 måndag till fredag. En telefonsvarare och en mejladress ger uppringaren möjlighet att lämna sina uppgifter för att bli kontaktad senast nästkommande vardag (PrevenTell 2019b). ANOVA har även haft uppdraget att utveckla en interaktiv hemsida som komplement till PrevenTell. Men försöken att skapa en chattfunktion har i ett inledande skede mött svårigheter i form av juridiska och etiska hinder. Diskussioner pågår för närvarande för att hitta lösningar och kunna gå vidare i arbetet.

Under det första året spred PrevenTell information om sin verksamhet direkt till vården. Men numera får olika vårdenheter och vårdcentraler utskick av visitkort och broschyrer bara på egen begäran. Vid verksamhetsstarten byggde informationsspridningen på medieintresse, diverse pressmeddelanden samt direkt och indirekt stöd från mediekonsulter inom och utom sjukhuset. I dag fungerar även föreläsningar och undervisning som plattformar för informationsspridning (PrevenTell 2019b), liksom webbplatsen www.preventell.se (PrevenTell 2019c).

3.1.2 PrevenTell arbetar med intervjuer och motiverande samtal

Hjälplinjen använder en metod med semistrukturerade intervjuer och en lättare version av motiverande samtal i sina kontakter. Socialstyrelsen sammanfattar motiverande samtal (motivational interviewing, MI) som en samtalsmetod för att främja motivation och beteendeförändring. I dag används metoden generellt i rådgivning och behandling som gäller livsstilsrelaterade faktorer (alkohol, tobak, droger, kost, fysisk aktivitet, spel med mera) i verksamheter som hälso- och sjukvård, kriminalvård, socialtjänst, psykiatri och skola.

PrevenTell har korrigerat samtalsmetoden utifrån reaktioner och synpunkter från patienter och personal. Samtalen på ungefär 30 minuter går ut på att samla information för att kunna hänvisa personen till vård eller ge medicinskt underbyggda råd (PrevenTell 2018). Det är sjukvårdsutbildad personal med lång erfarenhet av patientgruppen som gör den gallringen. Samtalen dokumenteras i journal, via ett anonymt individspecifikt ID-nummer, som PrevenTell själva kallar ett reservnummer, eftersom PrevenTell är medicinsk rådgivare. Varje samtal mynnar ut i en plan för vad patienten behöver eller önskar. Den som vill komma till ANOVA måste lämna personnummer för att kunna få vård och behandling, och är då ”ej anonym” i databasen. Den som inte vill, kan eller ska komma till ANOVA, behöver inte lämna personnummer och är då ”anonym” i databasen. ANOVA behöver i detta sammanhang även inhämta samtycke från de som ringer in till PrevenTell för



att få använda deras insamlade data i exempelvis presentationer, forskning, utveckling av frågetekniken för bättre samtalsteknik eller utvärdering av frågorna (PrevenTell 2019b).

Beroende på hemvist får de som ringer hänvisning till ANOVA, någon av specialistmottagningarna i Göteborg, Umeå eller Karlskrona, eller till ANOVA:s internetadministrerade behandlingsprogram. PrevenTell kan även hänvisa till psykiatrimottagningar och till privat terapi i kombination med hänvisning till offentlig hälso- och sjukvård (PrevenTell 2019b). Först vid en läkarbedömning på en mottagning kan direkta medicinska insatser sättas in. Ofta får personen ett erbjudande om farmakologisk behandling. Därefter kan en psykologbedömning följa, med fördjupad kartläggning av det sexuella problembeteendet och eventuell psykoterapeutisk behandling (PrevenTell 2019b).

3.1.3 Socialdepartementet finansierar verksamheten vid PrevenTell

Av ANOVA:s totalt 42 anställda arbetar cirka 10–12 personer med PrevenTell. Majoriteten av dessa arbetar heltid vid ANOVA, främst kliniskt. Det är ungefär 2,75 heltidstjänster som arbetar med PrevenTell (PrevenTell 2019b).

Finansieringen av PrevenTell sker med statliga medel som Socialdepartementet betalar ut varje år. Årsbudgeten på 3 miljoner ska, utöver driften av PrevenTell, även täcka utbildningsinsatser och arbetet med det behandlingsprogram som ligger i uppdraget (PrevenTell 2019b). En redovisning av årets arbete sker till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Medel som inte är förbrukade under angivet år återbetalas till Kammarkollegiet, som vid samma tidpunkt även ska få en ekonomisk redovisning (Socialdepartementet 2016).

3.1.4 Förutsättningarna för utvärdering är begränsade

Enligt uppgifter från ANOVA har hjälplinjens effekt i förhållande till målet att förebygga sexuella övergrepp inte varit möjliga att utvärdera.

Företrädare för ANOVA sammanfattar den främsta anledningen till svårigheterna med att mäta effekterna av verksamheten vid PrevenTell i frågan ”Hur mäter man ett brott som inte har begåtts?”. Samtidigt uppger intervjuade företrädare för verksamheten att PrevenTell når uppsatta mål för tillgänglighet och service. Detta eftersom bedömningen är att det, av allt att döma, är rätt målgrupp som kontaktar hjälplinjen. I och med att

det är frivilligt att vända sig till PrevenTell ska det ändå tas i beaktande att hjälplinjen bara kommer i kontakt med de som har sjukdomsinsikt, och alltså aktivt väljer att söka hjälp (PrevenTell 2019b).

Utvärdering av PrevenTell är en komplicerad uppgift

I sin mest grundläggande form kan effekten av en insats för en individ definieras som skillnaden i det resultat som observeras i närvaro av insatsen, jämfört med resultatet i frånvaro av insatsen. Eftersom en person inte kan studeras i mer än ett tillstånd i taget, krävs det alltså en kontrollgrupp som inte omfattas av den studerade insatsen, vars resultat därmed får utgöra det hypotetiska resultat som hade observerats i frånvaro av insatsen (ISF 2011).

En vanlig metod att mäta effekter är att med hjälp av registerdata jämföra resultatet, i det här fallet exempelvis sannolikheten att söka vård efter kontakt med PrevenTell, för individer som deltar respektive inte deltar i en insats. Dessa så kallade observationsstudier bygger på statistiska modeller som även beaktar eventuella skillnader i bakgrundsfaktorer mellan grupperna, vilka kan ha betydelse för det slutliga resultatet. Nackdelen med sådana studier är att tillgängliga data inte alltid räcker för att uttala sig om orsak och verkan. Om det finns skillnader mellan deltagare och icke-deltagare, exempelvis sjukdomsinsikt och motivationen att söka hjälp, kan de skattade effekterna av insatsen snedvridas (Vedung 1998, List och Rasul 2011).

Ett sätt att åtgärda detta problem är att redan i urvalsprocessen styra vilka som ska få respektive inte få del av insatsen. Den klassiska lösningen brukar vara ett randomiserat urval till insats, det vill säga genom slumpmässigt urval. Förutsatt att antalet individer i randomiseringen är tillräckligt stor, innebär detta att försöks- respektive kontrollgruppen är jämförbara. Det enda som skiljer grupperna åt är då att den ena gruppen får del av den studerade insatsen. Eventuella skillnader i det genomsnittliga resultatet mellan grupperna kan då härledas direkt till instansen (Hägglund 2007).

Mot bakgrund av detta blir frånvaron av den mest grundläggande förutsättningen för en utvärdering av PrevenTell och dess verksamhet uppenbar. Enkelt uttryckt blir en eventuell effektutvärdering av hjälplinjens insatser först och främst ogörlig i och med det faktum att det inte är möjligt att påverka urvalet till insatsen. Detta i kombination med inslaget av anonymitet, som gör det svårt att följa individer i deras fortsatta förehavanden med hälso- och sjukvården efter kontakten med PrevenTell, innebär att det över huvud taget inte är rimligt att ha ambitionen att göra en utvärdering på det sättet.



3.2 PREVENTELL ÄR INTE ENSAMT OM ATT DRIVA EN HJÄLPLINJE

Som konstaterat inledningsvis är PrevenTell inte ensam om att driva en hjälptelefon. Flera liknande verksamheter i landet vänder sig till olika målgrupper. I det här avsnittet beskriver vi fem sådana verksamheter.

3.2.1 Alkohollinjen

Den nationella hjälplinjen Alkohollinjen startade 2007. Från början drevs verksamheten av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), men från oktober 2018 drivs verksamheten av enheten Stöd inom Beroendecentrum Stockholm vid Stockholms läns landsting (SLL), numera Region Stockholm. Eftersom Beroendecentrum redan har ansvar för flera andra stödlinjer var detta ett naturligt steg med samordningsvinster (Alkohollinjen 2019; Maria Ungdom SLL 2018).

Målgruppen är personer med riskbruk av alkohol, deras anhöriga samt personal inom hälso- och sjukvård (CES 2017). Syftet är att genom motivationshöjande insatser erbjuda stöd till förändring för de som vill ändra sitt beteende (Alkohollinjen 2018). Den som ringer kan vara anonym (CES 2016).

Alkohollinjen har öppet måndag till torsdag klockan 11.00–19.00 och fredagar klockan 11.00–16.00. Information om hjälplinjen sprids via visitkort inom vården. Viss marknadsföring i dagstidningar förekommer, liksom på mässor, som sjuksköterskedagarna. Information finns även på webbplatsen www.alkohollinjen.se (Alkohollinjen 2018).

Under 2017 tog Alkohollinjen emot cirka 3 000 samtal, varav en knapp tredjedel från anhöriga (CES 2018). Statistik från 2016 (CES 2017) visar att knappt hälften av de som under året kontaktade Alkohollinjen för första gången var personer med alkoholproblem, medan resterande förstagångskontakter var från anhöriga till målgruppen.

Verksamheten vill åstadkomma förändring genom samtal

För att motivera till förändring använder Alkohollinjen metoden motiverande samtal med inslag av kognitiv beteendeterapi (KBT). Någon medicinsk rådgivning förekommer däremot inte, utan man hänvisar till vård vid behov. Linjen deltar även i olika forskningsprojekt, tillsammans med exempelvis Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES). Nyligen har man även inlett ett projekt om samverkan med läkare i primärvården (Alkohollinjen 2018).

Verksamheten får statlig finansiering

Alkohollinjen, med fyra heltidstjänster, har beteendevetare, socionomer eller folkhälsovetare som anställda rådgivare. Innan de börjar arbeta går rådgivarna en grundutbildning i bland annat motiverande samtal. Linjen är finansierad via statliga medel som Socialdepartementet betalar ut varje år. Ansökan om medel görs varje år, tillsammans med övriga hjälplinjer under SLL, varefter en fördelning av medel sker mellan verksamheterna. Alkohollinjens årliga budget är på cirka 3,5 miljoner (Alkohollinjen 2018).

Begränsad utvärdering visar positivt resultat

En pilotstudie 2014 följde upp ett antal individer ett halvår efter att de hade kontaktat Alkohollinjen. Av 57 personer i gruppen svarade 40 stycken, en svarsfrekvens på 70 procent. I de primära resultaten uppvisade flera av de svarande en förbättring. Nära hälften hade bytt till en lägre riskgruppstillhörighet och fem personer uppvisade ett beteende som kunde betecknas som riskfritt. För de som ursprungligen var alkoholberoende, eller hade ett skadligt alkoholbruk pekade resultatet på en förbättring efter kontakt med Alkohollinjen, men inte för dem med ett ursprungligt riskbruk.

Studien fastställer däremot att det behövs ytterligare utvärderingar. Skälet är att det krävs en kontrollgrupp för att säkerställa att den positiva förändringen enbart beror på Alkohollinjen (CES 2014).

3.2.2 Kvinnofridslinjen

Kvinnofridslinjen invigdes 2007. Verksamheten drivs på regeringens uppdrag av Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset, med Region Uppsala som huvudman (NCK 2017). Uppdraget är att höja kunskapen om mäns våld mot kvinnor, utveckla metoder för bemötande och omhändertagande av våldsutsatta kvinnor samt bedriva utbildning och forskning inom området. Verksamheten, som ska vara ett stöd för myndigheter och organisationer, är reglerad i förordningen (2006:1072) om nationellt kunskapscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor.

Kvinnofridslinjen erbjuder samtalsstöd och information

Linjen vänder sig till kvinnor som är utsatta för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld och deras närstående, med erbjudande om samtalsstöd och information om samhällets resurser i sammanhanget. Telefonlinjen tar även emot samtal från yrkesverksamma som kommit i kontakt med målgruppen. Målet är



att stödja kvinnorna i processen att förändra sina liv till en tillvaro utan våld. Detta ska ske via hög tillgänglighet, bra bemötande samt garanterad anonymitet och sekretess (NCK 2018).

Telefonlinjen är öppen dygnet runt, året om, och erbjuder både texttelefon och tolkservice. Under 2017 tog Kvinnofridslinjen emot 30 027 samtal, de flesta från våldsutsatta kvinnor. Även samtal från anhöriga eller närstående respektive personer som möter våldsutsatta kvinnor i sitt arbete förekom (NCK 2017). Personalen lyssnar, svarar på frågor och informerar om nationella eller lokala, resurser och stödinsatser utifrån en kunskapsbank. För hänvisning till lokala vårdinstanser använder linjen även Hälso- och sjukvårdens adressregister, den så kallade HSA-katalogen. Ingen journalföring förekommer, utan samtalen registreras enbart anonymt i klinikens databas (NCK 2018).

Information om linjen sprids via affischer, telefonkort och landsomfattande annonser samt via internet. En nationell informationskampanj drivs varje höst (NCK, 2018). Webbplatsen www.kvinnofridslinjen.se vänder sig direkt till den som är våldsutsatt.

Verksamheten är statligt finansierad

Kvinnofridslinjen, med 10,65 årsarbetare, är finansierad genom fasta statliga medel som går via Uppsala universitet. Det är Utbildningsdepartementet som betalar ut de beviljade medlen varje år. Den totala budgeten för NCK var omkring 30 miljoner 2017, varav cirka 14 miljoner avsåg hjälplinjen (NCK 2018).

Personalen vid Kvinnofridslinjen är anställd av NCK:s kliniska enhet, och består av sjuksköterskor och barnmorskor samt högskolesocionomer med minst fem års arbetslivserfarenhet. Inför starten gick all personal en universitetsutbildning i ämnet mäns våld mot kvinnor samt samtalsmetodik för telefonrådgivning. På grund av resursbrist får nyanställd personal inte utbildningen av arbetsgivaren numera, men de har möjlighet att gå den på eget initiativ (NCK 2018).

Den kliniska verksamheten består förutom av Kvinnofridslinjen även av kvinnofridsmottagningen. Det är NCK:s universitetsdel som ansvarar för strategisk och teknisk utveckling, utbildningsinsatser, marknadsföring och övrigt informationsarbete för linjen (NCK 2015).

Ingen utvärdering av verksamheten har gjorts

Det finns inte någon utvärdering av hjälplinjens effekt i förhållande till målet att så många våldsutsatta kvinnor som möjligt ska få stöd och hjälp i processen att förändra sina liv till en tillvaro utan våld. Detta förklarar

NCK med det stora mörkertalet i den tänkta målgruppen, vilket gör det svårt att tillämpa några effektivitetsmått (NCK 2018). Genom att föra statistik om samtal som kommer in och göra mätningar av hur väl allmänheten känner till Kvinnofridslinjen, följer NCK däremot upp verksamhetens tillgänglighetsaspekter (NCK 2015).

3.2.3 Hjälpelinjen

Nationella hjälpelinjen startade sin verksamhet 2002. Initiativtagare var intresse- och anhängigorganisationer inom psykisk ohälsa. Inledningsvis fick Hjälpelinjen finansiering från Arvsfonden. Från 2005 och framåt fick linjen statlig finansiering via Socialdepartementet. Men sedan 2011 drivs Hjälpelinjen av Inera, ett företag ägt av SKL tillsammans med regioner och kommuner. Formellt är Inera utförare och arbetsgivare, medan regioner och kommuner är beställare av Hjälpelinjen (Hjälpelinjen, 2018).

Hjälpelinjen vill arbeta förebyggande med krisstöd

Hjälpelinjen vill arbeta förebyggande genom att tidigt fånga upp personer med psykisk ohälsa, erbjuda ett bra första samtal och hänvisa till rätt stöd. Målgruppen är därför personer med psykisk ohälsa som tidigare inte har haft kontakt med någon om detta. Ytterligare målgrupper är anhöriga samt vårdpersonal och andra yrkesverksamma (Hjälpelinjen 2018).

I sina kontakter använder Hjälpelinjen en samtalsstruktur som är utarbetad för tillfälligt krisstöd per telefon, med inslag som liknar KBT och motiverande samtal. Utan att själv söka styra samtalet, samlar rådgivaren information genom att lyssna öppet, spegla och bekräfta. Därefter följer sortering, sammanfattning och insamling av mer specifik information, innan en mer ingripande och hänvisande del tar vid. Samtalen är anonyma och inga personuppgifter sparas (Hjälpelinjen 2018).

Hjälpelinjen är öppen alla dagar klockan 13.00–22.00 och har kapacitet att ta emot 2–3 samtal samtidigt. Linjen har ingen egen webbplats, utan utnyttjar en artikelsida på 1177 Vårdguiden. Även en sida på Ineras bolagswebb, riktad till vårdpersonal, innehåller en beskrivning av Hjälpelinjens verksamhet. Verksamheten har inte någon egen funktion för stöd via mejl eller chatt. En tidigare funktion där det gick att skriva anonymt för stöd har integrerats i 1177 Vårdguidens anonyma frågetjänster. Under 2017 tog linjen emot cirka 13 500 samtal (Inera 2018). Ungefär 80 procent av dem som söker sig till Hjälpelinjen gör det för egen del. Resterande är framför allt anhöriga. Få samtal kommer från vårdpersonal eller andra yrkesverksamma (Hjälpelinjen 2018).



Verksamheten är finansierad av regioner

Det är Sveriges regioner som finansierar Hjälpplinjens verksamhet, som hade en budget på cirka 8 miljoner 2018 (Inera 2018). Beloppet har varierat år till år, bland annat beroende på att verksamheten tidigare även var finansierad med statliga medel. Vid linjen arbetar 7 fast anställda med olika anställningsgrad och ett antal timvikarier, motsvarande 4 heltidstjänster per år. Dessa har bakgrund som psykologer, sjuksköterskor eller socionomer, och får vid anställningen en introduktion och intern utbildning i verksamheten samt mentorskap (Hjälpplinjens 2018).

Samhällsekonomisk utvärdering visar ekonomisk nytta

Under 2016 genomförde en arbetsgrupp med ansvariga vid Hjälpplinjens respektive Inera en nyttovärdering av Hjälpplinjens verksamhet, en så kallad samhällsekonomisk utvärdering. Syftet med utvärderingen var att beskriva den nytta som Hjälpplinjens verksamhet ger omsatt i ekonomiska värden. Analysen är byggd på en mängd antaganden, men arbetsgruppen anser ändå att den visar att Hjälpplinjens verksamhet har ekonomiska nyttor både för individen och för hela samhället (Jerilgård och Björklund 2016).

3.2.4 SPES Telefonjour

Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES) är en rikstäckande ideell organisation, som erbjuder stöd till efterlevande vid suicid genom nationella träffar, samtalsgrupper, en nationell telefonjour, kontaktpersoner, webbplatser och sociala medier. Verksamheten syftar dels till att bidra med organiserat stöd för efterlevande vid suicid och öka kunskapen om suicid som ett samhälls- och folkhälsoproblem, dels att motverka fördomar, stigma och tabu. Telefonjouren i SPES startades år 1999 (SPES 2018).

Vänder sig till de som förlorat en nära anhörig i suicid

Telefonjourens huvudsakliga målgrupp är personer som har förlorat en nära anhörig i suicid. Andra målgrupper är anhöriga till personer i behov av efterlevandestöd samt personer med psykisk ohälsa. Linjen är öppen alla dagar 19.00–22.00. Information till målgruppen går via föreningens medlemmar, egna webbplatser, sociala medier, samtalsträffar, föreläsningar och konferenser. Under 2018 tog telefonjouren emot 1 200 samtal. Två av tre samtal som tas emot är från personer i behov av efterlevandestöd för egen del

eller för anhörigs del. Övriga som ringer är personer med egen psykisk ohälsa (SPES 2018).

Telefonjouren använder metoden motiverande samtal, men erbjuder inte någon vård eller behandling i övrigt. De som svarar i jouren informerar i stället om och hänvisar till SPES kontaktpersoner i landet, SPES samtalsträffar eller till andra kontaktytor som SPES stödgrupp på Facebook, föreningen MIND, BRIS, Jourhavande medmänniska, Jourhavande präst eller psykolog via 1177 Vårdguiden. I ett fåtal fall hänvisar jourpersonen vidare till 112 (SPES 2018).

Förbundsstyrelsen driver verksamheten med egna medlemmar

Det är SPES Förbundsstyrelse som driver hjälplinjen, med hjälp av ett trettiotal av sina egna medlemmar som bemannar jouren ideellt. SPES-medlemmar, som själva förlorat en anhörig, genomför jouren från sina respektive hem. De loggar in och arbetar cirka en till två gånger i månaden. De ideellt aktiva medlemmarna utbildas i första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA) samt i motiverande samtal. Totalt erbjuds samtliga ideellt aktiva minst två utbildningsdagar per år (SPES 2018).

Själva riksförbundet SPES är finansierad dels med verksamhetsmedel från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, dels genom medlemsavgifter samt gåvor och kollekt. Verksamheten får söka medel från myndigheterna varje år. Telefonjouren har inga kostnader och därmed ingen särskild budget, eftersom det bedrivs ideellt (SPES 2018). SPES har inte gjort någon utvärdering av telefonjourens verksamhet.

3.2.5 Hedersförtryck stödtelefon

Under 2013 fick Länsstyrelsen Östergötland i uppdrag av regeringen (U2013/5290/JÄM) att bilda ett nationellt kompetensteam för att stödja och utveckla arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck. Inom ramen för det nationella uppdraget, och mot bakgrund av ett identifierat behov av råd och vägledning på området bland yrkesverksamma, inrättade länsstyrelsen i mars 2014 en nationell stödtelefon (Länsstyrelsen Östergötland 2015).

Stödtelefonen vänder sig yrkesverksamma och ideellt verksamma

Målgruppen för stödtelefonen är yrkesverksamma, men även personer som arbetar ideellt runtom i landet och som behöver råd och konsultation inom området hedersrelaterat våld och förtryck (Hedersförtryck 2018).



Verksamhetens syfte är att ge stöd och råd som i förlängningen gör att utsatta barn, unga och vuxna ska få det stöd och skydd som de har behov av och rätt till (Länsstyrelsen Östergötland, 2015).

Stödlinjen är öppen vardagar klockan 9.00–16.00, och information om den finns på webbplatsen www.hedersfortryck.se (Hedersförtryck 2018). Under 2017 hanterade hjälplinjen 600 ärenden. De flesta av samtalen kommer från socialtjänsten, följt av skola och förskola. En mindre andel kommer från utsatta eller närstående till utsatta (Länsstyrelsen Östergötlands Nationella Kompetensteam 2018).

Samtalsstrukturen varierar beroende på erfarenheten hos den som ringer. Det finns ingen nedskrivna guide för samtal, utan de råd som ges bygger på egen erfarenhet och samråd med kollegor. Det är uppringaren som äger ärendet, och rådgivarna kan inte fatta några beslut, utan ger råd utifrån vad de får berättat för sig. Alla samtal är anonymiserade (Hedersförtryck 2018).

Verksamheten är finansierad med statliga medel

Stödlinjen är finansierad med statliga medel som Socialdepartementet betalar ut. Länsstyrelsens budget för arbetet med det nationella kompetensteamet och tillhörande stödtelefon var 3 miljoner under 2016 (Socialdepartementet 2015). Budgeten 2017 var 5 miljoner för samma arbete, med tillägget att en konferens med temat ”en nationell samling för att motverka hedersrelaterat våld och förtryck och dess olika uttryck” skulle arrangeras (Socialdepartementet 2016). Regeringen beviljar alltså inga riktade medel för stödtelefonen, utan driften av den är inkluderad i det anslag verksamheten får för det nationella uppdraget i sin helhet (Hedersförtryck 2018). Beviljade medel är villkorade med krav på en redovisning till Regeringskansliet varje år (Socialdepartementet 2016).

Det nationella kompetensteamet består av personer med praktiska och teoretiska kunskaper och erfarenheter av att arbeta mot hedersrelaterat våld och förtryck. I teamet ingår både personer inom Länsstyrelsen Östergötland, men även personer som arbetar vid andra myndigheter. Utöver driften av stödtelefonen sprider teamet kunskap och information om uppdraget via till exempel utbildningar och konferenser (Länsstyrelsen Östergötland 2017).

Totalt tio personer arbetar med stödtelefonen. Av dessa är det fyra som ansvarar för att svara i telefonen. De som tar emot samtal är framför allt socionomer eller poliser (Hedersförtryck 2018).

Utvärdering av verksamhetens effekter saknas

I en rapport från 2017 sammanfattar länsstyrelsen sitt arbete med det nationella kompetensteamet och med stödtelefonen (Länsstyrelsen

Östergötland 2017). Rapporten redogör för samtalsstatistik, som visar tillgängligheten och användandet per region. Däremot sker ingen redovisning av om stödlinjen i förlängningen har bidragit att ge utsatta barn, unga och vuxna stöd och skydd eller inte.

3.3 OLIKA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR HJÄLPLINJERNA

I det här avsnittet jämför vi likheter och skillnader mellan PrevenTell och de övriga hjälplinjerna. Jämförelsen gäller dels den målgrupp som respektive hjälplinje vänder sig till, dels vad huvudmännen vill uppnå med verksamheterna. Slutligen jämför vi hur de olika verksamheterna har organiserat sig, hur de har valt att gå tillväga för att nå sina mål samt hur de är finansierade. Jämförelsens sammanfattande drag framgår av tabell 4.

3.3.1 Skillnader i vilka verksamheterna vänder sig till

Av tabell 4 framgår att det finns skillnader i vilka hjälplinjerna riktar sig till. Medan PrevenTell vänder sig till potentiella förövare i syfte att förebygga och förhindra brott, är målgruppen för övriga hjälplinjer som regel offer för olika övergrepp, alternativt personer som befinner sig i riskzonen för missbruk eller för att skada sig själva.

Vilka hjälplinjerna vänder sig till påverkar även syfte och mål för respektive verksamhet. Kartläggningen visar att hjälplinjerna har i stort sett samma syfte och mål. Det handlar om att ge råd och stöd samt att hänvisa den som ringer till rätt vårdinrättning för fortsatta samtal eller behandling om det finns en sådan. Men PrevenTell sticker ut här, i och med att det är den enda hjälplinjen som erbjuder medicinskt rådgivning, och dokumenterar sina kontakter i journal.

3.3.2 Kapaciteten att ta emot samtal skiljer sig åt mellan hjälplinjerna

Sammanställningen i tabellen visar även att kapaciteten att ta emot samtal skiljer sig åt mellan de olika verksamheterna. De sex hjälplinjerna grupperar sig i två olika kategorier när det gäller kapacitet.

I den ena kategorin ingår Kvinnofridslinjen med kapacitet att ta emot samtal dygnet runt varje dag, eller 168 timmar per vecka. Kvinnofridslinjen är följaktligen också den hjälplinje som tar emot flest samtal. Under 2017 tog linjen exempelvis emot mer än 30 000 samtal. Därefter följer Nationella hjälplinjen, inom området psykisk ohälsa, som närmar sig samma nivåer



PrevenTell i förhållande till liknande verksamheter

Tabell 4. Sammanfattande jämförelse mellan hjälplinjerna.

Hjälplinje	Målgrupp	Syfte och mål	Uppdrag och insatser				Styrning och organisering			Finansiering	Budget i miljoner SEK
			Antal samtal år 2017	Antal h öppet/vecka	Samtalsmetod*	Hänvisningsbank	Huvudman	Drivs av	Antal årsanställda		
PrevenTell	Personer med riskfyllt sexuellt beteende eller olaglig sexualitet	Medicinsk rådgivning med journalföring/hänvisning till vård	241	15,0	MI	Internalistor	Region Stockholm Karolinska universitetssjukhuset	Specialistenhet inom vården	2,75	Social departementet	3 ^{***}
Alkohol-linjen	Personer med alkoholproblematik	Stöd och hänvisning till vård	3 000	103,0	MI/KBT	1177 Egna internalistor	Region Stockholm	Specialistenhet inom vården	4	Social departementet	3,5
Kvinnofridslinjen	Våldsutsatta kvinnor	Stöd och hänvisning till vård	30 027	168,0	–	HSA-katalogen	Region Uppsala Uppsala universitet	Specialistenhet inom vården	10,65	Utbildningsdepartementet	14
Hjälplinjen	Personer med psykisk ohälsa	Stöd och hänvisning till vård	13 500	175,5	MI/KBT	1177	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)	Bolag	4	Sveriges regioner	8
SPES Telefonjour	Personer som förlorat en anhörig i suicid	Stöd	1 200	21,0	MI	1177 Egna internalistor	Ideell organisation SPES	Medlemmar	0,6 ^{**}	Ideellt	-
Hedersförtryck stödlinje	Yrkesverksamma och ideella	Stöd och råd	600	35,0	–	–	Länsstyrelsen i Östergötland	Nationellt kompetens-team	1 ^{**}	Social departementet	3 ^{***}

*MI=Motiverande samtal, KBT=Kognitiv beteendeterapi

**Uppskattat utifrån hjälplinjens öppettider i totalt antal timmar/vecka, fördelat på en arbetsvecka om 35 timmar.

***Avser samtliga områden som de statliga medlen avser. Information om budget specifikt för hjälplinjen saknas.

som Kvinnofridslinjen. Nationella hjälplinjen tar också emot samtal under veckans alla dagar (men inte dygnet runt) under cirka 158 timmar i veckan. Under 2017 tog hjälplinjen emot cirka 13 500 samtal. Alkohollinjen, med en kapacitet att ta emot samtal cirka 100 timmar i veckan hamnar också i kategorin med linjer som har jämförelsevis mer resurser och högre kapacitet.

I kategori två finns Hedersförtryck stöddlinje som tar emot samtal cirka 35 timmar i veckan, samt SPES Telefonjour med ungefär 21 timmar i veckan. Under 2017 tog de tog emot sammanlagt 600 respektive 1 200 samtal. PrevenTell tar emot samtal 3 timmar varje vardag, eller cirka 15 timmar per vecka. Under 2017 tog de emot 241 samtal. Det innebär att PrevenTell hamnar i den senare kategorin med hjälplinjer som har jämförelsevis mindre resurser och lägre kapacitet.

3.3.3 Hjälplinjerna använder helt eller delvis samma samtalsmetod

Gemensamt för de flesta av hjälplinjerna, fyra av sex, är att de i samtalen med de som kontaktar dem helt eller delvis använder metoden motiverande samtal. Gemensamt är även att hjälplinjerna arbetar på ett strukturerat sätt med att hänvisa uppringarna vidare, även om ”hänvisningsbankerna” skiljer sig åt. Alkohollinjen, Hjälplinjen och SPES Telefonjour använder sig helt eller delvis av 1177 Vårdguiden, medan Kvinnofridslinjen använder HSA-katalogen. PrevenTell använder sig i stället av interna listor där hjälplinjen har identifierat lämpliga kontaktpersoner genom en egen kartläggning.

I tabellens snabba överblick över likheter och skillnader används begreppen stöd (samtalsstöd) och råd (råd om hur den som ringer in kan eller bör agera). Här ska det noteras att tabellens utgångspunkt är hjälplinjernas primära målgrupper, där hedersförtryck är den enda hjälplinjen som har yrkesverksamma som primära målgrupp.

Som framgår av tabellen är det alltså endast Hedersförtryck stöddlinje som både ger samtalsstöd och rådgivning till hur yrkesverksamma kan agera. Övriga hjälplinjer ger samtalsstöd och hänvisar i de flesta fall till vård, men ger inte direkt råd om hur de som ringer ska agera. Det är i stället de motiverande samtalen som ska resultera i att personen själv hittar sin väg till förändring.

3.3.4 Verksamheterna erbjuder olika informationsinsatser

För att nå sina respektive målgrupper genomför verksamheterna olika typer av informationsinsatser. Alla hjälplinjer utom Hjälplinjen har en webbplats



med information som riktar sig till den egna målgruppen. Information om Hjälpplinjens verksamhet finns i stället på en artikelsida hos 1177 Vårdguiden.

Kvinnofridslinjen är den enda verksamheten som regelbundet genomför insatser riktade till sin målgrupp. Detta gör de genom att varje höst genomföra en nationell informationskampanj. Flera hjälpplinjor sprider även information om den egna verksamheten till yrkesverksamma via till exempel mässor eller föreläsningar.

3.3.5 Gemensamma nämnare i styrning och organisation

Vissa gemensamma nämnare mellan några av linjerna framträder ifråga om styrning och organisation, men det finns även saker som skiljer dem åt i detta avseende.

Det är till exempel specialistenheter inom vården som driver både PrevenTell och Kvinnofridslinjen. Verksamheterna har även det gemensamt att de bedriver en hjälpplinke och en klinisk enhet med samma personal. Båda ser det som ett vinnande koncept, eftersom personalen då har erfarenhet av arbete med målgruppen och kan ge målgruppsanpassad stöd och hänvisning. Båda har även koppling till universitet som bedriver utveckling och utbildning för verksamheten. Även Alkoholnlinjen är placerad vid en specialistenhet inom vården. Under 2018 flyttades verksamheten från en enhet till en annan, eftersom huvudmannen såg positiva samordningseffekter i att driva flera hjälpplinjor vid samma enhet.

Driften av de övriga hjälpplinjerna sker på andra sätt. SPES Telefonjour sticker ut eftersom driften av den är helt och hållet ideell, och de som genomför stödsamtalen är personer med egen erfarenhet av det målgruppen söker hjälp för. Utförare och arbetsgivare för Hjälpplinjor är ett företag, medan regioner och kommuner är beställare av verksamheten. Hedersförtryck stöddlinje drivs av Länsstyrelsen med finansiering av Socialdepartementet.

Något som skiljer Kvinnofridslinjen från de övriga linjerna är även att driften av verksamheten är förlagd vid ett nationellt centrum. Detta innebär att de har ett nationellt uppdrag som är reglerat i en förordning, nämligen att arbeta med och stötta myndigheter och organisationer.

3.3.6 Majoriteten av hjälpplinjerna finansieras med statliga medel

Fyra av sex hjälpplinjor är finansierade med statliga medel som Socialdepartementet respektive Utbildningsdepartementet betalar ut.

Hjälplinjen har en alternativ lösning, där Sveriges regioner står för finansieringen. Beslut om medel fattas även här på årsbasis. I intervjuer med företrädare för hjälplinjerna framkommer det att den årliga fördelningen av medel, som alltså inte lämnar några garantier för finansiering, innebär en osäkerhet för verksamheterna, som upplever att de har svårt att planera långsiktigt.

PrevenTell och Hedersförtryck har inte lämnat några tydliga uppgifter om hur mycket av deras årliga medel som specifikt finansierar respektive hjälplinje.

Tabell 5. Statlig finansiering av verksamheterna.

Hjälplinje	Antal samtal år 2017	Budget år 2017, kr
PrevenTell	241	3 000 000
Alkohollinjen	3 000	3 500 000
Kvinnofridslinjen	30 027	14 000 000
Hjälplinjen	13 500	8 000 000
SPES Telefonjour	1 200	0
Hedersförtryck stömlinje	600	3 000 000

En försiktig uppskattning baserad på tillgänglig information visar ändå att det i absoluta tal finns stora skillnader i budget mellan hjälplinjerna. Samtidigt är det också stor skillnad i antalet samtal de tar emot. Kvinnofridslinjen har en årlig budget på 14 miljoner kronor, jämfört med PrevenTell och Hedersförtryck som har en budget på 3 miljoner kronor per år.

Att budgetnivån skiljer sig mellan de olika verksamheterna är naturligt. Behovet av resurser är bland annat beroende av karaktären på målgrupperna och det stöd och den rådgivning som de olika hjälplinjerna lämnar.

3.3.7 Ingen utvärdering av hjälplinjernas verksamhet har skett

Kartläggningen visar att alla hjälplinjer, förutom SPES, systematiskt följer upp och sammanställer samtalsstatistik. På så sätt kan de följa upp sina syften och mål i form av tillgänglighet. Däremot är det bara Alkohollinjen och Hjälplinjen som har försökt att utvärdera sina resultat i relation till syftet att bidra till effekter på målgruppen. Dessa utvärderingar har däremot brister i form av ingående värden, det vill säga det statistiska underlaget och jämförelsegrupper, som begränsar möjligheterna att dra kausala slutsatser.





Olika perspektiv på verksamheten vid PrevenTell

ANOVA uppger att det var dålig tillgänglighet till vård för personer med riskfyllt sexuellt beteende som låg till grund för PrevenTells tillkomst. En nationell och anonym hjälplinje, riktad till målgruppen oberoende av vistelseort, framstod därför som ett effektivt redskap för att sänka tröskeln till en första vårdkontakt. Nationella hjälplinjer i Tyskland och Storbritannien bekräftade detta synsätt, vilket blev startskottet för ANOVA:s initiativ som syftade till att få anslag till ett pilotprojekt från dåvarande regeringen. Arbetet resulterade i det som senare kom att bli PrevenTell, den hjälplinje som ska underlätta för målgruppen att få kontakt med specialistvård och behandling, och på sikt minska antalet sexualbrott i samhället.

4.1 TRE ANTAGANDEN LA GRUNDEN TILL PREVENTELL

Mot den bakgrunden är det möjligt att fastställa tre specifika antaganden som låg till grund för ANOVA:s initiativ till att starta PrevenTell och hjälplinjens fortsatta verksamhet. De tre antagandena är:

- Tillgängligheten till specialistvård för personer med riskfyllt sexuellt beteende var och är låg.
- Målgruppen behöver och är motiverad att kontakta specialistvård, men har hittills inte haft möjlighet ta kontakt på ett enkelt sätt.
- Problemet är nationellt och ska lösas på den nivån. Det utesluter därför respektive regions möjlighet att på egen hand förbättra tillgängligheten till specialistvård för målgruppen.



Dessa tre antaganden har varit vägledande för vår kartläggning av ANOVA och PrevenTell och kommer även att styra den analys av verksamheterna, med fokus på ett patient-, verksamhets- respektive medborgarperspektiv, som följer i de kommande avsnitten.

4.2 PATIENTPERSPEKTIVET ÄR FÖRENAT MED UTMANINGAR

Den till stora delar dolda patientgruppen ger begränsade möjligheter att förstå vad som spelar störst roll för PrevenTells målgrupp, och vilka förväntningar de har om och när de söker kontakt med sjukvården. Att utgå från patientperspektivet i en utvärdering av PrevenTell är därför förenat med en del utmaningar. Det kanske viktigaste hindret för att kunna beskriva målgruppens erfarenheter är att en övervägande del av de som tar kontakt med kliniken via PrevenTell är anonyma (se bilaga 2). Ett annat problem är de i målgruppen som av olika anledningar inte kontaktar hjälplinjen. Det är oklart om detta beror på bristande kunskap om var, eller över huvud taget om, hjälp finns att få. Det kan även handla om okunskap om existensen av ANOVA och PrevenTell. Alternativt bottnar det i en osäkerhet om anonymiteten i kontakten med sjukvården, men det kan också handla om sjukdomsinsikt eller att de faktiskt inte vill ha kontakt.

En utomstående granskare blir därför hänvisad till alternativet att i samtal med behandlande personal som möter målgruppen försöka skapa en bild av patientens och målgruppens perspektiv.

4.2.1 Målgruppens upplevelse av tillgänglighet till specialistvård är inte kartlagd

Svårigheten att nå den tänkta målgruppen innebar exempelvis att ingen nationell kartläggning av målgruppens upplevelse av tillgången på vård, föregick införandet av PrevenTell. Däremot tog ANOVA kontakt med liknande verksamheter i Tyskland och Storbritannien. Av dessa kontakter, som syftade till att byta erfarenheter om drift av två hjälplinjer med samma eller liknande målgrupp, framkom att inte heller i dessa länder har man lyckats få en klar bild av målgruppsperspektivet. Som konstaterats ovan var det bland annat detta erfarenhetsbyte som resulterade i de initiativ som togs inför tillkomsten av PrevenTell.

Även om målgruppen inte har varit involverad i själva utformningen av PrevenTell, har de indirekt varit med i utformandet av intervjuguiden under hjälplinjens första år. Bland annat uppger ANOVA att målgruppens

reaktioner på om frågorna fungerade eller inte noterades och har påverkat intervjuguiden i dess nuvarande form.

Antagandet att tillgängligheten till specialistvård har en betydelse för målgruppens benägenhet att söka hjälp får däremot visst stöd. Ett begränsat underlag från målgruppen kommer genom SMC i Göteborg, via kommunikation med personer som har tagit kontakt med mottagningen. Där bekräftas att benägenheten att söka hjälp i stor utsträckning påverkas av geografiskt avstånd och antalet specialistmottagningar. Även företrädare för kriminalvården och polisen bekräftar vikten av lättillgänglig kontakt till specialistvård, vid stunder när motivation uppstår hos individen att söka hjälp.

4.3 FLERA VERKSAMHETER BETONAR VIKTEN AV TILLGÄNGLIG KONTAKT MED SPECIALISTVÅRD

Flera olika verksamheter kommer på varierande sätt i kontakt med PrevenTells målgrupp. Bland dessa finns framför allt specialistvården, som möter potentiella och faktiska förövare och behandlar dem själva, alternativt hänvisar till behandling på annat håll. Övrig hälso- och sjukvård möter också individer ur målgruppen, och hänvisar vidare till stöd eller behandling på specialistmottagningarna. Kriminalvården är däremot en verksamhet som uteslutande möter faktiska förövare och behandlar själva eller hänvisar till behandling på annat ställe.

I intervjuer med representanter framkommer olika framgångsfaktorer och hinder för att uppnå målen med PrevenTell på kort och lång sikt. Flera av dem beskriver behovet av en lättillgänglig kontakt med specialistvården och att många aktörer behöver involveras för att motivera målgruppen att kontakta vården.

4.3.1 Hjälpinjer kräver motivationshöjande insatser hos målgruppen

Det andra antagandet är att målgruppen har behov av och motivation för att kontakta specialistvård, men att den hittills inte har haft förutsättningar att kunna göra det på ett enkelt sätt.

Förutsättningarna för att målgruppen ska ha motivation till att söka stöd och medicinsk vård är enligt ANOVA:

- Personer med riskfyllt sexuellt beteende blir påkomna av närstående eller polis och uppmanas att söka hjälp.
- Det sexuellt riskfyllda beteendet klassificeras som en sjukdom och inte enbart som en brottslig handling.



Kriminalvården och polisen bekräftar inte bara vikten av lättillgängliga kontakter till specialistvård, utan understryker samtidigt att PrevenTell är en effektiv tillgång i detta avseende. Kriminalvården förtydligar att de jämförelsevis begränsade telefontiderna för PrevenTell inte påverkar motivationen hos berörda individer negativt. Skälet till det är att dessa personer inte är i akut kris, utan som regel har funderat på och planerat detaljerna för att ta kontakt under en längre tid.

Det som ANOVA, specialistmottagningarna och kriminalvården främst har diskuterat är den motivation som uppstår när personen med riskfyllt beteende blir påkommen och avslöjad, det vill säga först efter det att personen redan har utfört någon form av oönskat sexuellt beteende. Utifrån dessa diskussioner har behovet av formaliserat samarbete om existerande motivationshöjande insatser mellan ANOVA, kriminalvården och polisen blivit än tydligare. I intervjuer trycker företrädare för verksamheterna på vikten av det förbyggande arbetet, det vill säga att motivera personer i riskzonen att söka hjälp innan de har gott över gränsen för det etiska och lagenliga. Samtidigt understryker de behovet av utökat samarbete, exempelvis med idrottsföreningar och skolor, för att nå en bredare målgrupp och lyckas med förebyggande instanser.

4.3.2 Oklart om PrevenTell har bidragit till ökad kontakt med specialistvård

På kort sikt har PrevenTell som mål att underlätta för personer med riskfyllt sexuellt beteende att få kontakt med specialistvård. Men antalet personer med riskfyllt sexuellt beteende som sökte specialistvård i Sverige var okänt innan PrevenTell startade, och är fortfarande så även i dag. Detta försvårar bedömningen av om PrevenTell ökar tillgängligheten till specialistvård eller inte. Även om ANOVA registrerar personer som uppger att de kommer att söka vård hos dem efter att ha ringt PrevenTell för medicinsk rådgivning, saknas statistik om antalet bland dessa som söker vård inom andra regioner. Inte heller de tre specialistmottagningarna har uppgifter om huruvida personer som skriver in sig hos dem har varit i kontakt med PrevenTell eller inte.

På riksnivå är det därför okänt hur många personer som påbörjar behandling efter att först ha varit i kontakt med PrevenTell. Inom Region Stockholm finns däremot uppgifter om detta via ANOVA. Av dessa uppgifter framgår det enligt ANOVA att 86 procent (1 378 av 1 608 samtal) av de som kontaktat PrevenTell sedan starten 2012 har lämnat samtycke till att deras svar anonymt får användas i kvalitetssäkrings- och forskningssyfte. Samtidigt

konstaterar ANOVA att 54 procent av de patienter som ringer till PrevenTell väljer även att lämna sina personnummer och har alltså själva uttryckt att de vill komma i kontakt med ANOVA i dess egenskap som specialistmottagning inom Region Stockholm, för att få möjlighet till vård. Däremot är det inte möjligt att följa upp om dessa personer sedan har besökt ANOVA och påbörjat behandling eller inte. Det är heller inte möjligt att bedöma om de hade kontaktat ANOVA även om PrevenTell inte hade funnits. Däremot går det inte att utesluta att PrevenTell har en motivationshöjande effekt för de patienter som har kontaktat hjälplinjen. Inga andra hjälplinjer har uppgifter om hur många av deras samtal som leder till förändring, och anser för övrigt att det inte är möjligt att följa upp eftersom alla samtal är anonyma.

Den samtalsstatistik som ANOVA för antyder visserligen en ökning av antalet samtal till PrevenTell över tid. Men det är inte möjligt att, utan en kontrollgrupp med jämförbara personer, avgöra om dessa personer ändå skulle ha tagit kontakt med regionala vårdinstanser även i frånvaro av PrevenTell.

Svårigheterna att utvärdera är inte specifika för PrevenTell, utan är ett problem för alla hjälplinjer som har ingått i kartläggningen. PrevenTell har däremot en unik möjlighet att utöka sin inhämtning av statistik, till att inte enbart registrera personer som påbörjar behandling hos dem själva, utan även hos de andra specialistmottagningarna. Det har inte övriga hjälplinjer lika lätt att kunna göra, eftersom deras målgrupp är större och deras vårdkontakter är mer utspridda i landet.

4.3.3 Nationell tillgänglighet till hjälplinjen är ingen garanti för likartad vård

Det tredje antagandet är att på samma sätt som problemet är nationellt, så bör lösningen också vara på nationell nivå. Detta är också i linje med den generella utvecklingen mot att koncentrera högspecialiserad vård till ett begränsat antal orter i landet. Detta är ett synsätt som innebär att regionerna har små möjligheter att på egen hand kunna förbättra tillgängligheten till specialistvård för målgruppen.

Valet av en hjälplinje som lösningen på den konstaterat låga tillgängligheten av stöd för personer med riskfyllt sexuellt beteende, berodde enligt ANOVA på att tidigare tester med andra hjälplinjer hade uppvisat goda effekter. En hjälplinje gick också väl ihop med tanken på en nationell lösning. Eftersom alla har möjlighet att anonymt ringa till den, oberoende av var personen bor, blir en hjälplinje per automatik nationell.



Två av de tre identifierade specialistverksamheterna bekräftar att ANOVA är lämplig klinik för att bedriva PrevenTell. Eftersom ANOVA, enligt vår kännedom, är ensam i landet om att bedriva forskning på målgruppen, och därför har spetskompetens på området, saknas i praktiken argument för att någon annan verksamhet skulle driva en nationell hjälplinje riktad mot personer med riskfyllt sexuellt beteende.

Existensen av en nationell hjälplinje som erbjuder hjälp och stöd till alla i målgruppen oavsett vistelseort, är samtidigt inte i sig en garanti för att de som söker hjälp får en likartad vård. Till att börja med finns det, som konstaterat ovan, bara ett fåtal mottagningar i Sverige som har specialiserat sig på behandlingen av målgruppen. Dessutom kommer det faktum att befintliga mottagningar uppger att de inte använder den behandlingsform som ANOVA, i egenskap av kliniken med spetskompetens på området, har tagit fram. Detta visar att PrevenTell måhända ökar kännedomen om och tillgängligheten till vård. Men den behandling personen med önskad sexualitet får i dagsläget är inte kartlagd. Det går därför inte att bekräfta om tillgängligheten till evidensbaserad vård är jämlik mellan de olika regionerna i landet.

Den behovs- och kännedomsmätningen som gjordes med berörda verksamheter inom hälso- och sjukvården, med stöd av SKL, stödjer tesen om skillnaderna mellan regioner. Trots den begränsade responsen på enkäten visar resultatet att kännedomen om den specialistkunskap som ANOVA erbjuder inom området skiljer sig mellan regionerna. Samtidigt uppger majoriteten av de som svarar på enkäten, och även intervjuade företrädare för hälso- och sjukvård samt kriminalvård och polis, att behovet av evidensbaserade metoder för behandling är stort.

4.3.4 Samarbetet med specialistmottagningarna är inte formaliserat

Skillnaderna mellan regioner när det gäller kännedomen om ANOVA och klinikens verksamhet, om den kompetens den har att erbjuda på området, är ett tecken på behovet av särskilda insatser för att sprida den kunskap och expertis som finns nationellt.

Ett uttalat uppdrag till ANOVA, vid sidan av att kartlägga befintliga verksamheter i landet, var även att lägga grunden för ett nationellt nätverk av vårdgivare och andra aktörer inom området. Trots detta har det ändå, så långt det går att se av befintliga underlag från ANOVA, ännu inte varit aktuellt med några sådana initiativ. Alltså förekommer det inget formaliserat regionalt samarbete mellan ANOVA och de andra specialistmottagningarna, vilket också de övriga specialistmottagningarna har bekräftat. Exempelvis SMC

i Göteborg pekar emellertid på att ingen av mottagningarna heller har fått i uppdrag av sina respektive regionledningar, eller någon annan myndighet, att utveckla regionala samarbeten inom området. Det erfarenhetsutbyte som ändå har skett har varit på eget initiativ, och på kliniknivå.

Detta förhållande talar för att ambitionen att förverkliga ett formaliserat samarbete kräver en tydligare styrning från nationell nivå.

4.4 PREVENTELL ÄR EN AV FLERA INSATSER FÖR ATT NÅ LÅNGSIKTIG EFFEKT

I ett längre perspektiv är förväntningen att PrevenTell och den kontakt med specialistvården som den genererar ska leda till ett minskat antal sexualbrott i samhället. I ett bredare perspektiv bör därför PrevenTell snarare ses som en av flera nödvändiga insatser i arbetet med att öka tillgängligheten till specialistvård för personer i målgruppen, och minska sexualbrotten i samhället. PrevenTell i sig minskar alltså inte antalet personer med ett riskfyllt sexuellt beteende. PrevenTell ska hänvisa vidare till specialistvård, där personen med önskad sexualitet blir inskriven som patient och påbörjar behandling. Det är behandlingen som sådan som ska resultera i den långsiktiga, och ur patient-, medborgar- och samhällsperspektiv intressanta, effekten med ett minskat riskfyllt eller riskfritt sexuellt beteende. Det är därför rimligt och önskvärt att fokus nu bör skifta från frågan om tillgänglighet, och bedömningen att PrevenTell är en relevant insats för att öka den, till frågan om likvärdigt användande av evidensbaserade behandlingar på regional nivå.

Detta är å sin sida något som kräver mycket närmare förehavanden, bland annat med åtgärder för att sprida den kunskap som redan finns på området, mellan de olika regionerna i landet. I detta sammanhang spelar ANOVA, i kraft av sin särskilda ställning och specialkompetens inom detta verksamhetsfält, en central roll.

4.4.1 ANOVA och PrevenTell behöver förutsättningar för att kunna arbeta långsiktigt

Jämförelsen av PrevenTell med andra hjälplinjer visar att en hjälplinje kan drivas på olika sätt och under skilda förutsättningar. Gemensamt för alla hjälplinjerna är att de intervjuade företrädarna för samtliga understryker vikten av långsiktighet i det arbete som respektive verksamhet bedriver, vilket kräver säkrare finansieringsformer än dagens. För PrevenTells del säkras långsiktigheten genom att Karolinska universitetssjukhuset och ANOVA får



förutsättningar att fortsatt bedriva forskning inom området, som de har gjort tidigare.

I likhet med NCK och Kvinnofridslinjen bedriver ANOVA och Karolinska universitetssjukhuset forskning, klinisk verksamhet och en hjälplinje under samma tak. NCK får finansiering från Utbildningsdepartementet via Uppsala universitet. Det är också den enda hjälplinjen i vår granskning som har fasta anslag, vilket centrets företrädare beskriver som en förutsättning för att långsiktigt kunna bedriva verksamhet. Enligt uppgifter från ANOVA har det för PrevenTells del sett olika ut från år till år. I en första omgång fick verksamheten medel för tre år, med årlig utbetalning för den senaste mandatperioden. I praktiken innebar detta att PrevenTell fram till och med 2018 fick ett löfte om finansiering för hela perioden, men kunde av budgettekniska skäl inte få ett beslut med budgetallokering för hela perioden. I stället blev det ett beslut per år, vilket krävde en ansökan eller äskande för varje år. Besked om att verksamheten ingick i budgeten för kommande år lämnades i samband med att Riksdagen beslutade om budgeten, det vill säga att PrevenTell fick besked i november/december om de hade tilldelats medel för nästa år.

4.4.2 Långsiktig finansiering förutsätter systematisk uppföljning

En långsiktig finansiering förpliktigar verksamheten på andra sätt än vad som är fallet i dag. Det är exempelvis konstaterat att tillförlitlig statistik saknas om antalet personer som efter kontakt med PrevenTell påbörjar behandling vid ANOVA eller någon annan befintlig specialistmottagning. Det finns i dag ingen struktur för samordning och uppföljning när personer i målgruppen slussas vidare till specialistvård i en annan region. För att kunna avgöra om PrevenTell ökar tillgängligheten till specialistvård eller inte, är det nödvändigt att de regionala mottagningarna dokumenterar sina kontakter med patienterna. Den typen av dokumentation är värdefullt inte enbart för att kartlägga hur individer i målgruppen söker sig vidare i vårdsystemet efter initial kontakt med PrevenTell, utan även för att kunna fastställa vad som gör (triggers) att de bestämmer sig för att ta kontakt.

I och med detta finns det rimliga skäl för att villkora den eventuellt fasta finansieringen av ANOVA med krav på grundläggande uppföljning av verksamheten. Detta skulle kunna handla om alltifrån att skriva årliga verksamhetsberättelser, utveckla webbplatsen för ökad tillgänglighet till kunskap, en kunskapsbank för yrkesverksamma, statistik om den egna

verksamheten, liksom om andra specialistcentrum och kriminalvården. På sikt bör kraven även omfatta utvärdering av verksamheten, med tydliga anvisningar om förväntningarna på en sådan utvärdering.

4.4.3 Framgångsrik verksamhet kräver strukturella förändringar över tid

Ett genomgående tema vid intervjuer med företrädare för olika verksamheter har varit avsaknaden av formella kontakter och samarbete mellan framför allt polis, offentlig sjukvård och kriminalvård. Egna initiativ sker visserligen hos de olika intressenterna, men uteslutande av enskilda individer. I egenskap av ledande kompetenscentrum är ANOVA därför en stark kandidat för att inneha rollen som samordnare och kommunikatör mellan dessa organisationer.

I intervjuer framkommer det exempelvis att polisen vid sina tillslag kommer i kontakt med bland annat misstänkta pedofiler, som inte kan lagföras i brist på bevis. Det finns då exempel där polisens lokala utredare uppmanar personer att kontakta specialistmottagningarna. Av tillgänglig information framgår att detta sker på samtliga orter där specialistmottagningar finns i dag, det vill säga i Göteborg, Karlskrona, Umeå och Stockholm. Avsaknaden av ett övergripande nationellt samarbete får ändå konsekvenser för kvaliteten och kontinuiteten i de insatser som är möjliga att hänvisa målgruppen till.

När individer i målgruppen har dömts blir de i bästa fall föremål för behandling inom kriminalvården. Under tiden på anstalt får de samtidigt information för att bryta sitt beteende. Informationen kan komma ifrån sjukvården, genom riktade utbildningsinsatser i samarbete med kriminalvården eller genom deltagande i behandlingsprojekt. När de har avtjänat sitt straff och lämnar anstalten upphör däremot kriminalvårdens ansvar, och den offentliga sjukvården tar vid. Mot den här bakgrunden finns det därför ett värde i ett formaliserat samarbete, för att undvika godtycklighet och beroende av enskilda eldsjälar.

En sådan inriktning på verksamheten kräver då att organisation och finansiering av ANOVA sker på ett sätt som möjliggör strukturella förändringar över tid. I detta sammanhang är det till exempel värt att notera att kriminalvårdens satsning på information till individer vid inskrivning på anstalt är ett direkt resultat av samtalen mellan företrädare för kriminalvården och ANOVA. Kontinuiteten för detta upplägg förutsätter att PrevenTell finns kvar när personen har avtjänat sitt straff, och något eller några år senare mognat i sitt beslut att söka hjälp.





Rekommendationer

ANOVA och PrevenTell har bedrivit sina respektive verksamheter enligt det beslut som avser finansieringsbidraget. Trots det kvarstår ett behov av ytterligare arbete, för att skapa förutsättningar för att fortsätta utveckla verksamheten med att förebygga och minska antalet sexualbrott i Sverige. I dag saknas det naturliga strukturer inom hälso- och sjukvården för att ta över huvudansvaret för metodutvecklingen inom området. Vårdanalys bedömer att en utveckling med målet att regionerna på sikt själva ska ta över förvaltning och finansiering av verksamheten behöver ske stegvis. Det är mot den bakgrunden som Vårdanalys lämnar följande rekommendationer till regeringen och regionerna för det fortsatta arbetet.

► *Regeringen bör skapa ett nationellt kunskapscenter för det förebyggande arbetet riktat mot målgruppen*

Det förebyggande och metodutvecklande arbete som ANOVA har inlett för att motverka sexuellt våld upplevs av olika verksamheter som värdefullt och angeläget. Vårdanalys rekommenderar därför regeringen att i ett första steg skapa förutsättningar för bildandet av ett nationellt kunskapscenter. Med sin särskilda spetskompetens inom sakområdet är ANOVA en stark kandidat, med de nödvändiga förutsättningarna för att kunna utveckla och sprida kunskap om evidensbaserade behandlingsmetoder, för att få ett huvudansvar för bildandet av centret. Men ett eventuellt sådant ansvar ska villkoras med krav på ANOVA att binda till sig ytterligare kompetenser inom till exempel juridik, ekonomi, kommunikation med mera, som är nödvändiga resurser för att utveckla ett kunskapscentrum med hög tillgänglighet för både patienter och professionen. Kunskapscentret bör



också få ansvaret för uppföljning och utvärdering av PrevenTell, och för kvalitetssäkringen av befintliga evidensbaserade behandlingsmetoder på området.

Även ur ett patientperspektiv är det av stor betydelse att kunskapen om målgruppen fortsätter att öka. Det handlar om att få en tydligare bild av vilka behov som målgruppen har samt vilken typ av rådgivning, motiverande samtal och behandlingar som fungerar bra respektive mindre bra. Det handlar också om att utvärdera på vilka sätt den nuvarande och framtida informationstekniken kan användas för att komma i kontakt med och hjälpa målgruppen. Skillnader i tillgången till kompetens och behandling mellan sjukvårdshuvudmännen pekar också på behovet av utvecklat kunskapsstöd för professionen. Genom ett nationellt kunskapscenter har regeringen möjligheter att skapa förutsättningar för en sådan kunskapsutveckling och ett sådant kunskapsstöd på området.

Det är viktigt att införa en gemensam behandlingsansats och enhetliga behandlingsmetoder inom landets alla regioner, med start inom specialistmottagningarna. I det nationella kunskapscentrets uppgift bör det även ingå att inleda en systematisk kartläggning av de eventuellt evidensbaserade behandlingsmetoder som finns hos respektive specialistmottagning i dag, för att kunna påbörja införandet av dessa, både i grupp och på webbaserade plattformar.

Vårdanalys vill samtidigt understryka att det högspecialiserade inslaget i de behandlingsmetoder som utvecklas inom det aktuella verksamhetsområdet inte nödvändigtvis tjänar på att spridas på alltför många orter. Därför bör regeringen stödja utvecklingen mot att kunskapen på området koncentreras till och fortsätter att utvecklas vid specialistmottagningarna. Dessa mottagningar, med primärt ansvar för behandlingar som erbjuds målgruppen regionalt, ska samtidigt driva sina respektive verksamheter med ett tydligt stöd från det nationella kunskapscentret.

► *Regeringen bör betona uppdraget att bilda ett nationellt nätverk för utbyte av erfarenheter och kunskap*

Sedan tidigare finns krav på att ANOVA ska ta initiativ till att bilda ett nationellt nätverk för det preventiva arbetet riktat mot personer som upplever att de har tappat kontrollen över sin sexualitet, känner oro för sina tankar och handlingar, eller är rädda att göra sig själva eller andra illa. Av Vårdanalys granskning har det framkommit att inga sådana

initiativ har tagits. Vi bedömer det som fortsatt angeläget att ett nationellt nätverk kommer till stånd.

Ett sådant nätverk spelar en avgörande roll för utbyte av erfarenheter och kunskap mellan verksamheter inom hälso- och sjukvård, men också med andra aktörer, som till exempel övriga hjälplinjer, socialtjänst, polis och skola.

Nätverket kan även bana väg för regionerna att på sikt ta över förvaltningen och finansieringen av verksamheten fullt ut. Därför är det viktigt att regeringen förtydligar ett sådant uppdrag på så sätt att det inte lämnar utrymme för tolkning eller bortprioritering.

Inom ramen för nätverket bör det formaliserade samarbetet med andra intressenter på området, som kriminalvården och polisen samt skola och socialtjänst, uppmärksammas och framhållas särskilt.

► *Regeringen bör stödja regionerna i arbetet med att ta över förvaltning och finansiering av hjälplinjen med tillhörande verksamheter*

De medel som regeringen ursprungligen beviljade i detta sammanhang var avsedda för utveckling av hjälplinjen PrevenTell, och ett nätverk för kunskaps- och erfarenhetsutbyte. Hjälplinjen är nu startad och igång, vilket innebär att framtida överväganden i första hand borde gälla förvaltning och vidareutveckling av dess verksamhet.

PrevenTell har hittills finansierats i projektform med krav på återkommande årliga ansökningar från verksamheten om statligt bidrag. Detta skulle kunna ses som en signal om regeringens avsikt att överlåta förvaltningen och finansieringen av hjälplinjen på regionerna, efter att verksamheten har kommit igång. Vårdanalys ser flera fördelar med målet att sjukvårdshuvudmännen gemensamt på sikt ska ta över förvaltningen och finansieringen av PrevenTell. Den främsta är att den medicinska rådgivning som PrevenTell i dag bidrar med har goda förutsättningar att motivera personer att söka vård genom att tydligt förklara vilken hjälp som finns att tillgå och kunna hänvisa vidare till behandlade enheter. Det viktigaste skälet för tillkomsten av PrevenTell var just att underlätta för personer med riskfyllt sexuellt beteende att söka hjälp. Tillgängligheten till specialistvård ökar sannolikt förutsättningarna att nå målgruppen och därigenom på sikt minska antalet sexualbrott i samhället, till skillnad från i länder som Danmark där stöd bara finns inom kriminalvården. Ett annat skäl är att vi ser ett fortsatt behov av att utveckla evidensbaserade



förebyggande insatser för målgruppen för att nå de långsiktiga målen, vilket fortsatt bör ske i vården.

Vårdanalys bedömer dock att förutsättningarna för regionerna att själva ta över förvaltningen och finansieringen av PrevenTell inte är optimala i dagsläget. Det saknas samarbete mellan regionerna, och intervjuerna visar enstaka exempel på att det politiska intresset för området skiljer sig mellan olika regioner. En utveckling mot att överlåta det fulla ansvaret inklusive finansiering på regionerna kräver därför att behöriga företrädare för regionerna inkluderas i och blir aktiva samtalsparter med mandat att tydliggöra parternas olika ansvar, roller och uppdrag vid övertagandet. Vårdanalys anser också att regeringen i den här typen av satsningar bör vara mera explicit med målet att projekten på sikt ska tas över av huvudmännen redan i ett tidigt skede i satsningen. Det är först då som grunden för en långsiktig och hållbar utveckling kan skapas. Mot den bakgrunden rekommenderar Vårdanalys att regeringen skapar en generell och samlad strategi för hur den här typen av satsningar ska initieras och kravställas.

Fram till dess att de rätta förutsättningarna för ett övertagande av ansvar kommer på plats, rekommenderar Vårdanalys därför fortsatt statlig finansiering av PrevenTell och med hjälplinjen sammanhängande övrig verksamhet. Men den fortsatta finansieringen ska villkoras med det absoluta kravet att skapa en grund för regionerna att ta över förvaltningen och finansieringen på sikt. I detta ska det bland annat ingå att regeringen tydligt uppdrar åt regionerna att ge nödvändigt stöd, exempelvis genom att frigöra personella resurser och vid behov tillhandahålla extra finansiering, till det nationella kunskapscentret för arbetet med att bilda det efterfrågade nätverket för kunskaps- och erfarenhetsutbyte. I syfte att understryka avsikten att överlåta ansvaret på regionerna ytterligare, ska regeringen dessutom utöka förväntningarna på kunskapscentret, och i förlängningen nätverket, med krav på en konkret plan för hur övertagandet av ansvaret ska gå till. En sådan plan ska innehålla det stegvisa övertagandet, med hållpunkter för delrapportering på vägen. Planen ska också tydligt beskriva roller och ansvar samt ge möjligheter att tidsbestämma när staten fullt ut överlämnar ansvaret för förvaltning och finansiering för hjälplinjen med tillhörande verksamheter.



Referenser

- Alkohollinjen (2019). Om Alkohollinjen: <http://alkohollinjen.se/om-alkohollinjen/> [Hämtat 2019-01-09].
- ANOVA (2018). ANOVA – andrologi, sexualmedicin, transmedicin: <http://www.anova.se/index.html> [hämtat 2019-01-18].
- CASM (2014). *Slutrapport avseende utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld*. U2011/2248/JÄM. Huddinge: Centrum för andrologi och sexualmedicin (CASM).
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2014). *Alkohollinjens första år – en utvärdering. Faktablad 2014:9*. Solna, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES).
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2017). *Alkohollinjen – årsrapport 2016*. Stockholm, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES).
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2018). *Årsrapport 2017*. Stockholm, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES).
- Hägglund, P (2007). *Det våras för experimenten*. Ekonomisk debatt, 35, s. 31–42.
- Inera (2018). *Hjälplinjen*: <https://www.inera.se/aktuellt/statistik/hjalplinjen/> [hämtat 2019-01-28].
- Inera (2018). *Prislista gemensamfinansierade och valbara tjänster 2018*: <https://www.inera.se/kundservice/dokument-och-lankar/overgripande/> [hämtat 2019-01-10].
- Inspektionen för socialförsäkringen (2011:14). *Stöd för utvärdering av samordningsförbundens insatser*. Stockholm, 2011.
- Jerilgård, E. & Björklund, P. (2016). *Nyttoanalys Hjälplinjen dec 2015–dec 2016*. Stockholm, Hjälplinjen.

- Kihlström, H. (2012). Från ideell organisation till offentlig verksamhet – Nationella hjälplinjen 2002–2012: <https://rsmh.se/Nationella-hjalplinjen.pdf> [hämtat 2019-01-10].
- Kriminalvården (2018). *Utveckling och utvärdering av ett kognitivt beteendeterapeutiskt behandlingsprogram för hypersexuell störning. Erfarenheter från administrering av grupp- och internetbehandling. 2010-159*. Norrköping, Kriminalvården.
- Kriminalvården (2019a). Behandlingsprogram: <https://www.kriminalvarden.se/behandling-och-var/d/behandlingsprogram/> [hämtat 2019-01-21].
- Kriminalvården (2019b). Sexualbrott: <https://www.kriminalvarden.se/behandling-och-var/d/behandlingsprogram/sexualbrott/> [hämtat 2019-01-21].
- Kriminalvården, (2019c). Ros – behandling för sexualbrottsdömda: <https://www.kriminalvarden.se/behandling-och-var/d/behandlingsprogram/sexualbrott/ros/> [hämtat 2019-01-21].
- List, J. A, I Rasul (2011). *Field Experiments in Labor Economics*. I *Handbook of Labor Economics*, kap. 2.
- Länsstyrelsen Östergötland (2015). *Nationella Kompetensteamet – delrapport (2014:31)*. Linköping, Länsstyrelsen Östergötland.
- Länsstyrelsen Östergötland (2017). *Nationella kompetensteamet*. Linköping, Länsstyrelsen Östergötland.
- Länsstyrelsen Östergötlands Nationella kompetensteam (2018). *Samtal till den nationella stödtelefonen 13 mars 2014–30 september 2018*: <http://www.hedersfortryck.se/nyheter/ny-statistik-fran-stodtelefonen/> [hämtat 2019-01-24].
- Länsstyrelsen Östergötlands Nationella kompetensteam (2019). *Samtal till den nationella stödtelefonen under 2018*: <http://www.hedersfortryck.se/wp-content/uploads/2019/01/arenden-2018.pdf> [hämtat 2019-01-10].
- Maria Ungdom SLL (2018). *Beroendecentrum Stockholm tar över Alkohollinjen*: <http://mariaungdom.se/aktuellt/beroendecentrum-stockholm-tar-over-alkohollinjen/> [hämtat 2018-11-28].
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2015). *Redovisning av regeringsuppdraget att utveckla den nationella stödtelefonen Kvinnofridslinjen (U2011/3939/JÅM)*. Uppsala, Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK).
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2017). *Verksamhetsberättelse 2017*. Uppsala, Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK).
- PrevenTell (2019a). *Om oss*: <http://preventell.se/om-oss/> [hämtat 2019-01-09].
- PrevenTell (2019c). *PrevenTell*: <http://preventell.se/> [hämtat 2019-01-09].

- Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (2019). *OM SPES*.
<https://spes.se/om-spes/> [hämtat 2019-01-10].
- Socialdepartementet (2011). *Utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld*.
Regeringsbeslut U2011/2248/JÄM.
- Socialdepartementet (2013). *Uppdrag till Länsstyrelsen Östergötland att utveckla ett nationellt kompetensteam*. Regeringsbeslut U2013/5290/JÄM.
- Socialdepartementet (2014). *Utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld*. Regeringsbeslut U2014/6482/JÄM.
- Socialdepartementet (2015). *Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende anslag 3:1 Särskilda jämställdhetsåtgärder inom utgiftsområde 13*. Stockholm, Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2016). *Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende anslag 3:1 Särskilda jämställdhetsåtgärder inom utgiftsområde 13*. Stockholm, Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2018). *Uppdrag att utvärdera PrevenTell*. Regeringsbeslut S2018/04673/JÄM (delvis).
- Socialstyrelsen (2016). *Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende anslag 3:1 Särskilda jämställdhetsåtgärder inom utgiftsområde 13*: <https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?RBID=17831> [hämtat 2019-01-31].
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur, Lund.
- Vårdguiden 1177 (2019). Sexologiskt behandlingscentrum i Umeå: <https://www.1177.se/Hitta-varld/Vasterbotten/Kontakt/Sexol-behandlingscentrum/> [hämtat 2019-01-15].
- Vårdguiden 1177 (2019). Sexologisk mottagning i Karlskrona: <https://www.1177.se/Hitta-varld/Blekinge/Kontakt/Sexologisk-mottagning-Karlskrona/> [hämtat 2019-01-15].

Intervjuer

- Alkohollinjen (2018). *Chef för e-stöd* [Intervju 6 december 2018].
- Hedersförtryck (2018). *Samordnare vid Hedersförtryck*. [Intervju 7 december 2018].
- Hjälplinjen (2018). *Samordnare vid Hjälplinjen vid Inera* [Intervju 4 december 2018].
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2018). *Verksamhetschef för NCK:s kliniska enhet* [Intervju 3 december 2018].
- PrevenTell (2018). *F.d. projektledare* [Intervju 10 december 2018].
- PrevenTell (2019b). *F.d. projektledare* [Intervju 3 januari 2019c].
- Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (2018). *Ordförande* [Intervju 4 december 2018].
- Sexologiskt centrum i Umeå (2018). *Kontaktperson* [Intervju 18 december 2018].
- Sexualmedicinskt centrum i Göteborg (2019). *Verksamhetschef* [Intervju 4 januari 2019].
- Sexologisk mottagning Karlskrona (2019). *Kontaktperson* [Intervju 11 januari 2019].



BILAGA 1 – UTBILDNINGSSINSATSER GENOMFÖRDA AV ANOVA

Namn	Organisation	
År 2016		
21 januari	Öppet hus, kriminalvård, praktisk tjänstgöring som psykolog, Polis, frivillig.org, sjukvård.	Halvdag
25 januari–25 februari	Särskilt valbar kurs (SVK-kurs). Sexualmedicin. Läkarestudenter. Karolinska institutet.	3 högskolepoäng
3–5 februari	ESSM, European Society for Sexual Medicine. Presentation av behandling vid hypersexualitet.	Heldagar
17 februari	Wisemind kurs i klinisk sexologi.	Heldag
22 februari	SVK-kurs på läkarprogrammet. Sexualmedicin, andrologi, transmedicin. Karolinska institutet.	3 högskolepoäng
31 mars	Psykiater på Nordvästra Stockholms psykiatri. Sexualmedicin.	2 timmar
13 april	Psykiater och företagsläkare i Göteborg. Utredning, diagnostik och behandling av sexualmedicinska tillstånd.	2 timmar
15 april	Umeås sexologiska mottagning. Undervisning. Utredning, diagnostik och behandling av risktillstånd.	Heldag
21 april	Läkare på Beroendecentrum Stockholm. Utredning, diagnostik och behandling av risktillstånd för sexuell våld.	2 timmar
22 april	Föreningen MIND med brukare/personal inom psykiatri nationellt. Utredning, diagnostik och behandling av sexualmedicinska tillstånd.	1 timme
24 april	Mottagningen för hemlösa. Information ANOVA verksamhet.	1 timme
11 maj	Norräljeanstalten. Interner och personal. Information och undervisning ANOVA verksamhet.	Heldag

Namn	Organisation	
26 maj	Fördjupningsföreläsning i sexualmedicin. Stockholms universitet psykologprogrammet.	7,5 högskolepoäng
27 maj	Sexualmedicin, psykologprogrammet Karolinska institutet.	Halvdag
9 juni	Kriminalvårdens FoU-dag. Presentation av behandlingsstudie av hypersexualitet inkl. PrevenTell.	Heldag
2 september	Kriminalvården. Utbildningsdag, utredning, diagnostik och behandling av risktillstånd.	Heldag
15–16 september	Finland/Rädda Barnen. Fight against online child abuse conference.	Heldagar
20 september–13 oktober	Särskilt valbar kurs (SVK-kurs). Sexualmedicin. Läkarstudenter. Karolinska institutet.	3 högskolepoäng
27 september	Öppet hus, kriminalvård, praktisk tjänstgöring som psykolog, Polis, frivillig.org, sjukvård.	Eftermiddag
19 oktober	Föreläsning för HIV-nätverket om könsdysfori inklusive information om PrevenTell.	2 timmar
25 oktober	Föreläsning för HIV-nätverket om könsdysfori, inklusive information om PrevenTell.	2 timmar
9 november	Könsdysfori för Specialisttjänstgöring utbildning i allmänmedicin kurs.	1 timme
14–15 november	Isabelle Henault, psykolog, specialist på autismspektrum problematik och sexualmedicin och könsidentitet. Nationell inbjudan.	2 heldagar
År 2017		
13 januari	Forskningsmöte, Charité, sexualmedicin, Berlin. Presentation av forskning/verksamhet vid ANOVA.	Heldag
21 januari–13 februari	SVK-kurs. Sexualmedicin. Läkarstudenter Karolinska institutet. 25 studenter, maxantal.	3 högskolepoäng
2 februari	Föreläsning personal vid rättspsykiatri, Rättsmedicinalverket (RMV). Läkare, psykologer, sjuksköterskor.	Halvdag
27 februari, 27 april, 21 september, 29 november	Psykatrikurs, läkarutbildning. Föreläsning om hypersexualitet, psykisk hälsa och sex, könsdysfori. Karolinska institutet. Läkarstudenter.	10 timmar
27 februari	Presentation av verksamheten ANOVA för riksdagsgruppen Miljöpartiet.	1 timme
17 mars och 1 december	Öppet hus på ANOVA för, kriminalvård, praktisk tjänstgöring som psykolog, Polis, frivillig.org, sjukvård.	2 halvdagar
30 mars	Besök av Socialstyrelsens general direktör Olivia Wigzell. Presentation av ANOVA.	Halvdag
7 april	Presentation, redovisning PrevenTell, Socialdepartementet statsråd Åsa Regné.	1 timme
11 maj–2 juni	Fördjupningsföreläsningar för psykologer. Stockholms universitet.	7,5 högskolepoäng

Namn	Organisation	
15 maj	Sexualmedicin. Psykologprogrammet Karolinska institutet. Psykologstudenter.	Halvdag
29 maj	World Association of Sexual Health (WAS). Föreläsning om PrevenTell.	1 timme
7 juni	Presentation av verksamheten/PrevenTell. Sexualmedicinskt Centrum Göteborg.	Halvdag
7 juni	Presentation av verksamheten för Sex och samlevnadsmottagning i city (SESAM City). Läkare, psykolog, kurator, sjuksköterska.	Halvdag
7 september	Presentation av verksamheten Kriminalvården.	Halvdag
11 september– 12 oktober	SVK-kurs. Sexualmedicin. Läkarstudenter. Karolinska institutet.	3 högskolepoäng
15 september	Wisemind. Psykiatriker, psykologer/psykoterapeuter. Utredning, diagnostik och behandling parafili, hypersexuell störning.	Halvdag
22 september	Studiebesök vårdpersonal från SEXPO och Röda Korset i Finland.	Heldag
25 september– 27 september	Specialistutbildning för blivande psykiater, och barnpsykiater (METIS kurs) i sexologi för psykiatrin och barn och ungdomspsykiatrin.	3 heldagar
2, 24, 30 oktober	Mika mottagning. Personal, behandlare, inom klinisk sexualmedicin.	3 halvdagar
5 oktober	Studiebesök ECPAT.	Halvdag
9 november	Dragning PrevenTell, Socialdepartementet.	1 timme
6 december	Utbildning Kriminalvårdens anstalter. Utredning, diagnostik och behandling parafili, hypersexuell störning. Information PrevenTell.	1 halvdag
År 2018		
7–10 januari	SIDA/RFSU. Presentation av behandling av sexuell problematik resursinventering och inventering av resurser i PnomPhen Kambodja.	
17 januari, 18 januari	Utbildning Kriminalvårdens anstalter. Utredning, diagnostik och behandling parafili, hypersexuell störning. Information PrevenTell.	2 halvdagar
19, 26, 30 januari och 30 mars	Sexologiutbildning Ersta, inklusive information om PrevenTell. Vårdpersonal.	4 halvdagar
26 januari	Centrum för sexologi och sexualitetsstudier. Malmö universitet. Rådgivande gruppen.	Heldag
29 januari– 8 mars	SVK-kurs i sexualmedicin. Läkarstudenter. Karolinska institutet. 25 studenter, maxantal.	3 högskolepoäng
30 januari	Umeå Psykiatri. Vårdpersonal. Utredning, diagnostik och behandling av parafili, hypersexuell störning. Information om PrevenTell.	Heldag

Bilagor

Namn	Organisation	
7 februari	Polisens speciella grupp för utredare sexualbrott. Information om ANOVA PrevenTell.	Halvdag
8 februari	Karlstad ungdomsmottagningar, psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer Sexuell problematik inkl. transsexualitet.	2 dagar
12 och 19 februari, 15–16 maj, 10 och 15 oktober	Psykiatrikurs, läkarutbildning, Karolinska institutet. Läkarstudenter. Sexualmedicin, PrevenTell, Hypersexualitet, psykisk hälsa och sex.	16 timmar
13 februari	Sexuell dysfunktion och dysfunctionell sexualitet. Föreläsning privat praktiserande urologer.	Halvdag
15 februari	Sexuell dysfunktion, transsexualitet och endokrin behandling. Trondheim.	2 halvdagar
15 februari	Föreläsning för RFSU om sexualmedicin. Sjuksköterskor m.fl.	Halvdag
23 februari	Mottagning för Sexuellt överförbara sjukdomar STI-mottagning Katrineholm. Vårdpersonal. Information om PrevenTell.	Halvdag
28 februari	European Society of Sexual Medicine, ESSM. Medverkan vid presentation av PrevenTell.	3 heldagar
9 mars	Miljöpartiet. Landstingspolitiker.	Halvdag
15 mars	Svensk Psykiatrisk Förening. Årlig kongress, CME kurs i sexualmedicin, transmedicin. 25 psykiatriker.	Heldag
16 mars	Sveriges Psykiatriska förening. Årlig kongress. Föreläsning om hypersexuell störning, information om PrevenTell.	1 timme
19 mars	Studiebesök från ECPAT. Presentation verksamheten, information om PrevenTell.	Halvdag
26 mars	Regeringskansliet, Socialdepartementet, Europa Rådet. Information om PrevenTell.	Heldag
4 april	Södersjukhuset Stockholm, Akutmottagningen för våldtagna och HBT-hälsan Samtalsmottagning. Utredning, diagnostik och behandling av parafili, hypersexuell störning. Information PrevenTell.	Halvdag
5 april	Inspelning poddavsnitt "Hypersexualitet", sex på arbetstid. Närhälsan, kunskapscentrum Göteborg.	
19 april	Information PrevenTell för RFSL.	Halvdag
20 april	Sexualmedicin. Föreläsning Oslo. Allmänläkare och specialister i urologi.	Halvdag
23 april	Föreläsning för RFSU. Utredning, diagnostik och behandling i parafili, hypersexuell störning. Information om PrevenTell.	Halvdag
2 maj	Sexualmedicin. Psykologprogrammet Karolinska institutet. Psykologstudenter.	Halvdag

Namn	Organisation	
4 maj	Sexualmedicin, endokrinologi. Urologspecialister SPUF.	Halvdag
7 maj	Sexualmedicin endokrinologi. Läkarestudenter T 11.	Halvdag
23 maj	Endokrinbehandling, sexuell dysfunktion m.m. Geneve.	Heldag
24–25 maj	Testosteron och sexuell funktion. Tromsö Nordisk urologisk förening.	Heldag
24 maj	Centrum för sexologi och sexualitetsstudier. Malmö universitet. Rådgivande gruppen.	Heldag
24 maj	Ungdomsmottagningarnas årsmöte. Sundsvall. Vårdpersonal. Sexualmedicin.	Halvdag
26 maj	HBT liberalernas årsmöte. Politiker. Information om PrevenTell.	Halvdag
5 juni	Psykiater Södra psykiatri. Trans- sexualmedicin, information om PrevenTell.	Heldag
11 juni	Studiebesök från Göteborg sexualmedicin.	Halvdag
15 juni	Andrologisk Förening. Föreläsning. Sexualmedicin, andrologi.	Heldag
20 juni	Inspelning poddavsnittet "Hypersexualitet och pedofili", psykologipodden.	Halvdag
27 augusti	Föredrag SFOG Uppsala (gynekologspecialister). Centralnervös reglering av sexualitet, nya metoder.	Halvdag
10 september– 18 oktober	SVK-kurs i sexualmedicin. Läkarestudenter. Karolinska institutet.	3 högskolepoäng
13 september	Erfarenheter, projektering, framtida samarbete med Sexualmedicinskt centrum i Göteborg, ansvarig enhetschef Emma Svanholm, Kunskapscentrum GBG.	Heldag
17 september	Sexualfysiologi, reglering. Vidareutbildningskurs. Psykiatriker.	Halvdag
21 september	Utbildning, studiebesök. Kriminalvården. Utredning, diagnostik och behandling parafili, hypersexuell störning. Information PrevenTell.	Halvdag
21 september	Föreläsning om sexologi, dysfunktioner och dysfunktionell sexualitet. Ersta Sköndal vidareutbildning.	Halvdag
21 september	Studiebesök från Kriminalvården. Presentation verksamheten, information om PrevenTell.	Heldag
26 september, 17 oktober	Studiebesök från Kriminalvården. Presentation verksamheten, information om PrevenTell.	Heldag
26 och 27 november	Psykiatri för primärvården. Vårdpersonal (distriktsläkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer). Transmedicin, information om PrevenTell.	Halvdag
27 september	Sexualfysiologi, reglering och styrning av sexuell lust och beteende. Universiteten i Lund och Malmö.	Halvdag
4 oktober	Sexualmedicin och endokrina mekanismer. Regionala Urologdagar i Umeå.	Halvdag

Namn	Organisation	
10 oktober	European Association for Andrology möte med styrelsen, presentation av ANOVAS preventionsprogram mot sexuella övergrepp.	
12 oktober	Undervisning för Wisemind, psykologer utbildning psykologer till specialistordning. Utredning, diagnostik och behandling parafili, hypersexuell störning. Information om PreventTell.	Halvdag
16 oktober	Presentation av prevention av sexuella övergrepp. Jämställdhetsmyndigheten.	
16 oktober	Stockholmspolisen. Presentation ANOVA; fokus på PreventTell – klinisk verksamhet, bedömning och behandling.	Halvdag
9–13 november	WHO-möte i Minsk. Sexuell funktion och dysfunktion samt övergreppsproblematik.	2 heldagar
20 november	Telekonferens Kriminalvårdens medicinska avdelning och samtliga regionchefer. Endokrin och annan farmakologisk behandling av personer med hög risk för sexuella övergrepp. Utveckling av behandlingsprogram av dömda förövare.	Halvdag
29 november	Ungdomsmottagningar i Gävle. Vårdpersonal. Transmedicin, information om PreventTell.	Halvdag
1 december	ISSAM. Endokrin behandling, effekter vid könskorrigering inkl. sexualmedicinska effekter. Presentation av PreventTell.	Halvdag
5 december	Besök av nationella samordnaren för människohandel Per-Anders Sunesson.	2 timmar
5 december	Presentation av endokrina metoder för påverkan på sexuell funktion. Studiebesök ANOVA.	Halvdag
5 december	Öppet hus, kriminalvård, praktisk tjänstgöring som psykolog, Polis, frivillig.org, sjukvård.	Halvdag
7 december	Föreläsning om sexuell dysfunktion m.m. Ersta Skändal.	Halvdag
8 december 2018	Fördjupningskurs i sexualmedicin. Psykologprogrammet Stockholms universitet.	7,5 högskolepoäng
10 december	Inspelning poddavsnittet "Psykiatri och sexualitet", sex på arbetstid. Närhälsan Göteborg.	

BILAGA 2 – OM SKYLDIGHET ATT ANMÄLA BROTT

En fråga som bör beröras i sammanhanget är eventuell skyldighet att anmäla brott. För den personal som är verksam inom bland annat sjukvården, som kommer i kontakt med barn, finns en ovillkorlig skyldighet att göra en så kallad orosanmälan till socialnämnden om man får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa (14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453)).

Dessutom finns det bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen när det gäller en specifik misstanke om brott. Här är sjukvårdspersonal inte skyldig att anmäla, men lagen säger att personalen på eget initiativ får anmäla vissa brott till polis eller åklagarmyndighet (10 kap. 21–23 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)). Sjukvårdssekretessen är i dessa fall inget hinder. Det gäller exempelvis när barn under 18 år har utsatts för sexualbrott.

I övrigt så finns det inte någon generell anmälningsplikt i Sverige. Om du ser att någon begår ett brott eller får kännedom om att ett barn far illa finns det ingen generell skyldighet att anmäla till polisen eller socialtjänsten, även om den allmänna rättsuppfattningen menar att det borde vara så.

För personal som är anställd vid PrevenTell eller ANOVA gäller alltså de här reglerna i socialtjänstlagen. Men det finns flera aspekter som påverkar skyldigheten. Till att börja med är det fullt möjligt att en person som kontaktar PrevenTell och söker hjälp kanske inte berättar något om sina eventuella gärningar eller tar kontakt för att få hjälp i förebyggande syfte. Det kan också handla om någon som har dömts och suttit frihetsberövad men som därefter har skrivits ut från anstalt. Dessutom kan eventuella brottsliga gärningar ligga så långt tillbaka i tiden att de inryms under reglerna för preskription, något som kan vara svårt för vårdpersonalen att bedöma.

Här står den hjälpsökandes behov och önskemål om hjälp med att hantera sin översexualitet och eventuella önskan att vara anonym i konflikt med personalens anmälningskyldighet. Å ena sidan är underlåtenhet att göra en orosanmälan ett brott mot bestämmelserna i socialtjänstlagen. Å andra sidan innebär risken för (eller hotet om) en anmälan till socialnämnden att individen kan välja att inte söka hjälp för sin översexualitet och därför kanske riskerar att orsaka stor skada.

BILAGA 3 – FÖRTECKNING ÖVER INTERVJUADE PERSONER

Namn	Organisation
Åsa Witkowski	Kvinnofridslinjen, Nationellt centrum för kvinnofrid
Petter Björklund	Hjälplinjen, Inera
Inger Händestam	SPES Telefonjour, Riksförbundet för suicid prevention och efterlevandes stöd
Kerstin Annerborn	Alkohollinjen, Beroendecentrum i Stockholm
Elin Zamore	PrevenTell, ANOVA vid Karolinska Universitetssjukhuset
Katarina Görts Öberg	ANOVA vid Karolinska Universitetssjukhuset
Matilda Eriksson	Hedersförtryck, Länsstyrelsen Östergötland
Emma Svanholm	Sexualmedicinskt centrum, Västra Götalandsregionen
Paula Taube	Sexologiskt centrum i Umeå, Region Norrbotten
Göran Sedvallson	Sexologisk mottagning i Karlskrona, Region Blekinge
Fredrik Olausson	Kriminalvårdens huvudkontor
Lars Håkan Nilsson	Kriminalvårdens huvudkontor
Mia Westöö Smith	Kriminalvårdens huvudkontor

Stegvis skillnad

En granskning av hjälplinjen PrevenTells arbete för att förebygga sexualbrott

Sedan starten 2012 har omkring 2200 personer ringt till PrevenTell, hjälplinjen för personer med oönskad sexualitet. Hjälplinjen drivs med statligt stöd och Vårdanalys har på regeringens uppdrag undersökt hur verksamheten har bedrivits i förhållande till regeringens krav. Vi har också tittat på möjligheterna för regionerna att med egna medel utveckla hjälplinjen på nationell nivå. Verksamheten har till stora delar fullföljt sitt uppdrag, men det finns arbete kvar att göra. Vår bedömning är att en utveckling mot att lämna över ansvaret för förvaltning och finansiering av PrevenTell till regionerna är ett logiskt nästa steg för verksamheten. En sådan målsättning kommer ställa krav på fortsatt stöd av regeringen tills förutsättningar för övertagandet är på plats.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.