



Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn

En kunnskapsoversikt 2010

Glad, K, A., Øverlien, C. og Dyb, G.

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s

Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn
- En kunnskapsoversikt -

Kristin Alve Glad, Carolina Øverlien og Grete Dyb

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er et selskap under Unirand AS som er heleid av Universitetet i Oslo. NKVTS består av tidligere Psykososialt senter for flyktninger, Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Nasjonalt ressurs-senter for seksuelt misbrukte barn og deler av Kontoret for katastrofepsykiatri.

Formålet med senteret er:

Å utvikle, vedlikeholde og spre kompetanse og kunnskap som kan bidra til:

- Å redusere helsemessige og sosiale konsekvenser av vold og traumatisk stress
- Å forebygge vold og traumatisk stress

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning.

Bak opprettelsen av senteret står:

Barne-, likestilling-, og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis og politidepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Oslo 2010

ISBN 978-82-8122-036-2 (PDF)

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn	2
Innledning	4
Barnemishandling	4
Forebyggende arbeid	5
Forekomst av fysiske og seksuelle overgrep	6
Skadevirkninger relatert til overgrep	7
Risiko- og beskyttende faktorer	8
Metode	11
Resultater	11
Forebygging av overgrep på samfunnsnivå	12
Reformer og menneskerettighetslover	12
Sosiale normer og mediekampanjer	12
Verneboliger og krisesentre	13
Politiattest	13
Prenatale og postnatale tjenester og reduksjon av uønskede graviditeter	13
Opplæring av helsepersonell	14
Programmer for forebygging av fysiske overgrep	14
Hjemmebesøksprogrammer	14
Foreldreveiledningsprogrammer	16
Utdanningsprogrammer om hodeskader som følge av mishandling	18
Bedret legehjelp til risikofamilier	19
Programmer for forebygging av seksuelle overgrep	19
Skolebaserte programmer	19
Tiltak på flere nivåer	21
Diskusjon	23
Oppsummering	29
Referanser	29

Bakgrunn

Som en del av Barne- og familiedepartementet (nå Barne-, likestilling-, og inkluderingsdepartementet) (BLD) *Strategiplan mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn (2005-2009)* utarbeidet Nasjonalt Kunnskapscenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS) en kunnskapsstatus om overgrep mot barn i Norge (NKVTS, Seksjon barn og unge, 2007). Siden kunnskapsstatusen ikke omfattet forebyggende arbeid ble NKVTS gitt i oppdrag å utarbeide en systematisk oversikt over eksisterende kunnskap om forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn. NKVTS skulle også komme med forslag til områder der det er særlig behov for mer forskning.

Forebyggende arbeid mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn er et omfattende og sammensatt felt. Denne kunnskapsoversikten omfatter evaluerte tiltak med dokumentert effekt, og inkluderer derfor ikke alle forebyggende tiltak som finnes på området. I denne oversikten er forebyggende tiltak mot fysiske overgrep mot barn og ungdom under 18 år avgrenset til vold begått av foreldre, steforeldre og andre foresatte. Forebyggende tiltak mot seksuelle overgrep mot barn og ungdom inkluderer overgrep begått både av voksne og barn. Det finnes lite nasjonal forskning på dette feltet og kunnskapsoversikten er derfor først og fremst basert på internasjonal forskning.

Forebyggende tiltak kan rettes mot forskjellige målgrupper på bakgrunn av risikonivå for at barnemishandling finner sted. Forebyggende tiltak kan derfor klassifiseres som universelle, selektive eller indikerte. *Universelle tiltak* rettes mot alle mennesker, uavhengig av risikonivå. *Selektive tiltak* rettes mot en gruppe mennesker med økt risiko for å utøve/bli utsatt for barnemishandling. *Indikerte tiltak* rettes mot individer som er blitt mishandlet. Denne kunnskapsoversikten fokuserer på tiltak som blir iverksatt før overgrep skjer, dvs. universelle og selektive forebyggingstiltak.

Forebyggende tiltak kan implementeres på forskjellige arenaer, både i hjemmet, på skolen eller i samfunnet generelt. Strategiplanen til BLD omfatter ikke generelle velferdstiltak som tar sikte på å redusere omfanget av problemer på samfunnsnivå som kan være assosiert med økt risiko for overgrep mot barn (som rus, fattigdom og kriminalitet). Strategiplanen inkluderer heller ikke tiltak rettet mot familier hvor de voksne har rusproblemer. Generelle

velferdstiltak, og forebyggende tiltak spesifikt rettet mot foreldre med rusproblemer, blir derfor ikke inkludert i denne oversikten. Forebyggende tiltak mot vold i oppdragelsen spesifikt rettet mot minoritetsforeldre vil ikke bli tatt opp i denne oversikten, da det allerede foreligger en rapport om dette temaet (Neumayer, Meyer, & Sveaass, 2008).

Målsettingen for denne oversikten er å systematisere eksisterende kunnskap om virkningene av universelle og selektive forebyggende tiltak mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn. Forslag til områder der det er behov for mer forskning vil også bli presentert.

Innledning

Barnemishandling

Barnemishandling er et alvorlig samfunnsproblem med store omkostninger både for de involverte barna og familiene og for samfunnet (Butchart, Harvey, Mian, & Fürniss, 2006). Barnemishandling kan defineres slik: "en voksen person utsetter et barn for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenkelser eller forsømmer å dekke barnets grunnleggende behov" (SOU 2001:72, s.24). Tradisjonelt sett har man skilt mellom fire former for barnemishandling: fysisk-, seksuell- og emosjonell mishandling, og omsorgssvikt (Cicchetti & Toth, 2005). I den senere tid har også det å være vitne til vold i nære relasjoner blitt sett på som en form for barnemishandling (Gilbert, Spatz-Widom, Browne, Fergusson, Webb, et al., 2009). Denne kunnskapsoversikten vil kun omhandle barnemishandling i form av fysiske og seksuelle overgrep mot barn og ungdom under 18 år. I litteraturen det henvises til i oversikten vil fysiske og seksuelle overgrep oftest være definert slik:

Fysisk mishandling av barn

"Intensjonell bruk av fysisk makt mot barn som resulterer i, eller som potensielt kan resultere i, fysisk skade" (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon, & Arias, 2008, s.14). Mishandlingen kan ta form av slag, med eller uten bruk av en gjenstand, dytting, spark, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding, forgiftning og drap.

Seksuell mishandling av barn

"Med seksuelle overgrep eller seksuell utnytting mener vi at avhengige og utviklingsmessig umodne barn og ungdommer trekkes inn i seksuelle handlinger de ikke helt forstår, som de ikke kan komme ut av, eller som de ikke har tilstrekkelig kunnskap eller erfaring til å gi sitt begrunnede samtykke til, eller som krenker familierollens sosiale tabuer" (Schechter & Roberge, 1976). Seksuelle overgrep varierer i grad av innvadering, fra å bli sett på uten berøring eller eksponering, til varierende grad av kontakt, fra berøring til penetrering. Overgrep varierer også i frekvens, fra en enkelt episode til kronisk misbruk (Carr, 2006).

Forebyggende arbeid

Forebygging av vold og overgrep mot barn og ungdom har stått på den politiske dagsorden i Norge siden 1970-tallet, og forbud mot bruk av vold mot barn ble innarbeidet i Barneloven i 1981. Norge er også forpliktet gjennom FNs Barnekonvensjon til å beskytte barn og ungdom mot vold og overgrep, og følge utviklingen av dette problemet. Forskningslitteraturen har tradisjonelt skilt mellom to perspektiver på forebyggende arbeid: det helsefremmende og det sykdomsforebyggende. Ifølge det helsefremmende perspektivet er formålet med forebyggende arbeid å fremme menneskers kompetanse og ferdigheter og dermed øke deres overskudd, trivsel og livskvalitet. Ifølge det sykdomsforebyggende perspektivet er formålet med forebyggende arbeid å hindre utvikling av sykdommer, redusere risikoen for skade og redusere dødelighet (Nordahl, Gravrok, Knudsmoen, Larsen, & Rørnes, 2006).

I nyere forskning henvises det til universell-, selektiv- og indikert forebygging (Ferrer-Wreder et al., 2005). *Universelle* forebyggingsprogrammer er rettet mot alle individer, uavhengig av risikonivå (for eksempel alle skolebarn eller alle foreldre). *Selektive* programmer blir også rettet på gruppenivå, mot en gruppe individer som viser en eller flere risikofaktorer assosiert med barnemishandling. Selektive programmer er altså rettet mot voksne/barn med økt risiko for henholdsvis å mishandle/bli mishandlet, for eksempel foreldre med lav inntekt eller psykiske lidelser og barn som er født for tidlig eller har en funksjonshemming. *Indikerte* programmer blir rettet mot mennesker som har blitt identifisert for å ha mishandlet barn, for å forhindre at de gjør det igjen. Indikerte programmer blir også rettet mot barn som har blitt mishandlet, for å forhindre negativ/forsinket utvikling og begrense tilleggsproblemer (rus, kriminalitet, psykiske lidelser, etc.) (Gonzalez & MacMillan, 2008). Denne kunnskapsoversikten fokuserer på *universelle og selektive* tiltak.

Ifølge Butchart et al. (2006) er det ingen tvil om at barnemishandling kan forebygges. Det er også mye som tyder på at behandling av barn som har blitt utsatt for fysiske og seksuelle overgrep, og forsøk på å redusere skadevirkningene av disse overgrepene (indikerte tiltak), både er mindre effektive og dyrere enn å forebygge at slik mishandling skjer (universelle og selektive tiltak) (Mikton & Butchart, 2009). Likevel fokuserer de fleste forebyggende programmer mot barnemishandling på ofrene eller overgriperen. Tiltakene blir altså satt i verk etter at overgrepet har funnet sted. Veldig få programmer er rettet mot å hindre at barnemishandling skjer (Pinheiro, 2006). Videre har lite forskning blitt gjort for å evaluere

virkingen av slike forebyggende intervensjoner. De aller fleste tiltakene er dårlig evaluert, eller ikke evaluert i det hele tatt (Butchart et al., 2006).

Forekomst av fysiske og seksuelle overgrep

I løpet av de tre siste tiårene har mye forskning bidratt til å kartlegge og dokumentere forekomsten og de alvorlige skadevirkningene av fysiske og seksuelle overgrep mot barn.

Fysiske overgrep

Forekomsten en finner for fysisk mishandling av barn og unge avhenger både av hvilken definisjon som blir brukt, befolkningen som blir studert, og hvor aldersgrensen for slutten av ungdomstiden blir satt. I en studie av 7000 avgangselever ved videregående skoler i Norge fant Mossige og Stefansen (2007) at ca. 25 prosent hadde opplevd minst ett tilfelle av fysisk overgrep fra en forelder i løpet av livet (for eksempel blitt dyttet, ristet, lugget, slått med flat hånd), og åtte prosent rapporterte grov vold (for eksempel slått med knyttneven, slått med en gjenstand, fått bank/juling) fra minst én forelder. Schou, Dyb og Graff-Iversen (2007) fant at ca. fire prosent av de 16 000 ungdommene som deltok i Folkehelseinstituttets ungdomsundersøkelse rapporterte vold (e.g., slag, spark) fra voksne i løpet av det siste året. Øia (2007) fant at 3,2 prosent av ungdommene som deltok på Ung i Oslo-undersøkelsene rapporterte at de hadde blitt skadet som følge av vold fra foreldrene i løpet av livet.

WHO (referert i Butchart et al., 2006, s.10) anslo at på verdensbasis ble ca 31 000 barn under 15 år drept i 2002, men det er trolig store mørketall. De fleste drap på barn under ett år blir begått av en eller begge foreldrene, oftest moren. Mange av barnedrapene på barn under 10 år blir begått av en steforelder, av en forelders kjæreste, eller av andre mennesker offeret kjenner (Pinheiro, 2006). I en svensk studie om barnedrap ble det slått fast at i et historisk perspektiv har dødelig vold mot barn i aldersgruppen 0-14 år minsket radikalt, og gjennomsnittet i Sverige ligger i dag på sju barnedrap i året (Janson, Moniruzzaman, & Hjern, 2007).

Seksuelle overgrep

WHO (referert i Pinheiro, 2006, s.54) anslår at på verdensbasis har 150 millioner jenter og 73 millioner gutter under 18 år blitt tvunget til seksuelt samleie eller blitt utsatt for andre former for seksuell mishandling som involverer fysisk kontakt. Ifølge FNs rapport om vold mot barn (Pinheiro, 2006) er det trolig store mørketall. Videre gjør forskjeller i design, definisjoner,

svarprosent m.m. det vanskelig å legge sammen omfangstall av seksuelle overgrep mot barn fra ulike studier og land. Tallene må tolkes med forsiktighet på grunn av bruk av ulike metodikk.

En gjennomgang av epidemiologiske studier fra 21 land fant at forekomsten av seksuelle overgrep mot barn varierte mye mellom landene. Mellom syv og 36 prosent av jentene og tre og 29 prosent av guttene rapporterte at de hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep i løpet av barndommen (Finkelhor, 1994). En av grunnene til denne variasjonen er at forekomsten en finner av selvrapporterte seksuelle overgrep er avhengig av hvordan fenomenet defineres og måten det spørres på. Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito har replisert studien til Finkelhor med sammenlignbare funn i 2009.

På nasjonalt nivå, fant Mossige og Stefansen (2007) at 22 prosent av jentene og åtte prosent av guttene hadde blitt utsatt for et mildt seksuelt overgrep (e.g. beføling og onanering) i løpet av barndommen. Videre hadde 15 prosent av jentene og syv prosent av guttene opplevd mer alvorlige seksuelle krenkelser (e.g. voldtekt og voldtektsforsøk). Schou et al. (2007) fant at av de 16 000 ungdommene som deltok i studien, rapporterte 6,1 prosent av jentene og 1,6 prosent av guttene å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep (e.g. blotting, beføling eller ufrivillig samleie) i løpet av det siste året.

Det er ikke bare voksne som forgriper seg seksuelt på barn og unge. Forskning på feltet har i løpet av de siste 20 årene vist at også barn kan utsette andre barn for seksuelle overgrep, og ungdom står for en betydelig andel av disse overgrepene (Lowenstein, 2006). Campell (2000) fant at en tredjedel av de seksuelle overgrepene på barn i England, og 50 prosent av slike overgrep i USA, ble begått av ungdom. På nasjonalt nivå fant Bjørn (2003; 2004) at omkring en tredjedel av alle rapporterte seksuelle overgrep i perioden 2003-2004 i Nord-Norge ble begått av personer under 18 år.

Skadevirkninger relatert til overgrep

I tillegg til de fysiske skadene kan mishandling få vedvarende konsekvenser for barnets nevrologiske, kognitive og emosjonelle utvikling og psykiske helse. Ifølge Putnam (2003) er depresjon i voksen alder og seksualisert atferd hos barn de best dokumenterte konsekvensene av seksuelle overgrep. Barn som har opplevd fysiske eller seksuelle overgrep har også økt risiko for selvmord, selvskadning, høyt alkoholforbruk og rusmisbruk (Dube, Felitti, Dong,

Giles, & Anda, 2003; Edgardh & Ormstad, 2000; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, Saunders, & Resnick, 2003; Moran, Vuchinich, & Hall, 2004). Andre negative konsekvenser av å bli utsatt for overgrep i barndommen er sosial tilbaketrekning, søvnvansker, lærevansker, aggresjonsproblemer og angst (Lanzford, Dodge, Pettit, Bates, Crozier, et al., 2002). Det ser også ut til at slik mishandling påvirker fungering i voksen alder og kan føre til nedsatt omsorgsevne (Haapasalo & Pokela, 1999) og nedsatt mental og fysisk helse (Cohen, Brown, & Smailes, 2001; Marcenko, Kemp, & Larson, 2000).

Risiko- og beskyttende faktorer

Kunnskap om mulige årsakssammenhenger er svært viktig når man skal utforme forebyggende tiltak og ideelt sett burde forebyggende arbeid være basert på kjente årsaker til barnemishandling (Klevens & Whitaker, 2007). Det finnes imidlertid ingen enkel forklaring på hvorfor noen mennesker utsetter barn for fysiske eller seksuelle overgrep (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Cicchetti & Toth, 2005). Forebyggende arbeid har derfor blitt rettet mot å redusere risikofaktorer eller rettet fokus mot forhold som kan bidra til økt beskyttelse av barn (Klevens & Whitaker, 2007).

Forskningsfeltet har utviklet mange modeller for å forstå hvilke faktorer som er knyttet til barnemishandling. Disse modellene kombinerer faktorer relatert til barnet selv, foreldrene, familieforholdet og/eller forhold i samfunnet barnet lever i (Cicchetti & Toth, 2005). Selv om det er behov for mer forskning for å forstå dynamikken mellom disse faktorene på alle nivåene, og på tvers av kulturer, finnes det allerede mye kunnskap om hvilke forhold som kan øke risikoen for barnemishandling. Nedenfor beskrives kort de faktorer som regnes å ha stor betydning for om mishandling finner sted. Risikofaktorene er inndelt i tre grupper: forhold knyttet til barnets og foreldrenes personlige egenskaper, familieforhold og forhold i samfunnet.

Barnets personlige egenskaper

Alder og kjønn er viktige risikofaktorer for vold og seksuelle overgrep. Barn under 10 år har signifikant større risiko enn eldre barn for å bli utsatt for alvorlige fysiske overgrep fra familiemedlemmer og andre kjente (Pinheiro, 2006). Det er de aller yngste barna som er mest utsatt for slik mishandling. Ifølge Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano (2002) er antallet barnedrap over dobbelt så høyt for barn mellom 0-4 år sammenlignet med barn mellom 5-14

år. Seksuell mishandling, derimot, er rapportert å øke etter puberteten og de høyeste ratene for seksuelle overgrep er i tenårene. Gutter har generelt sett større risiko for å bli utsatt for fysisk mishandling, mens jenter har større risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep (e.g., Finkelhor, 1994; Krug et al., 2002). For eksempel fant Finkelhor (1994) i sin studie at jenter var utsatt for seksuelle overgrep 1,5-3 ganger så ofte som gutter.

Barn som er født prematurt og med lav fødselsvekt (Spencer, Wallace, Sundrum, Bacchus, & Logan, 2006), samt barn med funksjonsnedsettelse og funksjonshemming (Crosse, Kaye, & Ratnofsky, 2000; Spencer, Devereux, & Wallace, 2005), har økt risiko for å bli mishandlet. Sullivan og Knutsen (2000) fant at hele 31 prosent av barn med en funksjonshemming hadde blitt mishandlet, sammenlignet med ni prosent av barna som ikke var funksjonshemmet. Lignende fant Schou et al. (2007) at ungdom med nedsatt hørsel, bevegelseshemming og synshemming oftere var utsatt for vold fra voksne enn ungdom uten funksjonshemming. Videre fant de at gutter med bevegelseshemming, synehemming og nedsatt hørsel var forbundet med økt utsatthet for seksuelle overgrep, mens det for jenter bare gjaldt dem med nedsatt hørsel. Barn med funksjonshemming stiller ekstra krav til foreldrene og kommer oftere i situasjoner som øker sannsynligheten for overgrep (e.g., daglig stell), noe som kan være en av årsakene til at disse barna har økt risiko for mishandling. Carr (2006, s.909) nevner studier som har vist at også forsinket utvikling, mye sykdom, vanskelig temperament og opposisjonell atferd er assosiert med økt risiko for fysisk barnemishandling.

Foreldrenes personlige egenskaper

Forskning tyder på at foreldre med mentale helseproblemer, lav utdanning, alkohol- og stoffmisbruk, eller som har egne opplevelser med overgrep i barndommen, kan øke faren for barnemishandling (Brown et al., 1998; Gilbert et al., 2009). Det er vanskelig å identifisere hvordan hver enkelt av disse faktorene innvirker på risikoen for barnemishandling, ettersom mange av dem opptrer samtidig.

Familieforhold

Mange familiekaraktistikker er assosiert med barnemishandling. Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep rapporterer ofte et ulykkelig familieliv (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990). Forskning indikerer også at konflikt mellom foreldrene (Fergusson, Linskey, & Horwood, 1996; Slazinger, Feldman, Hammer, & Rosario, 1992) og manglende sosial støtte

(Whipple & Webster-Stratton, 1991) er relatert til økt risiko for barnemishandling. Manglende tilknytning mellom foreldre og barn, samt fysiske-, utviklingsmessige- eller mentale helseproblemer hos et familiemedlem kan også være risikofaktorer for barnemishandling (Butchart et al., 2006).

Forhold i samfunnet

På samfunnsnivået er blant annet store økonomiske og sosiale forskjeller, fattigdom, sosiale og kulturelle normer som støtter bruken av vold, lett tilgjengelighet av alkohol, dårlig forebyggende helseomsorg, svake rettsystemer og høy arbeidsledighet, knyttet til økt prevalens av barnemishandling (Butchart et al., 2006).

Dessverre har det vært gjennomført lite forskning på forhold som kan gi økt beskyttelse av barn og dermed redusere forekomst av overgrep. Forskningen har først og fremst fokusert på forhold som kan være til hjelp for barnet etter at overgrep har funnet sted, såkalte resiliensfaktorer. Slike faktorer er for eksempel: trygg tilknytning mellom foreldre-barn, høyt nivå av foreldreomsorg i barndommen, varmt og støttende forhold med forelderen som ikke mishandler.

Det finnes lite systematisk kunnskap om hva slags forebyggende tiltak som har dokumentert virkning på fysiske og seksuelle overgrep mot barn i Norge (Mossige & Stefansen, 2007). Frøland og Mossige (1993) har tidligere utarbeidet en rapport om forebygging av seksuelle overgrep mot barn, og konkluderte med at de fleste forebyggende tiltak mot seksuelle overgrep mot barn i Norge, ikke er blitt systematisk evaluert.

Metode

Gjennom litteratursøk i internasjonale databaser (PubMed, PsycINFO, Embase, Medline, the Cochrane Library og Google) med søkeordene ”prevention/child maltreatment/child sexual abuse/child physical abuse” har vi identifisert noen sentrale og oppdaterte (publisert 2007-2009) internasjonale kunnskapsoversikter på feltet (se tabell 1). I tillegg har vi brukt referanselistene i disse oversiktene til å identifisere relevante artikler. På denne måten mener vi å ha kartlagt de mest aktuelle internasjonale evalueringene på feltet. WHO (Butchart et al., 2006) og FN (Pinheiro, 2006) har publisert relevante rapporter på dette feltet som også er inkludert i vår oversikt (se tabell 1). Vi har gjennomgått, systematisert og sammenfattet funnene fra disse publikasjonene. I gjennomgangen ble det spesielt lagt vekt på å identifisere evaluerte tiltak med dokumentert effekt og hvilke forhold som synes å ha betydning for effekt.

Tabell 1. Hovedlitteraturen for kunnskapsoversikten.

Forfatter	Årstall	Tittel	Type publikasjon
Miktkon & Butchart	2009	“Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews”	Oppsummerende oversiktsartikkel
MacMillan, Wathen, Barlow, Fergusson, Leventhal, et al.	2009	“Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment”	Oppsummerende oversiktsartikkel
Reynolds, Mathieson, & Topitzes	2009	“Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research”	Meta-analyse
Donelan-McCall, Eckenrode, & Olds	2009	“Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years”	Oversiktsartikkel
Wurtele	2009	“Preventing child sexual abuse of children in the twenty-first century: preparing for challenges and opportunities”	Oversiktsartikkel
Klevens & Whitaker	2007	“Primary prevention of child sexual abuse and neglect: gaps and promising directions”	Oversiktsartikkel
Pinheiro	2006	“World report on violence against children”	Rapport
Butchart, Harvey, Mian, & Fürniss	2006	“Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence”	Rapport

Resultater

Det finnes ingen samlet oversikt over alle evalueringene som er foretatt av forebyggende tiltak mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn. Mange forfattere har forsøkt å oppsummere de evalueringsstudiene som finnes, men de forskjellige litteraturgjennomgangene er bare delvis sammenfallende med hensyn til hvilke studier de har inkludert. Nedenfor presenteres resultater fra åtte sentrale internasjonale oversiktsartikler, meta-analyser og rapporter i

fagfeltet. Det eksisterer lite forskning på forebyggende tiltak som kan iverksettes på samfunnsnivå (Butchart et al., 2006) og slike tiltak presenteres derfor bare kort her. Deretter vil programmer mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn blir beskrevet separat. I oversikten er det gitt noen eksempler på programmer med positive resultater.

Forebygging av overgrep på samfunnsnivå

Reformer og menneskerettighetslover

Implementering av lovrettslige reformer og synliggjøring av menneskerettighetslover kan forebygge barnemishandling. Ved å ha lover som forbyr alle former for vold og seksuelle overgrep mot barn sender man en klar beskjed til foreldre og andre voksne om at det er galt å utsette barn for slike overgrep. Forbud mot bruk av vold mot barn ble innarbeidet i Barneloven i Norge i 1981. Barne- og likestillingsdepartementet har nylig foreslått en innskjerping av Barneloven (lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre) som innebærer at all vold mot barn, også den som skjer i oppdragsøymed, kommer til å bli forbudt. Forslaget har vært til høring og behandles nå. Til tross for at dette og lignende tiltak ikke har blitt tilstrekkelig evaluert, verken nasjonalt eller internasjonalt, har det bidratt til å få disse temaene frem i lyset. På denne måten kan lover bidra til å endre sosiale normer.

Sosiale normer og mediekampanjer

Sosiale og kulturelle normer blir ofte brukt til å forsvare vold mot barn og er dermed viktige bidragsfaktorer til barnemishandling. Ifølge Klevens og Whitaker (2007) er sosiale normer om bruk av fysisk straff en av de mest utbredte risikofaktorene for barnemishandling i USA. For å endre sosiale og kulturelle normer kan økt offentlig bevissthet og mediekampanjer spille en sentral rolle. Ifølge Pinheiro (2006) bygger slike intervensjoner på antagelsen om at økt bevissthet og forståelse av fenomenet i den generelle befolkningen vil redusere prevalensen av barnemishandling. Dette kan skje direkte – ved at overgriperne forstår at deres atferd er misbruk og feil og søker behandling. Eller indirekte – ved at offeret selv, eller andre, i større grad ser og rapporterer mishandling. Mikton og Butchart (2009) identifiserte og evaluerte tre oversiktsartikler (publisert i tidsrommet 2000-2008) av studier som tok for seg effektiviteten av slike kampanjer. Resultatet var, ifølge Mikton og Butchart, at mediebaserte intervensjoner

har blandede resultater. Lignende konkluderte Butchart et al. (2006) med at det er behov for mer forskning på dette området.

Klevens og Whitaker (2007) referer til to svenske studier (Durrant, 1999; Durrant & Janson, 2005) som så på virkningen av en kombinasjon av lovgivning som forbød fysisk straff og offentlige bevisstgjøringskampanjer over en periode på 50 år. Studiene kunne vise til en endring i sosiale normer der bruk av fysisk straff i mindre grad var akseptert (Durrant, 1999) og reduksjon i frekvensen og grovheten av fysisk straff (Durrant & Janson, 2005). Ingen av studiene kunne vise til en effekt på antall drap eller rapporterte overgrep mot barn. Klevens og Whitaker (2007) konkluderte, i overensstemmelse med andre forskere på feltet, med at det er behov for mer forskning på effekten av lovgivning og mediekampanjer på barnemishandling.

Verneboliger og krisesentre

Forskning viser at partnervold/kvinnemishandling og barnemishandling ofte forekommer sammen. Tilbud om vernebolig og krisesentre for mishandlede kvinner og deres barn kan forebygge slik barnemishandling. Den forebyggende verdien av slike tilbud i forhold til overgrep mot barn har enda ikke blitt evaluert vitenskapelig. Ifølge Klevens og Whitaker (2007) er det behov for å utvikle effektive intervensjoner mot vold i nære relasjoner og for å undersøke hvilken effekt både nye og eksisterende intervensjoner mot vold i nære relasjoner har på barnemishandling.

Politiattest

I Norge er det lovpålagt at personer som søker stillinger med oppgaver knyttet til mindreårige skal legge fram politiattest. I dag omfatter det i hovedsak en attest som viser om søkeren er siktet, tiltalt eller dømt for seksualforbrytelser mot mindreårige. I noen lovbestemmelser kan man også kreve at politiattesten viser alle straffer, strafferettslige reaksjoner eller andre tiltak i anledning av straffbare handlinger. En slik attest kan kreves av mennesker som skal ha omsorgsansvar for mindreårige, eg. i adopsjonssaker. Vi har ikke kjennskap til at effekten av slike lover i forhold til forekomsten av seksuelle overgrep mot barn i Norge, er blitt evaluert. Justis- og politidepartementet har nylig foreslått at formålet med dagens krav til politiattest utvides fra å primært skulle hindre at mindreårige blir utsatt for seksuelle overgrep fra personer som tidligere har begått seksuelle overgrep mot barn, til å omfatte følgende: "Å forhindre overgrep mot eller alvorlig skadelig innflytelse på mindreårige, ved å hindre at

mindreårige får en tilknytning til personer som har er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for å ha begått alvorlige straffbare handlinger som kan gjøre dem uegnet til å ha oppgaver overfor mindreårige” (s.3) (for mer informasjon, se Ot.prp. nr.108(2008-2009)).

Prenatale og postnatale tjenester og reduksjon av uønskede graviditeter

Økt tilgang på pre- og postnatale tjenester og en reduksjon i uønskede graviditeter kan potensielt forebygge overgrep mot barn. Som del av Helsedepartementets *Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort (2004-2008)* har det blitt gjennomført flere relevante tiltak. Dette innebærer blant annet økt kunnskap om samliv, seksualitet og sikker prevensjon (for en nærmere oversikt, se innsatsområdene i handlingsplanen 4.1, 4.2.1, 4.3 og 4.4.). Slike tiltak kan potensielt redusere barnemishandling, men god nok vitenskapelig dokumentasjon av effektene av slike tiltak mangler både nasjonalt og internasjonalt (Butchart et al., 2006).

Opplæring av helsepersonell

Opplæring og trening av helsepersonell i å identifisere mulige fremtidige overgripere og å henvise dem til terapeutiske tilbud kan hjelpe til å bryte sirkelen av vold og redusere antallet nye mishandlingssaker. Effekten av slik opplæring og trening til helsepersonell er ikke blitt evaluert, og dets forebyggende verdi er derfor uklart.

Programmer for forebygging av fysiske overgrep

Hjemmebesøksprogrammer

Hjemmebesøk er en paraplybetegnelse for diverse tjenestetilbud til foreldre, ikke en type intervensjon i seg selv (Sweet & Appelbaum, 2004). Programmene har et felles mål om å forbedre foreldres tidlige omsorg for sine barn, men bortsett fra dette er programmene svært forskjellige (Donelan-McCall, Eckenrode, & Olds, 2009). Programmene varierer ift. hvilken type familie (e.g., single mødre, tenåringsforeldre, familier med lav sosioøkonomisk status), atferd (e.g., barnemishandling, mors arbeidsløshet) og aldersgruppe (e.g., foster, spedbarn, førskolebarn) de retter seg mot. Varigheten, intensiteten og typen tjenester som blir tilbudt og hvordan foreldrene blir rekruttert til programmet varierer også (Sweet & Appelbaum, 2004). Til tross for at noen hjemmebesøksprogrammer blir gitt til alle familier, uavhengig av risikonivå (universelle programmer), blir de fleste programmer rettet mot familier med økt

risiko for barnemishandling (selektive programmer) (Donelan-McCall et al., 2009). Videre, de fleste programmer i dag bruker sertifisert fagpersonell som ikke interagerer direkte med barnet, men som gir foreldrene oppmuntring og opplæring (Sweet & Appelbaum, 2004).

I løpet av de siste 20 årene har tilbud om helsetjenester, foreldreopplæring og sosial støtte til gravide kvinner og familier med småbarn i deres egne hjem, vært en av de mest lovende forebyggingsstrategiene mot barnemishandling (Donelan-McCall et al., 2009). Universelle hjemmebesøksprogrammer for små barn og deres foreldre har i flere tiår eksistert i mange land i Europa. Likevel har mesteparten av forskningen på hjemmebesøksprogrammer blitt gjort i USA, og da på selektive programmer (MacMillan, Wathen, Barlow, Fergusson, Leventhal, et al., 2009). Ifølge Mikton og Butchart (2009) er hjemmebesøksprogrammer den mest evaluerte intervensjonsformen. Dessverre har mange systematiske litteraturgjennomganger konkludert med at tidlige hjemmebesøksprogrammer er effektive i å forebygge barnemishandling, uten å ta hensyn til de store variasjonene mellom programmene (MacMillan et al., 2009). MacMillan et al. mener at slike generelle utsagn bidrar til å skjule viktige forskjeller i design og metode, inkludert utfall, på tvers av studier. De fleste hjemmebesøksprogrammer har ikke kunnet vise til en reduksjon i fysisk mishandling når de er blitt evaluert med randomisert kontrollert design (RCT) (Olds, Sadler, & Kitzman, 2007). Mikton og Butchart (2009) konkluderte med at forskningsresultater tyder på at tidlige hjemmebesøksprogrammer er effektive i å redusere risikofaktorer for barnemishandling, men at det fortsatt er uklart om de faktisk reduserer forekomsten av barnemishandling.

Nurse-Family Partnership

Nurse-Family Partnership (NFP) er et selektivt hjemmebesøksprogram, rettet mot gravide kvinner med lav inntekt som bærer sitt første barn. Det består av intensive og omfattende hjemmebesøk av en sykepleier mens en kvinne er gravid og i løpet av de to første årene etter at kvinnen har født (MacMillan et al., 2009). Hovedkomponenten i NFP er å gi hjemmebesøk, men programmet avhenger av en mengde andre helsetjenester for å oppnå gode effekter. Programmet er designet til å: 1) hjelpe kvinner til å forbedre sin prenatal helse og utfallet av graviditeten; 2) forbedre mors omsorgsevne og dermed forbedre barnas helse og utvikling; og 3) forbedre kvinnenes egen personlige utvikling, ved å fokusere på planleggingen av fremtidige graviditeter, kvinnens utdanningsmuligheter, og foreldrenes deltagelse i

arbeidslivet. Vanligvis blir familien tildelt en sykepleier som arbeider med dem gjennom hele programtiden (Ferrer-Wreder et al., 2005).

NFP er det hjemmebesøksprogrammet som uten tvil er blitt mest evaluert ift. virkning på forekomsten av barnemishandling. Samtlige kunnskapsoversikter inkludert i denne rapporten trakk frem NFP som et effektivt program i forebygging av barnemishandling og noen (e.g., Mikton & Butchart, 2009; Reynolds, Mathieson, & Topitzes, 2009) mente at det var det eneste hjemmebesøksprogrammet med dokumentert effekt. Videre, dette programmet er et av de få hjemmebesøksprogrammene som har blitt studert ift. langtidseffekten på barnemishandling (Olds, Eckenrode, Henderson, Kitzman, Powers, et al., 1997). De fant at kvinner som hadde blitt besøkt av en sykepleier under graviditeten og i løpet av barnets spedbarnsalder mishandlet barnet sitt sjeldnere enn kvinner som ikke hadde blitt besøkt, selv 15 år etter fødselen av førstefødte.

Foreldreveiledningsprogrammer

Det er utviklet mange programmer for å gi førstegangsforeldre familiestøtte og opplæring i foreldreferdigheter. Denne typen intervensjon blir vanligvis gitt i grupper og har som mål å forebygge barnemishandling ved å forbedre foreldres oppdragelsesevner, øke foreldrenes kunnskap om barns utvikling, og lære dem å håndtere sine barns atferd uten bruk av fysisk straff (Mikton & Butchart, 2009). Selv om disse programmene først og fremst er ment å brukes på høyrisikofamilier (selektivt) eller i familier der mishandling allerede har skjedd (indikert), blir det i større og større grad ansett som nyttig å gi slik opplæring og trening til alle foreldre og kommende foreldre (universelt) (Pinheiro, 2006). Programmene kan bli implementert i hjemmet eller andre settinger – som på skoler eller i klinikker – der kommende foreldre og førstegangsforeldre kan nås.

Mikton og Butchart (2009) identifiserte syv oversiktsartikler (publisert i tidsrommet 2000-2008) som tok for seg virkningen av foreldreveiledningsprogrammer på barnemishandling. Ifølge dem var funnene blandet. To meta-analyser viste små og medium effektstørrelser for foreldreopplæringsprogrammer, både på risikofaktorer og på direkte mål av barnemishandling. Andre oversiktsartikler, derimot, konkluderte ifølge Mikton og Butchart med at til tross for at funn viste forbedringer på *risikofaktorer* for barnemishandling, var bevisene for en effekt på *faktisk* barnemishandling utilstrekkelige. Pinheiro (2006)

konkluderte også med at få evalueringsstudier har fokusert spesifikt på effekten av slike programmer på barnemishandling. I stedet har effekten på diverse risikofaktorer (e.g., foreldrekompetanse, konflikt mellom foreldre-barn og foreldrenes mentale helse) blitt brukt for å måle virkningen av disse programmene.

Triple P - Positiv Parenting Program

The Triple P – Positiv Parenting Program er et foreldreveiledningsprogram som nylig har blitt evaluert (med RCT design) ift. virkningen på barnemishandling (Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009). Programmet ble utviklet for å fremme foreldres omsorgsevne, og forebygge eller endre dysfunksjonell foreldrepraksis, og dermed redusere viktige familierisikofaktorer for både barnemishandling og barns atferdsmessige og emosjonelle problemer (Prinz et al., 2009). Programmet har som målsetting å gi informasjon, råd og profesjonell støtte til familier. Triple P har fem intervensjonsnivåer av økende intensitet. Det første nivået består av en mediebasert foreldreinformasjonskampanje. Dette nivået retter seg mot alle foreldre som er interessert i informasjon om det å være forelder og hvordan de kan fremme sitt barns utvikling (universell). De to påfølgende nivåene er rettet mot foreldre som er bekymret for sitt barns atferd eller utvikling (selektivt). Her får foreldrene informasjon og råd og blir tilbudt trening i foreldreferdigheter. De to siste nivåene består av mer intensive foreldreveilednings- og familieintervensjonsprogrammer. Disse rettes mot foreldre av barn med mer alvorlige atferdsproblemer og dysfunksjonelle familier (indikert) (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2003).

I WHO-rapporten (2006) blir foreldreveiledningsprogrammet Triple P trukket frem som et lovende foreldreveiledningsprogram. MacMillan et al. (2009) viser til Prinz et al.s (2009) nye studie som har evaluert virkningen av Triple P på barnemishandling og omsorgssvikt. Prinz et al. fant positive resultater i familiene som hadde deltatt i Triple P programmet i form av en reduksjon i påvist barnemishandling, antall barn som ble omplassert og barnemishandlingsrelaterte skader. MacMillan et al. (2009) konkluderte med at funnene fra denne studien er lovende, men anbefaler videre evaluering og replikasjon av effekten av denne intervensjonen på barnemishandling.

International Child Development Program

International Child Development Program (ICDP) er et forebyggende foreldreveiledningsprogram, utviklet i Norge, som søker å understøtte og fremme psykososial omsorgskompetanse hos personer som har ansvar for barn (Neumayer et al., 2008). Programmet er både universelt og selektivt. Det fokuserer på å bevisstgjøre og styrke foreldres omsorg overfor sine barn og å øke deres oppmerksomhet på og evne til å se barnets positive sider. ICDP tar for seg antatte universelle temaer i omsorg og målsettingen er å forbedre de psykososiale forholdene for barn. Lokale ressurspersoner blir trent opp til å bli veiledere i programmet. Når programmet skal settes ut i praksis leder disse veilederne grupper bestående av ulike typer omsorgsgivere. Deltakerne i gruppene kan være foreldre, pleiepersonale, barnehagelærere, lærere eller helsesøstre, personale fra barnevernet osv. (Hundeide, 2005).

Allerede i 1995 inngikk ICDP i Foreldreveiledningsprogrammet, initiert av Barne- og likestillingsdepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, som ledd i satsningen på foreldreveiledning overfor omsorgsgivere generelt (Neumayer et al., 2008). Barne- og likestillingsdepartementet har tatt initiativ til å gjøre en evaluering av *Program for foreldreveiledning* (som bygger på ICDP). Evalueringen foregår fra 2007 til 2010. Programmet blir evaluert med et kvasiexperimentelt design. Målet er å undersøke et utvalg på 600 familier før og etter at de har fulgt kurset, med en oppfølging seks måneder etter. Disse vil bli sammenlignet med en gruppe på 600 familier som ikke følger kurset. Datamaterialet vil hovedsakelig bli innhentet ved bruk av spørreskjema. Forskerne vil også intervju et tilfeldig, mindre utvalg av foreldre og veiledere. Videre vil det gjøres videoopptak før og etter kurset av samspillet mellom noen av foreldrene og deres barn (Reedtz, 2008).

Utdanningsprogrammer om hodeskader som følge av mishandling

Forebygging av hodeskader som følge av mishandling (shaken baby syndrome) er den mest utbredte forebyggingsstrategien på sykehus i USA (MacMillan et al., 2009). Mikton og Butchart (2009) identifiserte tre litteraturgjennomganger (publisert i tidsrommet 2000-2008) av studier som tok for seg effektiviteten av forebyggende tiltak mot slike hodeskader. Den viktigste studien på dette området (inkludert i to av de tre litteraturgjennomgangene) er en evalueringstudie av et sykehusbasert foreldreopplærings-program ("Dias-modellen") i New

York (Dias, Smith, deGuehery, Mazur, & Shaffer, 2005). Dias-modellen og evalueringen av dette programmet vil her bli kort presentert.

Dias-modellen

Dias-modellen er et omfattende sykehusbasert foreldreopplæringsprogram. Opplæringen blir gitt i form av en brosjyre (*Prevent Shaken Baby Syndrome*), en video på 11 minutter (*Portrait of Promise: Preventing shaking baby syndrome*) og informasjonsplakater (e.g., *Never, Never, Never, Never Shake an Infant*). Opplæringen omhandler farene ved å riste barn og hvordan foreldre kan håndtere vedvarende gråting. Foreldrene signerer også en kontrakt (commitment statement) der de bekrefter at de har mottatt og forstått programmateriale (Dias et al., 2005). Dias et al. fant at programmet reduserte forekomsten av shaken baby syndrom med hele 47 prosent. Til tross for dette konkluderer Klevens (2003) med at metodologiske svakheter i eksisterende studier fortsatt gjør det uklart om intervensjoner for å redusere antall hodeskader som følge av mishandling er effektive. De metodologiske svakhetene Klevens referer til er blant annet manglende bruk av demografisk sammenlignbare kontrollgrupper, gode mål på resultatoppnåelse i forhold til helse. Ifølge MacMillan et al. (2009) blir det nå både gjort en replikasjon av Dias et al.s studie og vurderinger av andre utdanningsprogrammer designet for å forebygge hodeskader som følge av mishandling.

Bedret legehjelp til risikofamilier

Ifølge Dubowitz, Feigelman, Lane, og Kim (2009) har leger i den senere tid fått en utvidet arbeidsrolle. I tillegg til sitt vanlige virke skal de gjenkjenne og adressere psykososiale problemer som mange familier sliter med. Til tross for denne utviklingen, mener Dubowitz et al. (2009) at legers praksis har endret seg lite. De mener at potensielle årsaker til dette kan være manglende opplæring, tid, screeningverktøy og ubehaget knyttet til å adressere sensitive temaer. I et forsøk på å forbedre legehjelpen familier får, og hjelpe legene til å adressere viktige risikofaktorer for barnemishandling, utviklet Dubowitz og hans kollegaer modellen Safe Environment for Every Kid (SEEK).

Safe Environment for Every Kid

SEEK-modellen innebærer at: 1) legene får spesiell trening i å vurdere og adressere risikofaktorer for barnemishandling; 2) foreldrene blir screenet for risikofaktorer med Parent Screening Questionnaire; og 3) en sosialarbeider jobber tett med legene og foreldrene dersom

ønskelig (Dubowitz et al., 2009). MacMillan et al. (2009) referer til en studie (Dubowitz et al., 2009) som nylig har evaluert SEEK-modellen. Dubowitz et al. fant en signifikant reduksjon på alle utfallsmålene de brukte for barnemishandling: færre rapporteringer til barnevernet, færre tilfeller av medisinsk omsorgssvikt og mindre bruk av alvorlig fysisk straff rapportert av foreldrene. MacMillan et al. (2009) konkluderte med at det å fremme legers evne til å hjelpe familier med å redusere risikofaktorer for barnemishandling, kan være effektivt i forebyggingen av overgrep mot barn. Dubowitz et al. (2009) konkluderer selv med at resultatene er lovende, men at det er behov for videre evaluering og replikasjon av studien før vi kan si noe sikkert om effekten av SEEK-modellen på barnemishandling.

Programmer for forebygging av seksuelle overgrep

Skolebaserte programmer

I motsetning til forsøk på å forebygge fysiske overgrep mot barn (som fokuserer på å modifisere omsorgsgivers atferd), har forebygging av seksuelle overgrep mot barn fokusert på å gi barna kunnskap og evner slik at de kan unngå potensielle overgrepssituasjoner (Wurtele, 2009). Hovedtilnærmingen har vært universelle undervisningsprogrammer rettet mot barn, som blir implementert i barnehagen og/eller skolen (MacMillan et al., 2009; Mikton & Butchart, 2009; Wurtele, 2009). Undervisningsprogrammene varierer mye i formidlingsform og varighet, men de deler to hovedmål: å redusere antall seksuelle overgrep mot barn og å øke avdekkingen av seksuelle overgrep. Programmene skal lære barn om eierskap til kroppen sin, forskjellen på god og dårlig berøring, hvordan de kan gjenkjenne overgrepssituasjoner, si nei i overgrepssituasjoner og å si fra til en voksen de stoler på hvis de blir utsatt for overgrep (Mikton & Butchart, 2009).

Skolen blir sett på som en god arena for å implementere slike programmer. Her har man muligheten til å nå alle barn og unge på tvers av rase, etnisitet og sosioøkonomisk status. Barn tilbringer mye tid på skolen, og undervisningssituasjonen gir god mulighet til å lære dem om seksuelle overgrep og hvordan de kan unngå slike overgrep. At disse programmene blir gitt til alle barn, fjerner stigmaet knyttet til identifiseringen av barn og familier med økt risiko for seksuelle overgrep. Ved bruk av universelle skoleprogrammer unngår man også dyre, påtrengende intervensjoner i familiens privatliv (Wurtele, 2009). Mange programmer har

komponenter som rettes mot foreldrene og lærerne (Finkelhor, 2007). Dette kan innebære at foreldrene deltar på møter eller mottar brev, der de får generell informasjon om seksuelle overgrep og blir informert om hva barna skal få undervisning i på dette området. Foreldrenes funksjon er hovedsakelig å støtte opp om det barna skal lære, og å samtykke til at barna får delta på programmene. Ifølge Wurtele (2009) har ikke disse foreldrekomponentene av programmene blitt evaluert.

Det er stor enighet i forskningslitteraturen om at skolebaserte undervisningsprogrammer er effektive i å styrke barns beskyttelsesatferd og kunnskap om seksuelle overgrep, men at bevis for at slike programmer faktisk reduserer prevalensen av seksuelle overgrep mangler (Butchart et al., 2006; MacMillan et al., 2009; Mikton & Butchart, 2009; Pinheiro, 2006; Wurtele, 2009).

Zwi, Woolfenden, Wheeler, O'Brien, Tait, et al. (2007) har utført den nyeste meta-analysen på dette området. De gikk systematisk gjennom 15 studier av skolebaserte undervisningsprogrammer for forebygging av seksuelle overgrep mot barn. Zwi et al. (2007) konkluderte med at barn som deltar på slike undervisningsopplegg viser økt kunnskap og økt beskyttelsesatferd sammenlignet med barn som ikke har fått slik undervisning. Likevel understreker Zwi et al. (2007) at disse resultatene må tolkes forsiktig. De peker blant annet på problemer med hvordan de originale studiene ble analysert, at barnas kunnskap kun ble testet kort tid etter at programmet var implementert og at noen av studiene rapporterte negative utfall, som økt angst hos barna. De sier videre at det er vanskelig å vite om endringene i barnas kunnskap og beskyttelsesatferd vil bidra til å forebygge seksuelle overgrep. Konklusjonen var at "skolebaserte programmer, i beste fall, bør bli sett på som en del av en samfunnstilnærming til forebygging av seksuelle overgrep mot barn" (Zwi et al., 2007, s.2, vår oversettelse). Zwi et al. fremhevet også at mulige skadelige effekter må bli nøye overvåket i fremtidige studier og eksisterende skoleprogrammer.

Mikton & Butchart (2009) identifiserte to studier (Finkelhor, Asdigian, & Dzibua-Leatherman, 1995; Gibson & Leitenberg, 2000) som har målt virkningen på prevalensen av fremtidige seksuelle overgrep, og fant at resultatene var blandet. Finkelhor et al. (1995) fant at barn som hadde deltatt på skolebaserte forebyggende programmer blant annet gjorde det bedre på kunnskapstester om seksuelle overgrep, brukte mer selvbeskyttelsesstrategier, følte

at de hadde klart å beskytte seg selv og rapportere at noen hadde prøvd å forgripe seg på dem. Likevel, disse barna var ikke bedre i stand til å begrense alvorligheten av overgrepene og opplevde faktisk flere skader i løpet av overgrepet. Barn av foreldre som hadde fått omfattende instruksjoner var bedre i stand til å begrense alvorligheten av overgrepene.

Gibson og Leitenberg (2000) ønsket å undersøke om det var en forskjell i prevalens av seksuelle overgrep blant kvinnelige studenter som i løpet av sin barndom hadde deltatt på et forebyggende program mot seksuelle overgrep og de som ikke hadde det. Gibson og Leitenberg fant at 14 prosent av kvinnene som ikke hadde deltatt på et slikt program senere hadde blitt utsatt for seksuell mishandling, sammenlignet med åtte prosent av kvinnene som hadde deltatt på et slikt program. Wurtele (2009) mener at denne studien gir foreløpig støtte til at slike programmer kan redusere antallet seksuelle overgrep. Det er likevel behov for mer forskning på dette området, med sikre mål på reduksjon av prevalensen av seksuelle overgrep.

Behov for et utvidet fokus

Ifølge Wurtele (2009), en amerikansk ekspert på feltet, spiller skoleprogrammer en viktig rolle i forebyggingen av seksuelle overgrep, men de alene kan ikke hindre at barn blir utsatt for slik mishandling. Hun mener at det er behov for en mer omfattende tilnærming for å forebygge seksuelle overgrep mot barn, som ikke kun retter seg mot barnet/ungdommen (slik det er i dag), men også mot foreldre, profesjonelle (lærere, helsearbeider og forskere/klinikere) og befolkningen generelt. Basert på sin ekspertkunnskap på området, forskning på forebyggende tiltak og risikofaktorer for seksuelle overgrep, har Wurtele kommet med forslag til en slik utvidet tilnærming. Her vil noen forslag til en slik tilnærming bli presentert (adaptert fra Wurtele, 2009, s.10-13):

Foreldre:

- Gi foreldre informasjon om innholdet i de skolebaserte undervisningsprogrammene barna deres får, slik at foreldrene kan forsterke og øve på slike ferdigheter hjemme med barna.
- Gi foreldre informasjon om tegn og symptomer som kan indikere seksuell mishandling.
- Lære foreldre hvordan de kan respondere på barns rapportering av seksuelle mishandling.

- Oppmuntre foreldre til å snakke med barna sine om seksualitet og personlige grenser.
- Lære foreldrene hvordan de kan gjøre hjemmemiljøet tryggere for barna sine.
- Gi foreldre informasjon om hvordan de kan identifisere potensielle overgripere, hvordan overgripere manipulerer foreldrene for å oppnå deres tillit og aksept, og hvordan de kan snakke med barna sine om denne trusselen.
- Lære foreldre om trygg bruk av internett.

Lærere:

- Øke lærernes forståelse av seksuelle overgrep.
- Øke lærernes evne til å undervise elevene om seksuelle overgrep.
- Øke lærernes evne til å identifisere tegn og symptomer på seksuell mishandling.
- Lære hvordan de kan respondere på barns rapportering av seksuelle mishandling.
- Lære hvordan/ hvor de kan rapportere slik mishandling.

Helsearbeidere kan:

- Gi foreldre informasjon om seksuelle overgrep mot barn.
- Fortelle barn og deres foreldre om normal seksuell utvikling og upassende seksuell atferd.
- Fremme kommunikasjon mellom foreldre-barn om seksuelle temaer.
- Gi råd til foreldre om hvordan de kan håndtere unge barns seksuelle atferd.
- Øke foreldres bevissthet om situasjoner som kan øke risikoen for seksuelle overgrep.

Forskere/ klinikere:

- Forskning på hvordan overgripere manipulerer barn kan være nyttig i det forebyggende arbeidet.
- Økt kunnskap om hva som kjennetegner overgriperens atferd kan gjøre foreldre og profesjonelle i bedre stand til å identifisere mulige overgripere.

Den generelle befolkningen:

- Endre sosiale normer gjennom bruk av mediekampanjer.
- Vektlegge i mediekampanjene at seksuelle overgrep mot barn er kriminelt, at det er galt å ha seksuell kontakt med barn, og at barn blir skadet når man har sex med dem.
- Behov for mer økonomisk støtte til forebyggende arbeid.

- Behov for en statelig leder på området.

Diskusjon

Norge er forpliktet gjennom FNs Barnekonvensjon til å beskytte barn og ungdom mot vold og overgrep. I tillegg ble det innarbeidet forbud mot bruk av vold mot barn i Barneloven i 1981 (Barne- og likestillingsdepartementet, 1981). Fysiske og seksuelle overgrep mot barn kan føre til alvorlige skadevirkninger, som økt risiko for selvmord, selvskading, høyt alkoholforbruk og stoffavhengighet/misbruk (Dube et al., 2003; Edgardh & Ormstad, 2000; Fergusson et al., 2008; Kilpatrick et al., 2003; Moran et al., 2004). Å beskytte barn mot slike overgrep kan dermed bidra til å hindre omfattende helseproblemer. Spørsmålet er hvordan vi best kan forhindre at barn blir utsatt for fysiske og seksuelle overgrep. Vi har i det foregående systematisert den eksisterende kunnskapen om virkningene av universelle og selektive forebyggingstiltak som er tilgjengelig, i tillegg til å gi eksempler på tiltak med dokumentert effekt.

Det finnes mange forebyggende tiltak mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn på samfunnsnivå. Eksempler på slike tiltak er utvikling og implementering av reformer og menneskerettigheter, mediekampanjer, krav om politiattester og pre- og postnatale tjenester. Til tross for at det eksisterer mange slike tiltak er evalueringen av dem mangelfull. Når forebyggende tiltak iverksettes uten at dette blir gjort systematisk, og uten at virkningen blir evaluert, er det vanskelig å si noe om tiltakenes effekt. For å hindre at begrensede ressurser blir brukt på tiltak som ikke virker, eller i verste fall som virker mot sin hensikt, er det nødvendig med grundige og systematiske evalueringer.

I faglitteraturen skiller man mellom forebyggende tiltak utarbeidet for å hindre fysiske overgrep mot barn og tiltak for å hindre seksuelle overgrep mot barn. Forebygging av fysiske overgrep mot barn har i hovedsak bestått av støtte, råd og veiledning til foreldre enten i hjemmet, på sykehuset, eller andre steder der foreldre og kommende foreldre kan nås. Hovedtilnærmingen for forebygging av seksuelle overgrep, derimot, har vært skolebaserte undervisningsprogram som skal lære barn strategier for å unngå overgrep. Tiltakene mot forebygging av fysiske overgrep er altså hovedsakelig rettet mot voksne, mens tiltakene mot forebygging av seksuelle overgrep er først og fremst rettet mot barn. Det finnes både

indikerte, selektive og universelle forebyggingsprogrammer mot fysiske overgrep mot barn. For seksuelle overgrep er programmene hovedsakelig universelle.

Hjemmebesøksprogram har i løpet av de siste 20 årene vært en av de mest lovende forebyggingsstrategiene mot barnemishandling (Donelan-McCall et al., 2009). Til tross for at det finnes et stort antall hjemmebesøksprogram, er det få som er blitt evaluert med positive resultater. Videre har forskningen i stor grad fokusert på programmets effekt på risikofaktorer for fysiske overgrep, fremfor den faktiske virkningen på forekomsten av slik mishandling (Reynolds et al., 2009). Per dags dato er det ett hjemmebesøksprogram som skiller seg ut med positive og vedvarende resultater på forebygging av fysisk barnemishandling, nemlig Nurse-Family Partnership. Andre lovende program som kan bidra til å redusere forekomsten av fysiske overgrep mot barn er Triple P (foreldreveiledningsprogram), Dias-modellen (undervisningsprogram for foreldre) og SEEK-modellen (legehjelp til foreldre), men det er behov for mer forskning på effekten av disse.

Skolebaserte undervisningsprogram som skal lære barn forebyggende strategier for å unngå seksuelle overgrep kan vise til økt kunnskap og ferdigheter blant barn, men de fører ikke nødvendigvis til en reduksjon i antall overgrep (Butchart et al., 2006; MacMillan et al., 2009; Mikton & Butchart, 2009; Pinheiro, 2006; Wurtele, 2009). Det er stor uenighet innenfor fagfeltet rundt bruken og nytten av slike skolebaserte undervisningsprogram (Wurtele, 2009). Kritikere mener at programmene bidrar til å plassere ansvaret for overgrep hos barna og at dette igjen kan føre til en skyldfølelse blant barn som ikke klarer å forhindre overgrep (e.g. Mossige, 2001). Noen har også uttrykt bekymring for at barn ikke vil være i stand til å hindre seksuelle overgrep til tross for tilegnet kunnskap og ferdigheter. Finkelhor (2007) har svart på denne kritikken og hevder det er feil å fokusere på potensiell skyldfølelse blant ofrene dersom programmene faktisk kan forhindre seksuelle overgrep. Finkelhor mener at selv om det er vanskelig, er det ingen tvil om at barn selv vil foretrekke å ha kunnskap og evner til å prøve å hindre overgrep. Han mener at det ville være lite hensiktsmessig å slutte å bruke skolebaserte undervisningsprogrammer før vi har andre strategier for å forebygge seksuelle overgrep mot barn. Zwi et al. (2007) fant at skadelige effekter, som økt angst, ble rapportert i flere studier av forebyggende skoleprogrammer. Som Zwi et al. (2007) framhever, er vi enige i at det er viktig at mulige skadelige effekter blir nøye overvåket i fremtidige studier og eksisterende skoleprogrammer.

Gibsen og Leitenberg (2000) fant lavere forekomst av seksuelle overgrep blant kvinner som hadde deltatt på et forebyggende skoleprogram i løpet av barndommen, sammenlignet med kvinner som ikke hadde deltatt på et slikt program. Men, ifølge Mossige (2001) må disse resultatene tolkes med forsiktighet. Han peker på den store usikkerheten knyttet til hvor godt informantene husker hva de har opplevd. Videre mener han at det er problematisk at spørsmålene om seksuelle overgrep var knyttet til begrepene gode og dårlige berøringer fordi mange barn vil ha problemer med å skille mellom disse. Gibsen og Leitenbergs (2000) studie gir foreløpig støtte til at slike programmer virker, men langt flere studier må gjennomføres for å kunne trekke sikre konklusjoner om effekt.

Til tross for utilstrekkelige resultater ift. reduksjon i forekomst av overgrep som følge av skoleprogrammer, peker Finkelhor (2007) på andre viktige effekter av slike programmer. Han har blant annet vist at skoleprogrammer fører til økt rapportering av overgrep (Finkelhor et al., 1995) og til reduksjon i stigmaet og selvkritikken som ofre føler (Finkelhor et al., 1995). I tillegg kan skoleprogrammer bidra til utdanning av foreldre, lærere og befolkningen generelt om seksuelle overgrep (Finkelhor, 2007). Finkelhor mener at programmene bør beholdes og brukes på bakgrunn av disse positive utfallene, selv om det har liten effekt på den faktiske forekomsten av seksuelle overgrep.

Mossige (2001) foreslår at forebyggende programmer i mye mindre grad burde fokusere på hvordan barnet skal handle i overgrepssituasjoner. Han trekker frem den asymmetriske relasjonen mellom barnet og den voksne, der det stort sett er den voksne som har makt til å definere og forstå situasjonen og til å avgjøre hvordan det skal handles. Ifølge Mossige bør fokuset på handling erstattes med et fokus på å skape forståelse hos barnet for hva som er akseptable og uakseptable handlinger, både fra voksne og fra andre barn/ungdom. Gibson og Leitenberg (2000) mener at en mulig effekt av forebyggende programmer er at overgriperen blir oppmerksom på at barnet har kunnskap om overgriperen og vet hva voksne kan være i stand til å gjøre mot barn. Holdninger overgriperen møter hos barnet kan være avgjørende for om overgriperen tør å tilnærme seg. En slik forståelse argumenterer derfor for å tone ned betydningen av å lære barn bestemte typer handlinger. Som Mossige (2001) framhever, er vi enige i at man i stedet bør legge vekt på å lære barnet om retten til å sette egne grenser. Dette kan bidra til å understreke at vi verken kan eller bør forvente at barn handler på spesifikke

måter i overgrepssituasjoner, og at det alltid er den voksne som har ansvaret i slike situasjoner (Mossige, 2001).

Ifølge Wurtele (2009) kan ikke skoleprogrammer alene hindre at barn blir utsatt for seksuelle overgrep. Hun mener det er behov for en omfattende tilnærming som ikke kun retter seg mot barnet/ungdommen, men også mot foreldrene, profesjonelle (lærere, helsearbeider og forskere/klinikere) og befolkningen generelt. Det har lenge vært et behov for å utvikle selektive forebyggende programmer rettet mot potensielle overgripere. Slike programmer kan bidra til å endre hovedfokuset i forebyggingsarbeidet fra barn til voksne. Menn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen har økt risiko for å utsette barn for overgrep ("the Cycle of Sexual Abuse") (Glasser, Kolvin, Campbell, Glasser, Leitch, et al. 2001) og kan være en av flere potensielle målgrupper for slike programmer.

Det er viktig at samfunnet har et kontinuerlig fokus på overgrep mot barn og at det jevnlig blir gitt informasjon og kunnskap til både foreldre, lærere og resten av befolkningen om forekomsten, skadevirkningene og vanlige symptomer på fysiske og seksuelle overgrep mot barn. Øverlien og Sogn (2007) fant at profesjonelle som arbeider med barn (i.e., lærere, førskolelærere og barnevernspedagoger) ikke får tilstrekkelig kunnskap om vold og seksuelle overgrep mot barn i sin utdanning. Øverlien og Sogn fant blant annet at de fleste av de nyutdannede pedagogene ikke følte seg kompetente til å møte og arbeide med barn utsatt for vold.

I det forebyggende arbeidet mot overgrep mot barn kan vi velge mellom å utvikle nye, norske programmer eller å adaptere og implementere etablerte, internasjonale programmer. Det er både fordeler og ulemper med begge disse tilnærmingene. Det finnes forebyggende programmer som er utviklet, implementert og grundig evaluert med god effekt i utlandet. Det kan være aktuelt å oversette og innføre de mest virksomme utenlandske programmene (som for eksempel Nurse Family Partnership) i Norge. Da vil vi kunne spare mye tid og ressurser ift. at programmene allerede er utviklet, gjennomført og evaluert. På den andre siden er det mulig at program som har vist god effekt i utlandet ikke nødvendigvis vil fungere like godt her, på grunn av kulturelle og strukturelle forskjeller. Programmene kan derfor trenge tilpasning til norske forhold for at samme effekt skal kunne oppnås. Å utvikle nasjonale programmer er en mer omfattende jobb, både ressurs- og tidsmessig. Et eksempel på et slikt

program er ”Program for foreldreveiledning”, som nå evalueres i regi av Barne- og likestillingsdepartementet.

Det er nødvendig med en grundig og systematisk evaluering av tiltakene som blir iverksatt for å forebygge overgrep mot barn. Evalueringene bør gjøres med et godt design, helst randomisert kontrollert design (RCT). Videre bør evalueringene av forebyggingstiltak ta utgangspunkt i direkte mål på forekomsten av overgrep, ikke bare risikofaktorer assosiert med slik mishandling. Når et forebyggende tiltak skal bli implementert er det derfor viktig å samle inn offisielle data på forekomsten av fysiske og seksuelle overgrep både før og etter implementeringen. En slik datainnsamling bør være en del av rutinene når forebyggende tiltak blir iverksatt og vil gjøre det mulig å se om tiltaket har en direkte effekt på raten av overgrep mot barn. Det er også et stort behov for oppfølgingsstudier siden det finnes alt for lite kunnskap om langtidseffekten av forebyggende programmer, både nasjonalt og internasjonalt. Arbeidet med å forebygge overgrep mot barn bør samordnes og gjennomføres som en helhetlig plan, ikke som mer eller mindre tilfeldige tiltak som ikke evalueres systematisk. En slik helhetlig plan ble foreslått for 16 år siden i gjennomgangen til Frøland og Mossige (1993), og problematikken er stadig like aktuell.

Oppsummering

- Det finnes mange forebyggende tiltak på samfunnsnivå, som for eksempel mediekampanjer, krav om politiattester og pre- og postnatale tjenester, men evalueringen av disse er mangelfull.
- Hjemmebesøksprogrammer er den mest evaluerte formen for forebygging av fysiske overgrep mot barn. Per dags dato er det kun ett hjemmebesøksprogram som skiller seg ut med positive og vedvarende resultater; Nurse-Family Partnership.
- Andre lovende program som kan bidra til å redusere forekomsten av fysiske overgrep mot barn er Triple P, Dias-modellen og SEEK-modellen, men det er behov for mer forskning på effekten av disse.
- Hovedtilnærmingen for forebygging av seksuelle overgrep har vært skolebaserte undervisningsprogram. Evalueringen av slike program viser at de kan bidra til økt

kunnskap og ferdigheter blant barn, men de fører ikke nødvendigvis til en reduksjon i antall overgrep.

- Det er behov for å utvide fokus for forebygging av seksuelle overgrep mot barn fra en ensidig tilnærming som retter seg mot barnet/ungdommen, til å prøve ut andre tiltak rettet mot foreldrene, profesjonelle (lærere, helsearbeider og forskere/klinikere) og befolkningen generelt.
- Det er stort behov for å koordinere det forebyggende arbeidet som blir iverksatt og for å systematisk evaluere utfallet og langtidseffekten av disse tiltakene. Evalueringer bør gjennomføres på en systematisk måte med gode design (helst RCT) og ta utgangspunkt i direkte mål på forekomsten av overgrep, ikke bare risikofaktorer assosiert med slik mishandling.

Referanser

Bjørn, A. K. (2003). *Prosjekt støtte til seksuelt misbrukte barn - Region Nord. Årsrapport*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Bjørn, A. K. (2004). *Prosjekt støtte til seksuelt misbrukte barn - Region Nord. Årsrapport*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Brown, J., Cohen, P., Johnson J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 22, 1065-78.

Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Fűrinniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization and International Society for Child Abuse and Neglect.

Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach*. Hove: Routledge.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-38.

Cohen, P., Brown, J. & Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, 13, 981-1000.

Crosse, S. B., Kaye, E., & Ratnofsky, A. C. (1993). *A report on the maltreatment of children with disabilities*. Washington, D.C.: Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.

Dias, M. S., Smith, K., deGuehery, K., Mazur, P., Li, V., Shaffer, M. L. (2005). Preventing abusive head trauma in infants and young children: A hospital-based, parent education program. *Pediatrics*, 115, 470-7.

Donelan-McCall, N., Eckenrode, J., & Olds, D. L. (2009). Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years. *The Pediatric clinics of North America*, 56, 389-403.

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences in health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1990. *Preventive Medicine*, 37, 268-77.

Dubowitz, H., Feigelman, S., Lane, W., & Kim, J. (2009). Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the safe environment for every kid (SEEK) model. *Pediatrics*, 123, 858-64.

Durrant, J. E. (1999). Evaluating the success of Sweden's corporal punishment ban. *Child Abuse and Neglect*, 23 (5), 435-48.

Durrant, J. E., & Janson, S. (2005). Law reform, corporal punishment and child abuse: The case of Sweden. *International Review of Victimology*, 12, 139-58.

Edgardh, K., & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 89 (3), 310-19.

Fergusson, D. M., Linskey, M., T., & Horwood, L. J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1355-64.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32, 607-19.

Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C., Tubman, J. G., & Adamson, L. (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt*. Stockholm: Gotha.

Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect, 14*, 19-28.

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*, 409-17.

Finkelhor, D., Asdigian, N., & Dziuba-Leatherman, J. (1995). The effectiveness of victimization prevention instruction: An evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child Abuse & Neglect, 19*, 141-53.

Finkelhor, D. (2007). Prevention of sexual abuse through educational programs directed toward children. *Pediatrics, 120*, 640-45.

Frøland, M., & Mossige, S. (1993). *Kunnskapsstatus: Forebygging av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Norges forskningsråd

Gibson, L. E., & Leitemberg, H. (2000). Child sexual abuse prevention programs: Do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect, 24*, 1115-25.

Gilbert, R., Spatz-Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Child maltreatment: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*, 68-81.

Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I., & Farrelly, S. (2001). Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *British Journal of Psychiatry, 179*, 482-494.

Gonzalez, A. & MacMillan, H. L. (2008). Preventing child maltreatment: An evidence-based update. *Journal of Postgraduate Medicine, 54*, 280-86.

Haapasalo, J., & Pokela, E. (1999). Child-rearing and child abuse antecedents of criminality. *Aggression and Violent Behavior, 4*, 107–27.

Helsedepartementet (2004). *Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort (2004-2008)*. Hentet 23.07.09 fra:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2004/handlingsplan-for-forebygging-av-uonsket.html?id=102064

Hundeide, K. (2005). ICDP – et relasjonsorientert og empatibasert program rettet imot barns omsorgsgivere. *Skolepsykologi, 7*, 9-25.

Janson, S. Moniruzzaman, S. & Hjern, A. (2007) Kan barnamord forebyggas? Ny lag om skyddsutredningar av avlidna barn föreslås träda i kraft i juli 2007. *Läkartidningen, 10(104)*, 104-781.

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 692-700.

Klevens, J. (2003). Prevention of inflicted childhood neurotrauma: what we know, what we don't know, and what we need to know. I: Reece, R. M., & Nicholson, C. E., eds. *Inflicted childhood neurotrauma*. (s. 269-279). Elkgrove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

Klevens, J. & Whitaker, D. J. (2007) Primary prevention of child physical abuse and neglect: Gaps and promising directions. *Child Maltreatment, 12*, 364-77.

Krug, E., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

Lanzford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12-Year Prospective Study of the Long-term Effects of Early Child Physical Maltreatment on Psychological, Behavioral, and Academic Problems in Adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156*, 824-30.

Leeb, R. T., Paulozzi, L. J., Melanson, C., Simon, T. R., & Arias, I. (2008). *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

Lowenstein, L. (2006). Aspects of young sex abusers – a review of the literature concerning young sex abusers (1996-2004). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 47–55.

MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M., & Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 373, 250-66.

Marcenko, M., Kemp, S. P., & Larson, N. (2000). Parenting in the face of childhood experiences of abuse and subsequent substance abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70 (3), 316- 26.

Mikton, C. & Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 353 - 61.

Moran, P. B., Vuchinich, S., & Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 28, 565 - 74.

Mossige, S. (2001). Forebyggingsprogrammer mot seksuelle overgrep. I: M. Sandbæk (red.), *Fra mottaker til aktør. Brukerens plass i praktisk sosialt arbeid og forskning*. (s. 172-210). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole* (No. 20): Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Mrazek, P., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Neumayer, S., Meyer, M., & Sveaass, N. (2008). *Forebygging av vold i oppdragelsen i familier med minoritetsbakgrunn*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Seksjon barn og unge. (2007). *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge: Kunnskapsstatus 2007*. Oslo: NKVTS.

Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudsmoen, H., Larsen, T., & Rørnes, K. (red.) (2006). *Forebyggende innsatser i skolen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R. Jr., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278, 637-43.

Olds, D. L., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007) Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 48, 355-91.

Pereda, N, Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A conituation of Finkelhor (1994). *Child Abuse and Neglect*, 33(6), 331-142.

Pinheiro, P. S. (2006). *World report on violence against children*. Geneva: United Nations Secretary-General`s Study on Violence against Children

Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Populations-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple P system populations trail. *Preventive Science*, 10, 1-12.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-78.

Reedtz, C. (2008). International Child Development Programme (ICDP) – Program for foreldreveiledning. Hentet 03.10.09 fra:

<http://ungsinn.uit.no/ikbViewer/Content/92965/Tiltaksvurdering%20ICDP%20-%20etter%20ungsinnpanelm%C3%B8te%202209%20-%20pdf%20oppdatert%2015.12.pdf>

Reynolds, A. J., Mathieson, L. C., & Topitzes, J. W. (2009). Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreatment*, 14, 182-205.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P- Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*, 1, 1-21.

Schechter, M., & Roberge, L. (1976). Child sexual abuse. I: R. Helfer, & C. Kempe, (red.), *Child abuse and neglect: the family and the community*. (s.97–142). Cambridge: Ballinger

Schou, L., Dyb, G., & Graff-Iversen, S. (2007). *Voldsutsatt ungdom i Norge: Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 2007:8).

Slazinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M., & Rosario, M. (1992). Constellations of family violence and their differential effects on children`s behavioral disturbance. *Child and Family Behavoir Therapy*, 14, 23-41.

Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C., & Logan, S. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: A population-based study. *Pediatrics*, 116, 609-13.

Spencer, N., Wallace, A., Sundrum, R., Bacchus, C., & Logan, S. (2006). Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 337-40.

Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24 (10), 1257-73.

SUO 2001:72. Barnmisshandel. Att förebygga och åtgärda. Slutbetänkande av Komittén mot barnmisshandel.

Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A metaanalytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435-56.

Whipple, E. E., & Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse and Neglect*, 15, 279-91.

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

Zwi, K. J., Woolfenden, S. R., Wheeler, D. M., O'Brien, T. A., Tait, P., & Williams, K. W. (2007). Schoolbased education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane database of systematic reviews* (3):CD004380.

Øia, T. (2007). *Ung i Oslo – levekår og sosiale forskjeller* (No. 6): Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Øverlien, C. & Sogn, H. (2007). Kunnskap gir mot til å se og trygghet til å handle. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress