

■ ■ ■ Rapport 1 / 2016

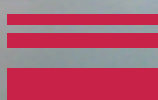
Mira Elise Glaser Holthe,
Mona-Iren Hauge og Mia Cathrine Myhre

Seksuelle overgrep mot barn og unge med innvandrerbakgrunn

En undersøkelse av forekomst og erfaringer i hjelpeinstansene

Nasjonalt kunnskapssenter

om vold og traumatisk stress a/s



www.nkvts.no

Nasjonalt kunnskapscenter 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 ressurscenter 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- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og politidepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

ISBN 978-82-8122-090-4 (trykk)

ISBN 978-82-8122-091-1 (PDF)

ISSN 0809-9103

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

Forord

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementets (BLD) strategi *Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom* (2014 – 2017) fremhever at kunnskap om seksuelle overgrep blant etniske minoriteter i Norge er begrenset, og at det er behov for mer forskning på feltet. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) har derfor gitt Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å igangsette forskning om seksuelle overgrep i innvandrerfamilier. I tilskuddsbrev av 2015 heter det at: “Som oppfølging av tiltak 19 i Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2012) bes NKVTS om å framskaffe kunnskap om seksuelle overgrep mot barn og ungdom i innvandrerfamilier”.

Målet med rapporten *Seksuelle overgrep mot barn og unge med innvandrerbakgrunn* har vært å få mer kunnskap om hvorvidt hjelpeinstanser opplever at det er særskilte forhold eller hjelpebehov som gjør seg gjeldende når barn med innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep. For å undersøke dette har vi hentet inn registerdata fra hjelpetjenester som kommer i kontakt med barn på bakgrunn av mistanke om at de kan ha blitt utsatt for seksuelle overgrep, og analysert data fra NKVTS’ omfangsundersøkelse om vold og seksuelle overgrep fra 2013 (Thoresen & Hjemdal, 2014; Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015). Det presiseres at rapporten omhandler seksuelle overgrep mot barn og unge med innvandrerbakgrunn, og ikke er avgrenset til seksuelle overgrep begått av familiemedlemmer eller innad i innvandrerfamilier.

Ansatte i hjelpeinstanser som møter barn som er utsatt for– eller som det er mistanke om at er utsatt for seksuelle overgrep, sitter på svært viktig kompetanse og erfaring når det gjelder behov for veiledning, hjelp og oppfølging av utsatte barn. Vi har derfor gjennomført kvalitative intervjuer med 15 ansatte fra to instanser som regelmessig møter barn utsatt for seksuelle overgrep, for å kunne sammenligne og sammenfatte erfaringene de ansatte har gjort seg i saker der barn både med og uten innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep.

Vi vil rette en stor takk til ansatte ved Statens Barnehus Oslo og Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus for ved å delta i undersøkelsen har formidlet viktig kunnskap og erfaringer. En særlig takk til Astrid Pettersen, leder ved Statens Barnehus Oslo, og Norunn Vetlesand, leder ved Sosialpediatrisk seksjon, for å legge

til rette for intervjuer, tallmateriale og godt samarbeid - og Trine Stoltenberg Bjaanæs som hentet ut data. En stor takk til Helle Nesvold ved Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo, for registerdata og grundige tilbakemeldinger på dataanalyser og beskrivelse av Overgrepsmottaket.

Flere har vært involvert i arbeidet med rapporten fra planlegging oppstart. Solveig Laugerud har bidratt med utarbeidelse av prosjektbeskrivelse og utforming av prosjektet. Marianne Buen Sommerfelt har gjennomført de fleste av de kvalitative intervjuene med ansatte i hjelpeinstansene. Våre kollegaer Carolina Øverlien, Lise Stene og Ingvild Lunde har lest gjennom og bidratt med viktige kommentarer til rapporten i den avsluttende fasen, og Petra Filkukova har bidratt med en svært grundig gjennomgang og gode innspill i slutfasen.

Mira Elise Glaser Holthe har gjennomført analyser av det kvalitative og kvantitative materialet og skrevet selve rapporten. Mia Myhre og Mona-Iren Hauge har ledet prosjektet, bidratt i analysearbeidet og er faglig ansvarlige for innholdet. Det har vært spennende å jobbe med kombinasjonen av kvalitative og kvantitative data, og vi takker hverandre for godt samarbeid i arbeidet med rapporten.

Oslo 27. november 2015

Mira Elise Glaser Holthe

Mona-Iren Hauge

Mia Cathrine Myhre

Innhold

Forord	3
Innhold	5
Tabelloversikt	7
Sammendrag	8
Summary	14
1 Innledning	20
1.1 Formål	22
1.2 Problemstillinger	23
1.3 Hjelpetjenester som møter barn utsatt for seksuelle overgrep	23
1.3.1 Statens Barnehus Oslo	25
1.3.2 Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus	26
1.3.3 Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo	27
1.4 Definisjoner og begrepsavklaringer	28
1.4.1 Seksuelle overgrep mot barn	28
1.4.2 Seksuelle overgrep og vold	30
1.4.3 Innvandrerbakgrunn	31
1.5 Rapportens struktur	31
2 Seksuelle overgrep mot barn	33
2.1 Historisk bakteppe	33
2.2 Forekomsten av seksuelle overgrep	34
2.3 Helsemessige og sosiale konsekvenser av seksuelle overgrep	37
2.4 Forhold som kompliserer avdekking og rapportering av seksuelle overgrep	39
2.5 Seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn	40
2.5.1 Begrenset språk- og systemkunnskap kan hindre tilgang til hjelpetjenester	41
2.5.2 Normer for hjelpesøking og rapportering av overgrep	42
2.6 Norske omfangsundersøkelser om seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn	44
3 Metode	46
3.1 Registerdata fra hjelpeinstanser	46

3.2	Data fra omfangsundersøkelsen «Vold og voldtekt i Norge»	46
3.2.1	Statistiske analyser	47
3.3	Kvalitative intervjuer av ansatte i hjelpeinstanser	47
3.3.1	Rekruttering og beskrivelse av intervjudeltakere	47
3.3.2	Fremgangsmåte og intervjuguide	48
3.3.3	Kvalitative analyser	49
3.4	Forskningsetiske vurderinger og hensyn	49
3.5	Styrker og begrensninger ved undersøkelsen	50
4	Resultater	52
4.1	Analyse av registerdata fra hjelpeinstansene	52
4.1.1	Registrerte saker ved Overgrepsmottaket i Oslo	53
4.1.2	Avhør ved Statens Barnehus Oslo	57
4.1.3	Medisinsk undersøkelse ved Statens Barnehus Oslo og Sosialpediatrisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus	58
4.2	Analyse av data fra omfangsundersøkelsen «Vold og voldtekt i Norge»	62
4.2.1	Forekomst av seksuelle overgrep i barndommen	63
4.2.2	Relasjon til overgriper	64
4.2.3	Karakteristika ved seksuelle overgrep i barndommen	65
4.2.4	Skam og skyld	66
4.3	Analyser av kvalitative intervjuer	67
4.3.1	Rutiner og samarbeidsmetoder mellom hjelpeinstanser i saker som omhandler seksuelle overgrep	67
4.3.2	Ansattes erfaringer med seksuelle overgrepssaker der barna har innvandrerbakgrunn	73
4.3.3	Forhold som særlig kan ramme barn med innvandrerbakgrunn	81
5	Sammenfatning av resultater	85
5.1	Sammenfatning av resultater fra analyser av registerdata og omfangsdata	85
5.2	Sammenfatning av kvalitative intervjudata	87
6	Avslutning	89
	Litteratur	94

Tabelloversikt

Tabell 4.1 Gjennomsnittsalder etter landbakgrunn og totalt.....	54
Tabell 4.2 Type overvinnelse	55
Tabell 4.3 Rusmiddelinntak forut for overgrep (pasientens egne opplysninger).....	55
Tabell 4.4 Tilbud benyttet ved første kontakt med Overgrepsmottaket.....	56
Tabell 4.5 Oppfølging ved legevakt	56
Tabell 4.6 Fordeling av type sak etter kjønn, og andel av type sak av tilrettelagte avhør totalt.....	57
Tabell 4.7 Fordeling av avhørsstatus etter kjønn, og andel status av tilrettelagte avhør totalt.....	57
Tabell 4.8 Kjønnfordeling etter landbakgrunn.....	59
Tabell 4.9 Aldersgrupper SBO og OUS	59
Tabell 4.10 Person mistenkt for overgrep (ikke i strafferettslig forstand).....	60
Tabell 4.11 Personen eller instansen som først mistenkte overgrep.....	61
Tabell 4.12 Personen eller instansen som henviste til medisinsk undersøkelse	62
Tabell 4.13 Forekomst av seksuelle overgrep, og sammenlikning mellom deltakere med minoritetsetnisk og vestlig bakgrunn	64
Tabell 4.14 Relasjon til overgriper blant de med ikke-vestlig bakgrunn som hadde opplevd seksuelle overgrep.....	65
Tabell 4.15 Karakteristika ved vold og overgrep, sammenlikning av deltakere med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn	66
Tabell 4.16 Skam og skyld, sammenlikning av respondenter med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn	67

Sammendrag

Bakgrunn

Nærmere 1 av 5 jenter og 1 av 20 gutter blir utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år, noe som kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser. Seksuelle overgrep mot barn utgjør derfor et folkehelseproblem, og har de siste tiårene vært gjenstand for økende oppmerksomhet både innen forskning og i samfunnsdebatten. Det finnes imidlertid lite kunnskap om seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn, og hvorvidt det er forskjeller i hjelpesøking, forekomst og karakteristika ved seksuelle overgrep, avhengig av land- eller innvandrerbakgrunn.

Formålet med denne undersøkelsen er å få mer kunnskap om forekomst av seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn, samt hvorvidt det er særskilte hjelpebehov eller andre forhold som gjør seg gjeldene når barn med innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep. For å få et innblikk i dette, har vi kartlagt og analysert overgrepssaker som er kjent av hjelpe- og/eller rettsapparatet, samt analysert data fra respondenter med innvandrerbakgrunn fra omfangsundersøkelsen «Vold og voldtekt i Norge» (NKVTS, 2013). I tillegg har vi gjennomført 15 intervjuer med profesjonsutøvere som arbeider med seksuelle overgrepssaker og som av den grunn har inngående kjennskap til utfordringer og hjelpebehov utsatte barn kan ha.

Metode

Rapporten er basert på tre ulike metodiske tilnærminger:

- (1) Analyse av registerdata fra Statens Barnehus Oslo (SBO), Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus og Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo.
- (2) Analyse av data fra omfangsundersøkelsen «Vold og voldtekt i Norge» (NKVTS, 2013).
- (3) Kvalitative dybdeintervjuer med 15 profesjonsutøvere fra Statens Barnehus Oslo og Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo universitetssykehus.

Resultater

Analysene av registerdata viser at andelen barn med innvandrerbakgrunn i tallmaterialene fra SBO, OUS og Overgrepsmottaket i snitt var 24 prosent, som er noe mindre enn andelen av totalbefolkningen i Oslo med innvandrerbakgrunn ved inngangen til 2015 (32 %). Videre i analysene fant vi at mange forhold var like hos barn utsatt for seksuelle overgrep, uansett landbakgrunn, slik som:

- Barnets alder ved undersøkelse og avhør.
- Form av og karakteristika ved overgrep.
- At en overvekt av jenter oppsøkte og/eller ble henvist til undersøkelse og avhør.
- At overgriper oftest var en som barnet kjente fra før.
- At det var som oftest var fravær av medisinske funn ved undersøkelse.
- At mor oftest var den som først mistenkte at overgrep hadde funnet sted.

Ved Overgrepsmottaket oppga drøyt halvparten av de unge i begge grupper frivillig rusinntak i forkant av overgrepet. Dette i kontrast til andre studier, der unge med innvandrerbakgrunn sjeldnere enn unge med norsk bakgrunn oppgir rusinntak i forbindelse med seksuelle overgrep.

Når det gjaldt henvisninger til medisinsk undersøkelse ved SBO og OUS, var andelen gutter dobbelt så stor i gruppen ikke-vestlige barn som i gruppen vestlige. I analysene kommer det frem at andre mulige forskjeller mellom barn etter landbakgrunn hovedsakelig er knyttet til hvilke instanser som er involvert og hva slags hjelpetilbud som benyttes av de unge. Ved Overgrepsmottaket var det noe færre ikke-vestlige enn vestlige unge som kom innen fristen for rettsmedisinsk undersøkelse, og som benyttet seg av videre medisinsk oppfølging. Videre hadde færre ikke-vestlige unge annen kjent oppfølging. Data fra SBO og OUS kan tyde på at færre barn med innvandrerbakgrunn ble henvist til psykiatri og barnevern.

Barnevern, helsepersonell, barnehage og skole var i større grad oppført som henvisende instans og først ute med å fatte mistanke om seksuelle overgrep når det gjaldt barn med innvandrerbakgrunn. Barn uten innvandrerbakgrunn ble oftere henvist og fulgt til undersøkelse og avhør av politi, mens skole og barnehage sjeldnere var først ute med å fatte mistanke samt henvise i disse sakene. Hvorvidt dette gjenspeiler at skole og barnehage har lavere terskel for å mistenke seksuelle overgrep hos barn med innvandrerbakgrunn, er ikke tallmaterialet i undersøkelsen stort nok til å konkludere med.

Analysene av data fra omfangsundersøkelsen «Vold og voldtekt i Norge» viser at personer med ikke-vestlig bakgrunn noe oftere enn vestlige rapporterte om seksuelle overgrep før fylte 13 år, ellers var det ikke forskjell mellom gruppene. Dette var overaskende tatt i betraktning at flere studier har vist lavere forekomst av seksuelle overgrep blant innvandrerungdom.

Videre hadde en mindre andel ikke-vestlige enn vestlige snakket med noen om overgrepet, samt vært til medisinsk undersøkelse. Det å ha vært utsatt for overgrep var forbundet med følelser av skam og skyld for utvalget som helhet, men ikke-vestlige rapporterte om signifikant mer skyld og skam enn vestlige.

Analysen av kvalitative intervjuer med ansatte ved SBO og OUS viser at det var enkelte tema som ble vektlagt som særlig sentrale når det gjelder seksuelle overgrepssaker generelt. I saker der det er mistanke om at barn er utsatt for seksuelle overgrep er det gjerne mange instanser involvert, mye å koordinere og en rekke hensyn som må tas. Ansatte påpeker at det er behov for tydeligere retningslinjer for ansvarsfordeling og samarbeidsmetoder mellom involverte hjelpeinstanser. Videre er usikkerhet omkring hendelsesforløp og mangel på vitner og håndfaste bevis som kan støtte opp om barns forklaringer i avhør, noe som preger mange overgrepssaker. Ofte er barns forklaringer det eneste instansene og rettsapparatet har å støtte seg til i disse sakene, da seksuelle overgrep sjeldent etterlater fysiske spor. Dermed er det svært viktig at voksne har kunnskap om og tillit til barns troverdighet og måter å fortelle på, og at avhørere er spesialisert i å avhøre barn.

Ansatte ved Barnehuset opplever at barnevernet ofte trekker seg ut av saken dersom denne henlegges av politiet, noe som er bekymringsverdig fordi mange saker henlegges grunnet mangel på bevis, uten at det utelukker overgrep eller betyr at barnevernet ikke lenger har en rolle i barnets og familiens liv. Ettersom det primære formålet med avhør og medisinske undersøkelser er å skaffe et bevisgrunnlag for hvorvidt et overgrep har funnet sted, gir mange ansatte uttrykk for en bekymring for begrensede ressurser og retningslinjer for videre oppfølging av barnets helse.

Når det gjelder eventuelle særskilte forhold eller hjelpebehov knyttet til det å ha innvandrerbakgrunn og være utsatt for seksuelle overgrep, vektlegger de ansatte at overgrepene og reaksjonene på disse hovedsakelig er de samme uansett landbakgrunn, men at det er få saker der barn med innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep. Tilleggsutfordringer og særskilte hjelpebehov de ansatte ser mer av hos personer med innvandrerbakgrunn, dreier seg i stor grad om følgende:

- At barn med innvandrerbakgrunn kan synes å oppleve mer skam, skyld og tabu rundt seksuelle overgrep.
- Utfordringer forbundet med begrenset språkkunnskap og behov for tolk. Der det er behov for tolk blir det mer å koordinere for instansene. Tilstedeværelse av tolk kan komplisere relasjonsbygging og kommunikasjon, og medføre usikkerhet fra instansenes side om hvorvidt de får formidlet nødvendig informasjon.
- Begrenset systemkunnskap kan gjøre det vanskelig for innvandrere å vite hvilke hjelpeinstanser de kan henvende seg til ved mistanke om seksuelle overgrep. Frykt og mistenksomhet fra omsorgsgivere og barn til politi og hjelpeinstanser som barnevernet kan få som konsekvens at overgrep ikke anmeldes eller at mistanke ikke tilstrekkelig blir fulgt opp.

Oppsummering av resultater og forslag til videre forskning og satsning

Tabu, skyld og skam fungerer som barrierer mot hjelpesøking, og da dette synes å gjøre seg gjeldende i særlig stor grad hos barn med innvandrerbakgrunn, bør videre forskning se nærmere på hvordan kulturelle forhold henger sammen med at slike følelser oppstår og kommer til uttrykk, og hvordan de blir til hinder for å søke hjelp.

Begrenset språk- og systemkunnskap kan hindre hjelpesøking, og informasjon om seksuelle overgrep og hjelpeinstanser rettet mot både omsorgsgivere og barn må gjøres tilgjengelig på flere arenaer, samt i ulike format. Utvikling av informasjonsmateriell og nettsider på flere språk bør være en prioritet for offentlige instanser.

For å forhindre at begrenset språkkunnskap og behov for tolk reduserer tilgang på helsetjenester, er det viktig at barn og omsorgsgivere har tilgang på kompetent tolk. I seksuelle overgrepssaker er det særlig viktig med profesjonelle tolker som har kunnskap både om seksuelle overgrep og relevant fagterminologi, slik at medisinske begreper blir korrekt oversatt og nyansene i barns forklaringer kommer tydelig frem.

Tydelige retningslinjer og overordnet ansvar er viktig i arbeid med seksuelle overgrepssaker, da koordinering og samordning mellom instanser er tid- og ressurskrevende, noe som kan medføre at utsatte barn ikke får raskt nok hjelp. Det kan derfor være behov for en instans som har overordnet ansvar og sørger for at alle involverte instanser får relevant informasjon slik at det ikke er usikkerhet om hvem som har ansvar for hva. Målet er at hvert barn skal få tilpasset hjelp og oppfølging, samt å unngå at barn blir kasteballer instansene imellom.

Barnevernet bør ha en selvfølgerlig rolle som observatør av tilrettede avhør, da mange saker henlegges grunnet mangel på bevis, og det da er barnevernet som har ansvar og mandat til å sette inn tiltak og følge opp barnets og familiens videre situasjon og fungering.

Det er behov for et døgnbemannet fagteam for barn som kan være utsatt for vold og overgrep, hvor det er tilgjengelig leger med sosialpediatrisk kompetanse samt barnepsykolog eller psykiater. Dette vil kunne sikre at barn til enhver tid kan få rask og kyndig hjelp og undersøkelse i akutte situasjoner, samt vurdering av både fysisk og psykisk helse.

Det er behov for mer fokus på hjelpe- og oppfølgingstilbud som fanger opp utsatte barn som ikke får tilbud i BUP. Det er også behov for rådgivnings- og oppfølgingstilbud til omsorgsgivere og øvrig familie. Desto mindre kunnskap og åpenhet det er om seksuelle overgrep i miljøet desto viktigere vil det være med slik oppfølging av omsorgsgivere. Det er grunn til å tro at dette behovet vil være større i enkelte innvandrerfamilier.

Opprustning av skolehelsetjenesten og andre lavterskeltilbud er en viktig del av arbeidet med å fange opp utsatte barn og hjelpe barn til å fortelle om seksuelle overgrep. Resultatene tyder på at barn med innvandrerbakgrunn kan ha enda høyere barrierer mot å søke hjelp slik at behovet for et tilpasset lavterskeltilbud vil gjøre seg ekstra gjeldene.

Spørsmål om vold og seksuelle overgrep bør i større grad være et tema ved konsultasjoner hos allmennlege, helsesøster og på helsestasjonen, samt hos psykolog og psykiater. Videre bør det i møte med barn som er utsatt for en type overgrep alltid kartlegges hvorvidt barnet i tillegg kan være utsatt for andre voldsformer.

Undervisning om seksuelle overgrep bør være en obligatorisk del av alle utdanninger som innebærer kontakt med barn, da de som arbeider med barn og unge må ha god nok kunnskap om temaet til at de ikke bare kan kjenne igjen signaler og tegn, men også snakke om og undervise om temaet. Undervisning om seksuelle overgrep rettet mot skole- og barnehagebarn er svært viktig, da dette fremmer åpenhet om seksuelle overgrep og slik kan virke forebyggende.

Barn må tas på alvor og voksne må være villige til å se. Fordi barns forklaringer er av så stor betydning i seksuelle overgrepssaker er det svært viktig at voksne har kunnskap om barns troverdighet og måter å fortelle på. Ved mistanke om at et barn

utsettes for seksuelle overgrep må en handle raskt og melde inn bekymringen snarest mulig, for å stoppe overgrep og fordi eventuelle medisinske spor forsvinner raskt.

Summary

Background

Child sexual abuse (CSA) is a widespread problem, estimated to affect nearly 1 out of 5 girls and 1 out of 20 boys prior to the age of 18. Due to its prevalence and potentially serious consequences for individuals' health, CSA is considered a global health issue. For the last two decades, CSA has received growing attention both within research and in ongoing debates. Yet little is known about sexual abuse of children with immigrant background and help-seeking, prevalence and characteristics of sexual abuse.

The aims of this study are to gain more knowledge about the prevalence of CSA among children with immigrant background, and to identify whether they experience challenges or helping-needs that differ from those experienced by children without immigrant background. To gain more insight into this, we have mapped and analyzed cases of CSA reported to the health care system and/or judiciary, and analyzed data from respondents with immigrant background from the prevalence study "Violence and rape in Norway" (NKVTS, 2013). Also, qualitative in-depth interviews with 15 professionals who work with sexual abuse cases have been conducted. These are professionals who have detailed knowledge of the challenges and support needs victims of child sexual abuse might have.

Methods

This report is based on three methodological approaches:

- (1) Analysis of registry data from the Child Advocacy Centre in Oslo (Statens Barnehus Oslo, SBO), the Section for Social Pediatrics at Oslo University Hospital (OUH), and the Sexual Assault Centre, The Emergency Medical Agency, City of Oslo (Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo).
- (2) Analysis of data from the prevalence study "Violence and rape in Norway" (NKVTS, 2013).

- (3) Qualitative in-depth interviews of 15 professionals working at the Child Advocacy Centre in Oslo and the section for Social Pediatrics at Oslo University Hospital.

Results

The analysis of the registry data shows that the percentage of children with immigrant background in the figures from SBO, OUH and the Sexual Assault Centre was on average 24 %. This is somewhat less than the share of the total population in Oslo with immigrant background at the beginning of 2015 (32%). Regardless of immigrant background, we found several similarities between children exposed to sexual abuse, including:

- The age of the child during medical examination and interrogation.
- The type of abuse and other characteristics of the abuse.
- A majority of girls seeking and/or being referred to medical examination and interrogation.
- The suspected perpetrator most often being a person the child already knows.
- A lack of medical evidence in the majority of medical examinations.
- The mother most commonly being the first person to suspect CSA.

Registry data from the Sexual Assault Centre show that nearly half of the youth in both groups reported voluntarily use of alcohol or other intoxicants prior to the abuse. This differs from results from other studies, where youth with immigrant background less often than those without report use of intoxicants in relation to sexual abuse.

Analyses of cases of referrals to medical examinations at SBO and OUH showed that the proportion of boys was twice as large in the group of children with immigrant background compared to the non-immigrant group. Other possible differences between groups are mainly related to which agencies that are involved in each case, and to what kind of health-care and follow up the child/youth use. Compared to other youth, fewer of those with immigrant background came to the Sexual Assault Centre within the deadline for forensic examination (1 week) or chose to use further medical follow-up. Furthermore, fewer immigrant youth had other forms of known follow-up.

Registry data from SBO and OUH may indicate that children with immigrant background to a lesser extent than other children were referred to child and adolescent psychiatry and child welfare services. The child welfare services, health personnel, kindergarten and school were to a larger extent reported as the referral

agency, as well as the first to suspect sexual abuse in cases that included children with immigrant background. Children without immigrant background were more often referred and followed to examination and interrogation by the police, while school and kindergarten less often were the first to suspect CSA and refer the child in these cases. This might suggest that schools and kindergartens have a lower threshold for suspecting sexual abuse among children with immigrant background; however, the data analyzed in this study is not large enough as to draw any firm conclusions.

The analysis of the data from the prevalence study «Violence and rape in Norway»

show that respondents with non-Western background somewhat more often than those with Western background report experiences of sexual abuse prior to the age of 13, otherwise there were no differences between the groups. This was surprising, considering that several other studies have shown a lower prevalence of child sexual abuse among minority youth.

Furthermore, a somewhat smaller share of the non-Western than Western group had talked to someone about the abuse, or been to any form of medical examination. The experience of sexual abuse was related to feelings of shame and guilt for the sample as a whole; however, participants with non-Western background reported significantly more shame and guilt than those with Western background.

The analysis of the qualitative interviews of professionals working at SBO and OUH show that certain themes were emphasized as particularly apparent in child sexual abuses cases in general. In these cases there are often many agencies involved, issues with co-ordination and numerous considerations to make. Employees emphasize that there is a need for clearer guidelines for responsibilities and cooperation between the agencies involved. Furthermore, many CSA cases are characterized by uncertainty about the range of events, as well as lack of forensic evidence that may support children's descriptions. Children's explanations during interrogations are often the only proof available to the agencies and the judiciary, as CSA seldom leaves physical traces. It is therefore crucial that adults trust and have knowledge about children's credibility and ways of communicating, and that interrogators working with these cases are trained in forensic interviewing of children.

Employees at the Child Advocacy Centre in Oslo often experience that the Child welfare services withdraw from the case if it is dismissed by the police. This is a major concern, as although many cases are dismissed due to a lack of evidence, this does not automatically mean that the child do not need follow-up from the Child welfare services. A reoccurring theme in the interviews is a concern that criminal

prosecution receives more attention than follow-up of the child and the family. As the main task of the services is to conduct interrogations and medical examinations for the purpose of collecting evidence, the employees are concerned that there are insufficient resources and guidelines for further medical care and follow-up of sexually abused children.

In regards to distinctive needs related victims of CSA with an immigrant background, the employees emphasize that the characteristics of the sexual abuse, as well as the reactions to the assault essentially are the same regardless of country- or immigrant background. Particular challenges and service or helping-needs employees see more of in cases where people with immigrant background are involved, revolve to a large extent around the following:

- Children with immigrant background may seem to experience more shame, guilt and taboo associated with sexual abuse.
- Challenges associated with limited language knowledge and the need for an interpreter. If there is a need for an interpreter, there is more to coordinate for the agencies. The presence of an interpreter can complicate communication and building of trust, and lead to uncertainty regarding whether necessary information is communicated correctly and clearly enough.
- Limited knowledge of the health and welfare system can make it difficult for people with immigrant background to know which support agencies to contact with concerns and suspicions of sexual abuse. Fear and suspicion from caregivers and children to police and child welfare services may result in reluctance toward reporting abuse, or insufficient follow-up of a suspicion.

Summary of results and further recommendations

Taboo, guilt and shame are more pronounced, and professionals who work with CSA cases report that this may act as barriers to help seeking. Further research should look closer at how emotions such as guilt and shame can become obstacles that prevent children and families from seeking help.

Limited language and lack of system knowledge can complicate help seeking, and information on sexual abuse and welfare services targeting both caregivers and children should be made available in various arenas and formats. Development of information materials and websites in several languages should be a priority for public institutions.

To prevent that limited language skills reduce access to health care, it is important that children and families have access to skilled interpreters. Professional interpreters are particularly important in sexual abuse cases, and it is vital that interpreters have knowledge of sexual abuse and relevant terminology so that medical concepts are translated properly and nuances of children's explanations are communicated accurately.

Coordination between agencies is time- and resource intensive, which may implicate a risk of vulnerable children not getting help as soon as needed. It may therefore be useful that one agency has overarching responsibility; this to ensure that agencies involved receive relevant information and that children and families receive tailored assistance and support.

The Child welfare services should observe forensic interviews of children, as many cases are dismissed due to lack of evidence. It is then the child protection services who are responsible and mandated to suggest suitable actions and implement interventions to support the child and the family, independent of legal processes.

Access to a clinic for children exposed to violence and abuse, where doctors with skills in abuse pediatrics, and child psychologists- or psychiatrists are available at all times. This will ensure that children of any age receive rapid expert help and examination in emergency situations, as well as assessment of both physical and mental health needs.

There is a need for more focus on treatment and follow-up services for children that do not meet the criteria for psychiatric treatment in the child and youth psychiatry. There is also a need for counseling and follow-up services for caregivers and other family members. The less knowledge and openness there is about sexual abuse in the society, the greater the need for such follow-up of parents.

Upgrading of school health services and other low-threshold services are an important part of efforts to identify children at risk and help children to disclose sexual abuse. The results from this study suggest that children with immigrant background may experience greater barriers to seeking help, which makes the need for tailored low-threshold services particularly crucial.

Questions about exposure to violence and sexual abuse should to a larger extent be a theme in consultations with general practitioners, psychologists, psychiatrists, school nurses and at health clinics. Furthermore, children who are victims of one

type of abuse should always be asked whether they have experienced other forms of abuse, due to the overlap between different forms of violence and abuse.

Teaching about child sexual abuse should be a compulsory part of all educations that involve contact with children. Those working with children must have sufficient knowledge about the topic so that they can recognize signs and signals of CSA, as well as knowing how to talk about and teach the topic. It is of great importance that children are taught about sexual abuse in school and kindergarten. This promotes openness about sexual abuse, and might thereby work preventive.

Because children's explanations are of such great importance in CSA cases, it is crucial that adults have knowledge about children's credibility and ways of communicating. Furthermore, it is necessary to act quickly on suspicions of a child being victim of CSA and report such concerns as soon as possible, both in order to stop the abuse and because potential medical evidence quickly disappear.

1 Innledning

Kunnskap om omfang og karakteristika ved seksuelle overgrep mot barn¹ i Norge er begrenset i dag, selv om temaet i stadig større grad blir satt på dagsordenen innen forskning. Man vet særlig lite om seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn, da det har vært en utfordring å få forskningsbasert kunnskap og data om dette grunnet blant annet underrepresentasjon av barn med innvandrerbakgrunn i de omfangsstudier som foreligger i dag (se f.eks. Mossige & Dyb, 2009; Myhre et al., 2015; Pape & Stefansen, 2004; Schou, Dyb & Graff-Iversen, 2007; Thoresen et al., 2014). Thoresen et al. (2014) anbefaler at det gjennomføres studier som bedre når ut til personer med innvandrerbakgrunn, noe som kan kreve forskningsdesign som er bedre tilpasset målgruppen enn for eksempel telefonintervjuer og spørreskjemaundersøkelser.

Mørketallene antas å være betydelige når det gjelder avdekking av seksuelle overgrep mot barn, uavhengig av land- og innvandrerbakgrunn. I de fleste tilfeller begås seksuelle overgrep av en person som barnet kjenner eller i en relasjon som er betydningsfull for barnet. Det kan dreie seg om en forelder eller nær slektning, en venn av barnet eller familien, en barnehageansatt eller trener. Disse representerer autoritets- og omsorgspersoner som barn har et tillitsforhold til. For barn som blir utsatt for seksuelle overgrep i nære relasjoner representerer overgriper både trussel og primær omsorgsgiver, og barnets følelser for overgriper kan derfor være komplekse og forvirrende, preget av frykt, sinne, avhengighet, lojalitet og kjærlighet (Søftestad, 2005). Barn er gjerne svært lojale mot sine omsorgsgivere og opptatt av å beskytte familien, noe som gjør det vanskelig å fortelle om overgrep. Videre kan barn bli truet og fortalt at de ikke må fortelle noen om overgrepet, eller de forstår intuitivt at de ikke skal snakke om det som har skjedd. Dette er noen av faktorene som bidrar til at seksuelle overgrep er vanskelig for barn å melde ifra om, og som gjør at overgrep ofte er vanskelig for omgivelsene å få kjennskap til. Det estimeres at omkring 20 prosent av barn utsettes for seksuelle overgrep innen fylte 18 år, mens seksuelle overgrep var oppgitt som grunn for tiltak i kun 0,8 % av alle barnevernstiltak for barn og unge mellom 0 og 22 år i 2012. Fordelt etter

¹ I denne rapporten brukes betegnelsen barn i omtale av alle barn og unge i alderen 0 til 18 år.

innvandrerbakgrunn gjaldt dette 0,2 % innvandrere, 0,4 % norskfødte med innvandrerforeldre og 0,9 % uten innvandrerbakgrunn (Dyrhaug & Sky, 2015).

Det er ikke gjennomført kvalitative studier av seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn i Norge, og tall som fremkommer i kvantitative undersøkelser gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å fastslå omfang eller se på eventuelle kulturforskjeller (se bl.a. Pape et al., 2004; Thoresen et al., 2014). Enkelte studier har pekt på at jenter med innvandrerbakgrunn i mindre grad rapporterer om seksuelle overgrep enn jenter med norsk bakgrunn, mens gutter med innvandrerbakgrunn i større grad rapporterer om slike overgrep enn norske gutter (Mossige et al., 2009; Schou et al., 2007).

Et fåtall kvalitative studier har pekt på at forståelsen av og synet på seksuelle overgrep er knyttet til kulturelle verdier og normer (Gill, 2009; Pedersen, 2008). Fenomenforståelsen, det vil si hvorvidt handlingen blir fortolket som et seksuelt overgrep, har konsekvenser for rapportering av overgrepet, samt om den som er utsatt søker hjelp hos hjelpetjenester og anmelder forholdet til myndighetene (Gavey, 1999; Laugerud, 2007; Stefansen & Smette, 2006). Når det gjelder politianmeldte voldtekter, hvor små barn riktignok ikke medregnes, viser tall fra 2010 at en omtrent like stor andel personer med ikke-norsk som med norsk bakgrunn anmeldte voldtekt og forsøk på voldtekt i Oslo politidistrikt dette året (Sætre & Grytdal, 2011). Majoriteten av jenter og kvinner som anmeldte festrelatert voldtekt hadde norsk bakgrunn, mens det som betegnes relasjonsvoldtekter, det vil si der overgrepet ble begått av en person som kjente utsatte, ble anmeldt av relativt lik andel av jenter og kvinner med norsk som med ikke-vestlig bakgrunn (ibid.). Samtidig fremgår det av Kripos oversikt over anmeldte voldtekter i Norge totalt i 2012, at fornærmede var fra en annen verdensdel enn Europa i under 10 % av anmeldelsene, og at 93 % av de fornærmede fra Europa var norske (Kripos, 2013). Det at tallene ser annerledes ut i Oslo kan delvis skyldes at dette er en by hvor mange personer oppholder seg midlertidig, og at en større andel prostituerte, som kan tenkes å være ekstra sårbare for voldtekt, oppholder seg i Oslo enn i andre byer i Norge.

Terskelen for å anmelde seksuelle overgrep er gjerne høyere enn for å søke hjelp, og tall fra hjelpeinstanser som møter barn, unge og voksne som er utsatt for seksuelle overgrep er derfor relevant. Tall fra overgrepsmottaket i Oslo viser at den utsatte hadde utenlandsk bakgrunn i 22 prosent av sakene i 2009 (Voldtektsmottaket, 2009). I en evaluering av støttesentrene mot incest og seksuelle overgrep kommer det fram at omlag halvparten av sentrene har brukere med innvandrerbakgrunn, men at hvert senter har veldig få brukere (Gjertsen & Eide, 2009). Av rapporteringen fra

støttesentrene mot incest og seksuelle overgrep fremgår det at 7 % av brukerne hadde innvandrerbakgrunn i 2013, en andel som har vært forholdsvis stabil over noen år, med 3 % økning fra 2009 (Sentio Research Norge, 2014). Høyest innvandrerandel (14 %) hadde senteret for seksuelt misbrukte menn i Oslo og Senter mot seksuelle overgrep i Agder, der førstnevnte har et tilrettelagt tilbud for personer med innvandrerbakgrunn.

Blant annet støttesenteret i Sør-Trøndelag har hatt et prosjekt der formålet har vært å øke andelen brukere med innvandrerbakgrunn på støttesenteret, samt øke kompetansen om denne gruppens hjelpebehov (Trane, 2011). I løpet av prosjektperioden ble antallet brukere med innvandrerbakgrunn tredoblet, og senteret anbefaler økt satsning på denne målgruppen, spesielt rettet mot unge jenter. Overgrepsmottakene og støttesentrene mot incest og seksuelle overgrep har evaluert sitt hjelpetilbud og konkludert med at de i liten grad når ut til denne målgruppen (Fladby, 2004; Gjertsen et al., 2009). Etersom seksuelle overgrep kan oppleves som svært traumatisk og er forbundet med betydelig risiko for alvorlige psykiske, fysiske og sosiale senvirkninger, så er det av stor betydning at utsatte får tidlig hjelp og at hjelpetilbudene er tilgjengelige for alle medlemmer av samfunnet (Dahl, 1993; Herman, 1997).

1.1 Formål

Formålet med prosjektet *Seksuelle overgrep mot barn og unge med innvandrerbakgrunn* er å få mer kunnskap om hvorvidt det er særskilte forhold eller hjelpebehov som gjør seg gjeldene når barn med innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep. For å avgrense har vi valgt å gjennomføre dybdeintervjuer av profesjonsutøvere som jobber med denne type saker og av den grunn har inngående kjennskap til utfordringer og hjelpebehov utsatte barn kan ha. I intervjuene ble det satt søkelys på profesjonsutøveres erfaringer fra arbeid med innrapporterte saker som omhandler seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn.

Videre finnes det lite kunnskap om karakteristika og omfang av seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn i Norge. I denne rapporten har vi valgt å kartlegge og analysere saker av denne typen som er kjent av hjelpe- og/eller rettsapparatet. Dette inkluderer registerdata fra Statens Barnehus Oslo, Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus og Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo.

Rapporten har også undersøkt forekomst av og karakteristika ved seksuelle overgrep blant respondenter med innvandrerbakgrunn i data fra omfangsundersøkelsen «Vold

og voldtekt i Norge», gjennomført av NKVTS i 2013 på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet. Dette er en selvrapporderingsstudie, der det ble gjort en registrering av respondenters erfaringer med seksuelle overgrep uavhengig av om disse er meldt inn til hjelpe- og/eller rettsapparatet.

I rapporten «Voldtekt i den globale byen – endringer i anmeldte voldtekter og seksualkultur i Oslo» (Sætre et al., 2011) advarer forfatterne mot årsakskonklusjoner når begreper som landbakgrunn settes i sammenheng med voldtekt, og at bakgrunn fra andre land enn Norge medfører en økt risiko for at voldtekt blir begått. En slik advarsel har relevans også for denne rapporten hvis formål retter seg mot hvilke erfaringer ansatte i hjelpeinstanser med slike saker, og om det å ha innvandrerbakgrunn medfører særskilt tilretteleggelse for å sikre at utsatte barn og ungdom får et likeverdig tilbud, uavhengig av egen eller omsorgsgiveres landbakgrunn. Det er derfor grunn til å understreke at rapporten hverken bygger på eller omhandler antakelser om at det skulle være en sammenheng mellom innvandrerbakgrunn i seg selv, og seksuelle overgrep.

1.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger vil bli drøftet i rapporten:

1. Hva er forekomsten av og karakteristika ved seksuelle overgrep i barndommen blant respondenter med innvandrerbakgrunn i omfangsundersøkelsen «Vold og voldtekt i Norge»?
2. Er det særskilte hjelpebehov eller andre forhold som gjør seg gjeldene når barn og ungdom med innvandrerbakgrunn kommer til hjelpeapparatet for undersøkelse og behandling?

1.3 Hjelpetjenester som møter barn utsatt for seksuelle overgrep

Landsgjennomsnittet i Norge for innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre er på 15,6 %. Klart flest er bosatt i Oslo, og ved inngangen til 2015 utgjorde innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 32 % av folketallet i hovedstaden (SSB, 2015). Da andelen av befolkningen som har innvandrerbakgrunn er dobbelt så stor i Oslo som i Norge i snitt, valgte vi å fokusere på tre av de største hjelpeinstansene i Oslo som jobber med saker som omhandler seksuelle overgrep

mot barn. Disse er Statens Barnehus Oslo (SBO), Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo.

I NKVTS rapporten «Vold og voldtekt i Norge» (Thoresen et al., 2014) klassifiseres det å selv være født eller ha en eller begge foreldre født i Asia inklusive Tyrkia, Afrika, Sør og Mellom-Amerika som ikke-vestlig bakgrunn, mens det å selv være født eller ha foreldre fra Norge, resten av Norden, Europa unntatt Tyrkia, Nord-Amerika og Australia klassifiseres som vestlig bakgrunn. Den samme inndelingen ligger til grunn for analysene av tallmaterialet fra medisinske undersøkelser ved Statens Barnehus Oslo (SBO) og Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus (OUS).

I oversikten over antall avhør ved Statens Barnehus Oslo i 2014 brukes inndelingene norsk landbakgrunn og bakgrunn fra andre land enn Norge om foreldrene til de avhørte barna.

I tallmaterialet fra Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo har vi valgt å bruke betegnelsene vestlige og ikke-vestlige unge. Overgrepsmottaket har ikke landbakgrunn som rutineregistrering, noe som betyr at retningslinjene for hvilke land som går inn under vestlig og ikke-vestlig landbakgrunn ikke er eksakt definert. I tallmaterialet fra overgrepsmottaket som er analysert i denne rapporten, er majoriteten av de unge som er registrert som vestlige fra Norge, mens majoriteten av de unge registrert som ikke-vestlige er fra land i Asia, Afrika og Mellom-Amerika.

Hvilke typer undersøkelser og hjelpetilbud disse instansene tilbyr barn, avhenger blant annet av utsattes alder, hvorvidt det foreligger en anmeldelse, samt om det dreier seg om et nylig overgrep eller ikke. Overgrepsmottaket på legevakten undersøker og behandler ungdommer ned til 14 år dersom det dreier seg om et nylig overgrep, mens barn som er mistenkt utsatt for overgrep får hjelp og medisinsk undersøkelse på Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus. Både Overgrepsmottaket og Sosialpediatrisk seksjon behandler akutte saker, og tar inn barn også uten at det trenger å foreligge henvisning og/eller anmeldelse. Ved Statens Barnehus foretas både avhør og medisinsk undersøkelse av barn opp til 18 år hvor det foreligger anmeldelse basert på mistanke om overgrep. Det er da politiet som begjærer rettsmedisinsk undersøkelse. Videre er det mulig å ringe Barnehuset og Sosialpediatrisk seksjon anonymt for råd og veiledning, både som privatperson og helsepersonell. Overgrepsmottaket, Sosialpediatrisk seksjon og Barnehuset tilbyr samtale som akuttilbud, og som tidsavgrenset oppfølgingssamtale.

Etter tilrettelagt avhør og medisinsk undersøkelse ved Barnehuset, får barn og omsorgspersoner tilbud om vurderingssamtale og oppfølging i form av korttidsterapi, veiledning og kartlegging. Noen mottar i tillegg kriseintervensjon, og en mindre andel mottar psykologisk behandling på Barnehuset. Ved behov for langvarig oppfølging eller terapi, bistår instansene med henvisning og overføring til lokalt hjelpeapparat, eksempelvis barne- og ungdomspsykiatri.

1.3.1 Statens Barnehus Oslo

De første Statens Barnehus ble etter stortingsvedtak opprettet i 2007, og finnes i dag i Bergen, Hamar, Tromsø, Trondheim, Kristiansand, Oslo, Stavanger, Ålesund, Bodø og Sandefjord. Statens Barnehus Oslo er en del av Oslo politidistrikt og dekker en region bestående av politidistriktene Asker og Bærum, Follo, Nordre Buskerud, Søndre Buskerud, Oslo og Østfold. Alle Statens Barnehus er et tilbud til barn og ungdom hvor det foreligger en politianmeldelse begrunnet i en mistanke om at de har vært utsatt for eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep. Tilbudet gjelder også voksne med en psykisk utviklingshemming, og ungdom under 18 år i saker der de kan ha vært utsatt for incest, søskenincest, eller seksuell omgang med andre nærstående.

Blant hovedformålene med ordningen med Barnehus er å styrke barns rettssikkerhet og sørge for god ivaretagelse av barn og familier, og å sørge for en helhetlig behandling av saker der det er mistanke om at barn kan være utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Tanken bak barnehusene er at fagfolk og offentlige hjelpeinstanser kommer dit barnet er, til lokaler som er tilpasset barns behov, istedenfor at barnet må reise rundt. Ved barnehusene foretas tilrettelagt avhør², som er et alternativ til vitneforklaring i retten for barn under 16 år, samt for personer med utviklingshemming. Slike avhør foretas av politibetjenter som er spesialutdannet for å kunne avhøre barn³. Retten til tilrettelagt avhør for barn under 16 år, barn mellom 16 og 18 år utsatt for seksuelle overgrep av nærstående, samt særlig sårbare voksne er lovbestemt⁴, basert på et mål om at barnet skal slippe både å møte i retten og å

² Tidligere kalt dommeravhør, endret til tilrettelagt avhør ved lovendring av 02.10.2015: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-09-24-1098>

³ https://www.politi.no/oslo/rad_fra_politiet/barn_og_unge/barnehusene/tema_1981.xml

⁴ <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2015-09-04-87>

måtte fortelle historien sin flere ganger, gjennom at flere kan observere avhøret via tv-overføring i et annet rom mens dette pågår.

Utgangspunktet for å komme til Statens Barnehus er en anmeldelse til politiet. Politiet kan som en del av etterforskningen velge å gjøre et tilrettelagt avhør av den som kan ha vært utsatt, og kontakter da sitt lokale Barnehus for å fastsette dato. Statens Barnehus er i dialog med politiet for å planlegge og forberede mottakelsen av den som skal avhøres, samt tilrettelegge for avhør.

Barnehuset tilbyr spisskompetanse på traumer, seksuelle overgrep, vold og vitne til vold i nære relasjoner. Alle Statens Barnehus tilbyr råd og veiledning ved mistanke om vold eller seksuelle overgrep, og arbeider for å formidle kunnskap innen feltet, fremme samarbeid med andre instanser og styrke barns rettssikkerhet. Deltakelse i ulike fora, undervisning og møtevirksomhet er en del av Barnehusets oppgaver. Videre tilbyr Barnehuset tilrettelegging av avhør og medisinske undersøkelser i barnevennlige omgivelser; koordinering av tverrfaglig samarbeid; korttidsterapi, oppfølging og behandling; støtte, veiledning og psykoedukasjon til barn og pårørende, samt rådgiving og konsultasjon til offentlige instanser og privatpersoner.

1.3.2 Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus

Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo universitetssykehus HF er den eneste sosialpediatriske seksjon i Norge. Sosialpediatrisk seksjon tar i mot barn på flere henvisningsgrunnlag, inklusive fysisk mishandling, seksuelle overgrep, kjønnslemlestelse, anoreksi og overvekt/fedme. Seksjonen samarbeider med spesialist- og primærhelsetjenesten, men har også nært samarbeid med barnevern, politi og barne- og ungdomspsykiatri.

Helse Sør Øst opprettet i 2013 ved Sosialpediatrisk seksjon en regional kompetansetjeneste om vold og seksuelle overgrep for barn og unge som vektlegger helsetjenestens generelle evne til å avdekke skader og overgrep. Kompetansetjenesten har nå hatt undervisning og erfaringsutveksling med de fleste barneavdelingene i sin region. Sosialpediatrisk seksjon har siden 2009 hatt samarbeid med Statens Barnehus Oslo og bidratt med sin kompetanse inn i Barnehuset.

Med hensyn til barn og ungdom der det er mistanke om seksuelle overgrep er deres tilbud knyttet til spesialisthelsetjenesten, og barn under 14 år mottas ved Barneklubben, Oslo universitetssykehus HF fra store deler av Helse Sør-Øst. Barn og deres foresatte vil på dagtid blir tatt imot på Sosialpediatrisk seksjon. Når det

gjelder tilbud til barn på kvelds- og nattetid, i helger og i ferier blir barn og deres foresatte tatt imot i det ordinære barnemottaket ved Barneklubben.

Foresatte kan selv kontakte seksjonen, eller barnet kan henvises av fastlege, skolehelsetjenesten, barneverntjenesten, politi og andre. Ved Sosialpediatrisk seksjon tilbys medisinsk undersøkelse, rettsmedisinsk undersøkelse inkludert sporsikring, og konsultasjon knyttet til vurdering av eventuelt videre behov for tiltak.

Sosialpediatrisk seksjon prøver å imøtekomme dem som henvender seg med en snarlig time for medisinsk undersøkelse også der det ikke er snakk om sporsikring.

Det jobbes i tverrfaglige team med barnelege, spesialsykepleier, klinisk ernæringsfysiolog, psykolog og helsesekretær. Arbeidsoppgavene deres inkluderer:

- Gi råd og veiledning.
- Gi behandling i form av familiebaserte konsultasjoner med tverrfaglige team.
- Foreta medisinske, psykologiske og ernæringsmessige undersøkelser av barn.
- Delta i tverrfaglig virksomhet.
- Undervise ulike faggrupper, både interne og eksterne.
- Utstrakt samarbeid med en rekke instanser, blant annet førstelinjetjeneste, politi, barnehus og barneverntjenesten.

Både fagpersoner og privatpersoner kan ta kontakt for å få råd og veiledning. Den som ringer kan enten velge å oppgi navnet sitt eller være anonym.

Leger og sykepleiere fra Sosialpediatrisk seksjon foretar også rettsmedisinske undersøkelser av barn ved Statens Barnehus på oppdrag av politiet.

1.3.3 Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo

Overgrepsmottaket på legevakten i Oslo er en helsetjeneste for ungdom og voksne som har vært utsatt for voldtekt eller andre seksuelle krenkelser. Det er primært et akutttilbud hvor både kvinner og menn fra og med 14 år får rask hjelp.

Overgrepsmottaket er et tverrfaglig helsetilbud som tilbyr psykososial ivaretagelse og rådgivning, medisinske undersøkelser og behandling, samt rettsmedisinske undersøkelser som skadedokumentasjon og sporsikring. I tillegg tilbys rådgivning til pårørende. Overgrepsmottaket har avtale om tolketjenester, og tilbyr tolk ved ønske og behov. De ansatte har taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven. Når det gjelder mindreårige må det tas hensyn til omsorgsgiveres rett til tilstrekkelig informasjon for å ivareta den unge.

Overgrepsmottaket dekker befolkningen i Oslo, Romerike og Follo og Rømskog, samt personer som utsettes for overgrep i Oslo politidistrikt.

Overgrepsmottaket yter bistand til blant annet:

- Hvordan den enkelte kan håndtere situasjonen og sine reaksjoner.
- Beskyttelse mot graviditet.
- Undersøkelse og nødvendige kontroller med tanke på seksuelt overførbare infeksjoner.
- Behandling av skader.
- Rettsmedisinske undersøkelser, slik som skadedokumentasjon, sporsikring og rusmiddelprøver. Rettsmedisinske undersøkelser er viktige i tilfelle man vil politianmelde overgrepet, men undersøkelsen tilbys uavhengig om den utsatte har tatt stilling til anmeldelse ved konsultasjonen.
- Oppfølging medisinsk og psykososialt i de første måneder etter henvendelse.

Juridisk bistand til overgrepsutsatte

Alle pasienter anbefales å snakke med bistandsadvokat, og mottaket bistår med å kontakte advokat. Man kan få inntil tre timers rådgivning uten å anmeldes saken; ved anmeldelse vil advokaten gi videre bistand.

Dersom personen ønsker å anmelde overgrepet, hjelper Overgrepsmottaket til med å kontakte politiet. Av etterforskningshensyn er det best hvis dette skjer så snart som mulig. Anslagsvis halvparten av de som oppsøker mottaket, anmelder. Hvis man er i tvil om man ønsker å anmelde forholdet, kan man diskutere dette med en advokat.

Ved undersøkelse på legevakten kort etter overgrepet sikres spor og andre medisinske bevis som vil ha betydning i etterforskningen. Disse bevisene oppbevares ved Overgrepsmottaket, og ingen bevis eller andre opplysninger utleveres uten at personen har gitt skriftlig tillatelse til dette.

1.4 Definisjoner og begrepsavklaringer

1.4.1 Seksuelle overgrep mot barn

Skadevirkninger av seksuelle overgrep er avhengig av flere forhold utover den faktiske handlingen barnet har vært utsatt for. Definisjoner av seksuelle overgrep mot barn har derfor både psykologiske og juridiske implikasjoner.

Den juridiske definisjonen av seksuelle overgrep mot barn framgår av straffelovens kapittel 26 om seksuallovbrudd (Helsedirektoratet, 2003). Loven forbyr seksuelt

krenkende eller annen uanstendig atferd, seksuelle handlinger og seksuell omgang med barn. I straffeloven skilles det mellom (1) seksuelt krenkende atferd uten fysisk kontakt mellom barn og overgriper. Eksempler er blotting, visning av pornografi, verbal seksuell tilnærming, eller at barnet tvinges til å være tilstede under seksuelle handlinger mellom andre. Det sentrale er at det utvises overfor en annen, men uten fysisk kontakt med en annen. Det rammer også slik adferd over internett, for eksempel distribusjon av fotografier eller levende bilder der mottakeren er under 16 år eller forøvrig ikke har samtykket i mottaket, (2) seksuell handling, som innbefatter seksuell atferd der det er fysisk kontakt mellom barnet og overgriper. Eksempler er beføling av barnets kjønnsorganer eller at barnet må onanere overgriper. Seksualisert berøring av andre kroppsdeler som bryst regnes også inn, og (3) seksuell omgang, som omfatter samleie, men også samleielignende forhold som for eksempel slikking av kjønnsorganer, masturbasjon og innføring av fingre eller gjenstander i skjede eller endetarmsåpning (BLD, (2014–2017), 2013, s.61).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksuelle overgrep mot barn slik⁵:

Seksuelle overgrep innbefatter å involvere barn i seksuell aktivitet som barnet ikke forstår, ikke kan gi samtykke til, ikke er modent for, eller som bryter med samfunnets lover og tabuer. Seksuelle overgrep innbefatter slik aktivitet mellom barn og voksne, eller mellom barn og andre barn som alders- eller modningsmessig er i en ansvars-, tillits- eller maktposisjon. Videre er den seksuelle aktiviteten igangsatt for å tilfredsstille overgriperens lyster, på barnets bekostning.

Seksuelle overgrep innbefatter dermed både handlinger og forsøk på handlinger som innebærer fysisk kontakt som berøring, beføling, slikking, suging, masturbasjon, samleieliknende handlinger, samleie og voldtekt, og handlinger eller forsøk på handlinger uten fysisk kontakt som seksualisert tilsnakk, blotting, fotografering, filming, kinking og fremvisning av pornografi. Overgrepet gjøres mot den utsattes vilje, eller den utsatte er under seksuell lavalder eller på andre måter ikke samtykkekompetent. Videre kan overgrep dreie seg om seksuell kontakt både mellom barn og voksne, og mellom barn, inkludert jevnaldrende under seksuell lavalder. Seksuelle overgrep begås ofte uten bruk av tvang og manipulering av fysisk art, men kan innebære at personen som utfører overgrepet utnytter egen tillits- eller maktposisjon for å presse barnet til seksuell aktivitet/handlinger.

⁵ http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/guidelines_chap7.pdf, s.75

I Skandinavia har debatten om hva man skal definere som et seksuelt overgrep dreid seg mye om krenkelsenes fysiske karakter (Sætre, 1997). For eksempel betraktes penetrerende overgrep som grovere enn beføling, som igjen oppfattes som grovere enn blotting, sjikane eller posering. Implisitt har det ofte ligget en forestilling om at skadevirkningene er større ved det man på denne måten har klassifisert som grove overgrep. Lovens oppbygning, strafferammene og de faktiske straffereaksjonene gjenspeiler en lignende tankegang. Sætre (1997) hevder at man ikke kan skille mellom alvorlige og mindre alvorlige overgrep utelukkende ut fra handlingen, men også må ta hensyn til for eksempel relasjonen mellom overgriper og utsatte, antall krenkelser og krenkede og barnets alder. Forskning viser et komplisert bilde der skadevirkningene nettopp er avhengig av langt flere forhold enn den faktiske handlingen barnet har vært utsatt for (se f.eks. Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993 og Sjøftestad, 2005).

Til grunn for hva som omtales som seksuelle overgrep i denne rapporten, ligger det som omtales som seksuelt krenkende handlinger, atferd og omgang i straffelovens kapittel 26 om seksuallovbrudd, samt WHO's definisjon av seksuelle overgrep mot barn. Samme definisjon av seksuelle overgrep ligger til grunn for hvilke saker som blir registrert som seksuelle overgrep i registerdataene som er analysert i denne rapporten, samt for egenrapporterte opplevelser av seksuelle overgrep fra omfangsstudien. Det understrekes at mistanke om at seksuelle overgrep har funnet sted ligger til grunn for registerdataene som er analysert i denne rapporten, og at tallene ikke sier noe om hvorvidt mistanken er bekreftet eller har ført til dom i den enkelte sak.

1.4.2 Seksuelle overgrep og vold

I følge WHO inngår alle typer fysiske, seksuelle og psykologiske former for mishandling, fysisk og emosjonell neglisjering og omsorgssvikt, samt selvmord og andre selvskadende handlinger, i voldsbegrepet (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002; Myhre et al., 2015). Altså går seksuelle overgrep inn under det WHO betegner som seksuell vold. Samtidig pågår det i fagmiljøene en diskusjon om hvorvidt seksuelle overgrep i større grad bør forstås som en egen overgrepskategori. Selv om utsatthet for en type vold kan medføre større sårbarhet for seksuelle overgrep, er det en rekke ulikheter som skiller disse formene for vold og overgrep, fra årsaksforklaringer til risikofaktorer og helsemessige konsekvenser. I rapporten «Den skjulte volden?» skiller Pape et al. (2004) mellom seksuell vold og andre former for vold:

(...) fordi både innholdet i, og opplevelsen av, seksuelle krenkelser skiller seg fra annen voldsviktimisering. Seksuelle krenkelser invaderer kroppens intimsoner på en annen måte enn slag og spark, selv om de i noen tilfeller også kan omfatte fysisk vold og trusler. Videre er seksuell vold nærmere forbundet med skyld og skam enn trusler og annen fysisk vold (Pape et al., 2004, s.80).

I denne rapporten har vi valgt en lignende forståelse av seksuelle overgrep mer som en egen kategori enn en «underkategori» av vold.

1.4.3 Innvandrerbakgrunn

Statistisk sentralbyrå (SSB) bruker *personer med innvandrerbakgrunn* som en samlebetegnelse for innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. I forskningslitteraturen og dagligtale anvendes gjerne begrepene “minoritetsetnisk” eller “etniske minoriteter” i omtale av personer (og deres barn) med bakgrunn fra land utenfor Europa og Nord-Amerika, fortrinnsvis land i Asia, Afrika og Midtøsten (Sommerfeldt, Hauge, & Øverlien, 2014). Statistisk Sentralbyrå (SSB) bruker ikke begrepet etniske minoriteter, men skiller mellom forskjellige innvandrergrupper og landbakgrunn. Begreper som minoritetsetnisk og etnisk minoritet er lite spesifikke med hensyn til hvem som omfattes av disse, og på hvilket grunnlag. I delene av denne rapporten som ikke omfatter analyser av tallmateriale, har vi derfor valgt å bruke SSBs samlebetegnelse *personer med innvandrerbakgrunn* om innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. I anvendelse av tallmateriale fra instansene som har deltatt i undersøkelsen benyttes instansenes egne kategoriseringer.

1.5 Rapportens struktur

Denne rapporten er delt inn i følgende seks hoveddeler:

- (1) **Innledning.** Innledningsvis redegjøres det for rapportens bakgrunn, formål og problemstillinger. Det gis sentrale definisjoner og begrepsavklaringer, samt beskrivelser av hjelpeinstansene som har bidratt til rapporten.
- (2) **Seksuelle overgrep mot barn.** Denne delen av rapporten gir en kort utgreiing av forskning på seksuelle overgrep mot barn i et historisk perspektiv, etterfulgt av en empirisk basert oversikt over forekomsten av seksuelle overgrep mot barn, helsemessige konsekvenser av seksuelle overgrep, risiko- og sårbarhetsfaktorer knyttet til seksuelle overgrep, samt forhold som kompliserer avdekking og

rapportering av seksuelle overgrep. Deretter flyttes fokus over på hva som finnes og ikke av kunnskap om seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn, samt betydningen av språk- og systemkunnskap og sosiale normer for hjelpesøking og åpenhet om seksuelle overgrep. Del 2 avsluttes med en kort presentasjon av resultater fra norske studier av seksuelle overgrep mot barn der innvandrerbakgrunn er inkludert som en egen variabel.

- (3) **Metode.** I metodedelen beskrives fremgangsmåter for rekruttering av informanter og innhenting av datamaterialer, samt metodene som ble brukt for å analysere de tre ulike datamaterialene som ligger til grunn for denne rapporten. Det redegjøres for forskningsetiske vurderinger og hensyn, samt styrker og svakheter ved undersøkelsen.
- (4) **Resultater.** I resultatdelen presenteres og beskrives resultatene fra analysene av registerdata, omfangsdata og kvalitative intervjuer hver for seg.
- (5) **Sammenfatning av resultater.** I denne delen sammenfattes hovedfunn og sentrale poeng fra den kvantitative og kvalitative resultatdelen hver for seg.
- (6) **Avslutning.** Avslutningsvis gis forslag til videre forskning og satsning basert på resultatene fra denne undersøkelsen og tidligere forskning. Forslagene er generelle og relevante for barn uansett land- eller innvandrerbakgrunn, men kan gjøre seg gjeldende i større grad når barnet og familien har tilleggsutfordringer, noe som kan gjelde mange personer med innvandrerbakgrunn.

2 Seksuelle overgrep mot barn

2.1 Historisk bakteppe

Det var først på 1960-tallet man begynte å omtale en voksen persons utøvelse av seksuelle handlinger mot barn som seksuelle overgrep. Omfanget av denne type overgrep ble ikke anerkjent før mot slutten av 1970-tallet (Labbe, 2005; Roche, Fortin, Labbe, Brown, & Chadwick, 2005). 100 år tidligere, i 1857, publiserte Ambroise Tardieu, en fransk professor i medisin, funn og beskrivelser fra egne undersøkelser av over tusen barn som var utsatt for seksuelt misbruk. Tardieu var en av de første som beskrev seksuelt misbruk av barn som et betydelig sosialt problem og en alvorlig trussel mot barns fysiske og psykiske helse. Han var også en av de første til å hevde at seksuelle overgrep sjeldent etterlater fysiske spor hos barn. Tardiens arbeider og teorier ble ikke godt mottatt, og ble avvist både i hans samtid og av hans etterfølgere (Crane, 2015; Labbe, 2005; Olafson, Corwin, & Summit, 1993; Roche et al., 2005). Mange år senere, i 1896, lanserte Sigmund Freud sin "seduction theory", der han hevdet at en rekke nervøse lidelser var resultat av seksuelle overgrep i barndommen. Senere, trolig etter mye motstand fra fagmiljøet samt egen tvil omkring omfanget av seksuelle overgrep, trakk han teorien tilbake. Isteden lanserte han teorien om infantil seksualitet, og gikk dermed fra å si at hysteri og obsessive lidelser skyldtes undertrykte minner om faktiske seksuelle overgrep, til å si at hysteri og obsessive lidelser skyldtes falske minner og barns projeksjoner av egne fantasier (Lawrence, 2004; Olafson et al., 1993). I følge Labbe (2005) bidro Freuds nye teori til at flere generasjoner av terapeuter og andre har avvist tilfeller av seksuelt misbruk som resultat av fantasi og innbilning.

Først på 1980-tallet kom de første komparative studiene som viste konsekvenser for barn av å bli utsatt for seksuelle overgrep (Olafson et al., 1993; Søftestad, 2005), og spesielt de siste årene har temaet vært gjenstand for økende interesse både innen forskning og i samfunnet generelt. Til tross for dette er kunnskapen om slike overgrep begrenset, spesielt når det kommer til forebygging og avdekking. Fortsatt har mange voksne problemer med å akseptere det faktum at voksne er i stand til å utsette barn for seksuelle overgrep, og flere har stilt spørsmål ved troverdigheten av barns forklaringer. Det er en utbredt oppfattelse at siden seksuelle overgrep er et

tema mange voksne opplever som tungt og vanskelig å snakke om, kan det være enda vanskeligere for barn. Som følge av dette unngår mange voksne å snakke med barn og slike overgrep. Dette er en av grunnene til at overgrep i mange tilfeller ikke blir oppdaget og at utsatte barn ikke får nødvendig hjelp.

Barn er spesielt sårbare når de utsettes for seksuelle overgrep, fordi tidlige erfaringer i barnets liv danner grunnlaget for hvordan barnet senere oppfatter seg selv, forholder seg til andre mennesker og forstår omverdenen. Psykiateren Judith Lewis Herman (1997), best kjent for sine bidrag til forståelsen av traumer og traumeutsatte, beskriver at gjentatte traumer i en voksens liv tærer på strukturen til den personligheten som allerede er formet, mens gjentatte traumer i barndommen former og preger hvem man blir som voksen. En rekke studier har vist at seksuelle overgrep mot barn kan ha store konsekvenser både på kort og lang sikt (Dovran et al., 2015; Swanston et al., 2003), beskrevet i del 2.3. Kunnskap om skadevirkninger av seksuelle overgrep for barns helse og utvikling er av stor betydning for hvorvidt voksne rundt barnet velger å handle på mistanke om seksuelle overgrep (Espenes, 2010), og informasjon om kort- og langsiktige konsekvenser av seksuelle overgrep er dermed en viktig del av forebyggende arbeid. Jo tidligere seksuelle overgrep avdekkes, stoppes og tas tak i, desto bedre er mulighetene for at skadevirkninger kan forebygges.

2.2 Forekomsten av seksuelle overgrep

Begrepene forekomst og prevalens referer til andelen barn og unge i befolkningen som blir utsatt for overgrep innen fylte 18 år. Til tross for at seksuelle overgrep mot barn vekker sterke og fordømmende reaksjoner i de fleste samfunn, er seksuelt misbruk av barn et betydelig helse- og velferdsproblem. Funn fra en rekke internasjonale studier fra 80-tallet og frem til i dag viser at gjennomsnittlig 20 % av kvinner og 5-10 % av menn utsettes for en eller annen form for seksuelle overgrep innen fylte 18 år (Collin-Vezina, Daigneault, & Hebert, 2013; Krug et al., 2002; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001).

Forekomstestimer varierer mellom undersøkelser som har vært gjennomført. I en metaanalyse av studier av forekomsten av seksuelle overgrep på verdensbasis, ble det rapportert en gjennomsnittlig forekomst av alle former for seksuelle overgrep på 25,3 % for jenter og 8,7 % for gutter (Andrews, Corry, Slade, Issakidis, & Swanston, 2004). En metaanalyse fra 2011 viser en global prevalens av seksuelle overgrep mot jenter og gutter på 11,8 % (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). I en systematisk gjennomgang av studier av alle former for

seksuelle overgrep i OECD-land, beregnet som høyinntektsland, fant Gilbert et al. (2009) gjennomsnittlig forekomst på mellom 15 og 30 % for jenter og 5 og 15 % for gutter. I en annen metaanalyse av prevalensstudier av seksuelle overgrep i 24 land, fant Barth, Bermetz, Heim, Trelle og Tonia (2013) variasjon i omfangstall på mellom 8 og 31 % for kvinner og 3 og 17 % for menn. Finkelhor (1994) fant i sin metaanalyse forekomsttall på mellom 7 og 36 % for kvinner og 3 og 29 % for menn. Resultater fra norske omfangsstudier viser at mellom 11,4 % og 21,2 % av kvinner og mellom 0,9 % og 7,8 % av menn i Norge har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen (Steine et al., 2012; Thoresen et al., 2014).

Variasjon i forekomstestimer kan skyldes flere forhold, eksempelvis underreportering, faktiske forskjeller i forekomst i ulike land, og måten informasjon har blitt innhentet på i hver studie. Noe som i særlig stor grad har bidratt til variasjon i forekomstestimer, er at studiene benytter ulike definisjoner av seksuelle overgrep. Hvilke handlinger som defineres som seksuelle overgrep varierer av den grunn mellom studiene, noe som igjen resulterer i ulike forekomstestimer.

Sosioøkonomisk bakgrunn og seksuelle overgrep

Flere studier har vist at seksuelle overgrep forekommer på tvers av økonomisk-, sosial- og geografisk bakgrunn. Selv om enkelte har argumentert for viktigheten av å inkludere sosioøkonomisk status i analyser av seksuelle overgrep (se f.eks. Kasturirangan, Krishnan, & Riger, 2004), er seksuelle overgrep mot barn den formen for barnemishandling som er minst assosiert med sosioøkonomisk status, etnisitet og utdanningsnivå til omsorgsgivere (Collin-Vezina et al., 2013; Runyan, 1998). Mens lav sosioøkonomisk status er en betydelig risikofaktor for fysisk misbruk og vanskjøtsel, gir epidemiologiske undersøkelser lite støtte til at forekomsten av seksuelle overgrep i samme grad henger sammen med sosioøkonomisk status (Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Finkelhor, 1993, 1994; Finkelhor & Baron, 1986; Mossige & Stefansen, 2007; Pape et al., 2004; Putnam, 2003; Schou et al., 2007). I en omfangsstudie om vold og seksuelle overgrep mot ungdom fant Myhre et al. (2015) at det ikke var signifikant forskjeller i forekomsten av seksuelle overgrep avhengig av om ungdommene opplevde at familien hadde dårlig økonomi eller ikke, men at de som ikke bodde sammen med begge foreldrene var mer utsatt. Derimot fant Schou et al. (2007) at ungdom som oppfatter familien som spesielt vanskelig stilt økonomisk oftere rapporterte seksuelle overgrep enn andre. Andelen var høyest blant ungdom som bodde i fosterhjem eller hadde foreldre som mottok trygd. Mossige et al. (2007) fant at dårlig økonomi i familien de siste to årene var av noe betydning for utsatthet for seksuelle overgrep, men da kun for grove overgrep. I undersøkelsen

«Voldsutsatte barn i Oslo» fant Mossige et al. (2009) at forekomsten av vold fra voksne fulgte det sosioøkonomiske øst-vest skillet for levekår i Oslo, mens seksuelle overgrep i liten grad gjorde det. Mens seksuelle overgrep er et utbredt problem også blant personer med høyere utdanning og sosioøkonomisk status (Bendixen, Muus, & Schei, 1994), så har enkelte studier funnet at barn som vokser opp i hjem med svake økonomisk ressurser er overrepresentert i antall innrapporterte og anmeldte overgrepssaker (Finkelhor, 1993; US Department of Health and Human Services, 1981).

Myhre et al. (2015) fant at ungdommer med foreldre av annen etnisk opprinnelse enn norsk eller nordisk rapporterte noe mer fysisk vold fra foreldre. Det var derimot ingen signifikant forskjell etter landbakgrunn når det gjaldt rapportering av seksuelle overgrep.

Hvem begår seksuelle overgrep og hvem er utsatt

Blant de som begår seksuelle overgrep er det flest gutter og menn, mens prevalensstudier tyder på at omtrent hver tiende person som begår overgrep er en kvinne. Gutter blir derimot oftere utsatt for en kvinnelig overgriper enn jenter (Mossige et al., 2007). Omtrent 30 % av seksuelle overgrep mot barn utføres av andre barn, og om lag halvparten av voksne overgripere forteller at de begikk sitt første overgrep som barn eller tenåring (Kjellgren, 2009). Den som begår overgrep er som oftest en barnet kjenner fra før, eksempelvis slektninger, venner og bekjente av familien og barnet, og ansatte i skole, barnehage- eller fritidsmiljø. Dernest følger incest, definert som seksuell omgang mellom nære familiemedlemmer i nedstigende eller horisontal linje, eller mellom en ste- eller adoptivforelder som har en foreldrerolle for barnet (jf. straffeloven §§197 - 199). Pedersen (2013) fant i en studie av personer som oppsøkte Overgrepsmottaket i Trondheim, at barnets relasjon til gjerningspersonen var nærere jo yngre barnet var. Det er mindre vanlig at barn utsettes for seksuelle overgrep av fremmede personer.

Enkelte faktorer er forbundet med økt sårbarhet for å utsettes for seksuelle overgrep, deriblant kjønn, der jenter har 2,5-3 ganger høyere risiko enn gutter (se f.eks. Steine et al., 2012). Samtidig er det flere som mener at gutter i enda større grad enn jenter holder seksuelle overgrep skjult, og at prevalensstudier dermed i mindre grad representerer faktisk forekomst av seksuelle overgrep mot gutter. For barn øker risikoen for å utsettes for seksuelle overgrep med alderen, mens risikoen avtar med alderen for voksne. Funksjonshemming- og nedsettelse ser ut til å bidra til økt sårbarhet knyttet til særlig tre forhold, nemlig avhengighet av pleie/flere ukjente

personer, å bo i institusjon samt kommunikasjonsvansker. Familiekonstellasjon og –konflikt, spesielt fravær av en eller begge foreldre, og mangel på tilstrekkelig tilsyn og oppfølging av voksne øker barns sårbarhet for seksuelle overgrep. Flere studier viser at tilstedeværelsen av stefar i hjemmet dobler risikoen for jenter. Barn som utsettes for ulike former for vold og/eller vanskjøtsel er også mer sårbare for seksuelle overgrep (Fergusson et al., 1996; Finkelhor, 1993; Putnam, 2003; Schou et al., 2007).

2.3 Helsemessige og sosiale konsekvenser av seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep er en betydelig risikofaktor for utvikling av psykopatologi hos barn og ungdom (Dyb, 2005; Kendler et al., 2000). Søftestad (2005) understreker at den summen av belastninger et barn utsettes for er viktigere enn hvilken type belastning det er snakk om, og at vedvarende mønstre i samhandlingen mellom eksempelvis barn og omsorgsgiver(e) betyr mer enn enkeltstående hendelser. Tre forhold ved overgrepssituasjonen kan ha betydning for hvilke reaksjoner barnet får som følge av å bli utsatt for seksuelle overgrep:

- Forhold ved barnet, slik som barnets kjønn, alder, attribueringsstil, når overgrep startet og sluttet, og om barnet har et nært forhold til overgriper eller ikke.
- Forhold ved selve overgrepet, slik som hvor lenge overgrepet har foregått, om det ble benyttet seksuell aggresjon, om barnet ble fysisk skadet og hvor smertefullt eller skremmende overgrepet ble opplevd.
- Forhold ved familien og samfunnet rundt, særlig hvorvidt barnet har blitt beskyttet, lyttet til, støttet og trodd da overgrepet ble fortalt om eller på andre måter oppdaget (Kendall-Tackett et al., 1993; Quas, Goodman, & Jones, 2003).

De psykologiske konsekvensene av seksuelle overgrep deles gjerne inn i de som er nært forbundet i tid og de som kan oppstå over tid (Beitchman, Zucker, Hood, & Akman, 1991; Beitchman et al., 1992). Konsekvenser som kan oppstå på kort sikt inkluderer symptomer og atferdsproblemer som viser seg i løpet av to år etter det siste overgrepet har funnet sted, mens langtidseffekter viser til symptomer og vansker observert i studier av voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn (Svedin, 2000). Det har blitt estimert at 40-60 % av seksuelt misbrukte barn på sikt kan utvikle til dels betydelige affektive, kognitive, fysiske og atferdsmessige problemer. Eksempler er posttraumatisk stresslidelse (PTSD), stemningslidelser, angstlidelser, dissosiative lidelser, somatiske lidelser, somatiserende lidelser

(somatiske symptomer uten diagnostiserbar organsykdom), lav selvfølelse, søvnevansker, rusmisbruk, selvskading, selvmordsforsøk og selvmord (se f.eks. Bendixen et al., 1994; Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005; Herman, 1992; Jumper, 1995; Kendall-Tackett, 2000; Paolucci et al., 2001; Putnam, 2003).

Magnetresonanstomografi (MRI)-studier viser strukturelle endringer i hjernen hos voksne med en historie av seksuelle overgrep, som ligner endringene man finner hos krigsveteraner med PTSD (Bremner et al., 1997). Studier har også dokumentert redusert livskvalitet hos voksne som har blitt utsatt for seksuelle overgrep som barn (Corso, Edwards, Fanf, & Mercy, 2008).

I tillegg til vedvarende psykologiske, fysiske og sosiale vansker, viser studier en betydelig risiko for reviktimisering i voksen alder (Pape et al., 2004). Som eksempel fremgår det av rapporten Voldtektssituasjonen 2014 (Kripos, 2015) at 1 av 4 personer som anmeldte voldtekt i 2014 var tidligere registrert som fornærmet i en sedelighetssak, hvorav mer enn halvparten gjaldt voldtekt eller seksuell omgang med barn. I en studie av personer som oppsøkte Overgrepsmottaket i Trondheim mellom 2003 og 2010, kom det frem at 39 % hadde vært utsatt for seksuelle overgrep tidligere. Dette gjaldt nært 27 % av dem som var under 18 år da de oppsøkte Overgrepsmottaket (Pedersen, 2013).

Medisinsk undersøkelse og funn etter seksuelle overgrep mot barn

Seksuelle overgrep, spesielt overgrep begått mot barn som ikke har kommet i puberteten, er ofte av en annen karakter enn typiske voldtekter begått mot tenåringer og voksne. I en del tilfeller vil det dreie seg om ulike former for beføling eller at barnet må kle av seg og vise seg fram og eventuelt utføre seksuelle handlinger med seg selv eller observere voksne som er nakne og/eller utfører seksuelle handlinger. Overgrepene innebærer sjeldnere bruk av fysisk vold og overgriper bruker ofte lang tid på å oppnå tillit og velvilje hos barnet (Finkel & Giardino, 2002). Når det gjelder overgrep med inntrengning i skjede og endetarmsåpning vil man sjelden finne skader. Dette forklares dels ved at slike overgrep ofte skjer etter en gradvis tilvenning, f.eks. i form av tøyning av vevet, dels ved at kjønnsorganenes og endetarmsåpningens vev i utgangspunktet er svært elastisk, og dels ved samtidig bruk av glidemidler. Studier har også vist at skader tilheles raskt og at fysiske forandringer i svært få tilfeller forblir varige (McCann & Voris, 1993; McCann, Voris, & Simon, 1992). Et tilleggsmoment er at en del overgrep i stedet innebærer penetrasjon av munnhulen, som har en videre åpning. Biologisk materiale som sæd og spytt forsvinner også raskt fra kroppen.

Til tross for at det i svært mange tilfeller ikke blir gjort klare medisinske funn, er det allikevel av betydning at det blir gjennomført en medisinsk undersøkelse. Dersom det er mulig å finne spor vil dette være et viktig bevismateriale i en eventuell straffesak. I tillegg er en slik undersøkelse viktig for å trygge barnet og omsorgsgiver på at kroppen ikke er ødelagt, samt for å oppdage og behandle eventuelle seksuelt overførbare infeksjoner og/eller graviditet hos jenter i pubertetsalder.

2.4 Forhold som kompliserer avdekking og rapportering av seksuelle overgrep

To av tre barn som utsettes for seksuelt misbrukt forteller ingen om misbruket som barn, og mange forteller det aldri til noen, spesielt om de ikke blir spurt direkte om slike erfaringer. Mellom 20-50 % av overgrepsutsatte barn viser ingen symptomer til å begynne med, noe som gjør det vanskelig for omgivelsene å avdekke seksuelle overgrep (Fontes & Plummer, 2010; London, Bruck, Ceci, & Shuman, 2005; Kendall-Tackett et al., 1993; McElvaney, Greene, & Hogan, 2014). Det er bred enighet blant forskere og profesjonelle som jobber med seksuelle overgrep om at seksuelle overgrep er underreportert fordi det er så vanskelig for barn å fortelle om til andre. Barn som man vet har blitt utsatt for overgrep vegrer seg ofte mot å fortelle om dette selv når de blir intervjuet av profesjonelle i trygge omgivelser. Blant årsakene til at så mange ikke forteller om overgrep, er frykt for å bli mistrodd eller avvist, samt følelser av skam knyttet til overgrepet (Cromer & Goldsmith, 2010; Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones, & Gordon, 2003; Kellogg & Huston, 1995; Lev-Wiesel, Gottfried, Eisikovits, & First, 2014). Andre grunner til at barn ikke forteller er at mange ikke vet hva seksuelle overgrep er og dermed ikke forstår hva de utsettes for eller at de er redde for hva som kan skje dersom de forteller.

Følelser av skam og skyld er svært utbredt blant personer utsatt for seksuelle overgrep, og har vist seg å øke proporsjonalt med antall volds- og overgrepsepisoder personen har opplevd. Skyld og skam medfører økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser, eksempelvis PTSD og depresjon, og er negativt assosiert med hjelpesøkende atferd (Campbell, Dworkin, & Cabral, 2009; Myhre et al., 2015).

Når barn først betror seg til noen om seksuelle overgrep så gjør de det som oftest til foreldre - gjerne mor eller til venner, og langt sjeldnere til profesjonelle. Det skal mye til for at barn på eget initiativ forteller om overgrep – de trenger at temaet blir tatt opp, og de trenger at voksne stiller tydelige, direkte spørsmål om overgrepserfaringer (Jensen, 2004; Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt, &

Tjersland, 2005; Langballe, 2011; Lev-Wiesel et al., 2014). Det å skape et trygt sted for barn å fortelle er essensielt for å fremme åpenhet. For mange barn vil det være vanskelig å sette ord på det de har vært utsatt for, og vil trenge spørsmål for å klare å fortelle. Stadig flere studier peker på at indirekte, maskerte spørsmål fører til usikkerhet og bidrar til å hindre åpenhet (Lev-Wiesel et al., 2014). I en undersøkelse av Tine Jensen (2012) kommer det frem at majoriteten av spurte terapeuter oppgir at de synes det er vanskelig å spørre barn om seksuelle overgrep, mens ytterst få av barna synes det er veldig ubehagelig at terapeuten spør. Det at voksne ikke spør handler ikke om at de ikke bryr seg eller manglende omsorg, men at mange opplever å ha for lite kunnskap om hvordan legge til rette for slike samtaler og hvor man skal henvende seg videre dersom barn forteller om overgrep. Manglende kunnskap gjør det vanskeligere å avdekke seksuelle overgrep, noe som har gitt grunnlag for formuleringen «du ser det ikke før du tror det». Tegn og signaler ignoreres eller forstås som symptomer på noe annet, lettere å lukke øynene, unngå tematikken (Espenes, 2010). Kunnskap om seksuelle overgrep er av betydning for hvorvidt man merker seg tegn og signaler på overgrep. Allikevel er det ikke kunnskap om tematikken tilstrekkelig, men også kunnskap om hvordan legge opp slike samtaler, hvordan barn håndterer å bli spurt om overgrep, samt mulige konsekvenser av ikke å tematisere overgrep.

2.5 Seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn

Studier har pekt på at de samme barrierene for å søke hjelp kan gjøre seg gjeldende for de som er utsatt for seksuelle overgrep, uavhengig hvorvidt de har innvandrerbakgrunn, men at noen slike barrierer innenfor enkelte kulturer veier ekstra tungt (Ahmed, Reavey, & Majumdar, 2008; Ahmed, Reavey, & Majumdar, 2009; Burman, Smailes, & Chantler, 2004). Selv om barn med innvandrerbakgrunn erfarer tilsvarende problemer og utfordringer som majoritetsetniske barn, kan de også ha særskilte utfordringer, eller oppleve at de samme barrierene mot åpenhet og hjelpesøking som majoritetsetniske barn også har, gjør seg gjeldende i større grad (Sommerfeldt et al., 2014). Enkelte profesjonsutøvere opplever at språkbarrier og begrenset kunnskap om retts- og hjelpeapparatet gjør det mer utfordrende for jenter og kvinner med innvandrerbakgrunn å søke hjelp, da mange ikke vet hvor de skal henvende seg eller hva slags hjelp de har krav på (Gjertsen et al., 2009). Videre beskriver noen profesjonsutøvere at egen usikkerhet omkring det de oppfatter som kulturforskjeller, eller begrenset kunnskap om andre kulturer, kan gjøre det vanskeligere å gi jenter og kvinner med innvandrerbakgrunn den hjelpen de trenger.

Ulike årsaker til innvandringen, hvilke sosiale og økonomiske ressurser en bringer med seg, samt øvrige forhold ved familiesituasjonen, gjør at betegnelsen «personer med innvandrerbakgrunn» refererer til mennesker som innbyrdes kan skille seg like mye fra hverandre som de som «innvandrergruppe» skiller seg fra majoritetsbefolkningen. Likheten mellom innvandrere handler først og fremst om erfaringer fra migrasjonsprosesser og tilpasningen til det nye hjemlandet. Tilsvarende utgjør barn som selv har innvandret, eller som har foreldre som innvandret, ikke en enhetlig gruppe med felles utfordringer og behov. Grupper som beskrives som «personer med innvandrerbakgrunn» bør derfor forstås som paraplybetegnelser som inkluderer mennesker med ulik kulturell, sosial, økonomisk og religiøs forankring (Chand & Thoburn, 2006; Hofman, 2011; Salole, 2013; Sommerfeldt et al., 2014).

2.5.1 Begrenset språk- og systemkunnskap kan hindre tilgang til hjelpetjenester

Begrenset språk- og systemkunnskap og mangel på tilgjengelig informasjon på flere språk kan bidra til usikkerhet om hvor man kan henvende seg med spørsmål eller anmeldelse, hvordan rettssystemet fungerer, og hvordan barnevernet jobber. Saker som har fått bred oppmerksomhet i media kan skape usikkerhet og frykt for hvordan instanser som barnevern og politi går frem i overgrepssaker. Derfor er det viktig med informasjon om de ulike instansene og hvilke hjelpetilbud som finnes, hva de ulike instansene gjør og ikke, og hvilke rettigheter man har som utsatt eller pårørende. I en undersøkelse av Križ og Skivenes (2010) av barneverntjenestens erfaringer med saker der familien hadde innvandrerbakgrunn, var språklige hindringer noe mange beskrev som utfordrende. Dersom språkkunnskaper kommer i veien og det er nødvendig med tolk for å kommunisere, kan dette bidra til at familier med innvandrerbakgrunn står i fare for å få en kvalitetsmessig annerledes og mindre likeverdig behandling i hjelpeapparatet. De barnevernsansatte så det som en fare at familiene ikke fikk god nok informasjon om tjenester de hadde rett til og at de selv fikk mindre informasjon fra barnet og omsorgsgiverne når samtalen ikke ble tolket, noe som på sikt kunne bidra til at deres beslutningsgrunnlag ble mangelfullt (ibid.).

En av forutsetningene for å forhindre diskriminering er å forebygge misforståelser som følge av språk. Manglende språkerfardigheter og fravær av tolk kan føre til at viktig informasjon går tapt i avhør og medisinsk undersøkelse av barn. På bakgrunn av dette har flere argumentert for at utvikling av tolketjenestene er en forutsetning for at barn og familier med innvandrerbakgrunn skal kunne oppleve likeverdige tjenester og realisere sine rettigheter i samfunnet (se f.eks. Aadnesen & Hærem, 2007; Chand,

2005; Skytte, 2008; Fylkesnes & Netland, 2013; Križ et al., 2010). Den som tolker må ha kunnskap om tolkeetikk, tolketeknikk og tolkeskikk, i tillegg til språklige ferdigheter. Talking dreier seg ikke bare om en rent språklig, direkte oversettelse; tolken skal også finne gode måter å formidle betydning og meningsinnhold som ikke alltid lar seg direkte oversette (Aadnesen et al., 2007; Chand, 2005, 2008; Holm-Hansen, Haaland, & Myrvold, 2007). Særlig er det utfordrende når begreper som skal oversettes ikke eksisterer i språket det oversettes til. Vanlig praksis er da at tolken anvender skjønn i valg av oversettelse, og skjønnsutøvelse vil variere med tolkens kompetanse. Både for hjelpeinstanser og klient gir skjønnsutøvelsen rom for usikkerhet, både fordi de sjelden vet når tolken utøver skjønn og fordi de kan bli usikre på om meningsinnhold og ordvalg kommer frem til mottakeren etter intensjonen. Videre kan det være utfordrende å bygge relasjon når samtalen går gjennom en tolk. Dersom familiemedlemmene er usikre på tolkens taushetsplikt og rolle, kan dette påvirke informasjonsflyten og medføre at hjelpeinstansene ikke får nyansert og utfyllende informasjon om familiens behov. I en studie av Fylkesnes og Netland (2013) kom det frem at mulighet for å benytte samme tolk over tid og fleksibilitet til å kunne gjøre avtaler på kort varsel kan bidra til å styrke forutsetningene for samarbeid mellom tolk, barnevern og familier med innvandrerbakgrunn.

2.5.2 Normer for hjelpesøking og rapportering av overgrep

Når et fenomen diskuteres i sammenheng med personlige forhold som hvorvidt personer har innvandret, blir det ofte stilt spørsmål ved på hvilke måter kulturell bakgrunn har betydning for fenomenet som blir studert. Kulturbegrepet brukes ofte for å beskrive holdninger og normer for atferd som er felles for flere. Å føle tilhørighet til en kultur kan innebære å identifisere seg med normer og verdier knyttet til språk, religion, moral, klesdrakt eller utseende. Kultur er ikke et statisk fenomen og endres og utfordres stadig (Holm-Hansen et al., 2007; Kashima & Gelfand, 2012).

I følge Clear, Vincent og Harris (2006) så er kulturelle faktorer forbundet med gruppetilhørighet blant faktorene som påvirker en persons psykologiske respons på seksuelt misbruk. Også Shaw, Lewis, Loeb, Rosado & Rodriguez (2001) beskriver kulturelle aspekter som integrerte deler av vår forståelse av individuell mental helse, da et barns kulturelle gruppe - definert av etnisitet, kjønnsrolleforventninger, trossystemer, kulturelt aksepterte narrativ, og karakteristiske tilpasnings- og mestringsstrategier - påvirker individets personlige holdninger og verdier. Definisjonen av hva som regnes som seksuelt misbruk, hva man tenker om utsatte for seksuelt misbruk, samt egne reaksjoner på seksuelle overgrep, påvirkes av

samfunnsmessige, sosiale og kulturelle normer. Et barns kulturelle bakgrunn kan derfor ha betydning for hvordan opplevelsen av seksuelt misbruk håndteres og hvilken betydning det får for den utsatte, samt for hva slags symptomer som oppstår (Mennen, 1995).

En rekke faktorer er med på å forme hvordan traumer og overgrep påvirker en persons psykologiske velvære. Eksempelvis oppstår ikke følelser av skyld og skam i individet alene, men formes i stor grad av sosiokulturelle normer knyttet til konsekvenser av og ansvar for seksuelle overgrep, samt normer for hjelpesøking og åpenhet (Campbell et al., 2009; Kelly, Ryan, Altman, & Stelzner, 2000). Avgjørelsen om å fortelle noen om et overgrep blir tatt i en sosial kontekst, og påvirkes dermed av samfunnets rådende normer, holdninger, forventninger og forestillinger om seksuelle overgrep (Cromer et al., 2010; Plummer & Njuguna, 2009). Grupper som allerede er utsatt for stigmatisering kan oppleve frykt for ytterligere stigmatisering ved å fortelle om overgrep. Fontes et al. (2010) påpeker at sannsynligheten for at seksuelle overgrep oppdages og rapporteres videre av voksne, også påvirkes av kulturelle og sosiale normer knyttet til skam, tabu, seksuelle skript, jomfrudom, kvinner og barns status, ære og respekt, og patriarki.

Migrasjonsprosessen medfører for mange tap av sosioøkonomisk status og/eller økonomisk ustabilitet i reetableringsfasen. I familier hvor overgriper forsørger familien økonomisk, kan tapet av dennes inntekt ha konsekvenser for resten av familien og begrense deres muligheter for reetablering. Videre kan det at en overgriper innad i familien blir kjent, ha særlige konsekvenser for familier som verdsetter gode storfamilierelasjoner (Aase et al., 2014; Grødem & Sandbæk, 2013). Dette er forhold barn kan være klar over, og dermed oppleve som hindre for å fortelle om seksuelle overgrep grunnet lojalitet til og ønske om å beskytte familien.

Flere har understreket viktigheten av at helsepersonell som jobber med seksuelt misbrukte barn og deres familier er sensitive ovenfor rådende verdier for å kunne forstå hva overgrepet innebærer for barnet og familien (se f.eks. Shaw et al., 2001). Det har blitt påpekt at det er viktig at profesjonsutøver utvikler egen kompetanse i å intervju, vurdere og jobbe med barn, unge og familier fra andre kulturelle- og sosioøkonomiske grupper enn de selv tilhører. En slik kulturell kompetanse er evnen til å forstå mangfoldet i forskjellige menneskers liv og verdenssyn, og å tilpasse måten man arbeider på deretter (Abney, 2002). Her er det viktig å legge til grunn at kultur er relevant for alle saker som omhandler seksuelt misbruk av barn, og ikke bare der barnet har innvandrerbakgrunn. En for stor vektlegging av kultur kan føre til

at andre og kanskje viktigere forhold ved situasjonen eller involverte personer blir oversett.

2.6 Norske omfangsundersøkelser om seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn

I dette avsnittet presenteres resultater fra norske omfangsundersøkelser som ser på forekomsten av seksuelle overgrep mot barn, hvor respondentenes land- og/eller innvandringsbakgrunn er inkludert som en egen variabel.

Generelt er sammenligning av studier og omfangsundersøkelser av seksuelle overgrep - spesielt de få som inkluderer personer med innvandrerbakgrunn, problematisk av flere årsaker. For det første er det gjennomført få slike studier, og andelen respondenter med innvandrerbakgrunn er jevnt over liten og dermed lite representativ for innvandrerbefolkningen som helhet. Frafallet av respondenter med innvandrerbakgrunn er også generelt høyere enn frafallet i andre grupper. Videre ligger ulike definisjoner til grunn i de ulike studiene både av innvandrerbakgrunn og seksuelle overgrep. Befolkningsutvalg, rekrutteringsmetoder og kartleggingsverktøy varierer fra studie til studie. Respondentenes alder varierer mellom studier; noen inkluderer kun 15 og 16 åringer, mens andre inkluderer alle over 18 år. Der noen studier fokuserer på seksuelle overgrep siste år, undersøker andre seksuelle overgrep i livsløpet. Dett er blant de metodiske variasjonene som gjør det vanskelig å sammenligne resultatene fra ulike studier.

I Norge har Pape et al. (2004) sett på Oslo-befolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep. Et tilfeldig utvalg på 4282 innbyggere (55 % kvinner, 45 % menn) mellom 24 og 55 år ble trukket ut til å delta i studien. 89 % av deltakerne hadde opprinnelse fra vestlige land (alle med en eller begge foreldre fra Europa, Nord-Amerika og Australia), mens 11 % hadde ikke-vestlig bakgrunn (alle med begge foreldre fra land i Asia, Afrika og Sør- og Mellom-Amerika, uavhengig av eget fødeland). Totalt rapporterte 16 % av kvinnene og 2 % av mennene at de hadde blitt truet eller tvunget til sex, utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk minst en gang etter fylte 16 år. Forekomsten av seksuell vold var noe høyere blant kvinner med vestlig bakgrunn enn blant kvinner med ikke-vestlig bakgrunn, men grunnet betydelig frafall blant kvinnene med ikke-vestlig bakgrunn var det ikke mulig å si noe sikkert om forskjeller mellom vestlige og ikke-vestlige kvinner. En mulig årsak til frafallet kan være at undersøkelsen ble gjennomført ved bruk av spørreskjema, og

at kun personer som behersket norsk forholdsvis godt hadde mulighet til å besvare spørreskjemaet.

I rapporten «Voldsutsatt ungdom i Norge» ser Schou et al. (2007) blant annet på forekomsten av seksuelle overgrep blant norske 15 og 16 åringer, ut ifra tall fra de fylkesvise helseundersøkelsene blant 15-16 åringer. Totalt 15930 10.klassinger deltok i undersøkelsen, og av disse hadde 12,3 % mor og/eller far fra et ikke-vestlig land. Totalt oppga 484 jenter (6,1 %) og 131 gutter (1,6 %) å ha vært utsatt for et seksuelt overgrep siste år. Jenter med foreldre som var født i et ikke-vestlig land rapporterte sjeldnere å ha blitt utsatt for seksuelt overgrep enn jenter med foreldre født i Norge, hhv 3,5 % mot 6,4 %. For gutter var det derimot motsatt, ved at 3,1 % av guttene med foreldre fra ikke-vestlige land rapporterte seksuelle overgrep, mot 1,4 % av guttene med foreldre fra vestlige land. Totalt i studien var det bare 131 gutter som oppga å ha opplevd et seksuelt overgrep siste år, dermed hadde bare et mindre antall far fra et ikke-vestlig land.

Rapporten «Voldsutsatte barn i Oslo» av Mossige et al. (2009) bygger på tallmaterialet fra Oslo som ble samlet inn i fylkesvise helseundersøkelsene blant 15-16 åringer. Til sammen 3,9 % (280 personer) av deltagerne i undersøkelsen totalt rapporterte at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep siste år. Til sammen 13,7 % (896) av ungdommene i undersøkelsen var innvandrere (definert som ungdom født i land utenfor Nord-Amerika, Vest-Europa og Australia/New Zealand) og 10,1 % (664) var barn av innvandrere (definert som ungdom som er født i Norge av to foreldre født i land utenfor Nord-Amerika, Vest-Europa eller Australia/ New Zealand). Ungdom med innvandrerbakgrunn fra vestlige land, adopterte fra utlandet og ungdom med én norsk og én utenlandsk forelder, ble plassert i samme kategori som de norske. I denne studien var jenter med innvandrerforeldre sjeldnere utsatt for seksuelle overgrep enn norske jenter (hhv 5,3 % og 6,8 %), mens innvandregutter var mer utsatt for seksuelle overgrep enn norske gutter (hhv 3,8 % og 1,4 %). For barn av innvandrere var forekomsten av seksuelle overgrep på 2,6 % for både gutter og jenter.

3 Metode

Denne rapporten er basert på tre ulike metodiske tilnærminger; analyser av registerdata fra instanser som arbeider med saker der barn er eller kan være utsatt for seksuelle overgrep, analyse av data fra NKVTS omfangsundersøkelse om vold og voldtekt, og kvalitative intervjuer med ansatte i hjelpeinstanser som arbeider med disse sakene. I det følgende vil de tre metodiske tilnærmingene bli nærmere beskrevet. Avslutningsvis i metodekapitlet redegjøres det for forskningsetiske hensyn og vurderinger, samt for styrker og begrensninger ved undersøkelsen.

3.1 Registerdata fra hjelpeinstanser

I denne rapporten ble det samlet inn registerdata fra tre av de største instansene i Oslo som tar i mot barn utsatt for seksuelle overgrep. Disse er Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus (OUS), Statens Barnehus Oslo (SBO) og Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo.

Registerdata ble brukt for å kartlegge saker der det har vært mistanke om at barn og ungdom under 18 år har vært utsatt for seksuelle overgrep ved Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus (OUS), Statens Barnehus Oslo (SBO) og Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo i perioden 1. januar 2013 til og med 2014. Det ble samlet inn informasjon om barnets alder, kjønn, landbakgrunn, hva slags mistanke som lå til grunn for sakene og type overgrep, tid fra siste overgrep og tid for første- og siste overgrep. I tillegg ble det hentet inn informasjon om barnets relasjon til antatt overgriper, eventuelle fysiske skader og medisinske funn, henvissende instans og om barnet ble henvist videre i hjelpeapparatet. Personopplysninger som navn eller personnummer ble ikke registrert og det har ikke vært mulig å knytte opplysningene til enkeltpersoner.

3.2 Data fra omfangsundersøkelsen «Vold og voldtekt i Norge»

I 2013 gjennomførte NKVTS på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet en omfangsundersøkelse som fokuserte på forekomsten av vold og overgrep. Et

representativt utvalg av befolkningen ble trukket fra Folkeregisteret. Studien er en todelt tverrsnittundersøkelse med et voksent utvalg bestående av 4527 norske menn og kvinner i alderen 18 til 75 år, og 2062 ungdommer i alderen 16 til 17 år. I alt deltok 2435 kvinner og 2092 menn mellom 18 og 74 år, og 1012 jenter og 1050 gutter på 16 og 17 år. Deltakerne ble intervjuet på telefon, og intervjuet inneholder konkrete og detaljerte spørsmål om vold og overgrep i barndommen, vold og overgrep i voksen alder, samt psykisk helse og sosio-demografiske forhold (Thoresen et al., 2014). Data som omhandler erfaringer med seksuelle overgrep fra denne undersøkelsen vil bli presentert under resultater.

3.2.1 Statistiske analyser

Sammenlikning av kategorivariable mellom respondenter med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn, og mellom utsatte og ikke-utsatte for ulike typer overgrep, ble gjort ved kji-kvadrattester, p-verdier fra slike tester er markert med χ^2 p-verdi i tabeller. Tilsvarende sammenlikninger av kontinuerlige variable ble gjort ved t-tester. Ved sammenlikning mellom utsatthet for to typer overgrep ble det beregnet oddsforhold ved logistisk regresjon. Lineær regresjon ble benyttet for å se på sammenhengen mellom seksuelle overgrep og skyld og skam, målt med kontinuerlige skalaer. Alle analyser er gjort i IBM SPSS Statistics for Windows, versjon 20.

3.3 Kvalitative intervjuer av ansatte i hjelpeinstanser

3.3.1 Rekruttering og beskrivelse av intervjudeltakere

Fordi Oslo er den byen i Norge med størst andel personer med innvandrerbakgrunn i befolkningen totalt, ble ansatte ved to av de største hjelpeinstansene i Oslo som møter barn utsatt for seksuelle overgrep, Statens Barnehus Oslo og Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus, invitert til å delta i kvalitative intervjuer. Statens Barnehus Oslo har som oppgave å tilrettelegge og koordinere politiavhør. De ansatte består av et tverrfaglig team med ulike profesjoner som blant annet psykologer, leger og sosionomer. Avhørsdagen tar de i mot barnet og den som følger, gir informasjon og forsøker å skape trygge rammer for dagen. Etter avhøret tilbyr rådgiverne samtaler og veiledning, og kan også gjennomføre kartlegging av barnet og eventuelt tilby kortsiktig behandling. Ved Sosialpediatrisk seksjon arbeider sykepleiere, leger og psykologer og det er disse som møter barn og familier som kommer for medisinsk undersøkelse ved mistanke om at overgrep kan ha skjedd.

Profesjonsutøverne som ble intervjuet har ulik erfaring med å jobbe med seksuelle overgrepssaker; noen i underkant av 1 år, mens en større andel har flere års erfaring. Målsettingen med å intervju ansatte ved disse instansene var å få erfaringsbasert kunnskap fra profesjonsutøvere som arbeider med seksuelle overgrepssaker. Denne måten å rekruttere informanter på omtales som strategisk utvalg, som vil si at informanter blir valgt ut på grunnlag av på forhånd avklarte kriterier.

Rekrutteringen av informanter foregikk ved at ledelsen ved Barnehuset først ble informert om prosjektet i et møte. Deretter ble alle ansatte kontaktet og forespurt om å bli intervjuet, hvorav 10 ønsket å delta. Tilsvarende ble ledelsen ved Sosialpediatrisk seksjon informert om studien og 5 ansatte ønsket å delta i kvalitative intervjuer.

3.3.2 Fremgangsmåte og intervjuguide

Det ble foretatt kvalitative intervjuer av ansatte ved Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo universitetssykehus og Statens Barnehus Oslo, om erfaringer de har gjort seg i møte med barn med innvandrerbakgrunn som kommer til undersøkelse eller avhør grunnet mistanke om at de har vært utsatt for seksuelle overgrep. Til sammen deltok 15 ansatte i kvalitative intervjuer som i gjennomsnitt varte 1,5 time. Alle intervjuene foregikk på den ansattes arbeidsplass. Intervjuet ble tatt opp på lydfil etter samtykke fra informantene.

Intervjuguiden inneholdt spørsmål om den ansattes utdanning og erfaring med seksuelle overgrepssaker, og om instansens arbeidsmetoder i slike saker. I forkant av intervjuet ble hver ansatt bedt om å forberede en konkret sak han eller hun hadde jobbet med som omhandlet seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn, med det siktemål å gå igjennom og reflektere rundt denne saken i intervjuet. Intervjuguiden var inndelt i tre deler. Del 1 omhandlet den ansattes utdanningsbakgrunn og yrkeserfaring, del 2 håndtering av saker med mistanke om seksuelle overgrep generelt samt gjennomgang av og refleksjon rundt en konkret sak den ansatte på forhånd var bedt om å forberede mens del 3 omhandlet de ansattes erfaringer med konsultasjonen når barnet og omsorgspersoner hadde innvandrerbakgrunn.

Intervjuene ble transkribert verbatim, som vil si ord for ord. Pauser, kremting og lignende ble som hovedregel ikke inkludert i transkripsjonene. Dette fordi målet var å ende opp med tekst med best mulig lesbarhet ettersom fokuset lå på meningsinnholdet i teksten som helhet, heller enn semantikk og setningsoppbygging.

3.3.3 Kvalitative analyser

Etter transkribering ble intervjuene lest flere ganger og tema som på forhånd var vurdert som sentrale ble merket ut på langs i hvert intervju og på tvers av intervjuene. For å få frem mønstre og sammenhenger i intervjuene er det trukket veksler på tematisk analysemetode (Braun & Clarke, 2006; Braun, Clarke, Terry, Rohleder & Lyons, 2014). Dette innebærer at intervjumaterialet i liten grad er fortolket, og at de empiriske utdragene som blir presentert i rapporten er ment å illustrere tema som blir beskrevet, snarere enn å danne grunnlag for fortolkninger av et fenomen.

Vi endte opp med et rikt og omfattende datamateriale fra de kvalitative intervjuene. Mye av det som kom frem i intervjuene er ikke inkludert i denne rapporten, da det var viktig å i størst mulig grad holde fokus på det som i særlig omhandlet seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn. I presentasjonen av analysene av de kvalitative intervjuene har vi likevel valgt å inkludere en god del av materialet som omhandler generelle forhold ved seksuelle overgrepssaker. Det er to grunner til dette; for det første ønsker vi i rapporten å få frem kunnskap ansatte i hjelpeinstanser som arbeider med disse sakene har opparbeidet seg etter mange års erfaring med slike saker. I tillegg var det de generelle forholdene de ansatte som ble intervjuet vektla; i saker som omhandlet seksuelle overgrep ble forhold som hvorvidt barnet eller familien hadde innvandret ansett som mindre relevant. I den grad særskilte forhold ved innvandrerfamilier ble nevnt, gjaldt dette temaer som skyld og skam, språklige barrierer, bruk av tolk i disse sakene, at familien kunne ha begrenset kjennskap til- og kunnskap om involverte hjelpeinstanser, samt at antall saker der barn med innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep var begrenset.

3.4 Forskningsetiske vurderinger og hensyn

Omfangsundersøkelsen «Vold og voldtekt i Norge» utført av NKVTS i 2013 er godkjent av de regionale forskningsetiske komiteer (REK), og bruk av data til denne undersøkelsen faller inn under formålet som det er gitt godkjenning til. Denne undersøkelsen vil ikke medføre mer belastning for respondentene, men bidra til bedre utnyttelse av allerede innsamlede data.

Alle registerdata fra hjelpeapparatet ble avidentifiserte for forskerne som har jobbet med rapporten, og opplysningene som er benyttet kan ikke knyttes til enkeltpersoner. Undersøkelsen var derfor ikke meldepliktig til forskningsetisk komite (REK), men er godkjent av Personvernombudet for forskning (NSD), Pasientvernombudet ved Oslo Universitetssykehus og Personvernombudet i Oslo Kommune og Politidirektoratet.

Informasjonsskriv og informert samtykke er hentet inn og lagret. Lydfiler, tekstfiler og registerdata har vært lagret på pc uten internettilkobling og oppbevart i låsbar skap på låst rom med adgangskode som kun har vært kjent av prosjektledere og to prosjektmedarbeidere. Alt intervjumateriale er aidentifisert og anonymisert. I utdragene som presenteres i denne rapporten er potensielt identifiserende informasjon fjernet eller endret. For eksempel er han/gutten og hun/jenta erstattet med barnet, og antall søsken endret eller oppgitt som ubestemt antall. Landbakgrunn, diagnosebetegnelser og detaljerte eller særegne beskrivelser av barn eller familier er ikke omtalt.

Seksuelle overgrep er et sensitivt tema, og i arbeidet med rapporten har vi vært bevisste utfordringer og hensyn som er forbundet med å undersøke denne type overgrep opp mot en avgrenset del av befolkningen.

3.5 Styrker og begrensninger ved undersøkelsen

En begrensning ved undersøkelsen er at tallmateriale som ligger til grunn for analysene av registerdata er små, og andelen med innvandrerbakgrunn i omfangsundersøkelsen er liten. I tillegg ligger noe ulike kriterier til grunn for inndeling i land- og innvandrerbakgrunn i de ulike instansene og i omfangsundersøkelsen om vold og voldtekt i Norge. Dermed kan man ikke trekke konklusjoner om årsakssammenhenger eller forskjeller mellom grupper basert på forskjeller mellom disse datamaterialene. Det kan også ses som en begrensning at vi ikke har tatt utgangspunkt i overordnede teoretiske perspektiver eller fortolket det kvalitative datamaterialet, men heller beskrevet materialet og latt informantens uttalelser stå for seg.

Små datamaterialer til tross, så er en av styrkene ved denne undersøkelsen er bruken av både kvantitative og kvalitative data og metoder, inklusive omfangsdata fra undersøkelsen vold og voldtekt i Norge, samt gjennomgangen av tidligere empiri. Videre er det en styrke at vi fikk intervjuet profesjonsutøver fra de offentlige hjelpeinstansene som møter mange barn og ungdommer som har vært utsatt for overgrep, og at mange av informantene har lang erfaring med å jobbe med seksuelle overgrepssaker. Videre ble både kvantitative og kvalitative data innhentet fra Oslo, hvor andelen av befolkningen med innvandrerbakgrunn er den høyeste i landet, og erfaringen med denne type saker dermed størst.

Selv om det på grunnlag av resultatene fra denne undersøkelsen ikke kan trekkes robuste konklusjoner om likheter og forskjeller mellom grupper, så er resultatene

med på å synliggjøre og problematisere tema som er viktige å se nærmere på i videre forskning. I tillegg har kombinasjonen av metoder bidratt til en mer helhetlig og bred tilnærming til temaet seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn, noe som kan være en fordel når den eksisterende kunnskapen om dette er begrenset. En slik oversikt over helheten gjør det mulig å identifisere hvilke poenger som fremstår som sentrale og viktige å undersøke mer i dybden i videre studier.

4 Resultater

I del 4.1 presenteres resultater fra analyser av registerdata fra SBO, OUS og Overgrepsmottaket. I del 4.2 presenteres resultater fra analyser av data fra omfangsundersøkelsen om vold og voldtekt i Norge (Myhre et al., 2015; Thoresen et al., 2014). Analyser av kvalitative intervjuer med ansatte i hjelpeinstanser presenteres i del 4.3.

I vurderingen av resultatdelen som helhet er det viktig å være bevisst på andelen av befolkningen med innvandrerbakgrunn i Oslo samt hva som ligger til grunn for inndeling i landbakgrunn i de ulike instansene. Andelen av befolkningen i Oslo totalt med innvandrerbakgrunn var 32 % ved inngangen til 2015 % (SSB, 2015). Ved inngangen til 2013 var 33 % av barn mellom 0-22 år i Oslo innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre (Dyrhaug et al., 2015). Kjønnfordelingen i de to gruppene er relativt lik for barn. Samtidig tar instansene i mot barn både fra Oslo og omkringliggende fylker, hvor andelen personer med innvandrerbakgrunn er lavere enn i Oslo. Dette må tas med i vurderingen av informasjonen som kommer frem i analysene av tallmaterialene fra de tre instansene. Videre ligger ulike kriterier til grunn ved de tre instansene for inndeling i landbakgrunn, noe som også må tas med i vurderingen ved tolkning av data og analyser

4.1 Analyse av registerdata fra hjelpeinstansene

I de tre avsnittene som følger, presenteres og beskrives analysene av registerdata fra Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo, Statens Barnehus Oslo og Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus. Hensikten med analysene av disse datamaterialene er å undersøke hvorvidt det er særskilte forhold som gjør seg gjeldende i rapporterte og/eller anmeldte saker som omhandler mistanke om seksuelle overgrep, der barn med innvandrerbakgrunn er utsatt. Med særskilte forhold menes hvorvidt eksempelvis omfang, type overgrep, involverte hjelpeinstanser, utsattes kjønn og alder ser ut til å henge sammen med eller variere etter landbakgrunn.

Analysene av registerdata er inndelt etter barns landbakgrunn. Hva som ligger til grunn for inndeling i landbakgrunn varierer noe mellom instansene, og er spesifisert

før analysene av hvert datamateriale. I analysene generelt har antall (N) blitt fjernet fra tabellene for slik å sikre at enkeltpersoner- eller saker ikke skal kunne gjenkjennes i materialet i tilfeller der antall barn i enkeltkategorier er under 5. Isteden oppgis kun total N og %, mens likheter og forskjeller mellom gruppene beskrives i teksten, uten at eksakt antall gjengis.

4.1.1 Registrerte saker ved Overgrepsmottaket i Oslo

Ved Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo etterregistreres en del informasjon om saksmassen for utarbeidelse av årsrapporter, med de begrensinger dette medfører.

Materialet som presenteres her er fra 2013; antallet saker er for få til å gi sikre vurderinger av forskjeller, men man får et inntrykk av saksmassen.

I tallmaterialet fra Overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo benyttes betegnelsene vestlige og ikke-vestlige ungdom. Overgrepsmottaket registrer ikke pasientenes landbakgrunn rutinemessig, noe som betyr at det ikke er eksakt definert hvilke land som går inn under vestlig og ikke-vestlig landbakgrunn. I tallmaterialet som presenteres her er imidlertid majoriteten av de unge ikke-vestlige fra land i Asia, Afrika og Mellom-Amerika. Majoriteten av de unge registrert som vestlige, er fra Norge.

47 personer mellom 14 og 17 år, nesten utelukkende jenter (antall gutter var for lavt til å spesifiseres her), oppsøkte Overgrepsmottaket på legevakten i Oslo i 2013. Av disse hadde 36 (78 %) vestlig landbakgrunn, mens 11 (23 %) hadde ikke-vestlig bakgrunn. Halvparten av de unge kom fra Oslo, og resten fra andre fylker (mottaket dekker Oslo, Follo, Romerike og Rømskog samt utenbys boende som utsettes for overgrep i mottakets ansvarsområde). I 11 % av sakene var det politiet som fulgte den unge, mens ungdommen enten kom alene eller med annet følge i 89 % av sakene. Ingen av de ikke-vestlige ungdommene ble fulgt til Overgrepsmottaket av politiet.

Gjennomsnittsalderen for utvalget som helhet var 16 år. Ungdommene med ikke-vestlig bakgrunn var relativt likt fordelt mellom aldersgruppene 14 og 15 år (55 %) og 16 og 17 år (45 %). Blant de vestlige ungdommene var 19 % i aldersgruppen 14 og 15 år, mens 81 % var 16 og 17 år gamle (tabell 4.1).

Tabell 4.1 Gjennomsnittsalder etter landbakgrunn og totalt

Alder	Ikke-vestlige	Vestlige	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
14 og 15 år (under seksuell lavalder)	6 (55)	7 (19)	13 (28)
16 og 17 år	5 (45)	29 (81)	34 (72)
Gjennomsnitt alle aldre (14 - 17 år)	16 år	16 år	16 år

Når det gjelder karakteristika ved overgrepene ungdommene har blitt utsatt for, viser tallmaterialet overveiende likheter mellom vestlige og ikke-vestlige unge. Uansett landbakgrunn var gjerningspersonen en bekjent, partner/kjæreste eller familiemedlem i 64 % av sakene, og ukjent eller førstegangskjent i 28 % av sakene.

I 79 % av sakene ble overgrepet begått av en gjerningsperson, mens det i 15 % av sakene dreide seg om overgrep begått av to eller flere gjerningspersoner. I 6 % av sakene manglet opplysninger om antall gjerningspersoner.

Type seksuell handling og type overvinnelse var likt for ikke-vestlige som for vestlige. De fleste som kom til Overgrepsmottaket (72 %) opplyste om penetrerende overgrep, det vil si inntrengning med penis, fingre eller gjenstand i skjede og/eller endetarm, eller med penis i munn. Andre kom etter å ha blitt utsatt for voldtektsforsøk eller ikke-penetrerende overgrep, eksempelvis voldtektsforsøk som ble avbrutt. Enkelte saker er registrert som «begrunnet mistanke», som innebærer at ungdommen eksempelvis har våknet under mistenkelige omstendigheter, f.eks. på ukjent sted og/eller uten klær sammen med en mann, ofte i forbindelse med rusinntak. Den unge kan ha begrenset hukommelse om hva som har skjedd, men omstendighetene rundt gir tilstrekkelig grunn til mistanke om at et overgrep kan ha skjedd. Noen få unge kom etter det de selv beskriver som frivillig sex med en mer voksen person. I disse sakene beskrev ungdommen å ha gått med på å ha sex, mens omsorgsgiver(e) anså det som overgrep grunnet ungdommens alder (under seksuell lavalder) og aldersforskjell.

Type overvinnelse var hold overmakt i 36 % av sakene, mens det i 34 % av sakene hadde blitt brukt vold ut over hold (tabell 4.2). I 19 % av sakene hadde ungdommen blitt utnyttet i beruset tilstand uten kjent bruk av fysisk vold.

Tabell 4.2 Type overvinnelse

Type overvinnelse ⁶	Total N (%)
Hold overmakt ⁷	17 (36)
Vold ut over hold ⁸	16 (34)
Utnyttelse rus	9 (19)
Ukjent/ingen opplysninger/ amnesi/hukommelsestap/frivillig	5 (11)

53 % av alle ungdommene, omtrent like stor andel ikke-vestlige som vestlige, oppga at de frivillig hadde inntatt rusmidler forut for overgrepet. 36 % av ungdommene totalt oppga at de ikke hadde inntatt rusmidler forut for overgrepet, mens opplysninger manglet i 11 % av sakene (tabell 4.3).

Tabell 4.3 Rusmiddelinntak forut for overgrep (pasientens egne opplysninger)

Rusmiddelinntak ved hendelse	Total N (%)
Rusinntak forut for overgrep	25 (53)
Ikke rusinntak forut for overgrep	17 (36)
Ingen opplysninger	5 (11)

I tallmaterialet fra Overgrepsmottaket kommer det frem at forskjellene mellom vestlig og ikke-vestlig ungdom, hovedsakelig knyttes til hjelpesøking og hvilke hjelpetilbud som benyttes av de unge, samt hvorvidt den unge blir fulgt til

⁶ Her er kategoriene gjensidig utelukkende; volden er gitt prioritet, slik at den som er ruset men også husker vold vil bli klassifisert i henhold til volden. Gradering av vold: det er skilt mellom hold/overmakt og vold ut over hold ettersom sistnevnte er alvorligere og medfører større risiko for skader/funn ved undersøkelse.

⁷ Hold overmakt: går inn under vold, men som en «mildere form for vold» i juridisk forstand. Eksempelvis å ha blitt holdt fast av gjerningsperson(er), våknet under voldtekt i beruset tilstand og blitt holdt fast videre av gjerningsperson(er).

⁸ Vold ut over hold: f.eks. slag, spark, kvelning, bundet fast.

Overgrepsmottaket av politiet. Blant ikke-vestlige unge var det færre som kom innen fristen (1 uke) for rettsmedisinsk undersøkelse: hhv 55 % mot 69 % av vestlige ungdommer (tabell 4.4).

Tabell 4.4 Tilbud benyttet ved første kontakt med Overgrepsmottaket

Tilbud benyttet	Ikke-vestlige	Vestlige	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Rettsmedisinsk undersøkelse (≤ 7 dager)	6 (55)	25 (69)	31 (66)
Medisinsk undersøkelse uten rettsmedisinsk undersøkelse (>7 dager)	4 (36)	8 (22)	12 (26)
Bare samtale			4 (9)

Nært 7 av 10 ungdommer benyttet seg av tilbud om psykososial rådgivning/oppfølging ved legevakten. En ganske lik andel ikke-vestlige og vestlige unge benyttet seg av oppfølgende samtale; færre ikke-vestlige unge enn vestlige synes å benytte seg av medisinsk oppfølging (hhv 55 % mot 72 %). Dette kan delvis være begrunnet i at ungdommen kom så sent til undersøkelse at eventuell smitteproblematikk lot seg avklare uten ytterligere kontroll. Videre hadde færre ikke-vestlige enn vestlige ungdommer annen oppfølging, hhv 36 % mot 58 % (tabell 4.5) etter hva Overgrepsmottaket hadde kjennskap til. Av alle ungdommene som oppsøkte Overgrepsmottaket i 2013, var det 19 % som hverken benyttet seg av samtale- eller medisinsk oppfølging ved Legevakten. Noen av disse hadde kjent oppfølging et annet sted, mens 11 % ikke hadde noen form for kjent oppfølging.

Tabell 4.5 Oppfølging ved legevakt

Oppfølging ved legevakt	Ikke-vestlige	Vestlige	Total
(samme person kan ha valgt flere typer oppfølging)	N (%)	N (%)	N (%)
Oppfølgingssamtale legevakt	8 (73)	24 (67)	32 (68)
Medisinsk oppfølging legevakt	6 (55)	26 (72)	32 (68)
Annen oppfølging	4 (36)	21 (58)	25 (53)

4.1.2 Avhør ved Statens Barnehus Oslo

I oversikten over antall avhør ved Statens Barnehus Oslo i 2014 brukes inndelingene norsk landbakgrunn og bakgrunn fra andre land enn Norge om omsorgsgiverne til de avhørte barna.

Totalt ble det gjennomført 818 tilrettelagte avhør og 52 politiavhør ved Statens Barnehus Oslo i 2014. Av de totalt 818 tilrettelagte avhørene var 378 av gutter (46 %) og 440 (54 %) av jenter. 269 avhør omhandlet seksuelle overgrep. 27 % av de avhørte i seksuelle overgrepssaker var gutter og 73 % var jenter (tabell 4.6). Samme år ble det gjennomført 122 medisinske undersøkelser ved SBO.

Tabell 4.6 Fordeling av type sak etter kjønn, og andel av type sak av tilrettelagte avhør totalt

Type sak	Gutt	Jente	Andel av avhør totalt
	N (%)	N (%)	N (%)
Seksuelle overgrep	72 (27)	197 (73)	269 (33)
Vold	282 (55)	231 (45)	513 (63)
Annet	24 (67)	12 (33)	36 (4)

Av de totalt 870 politi- og tilrettelagte avhørene som ble gjennomført i 2014, hadde barnet som ble avhørt status som fornærmet i 688 (79 %) av sakene, som vitne i 165 (19 %) av sakene, og som mistenkt eller siktet i de 17 (2 %) resterende sakene.

Tabell 4.7 Fordeling av avhørsstatus etter kjønn, og andel status av tilrettelagte avhør totalt

Barnets avhørsstatus	Gutt	Jente	Andel av avhør totalt
	N (%)	N (%)	N (%)
Fornærmet	308 (47)	353 (53)	661 (81)
Vitne	67 (44)	87 (57)	154 (19)
Annet			3 (0,4)

Om lag 80 % av alle som ble avhørt i politi- og tilrettelagte avhør ved Statens Barnehus Oslo i 2014 hadde status som fornærmet (de resterende hadde i hovedsak status som vitner). I disse 688 sakene hadde 52 % av de fornærmede barna

omsorgsgivere med landbakgrunn fra Norge, og de resterende 48 % hadde omsorgsgivere med annen landbakgrunn enn Norge. I seksuelle overgrepssaker hadde 75 % av barna omsorgsgivere med landbakgrunn fra Norge (176 saker), mens 25 % hadde omsorgsgivere med annen landbakgrunn (58 saker). I 94 % av sakene totalt (vold, seksuelle overgrep, og annet) var overgriper en som barnet var i familie med (86 %) eller kjente fra før (8 %).

4.1.3 Medisinsk undersøkelse ved Statens Barnehus Oslo og Sosialpediatrisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus

Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo universitetssykehus er ansvarlig for å utføre de medisinske undersøkelsene ved Statens Barnehus Oslo. Undersøkelsene journalføres i deres journalsystem og inngår som en del av den kliniske aktiviteten ved Sosialpediatrisk seksjon. Denne oversikten inneholder opplysninger fra alle saker hvor det ble gjennomført medisinsk undersøkelse grunnet mistanke om seksuelle overgrep ved SBO og Sosialpediatrisk seksjon ved OUS i 2013 og 2014.

For analysene i denne delen av rapporten har vi valgt å klassifisere det å være født eller å ha en eller begge foreldre født i Asia inklusive Tyrkia, Afrika, Sør og Mellom-Amerika som ikke-vestlig bakgrunn, mens det å være født eller å ha foreldre fra Norge, resten av Norden, Europa unntatt Tyrkia, Nord-Amerika og Australia klassifiseres som vestlig bakgrunn.

Av de totalt 203 barna som var til medisinsk undersøkelse ved SBO og OUS i 2013 og 2014, der det var mistanke om at seksuelle overgrep hadde funnet sted, hadde 76 % (155 personer) vestlig bakgrunn, mens 24 % (48 personer) hadde ikke-vestlig bakgrunn.

I utvalget som helhet var det en overvekt av jenter: 80 % (162) jenter, mot 20 % (41) gutter. Kjønnfordelingen varierte imidlertid etter landbakgrunn: blant vestlige barn var 84 % jenter og 16 % gutter, mens det blant ikke-vestlige barn var 67 % jenter og 33 % gutter (tabell 4.8). Kji-kvadrat test ble gjort for å teste sammenhengen mellom landbakgrunn og kjønn, og denne var signifikant med $p = 0,009$.

Tabell 4.8 Kjønnfordeling etter landbakgrunn

Kjønn	Vestlig	Ikke-vestlig	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Jente	130 (84)	32 (67)	162 (80)
Gutt	25 (16)	16 (33)	41 (20)

Majoriteten av barn som kom inn til undersøkelse var mellom 0 og 12 år gamle. 67 % var i alderen 0 til 6 år, mens 26 % var i alderen 7 til 12 år. Gjennomsnittsalderen for utvalget som helhet var 5,8 år, likt for vestlige som for ikke-vestlige. I aldersgruppen 13 til 18 år var det en overvekt av andelen vestlige unge.

Tabell 4.9 Aldersgrupper SBO og OUS

Aldersgrupper	Vestlig	Ikke-vestlig	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
0-6 år	103 (67)	33 (69)	136 (67)
7-12 år	39 (25)	13 (27)	52 (26)

I forbindelse med medisinsk undersøkelse registreres det hvem som er mistenkt som gjerningsperson. Status som mistenkt gjelder ikke i strafferettslig forstand, da mistanken registreres før eventuell straffesak. I majoriteten av sakene totalt var mistenkt gjerningsperson enten i familie med eller kjent for barnet/den unge. Foreldre og steforeldre, hovedsakelig far (37 %), var mistenkt i 47 % av sakene i snitt, uavhengig av landbakgrunn. Søsken og halvøsken var kun mistenkt i saker som gjaldt vestlige barn (8 %), mens annen familie og slekt (f.eks. onkel, besteforelder), samt andre barn, i større grad var mistenkt i saker som omhandlet ikke-vestlige barn. Når det gjaldt ansatte i barnehage, skole, skolefritidsordning, dagmamma og trener, var disse mistenkt for overgrep i 10 % av sakene i snitt, likt for vestlige som for ikke-vestlige. Gjerningspersonen var fremmed, ukjent eller ikke oppgitt i 19 % av sakene totalt, også dette likt uansett utsattes landbakgrunn.

Tabell 4.10 Person mistenkt for overgrep (ikke i strafferettslig forstand)

Person mistenkt for overgrep	Vestlig N (%)	Ikke-vestlig N (%)	Total N (%)
Foreldre, steforeldre⁹	74 (48)	21 (44)	95 (47)
Søsken, halvsøsken	13 (8)	0	13 (6)
Annen familie/slekt	12 (8)	7 (15)	19 (9)
Venn/bekjent, nabo, barnevakt			9 (4)
Andre barn (bhg, medelev)	5 (3)	5 (10)	10 (5)
Ansatte i bhg, skole, SFO, dagmamma, trener	16 (10)	5 (10)	21 (10)
Ukjent, fremmed, ikke oppgitt	29 (19)	9 (19)	38 (19)

De(n) første til å fatte mistanke om at et overgrep hadde funnet sted var foreldre, og i hovedsak mor, uansett landbakgrunn. Derimot var barnehage, skole, og SFO først ute med å fatte mistanke i 31 % av sakene som gjaldt ikke-vestlige barn, mot 14 % av sakene som gjaldt barn med vestlig bakgrunn. Politi, barnevern, og lege/annet helsepersonell¹⁰ var de første som fattet mistanke i 10 % av sakene som gjaldt barn med vestlig bakgrunn, mot 2 % av sakene som gjaldt barn med ikke-vestlig bakgrunn. Fosterforeldre, institusjon, beredskapshjem eller barnevern fattet først mistanke i 8 % av sakene totalt, hovedsakelig når det gjaldt barn med vestlig bakgrunn.

⁹ Noen barn og unge hadde blitt utsatt for overgrep av både foreldre og annen familie/slekt. Disse overgrepene er registrert både under foreldre/steforeldre og annen familie/slekt.

¹⁰ Legevakt, helsesøster, sykehus og/eller BUP.

Tabell 4.11 Personen eller instansen som først mistenkte overgrep

Personen/instansen som først mistenkte overgrep	Vestlig N (%)	Ikke-vestlig N (%)	Total N (%)
Mor, far, forelder	78 (50)	26 (54)	104 (51)
Venn, familie/slektninger			4 (2)
Barnehage, skole, SFO	21 (14)	15 (31)	36 (18)
Politi	5 (3)	0	5 (3)
Lege, legevakt, lege og barnevern, helsesøster, sykehus, BUP	5 (3)	0	5 (3)
Fosterforeldre, institusjon, beredskapshjem, barnevern			17 (8)
Ikke oppgitt	27 (17)	5 (10)	32 (16)

I tallmaterialet kommer det frem enkelte forskjeller med hensyn til hvilke instanser som er involvert i sakene, og i hvor stor grad, etter barns landbakgrunn. Barn med vestlig bakgrunn ble i 45 % av sakene henvist til undersøkelse av politiet, mens tilsvarende tall for ikke-vestlige var 23 %. Barnevernet henviste i 23 % av sakene som gjaldt vestlige barn, mot 35 % av sakene som gjaldt ikke-vestlige barn. Også lege eller annet helsepersonell henviste i en større andel av sakene der barn med ikke-vestlig bakgrunn var berørt, henholdsvis 31 % mot 22 % av vestlige barn. Mor og/eller far henviste selv barnet/den unge til undersøkelse i 10 % av alle sakene, uansett landbakgrunn.

Tabell 4.12 Personen eller instansen som henviste til medisinsk undersøkelse

Henviser	Vestlig	Ikke-vestlig	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Henvist fra lege eller annet helsepersonell^{11 12}	34 (22)	15 (31)	49 (24)
Barnevern	36 (23)	17 (35)	53 (26)
Politi	69 (45)	11 (23)	80 (39)
Mor, far, forelder	16 (10)	5 (10)	21 (10)

En del av barna hadde allerede tilbud i hjelpeapparatet og ble henvist derfra til medisinsk undersøkelse. Vi hadde derfor kun informasjon om henvisning til videre hjelpetilbud i 20 % av sakene totalt. Av sakene hvor informasjon om henvisning videre var oppgitt, hadde ingen av barna med ikke-vestlig bakgrunn blitt henvist videre til BUP, UPA og/eller Hab, mot 4 % av barna med vestlig bakgrunn. 6 % av barna med ikke-vestlig bakgrunn hadde blitt henvist til barnevernet, mot 21 % av barna med vestlig bakgrunn. Avgjørelsen om henvisning videre baseres både på instansenes vurderinger og familiens ønsker.

Den medisinske undersøkelsen var normal i de aller fleste tilfeller. Det ble i et fåtall undersøkelser gjort uspesifikke funn, det vil si ikke konklusive for seksuelle overgrep. Rettsmedisinske sporprøver ble tatt i noen tilfeller, men svar på disse går til politiet og Sosialpediatrisk seksjon får sjelden vite utfallet av disse.

4.2 Analyse av data fra omfangsundersøkelsen «Vold og voldtekt i Norge»

Sammenliknet med befolkningen generelt var personer med innvandrerbakgrunn underrepresentert blant deltakerne i studien, men vektning av resultatene med hensyn til landbakgrunn ga ingen vesentlig forskjeller i forekomster i utvalget som helhet (Myhre et al., 2015; Thoresen et al., 2014). For analysene i denne delen av rapporten

¹¹ Legevakt, helsesøster, BUP.

¹² Noen ganger i samråd med mor, barnevern og politi.

har vi valgt å klassifisere det å ha en eller begge foreldrene som er født i Asia, Afrika, Sør og Mellom-Amerika som ikke-vestlig bakgrunn, mens det å ha foreldre fra Norge, resten av Norden, Europa unntatt Tyrkia, Nord-Amerika og Australia ble klassifisert som vestlig bakgrunn. Når denne klassifiseringen legges til grunn hadde 3,8 % (N=249) av totalutvalget ikke-vestlig bakgrunn, noen flere menn (3,9 %) enn kvinner (3,6 %). Av disse var 54,6 % født i Norge. Blant 16 og 17-åringene var andelen med ikke-vestlig bakgrunn høyere 6,1 % (N= 126), og hvorav 67,5 % født i Norge.

4.2.1 Forekomst av seksuelle overgrep i barndommen

Blant deltakerne i studien var det 18,8 % av kvinnene og 6,5 % av mennene som rapporterte minst én form for seksuelt overgrep eller krenkelse før fylte 18 år. Forekomsten var lavere blant ungdommene, der 8,4 % rapporterte å ha blitt utsatt for minst én form for seksuelt overgrep eller krenkelse, mens 15,0 % av de voksne deltakerne i studien rapporterte dette før fylte 18 år.

Når vi sammenliknet forekomsten av de ulike formene for seksuelle overgrep blant de med ikke-vestlig og de med vestlig bakgrunn fant vi få forskjeller (Tabell 4.13). Det var en liten tendens til at flere med ikke-vestlig bakgrunn rapporterte om seksuelle overgrep i form av seksuell kontakt før 13 år, voldtekt ved bruk av makt eller trusler og seksuell kontakt i bevisstløs eller beruset tilstand, men tallene var små og kun for seksuell kontakt før fylte 13 år var det en grensesignifikant forskjell. Vi gjør oppmerksom på at når det gjelder seksuell kontakt før 13 år stilte vi som krav at personen skulle være minst 5 år eldre. Dette ble gjort for å unngå å få med hendelser som ikke har overgrepspreg, slik som frivillige seksuelle handlinger mellom ungdom og seksuell lek mellom barn. Det kan derfor være seksuelle overgrep før 13 år utført av andre unge som ikke har blitt fanget opp i denne studien (for eksempel overgrep fra en 16 år gammel gutt mot en 12 år gammel jente).

Alle former for seksuelle overgrep i barndommen forekom oftere blant kvinner enn blant menn, og det var for få menn med ikke-vestlig bakgrunn som rapportert slike hendelser til at vi kunne se på forskjeller mellom kjønnene.

Tabell 4.13 Forekomst av seksuelle overgrep, og sammenlikning mellom deltakere med minoritetsetnisk og vestlig bakgrunn

	Ikke-vestlig bakgrunn		Vestlig bakgrunn		χ^2 p-verdi
	N=249	N=6337	N=6337	N=249	
Seksuelle overgrep før 18 år	%	N	%	N	
Seksuell kontakt før fylte 13 år med noen minst 5 år eldre	8,1	20	5,2	329	0,049
Voldtekt ved fysisk makt eller trusler	4,0	10	2,5	158	0,130
Seksuell kontakt i bevisstløs tilstand ^a	4,4	11	3,2	203	0,319
Andre seksuelle overgrep ^b	5,6	14	8,5	538	0,109
Noen form for seksuelle overgrep (minst en av de over)	13,7	34	12,9	819	0,736

^a Uønsket seksuell kontakt i så beruset tilstand at en ikke kunne samtykke eller stoppe det som skjedde

^b Tvunget til beføling ved bruk av makt eller trusler om å skade, press til seksuelle handlinger og/eller andre former for seksuelle krenkelser

4.2.2 Relasjon til overgriper

Tabell 4.14 gir oversikt over relasjoner til overgriper for de med ikke-vestlig bakgrunn som har rapportert seksuelle overgrep. Noen hadde vært utsatt for overgrep fra mer enn én person, derfor er summen av relasjoner høyere enn antallet personer som har vært utsatt. Antall utsatte var for få til å analysere eventuelle forskjeller i forhold til de med vestlig bakgrunn. Men mønsteret som kom frem likner det som ble funnet for utvalget som helhet. Hovedbildet er at den utsatte oftest kjente overgriperen, uten å være i nær familie med ham/henne, og at venner og bekjente står for flest overgrep.

Tabell 4.14 Relasjon til overgriper blant de med ikke-vestlig bakgrunn som hadde opplevd seksuelle overgrep

	Foreldre /ste- foreldre	Annen familie/ slekt	Venner/ kjæreste	Autoritets- personer	Nabo/ bekjente	Ukjente
Seksuelle overgrep	N	N	N	N	N	N
Seksuell kontakt før 13 år (N=20)	2	5	3	0	5	8
Voldtekt og/eller andre seksuelle overgrep^a (N=19)	2	1	6	4	4	8

4.2.3 Karakteristika ved seksuelle overgrep i barndommen

Noen deltakere som var utsatt seksuell kontakt før 13 år rapporterte at de hadde vært redd for å bli skadet eller drept, og noen fikk fysiske skader som følge av overgrepet/overgrepene (Tabell 4.15), men vi fant ingen forskjell mellom de med ikke-vestlig og vestlig bakgrunn. Svært få i begge grupper hadde vært til medisinsk undersøkelse i forbindelse med overgrepet/ett av overgrepet, mens flere hadde snakket med helsepersonell om hendelsen eller helseproblemer eller bekymringer de kan ha hatt som følge av hendelsen uten at det var signifikant forskjell mellom gruppene. Undersøkelsen viste også at noen ikke hadde snakket med noen andre om hendelsen(e), og denne andelen var signifikant høyere blant de med ikke-vestlig bakgrunn ($p=0,014$).

Tabell 4.15 Karakteristika ved vold og overgrep, sammenlikning av deltakere med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn

	Ikke-vestlig bakgrunn N=20		Vestlig bakgrunn N=329		χ^2 p-verdi
	%	N	%	N	
Seksuell kontakt før fylte 13 år med noen minst 5 år eldre					
Redd for å bli skadet eller drept	20,0	4	14,9	49	0,681
Fikk fysiske skader	5,0	1	9,4	31	0,589
Medisinsk undersøkelse i forbindelse med overgrepet	0	0	3,6	12	0,663
Snakket med helsepersonell	20,0	4	31,6	104	0,487
Snakket med noen andre om det	45,0	9	71,0	233	0,014

4.2.4 Skam og skyld

Undersøkelsen viste klart at seksuelle overgrep i barndommen er nært forbundet med skam og skyld ($p < 0,001$). Skam ble undersøkt med en skala som inneholdt 5 spørsmål, og skyld ble undersøkt med 6 spørsmål. Spørsmålene omhandler hvorvidt personen etter det som skjedde hadde skammet seg over det, sett ned på seg selv, bebreidet seg selv for noe av det, bekymret seg over hva andre ville tenke om en, forsøkt å skjule det, eller hatt plagsomme tanker om en kunne ha forsøkt å hindre det som skjedde. Alle spørsmålene besvares «nei», «ja, litt» eller «ja, mye» med skåring 0, 1 og 2. Både for skam og skyld var det for noen av spørsmålene flere som svarte «ja, mye» enn «ja, litt».

Da vi sammenlignet respondentene som hadde ikke-vestlig bakgrunn med deltakere med vestlig bakgrunn, fant vi at disse igjen rapportert mer skyld ($p=0,009$) og skam ($p=0,041$) enn deltakerne med vestlig bakgrunn.

Tabell 4.16 Skam og skyld, sammenlikning av respondenter med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn

	Gjennomsnittskåring skam (0-2)			Gjennomsnittskåring skyld (0-2)		
	Ikke- vestlig bakgrunn	Vestlig bakgrunn	<i>p</i>	Ikke- vestlig bakgrunn	Vestlig bakgrunn	<i>p</i>
	Noen form for seksuelle overgrep før fylte 18 år	0,87*	0,65	0,041	0,84*	0,58

Gjennomsnittskåring for skam blant de som ikke hadde opplevd noen form for seksuelt overgrep var 0,21 og for skyld 0,26.

4.3 Analyser av kvalitative intervjuer

For å anonymisere de empiriske utdragene som presenteres i denne delen av rapporten, brukes betegnelsen ansatte i omtale av alle profesjonsutøverne som ble intervjuet, hovedsakelig uten å spesifisere hvorvidt den enkelte jobber ved Statens Barnehus Oslo eller Sosialpediatrisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus.

4.3.1 Rutiner og samarbeidsmetoder mellom hjelpeinstanser i saker som omhandler seksuelle overgrep

Rutiner og arbeidsmetoder ved Barnehuset i Oslo

Saker der barn er utsatt for seksuelle overgrep er høyt prioritert ved Barnehuset. I saker der det foreligger mistanke om seksuelle overgrep vil det være viktig å få ivare tatt barnet og sikre eventuelle medisinske spor raskest mulig. Noe som kjennetegner disse sakene er at de involverer en rekke instanser, slik som politi, barnevern, skolehelsetjenesten, fastleger, skole og barnehage, kriseteam og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Hver av instansene har spesifikke arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Før barnet blir undersøkt og avhørt er det en rekke forhold som må avklares, og flere ansatte opplever at Barnehuset i mange saker fungerer som koordinator for instanser som er involvert i hver enkelt sak. Noen av de

ansatte ved Barnehuset beskriver det som utfordrende at deres mandat ikke er tydelig nok forankret i lovverket¹³.

Ved Barnehuset i Oslo er det politiet som tar kontakt for å sette opp et avhørstidspunkt med en spesialisert avhører (tilrettelagt avhør), mens avhøret administreres av tingretten. Ansatte ved Barnehuset setter seg deretter inn i saken ved å lese anmeldelsen og innhente mest mulig informasjon om barnet og familien. Videre undersøker Barnehuset hvorvidt politiet har orientert barnevernet om at det skal foretas avhør, og oppfordrer så barnevernet til å være til stede under avhør og til å planlegge for ulike utfall og scenarioer, f.eks. akutt plassering eller aktuelle hjelpetiltak. Dette planleggingsarbeidet gjøres gjennom et såkalt samrådsmøte i forkant av avhørsdagen.

Ansatte ved Barnehuset i Oslo forbereder avhør og koordinerer instansene som er involvert i hver enkelt sak. Før avhør finner sted må politiet ta stilling til hvilken avhørsform som skal gjennomføres, om det er behov for tolk og om det er opprettet dialog med barnevernet. Under selve avhøret er det flere instanser til stede for å bisitte avhøret, som forsvarer og bistandsadvokat, og midlertidig verge dersom det er behov for det. Det må også sikres følgeperson for barnet. For å få til et godt avhør er det viktig å forberede avhøret slik at det er tilpasset barnet, basert på barnets alder, utviklingsnivå og språklige ferdigheter. I tillegg blir det avklart hvem som skal ivareta barnet og omsorgspersonene før og etter avhør. Etter avhøret får alle i målgruppen tilbud om en vurderingssamtale der formålet er å kartlegge behov for videre oppfølging og hjelp i etterkant av avhøret. Barnet som skal avhøres skal stå i fokus gjennom hele prosessen, det vil si både før, under og etter avhør. Barnehuset har en viktig oppgave med å informere og ta imot spørsmål og bekymringer de som følger barnet kan ha. I volds- eller overgrepssaker kan det være en av omsorgsgiverne som er mistenkt og det vil være nødvendig med informasjon og tiltak som ivaretar søsken og den av omsorgsgiverne som ikke er mistenkt. Omsorgsgivere må få informasjon om avhøret fra politiet og eventuelt bistandsadvokat, slik at barnet slipper å måtte svare på spørsmål etter avhøret er avsluttet. For noen barn og foresatte vil det være aktuelt med videre oppfølging. Barnehuset vil da kunne tilby støttesamtaler og tidsbegrenset oppfølging, gjøre en vurdering av videre hjelpebehov og generelt bidra inn i samarbeidet mellom

¹³ Ved lov 10. juni 2015 nr. 91, som trådte i kraft 2.oktober 2015, har straffeprosessloven fått nye bestemmelser om avhør av barn og andre særlig sårbare fornærmede og vitner. Den nye loven og forskriften lovfester bruk av barnehus. I den korte tiden den nye ordningen har fungert, har barnehuset i Oslo erfart at de ansattes barnefaglige kompetansen i større grad blir brukt.

barnevern og politi. Barnehusets oppgave er å sikre og aktivere hjelpesystemet rundt barnet og deres omsorgspersoner.

De forberedelsene Barnehuset gjør i for- og etterkant av et avhør er nokså like uavhengig av hva saken dreier seg om. Siden det på forhånd sjelden er klart hva som vil fremkomme under avhør, legges det til grunn en bred tilnærming. For eksempel kan en sak anmeldt som vold vise seg å involvere seksuelle overgrep. Tilsvarende kan en voldssak av som betegnes som mindre alvorlig vise seg å være langt mer alvorlig enn hva anmeldelsen går ut på.

Koordinering mellom Barnehuset og barnevernet

Når de som jobber med seksuelle overgrepssaker ved Barnehuset ser at det er store utfordringer eller bekymringer rundt barnets omsorgssituasjon, er de i tett dialog med barnevernstjenesten. Barnehuset har ikke mandat til å gjøre barnevernstjenestens arbeid, men kan fungere som drøftingsparter, og påse at det utveksles nødvendig informasjon mellom politi og barnevern. Barnehuset sender bekymringsmeldinger til barneverntjenesten der det vurderes som nødvendig. Samråd med politi og barnevern er viktig for å koordinere hva hver enkelt instans har ansvar for å følge opp, samt sikre at politi og barnevern jobber strategisk og samordnet. Samordnet og strategisk arbeid er viktig for å ivareta barns sikkerhet og unngå at de utsettes for unødvendige påkjenninger. For å hindre at eksempelvis omsorgsgivere får mulighet til å påvirke barnas forklaringer, kan det gjennomføres såkalte aksjonssaker, hvor barn og omsorgsgivere tas inn til separate avhør på samme tid. Dersom barnevernet tar barnet ut av hjemme og det deretter tar tid før avhør, kan barnet bli utsatt for press om å endre forklaring. Så også i saker hvor mistenkte av forskjellige årsaker er blir orientert om saken i god tid før avhøret, der barnet bor sammen med mistenkte fram til avhøret. Ikke sjeldent ser Barnehuset at barna i disse sakene åpenbart er instruerte eller truet til taushet. I saker der en eller flere omsorgsgivere er mistenkt og det er flere søsken i familien, er det viktig at også søsken får informasjon og blir godt fulgt opp. Mange barn, særlig de som er yngre, er avhengig av at omsorgsgivere legger merke til og følger opp tegn på at barnet ikke har det bra.

Rutiner og arbeidsmetoder ved Sosialpediatrisk seksjon

Barn som på grunnlag av mistanke om seksuelle overgrep skal ha en medisinsk undersøkelse, blir henvist til Sosialpediatrisk seksjon. For noen kan sosialpediatrisk seksjon være det første stedet de henvender seg til ved mistanke om seksuelle overgrep, eller overgrepet kan ligge tilbake i tid. Den medisinske undersøkelsen kan

gi barnet en mulighet til å fortelle om det som kan ha skjedd, og det er viktig å sette av god tid slik at de som henvender seg kan få formidlet seg i ro og mak.

Ved akutte henvendelser der det er mistanke om at et barn er utsatt for seksuelle overgrep, er det viktig at det raskt gjøres en vurdering av hvorvidt spor må sikres med en gang eller kan vente. Medisinsk undersøkelse er viktig både for å trygge barn og foresatte om at kroppen er i orden, og for å kunne sikre eventuelle spor etter overgrep. De tekniske undersøkelsene som utføres på sporsikringsmaterialet i dag har blitt mer sensitive, og det er derfor et skjerpet krav til praktisk håndtering hos personell som utfører sporsikringsundersøkelsen. Det må påses at spor blir sikret fra riktig sted og at alle nødvendige prøver og undersøkelser blir utført, og det er avgjørende å kunne utelukke at eventuelle skader kan skyldes ulike sykdomstilstander.

Mange barn kommer til undersøkelse på kort varsel, noe som gjør at de ansatte ofte har begrenset informasjon om barnet som kommer. Barnet eller ungdommen som skal undersøkes kan være engstelig og oppskaket, og vil ha behov for at det blir satt av god tid til konsultasjonen samt å få presis og utfyllende informasjon. De ansattes erfaring tilsier at den første mottakelsen av barnet og foresatte kan ha avgjørende betydning for det videre forløp, og setter derfor av god tid til konsultasjonen der de som kommer vil møte barnelege og spesialsykepleier. Trygge rammer for undersøkelsen er viktig, og ved seksjonen finnes et eget rom som er spesielt egnet for å ta imot utsatte barn. Ivaretagelse av foresatte er også særdeles viktig, da de kan være mer oppskaket enn barnet. De ansatte er opptatt av å hjelpe og informere barn og foresatte om hvilke instanser de kan kontakte for videre hjelp og oppfølging.

En utfordring flere ansatte forteller om, er en misoppfatning i mange miljøer om at Sosialpediatrisk seksjon skal finne ut av hvorvidt et seksuelt overgrep har funnet sted. Sosialpediatrisk seksjon skal gjennomføre medisinsk undersøkelse og eventuell sporsikring, mens det etterforskningsmessige er politiets ansvar. Ved behov for psykologisk oppfølging henvises det videre til barne- og ungdomspsykiatrisk enhet (BUP). Henvisende instans, som kan være fastlege, barnevern, helsestasjon m.fl., vil få tilsendt dokumentasjon fra den medisinske undersøkelsen. Undersøkelsen kan som oftest ikke bekrefte eller avkrefte hvorvidt et overgrep har funnet sted, noe ansatte ved Sosialpediatrisk seksjon må formidle tydelig til pårørende, barnehage og andre som ønsker svar på om barnet har blitt utsatt for overgrep eller ikke.

Ved Sosialpediatrisk seksjon understrekes det at det ofte er vanskelig bevisførsel i saker som omhandler seksuelle overgrep mot barn, og at lege og sykepleier ved slike

undersøkelser må ha særlig kompetanse for å kunne ivareta barn rettslig og helsemessig på en god måte. For å kunne ivareta det rettsmedisinske, medisinske og psykologiske i slike saker er det viktig med jevn og høy kvalitet, og de ansatte trenger mengdetrening. De ansatte opplever det som viktig og betryggende å ha en egen Sosialpediatrisk seksjon der flere deler på arbeidet, da dette medfører mindre belastning på den enkelte. Dette er av stor viktighet da arbeidet er særdeles krevende.

Usikkerhet og mangel på håndfaste bevis

Enkelte ganger kan medisinske funn tyde på eller forklares av overgrep, men de fleste seksuelle overgrep mot barn og ungdom etterlater ikke fysiske spor (Adams, Harper, Knudson, & Revilla, 1994; Heger, Ticson, Velasquez, & Bernier, 2002), og det er svært sjelden medisinske funn gir bevisgrunnlag for at overgrep har funnet sted. Dette er noe mange ikke er klar over, inkludert helsepersonell som ikke tidligere har jobbet med overgrepssaker:

Det er jo veldig overraskende med å begynne å jobbe her, det at det nesten aldri er funn i seksuelle overgrepssaker. Altså, det visste jeg ikke på forhånd. Og det vil jeg tro at kanskje samfunnet for øvrig heller ikke vet helt, at man tenker at hvis et barn har blitt utsatt for overgrep så vil det vises. Men det biologiske materialet, sæd og spytt og sånn, forsvinner veldig raskt. Og rifter gror veldig fort, pluss at det er et veldig tøyelig område, så det trenger ikke å bli synlig. Så det er jo informasjon som er litt overraskende og veldig trist. Det er kanskje litt mismatch mellom forventningene folk har da, og realitetene.

Til tross for at den medisinske undersøkelsen sjeldent resulterer i funn som kan bekrefte overgrep, tjener den likevel en viktig funksjon ved at barnet blir trygget på at overgrepet ikke har ødelagt kroppen deres. De ansatte forteller at barn utsatt for seksuelle overgrep kan ha mange tanker og bekymringer; noen er redde for at de kan være gravide eller ha kjønnssykdommer, og selv veldig små barn lurer på om overgrepene kan ha skadet kroppen deres. De som møter barna er bevisst dette, og vektlegger betydningen av å dempe bekymringer rundt fysiske konsekvenser av overgrepet.

Det er jo helsebiten og det å trygge barnet som er veldig viktige deler av en sånn undersøkelse, fordi vi vet at vi sjelden finner noen ting. Men det å kunne fortelle at kroppen din ikke er ødelagt, hvis man nå har vært utsatt for noen ting og ikke vet helt hva som har foregått, eller hatt smerter etter overgrep, så er jo det å få vite at kroppen ikke er ødelagt veldig viktig.

Når en undersøkelse ikke gir klart svar på hvorvidt overgrepet har funnet sted, fører det til usikkerhet og ubesvarte spørsmål. Flere av de ansatte beskriver at det kan være en vanskelig øvelse å gi tilbakemelding om at det ikke ble gjort funn som beviser at overgrep har funnet sted, samt å forklare undersøkelser sjelden gir funn som fungerer som bevisgrunnlag. Å forklare hva fravær av medisinske funn betyr kan være en utfordring; på den ene siden må det understrekes at det ikke utelukker overgrep, og på den andre siden er det viktig ikke å nøre opp under en mistanke som kan være ubegrunnet. For de ansatte blir det viktig å få formidlet at fravær av medisinske funn ikke kan utelukke overgrep, og at barnets beskrivelse av hva som har skjedd er viktig for å forstå betydningen av eventuelle funn eller mangel på funn (se også Myhre, Borgen, & Ormstad, 2006).

De fleste saker som meldes inn til instansene omhandler vold mot barn, og i mindre grad seksuelle overgrep. Mange av de ansatte mener dette i stor grad skyldes at seksuelle overgrep holdes skjult og underrapporteres, eller underkommuniseres slik at de ikke fremstår som overgrep:

Dette er ikke noe barn og ungdom sånn lett og ledig bare forteller om. Det er veldig mange som ikke forteller om det og jeg er helt sikker på at det er mye underrapportering her. Man får tak i bare en liten del av det barn og ungdom utsettes for. Det er mange som ikke sier noen ting om det.

Det er ikke uvanlig at barna de ansatte kommer i kontakt med har vært utsatt for betydelige krenkelsers over tid, ofte kombinasjoner av flere former for vold og overgrep. I intervjuene forteller de ansatte at mange av barna de møter sliter med traumerelaterte symptomer og vansker som følge av de seksuelle overgrepene de har vært utsatt for. Eksempler de trekker frem er mareritt og påtrengende minner, dissosiative symptomer, selvskading, suicidforsøk, angst og hyperaktivering.

4.3.2 Ansattes erfaringer med seksuelle overgrepssaker der barna har innvandrerbakgrunn

Et spørsmål som ligger til grunn for denne rapporten er om det er særskilte hjelpebehov som gjør seg gjeldene når barn og ungdom med innvandrerbakgrunn kommer til hjelpeapparatet for undersøkelse og behandling i saker der det er mistanke om seksuelle overgrep. De neste avsnittene bygger på intervjuene med de ansatte som har deltatt i undersøkelsen og ser nærmere på deres erfaringer med slike saker.

Få saker der barn med innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep

De fleste av de som ble intervjuet fortalte at det er svært få saker der barnet eller ungdommen som skal undersøkes har innvandrerbakgrunn. I forkant av intervjuene ble de ansatte forberedt på å fortelle om en sak som gjaldt seksuelle overgrep der barnet hadde innvandrerbakgrunn. Flere av de ansatte opplevde dette som en utfordring, fordi de selv etter mange år i feltet hadde få saker å velge mellom. I intervjuene fortalte flere at de har stilt spørsmål ved hva som kan være årsakene til at så få av barna i disse sakene har innvandrerbakgrunn:

Hvorfor ser vi så få av disse? Hvordan kan vi hjelpe og støtte dem bedre? Blir ting verre for dem dersom de melder ifra?

Det er alt for få som kommer. Det har jeg tenkt i alle år. Lurt på om det er noen som jobber med det. Å få frem flere... at det er flere som kan hjelpe dem. Jeg tror det er mange flere som utsettes enn de vi ser her.

En av de ansatte sier at det er «påfallende at de fleste unge jentene som er her og forteller om overgrep er norske. Og hva kommer det av? Er det fordi jenter med innvandrerbakgrunn har strengere grenser og blir passet mer på?». Den ansatte refererer i hovedsak til overgrep mellom jevnaldrende i ungdomsmiljøer, men spør seg om det faktisk er slik at seksuelle overgrep ikke forekommer like ofte blant unge med innvandrerbakgrunn. Hennes erfaring fra saker med jevnaldrendeovergrep tilsier at det i norske ungdomsmiljøer eksisterer en kultur for å presse og mase seg til sex, noe hun opplever at ungdom med innvandrerbakgrunn ikke forteller om i like stor grad.

De aller fleste av de ansatte som er intervjuet tror imidlertid ikke at den faktiske forekomsten av seksuelle overgrep er lavere i innvandrerfamilier. Oppfatningen som

går igjen er heller at sakene av ulike årsaker ikke meldes inn til hjelpe- og rettsapparatet. Flere av de ansatte beskriver det som ubehagelig at det avdekkes færre saker om seksuelle overgrep blant barn med innvandrerbakgrunn, og uttrykker bekymring over at mange ikke oppdages og får hjelp.

Flere likheter enn forskjeller i seksuelle overgrepssaker

På spørsmål om hvorvidt de opplever at det er noe som skiller seg ut eller det er behov for særskilte hensyn i seksuelle overgrepssaker der barnet som er utsatt har innvandrerbakgrunn, svarer de fleste ansatte at det er flere likheter enn forskjeller. I dette ligger en forståelse av at i saker der unge er utsatt for seksuelle overgrep, så står forhold ved overgrepet, overgriper og den som er utsatt i forgrunnen, mens familien eller den unges eventuelle innvandrererfaringer er av mindre betydning. De ansatte ser de samme overgrepene, reaksjonene, bekymringene, symptomene, holdningene og behovene hos utsatte barn, unge og deres familier, uavhengig av landbakgrunn. Opplevelsen som går igjen er at landbakgrunn og etnisitet ikke er fremtredende faktorer i seksuelle overgrepssaker, slik en ansatt ved Barnehuset beskriver:

Jeg synes det er overraskende lite forskjell. Og at det som på en måte jeg i alle fall fanger opp er at behovene er veldig like uansett hvor du kommer fra. Det handler om de samme bekymringene, samme hverdagslige strev, samme kroppslige plager, konsentrasjonsvansker eller mareritt (...) de samme symptomene uavhengig hvor du kommer fra.

Det særskilte med saker som omhandler seksuelle overgrep, slik som skyld, skam og hemmeligholdelse, er noe de aller fleste barn, unge og familier som kommer i kontakt med hjelpeinstanser sliter med, uavhengig av landbakgrunn. Mange av de ansatte forteller at de har et bevisst forhold til eventuelle kulturforskjeller og hvorvidt den unge som er utsatt eller familien har særskilte behov som må ivaretas under konsultasjonen. Flere er usikre på om de selv har tilstrekkelig kulturkunnskap til å kunne ivareta forhold som de knytter til barna og familienes kultur, og sier de ønsker å lære mer om ulike kulturer og eventuelle kulturforskjeller. Et par ansatte synes det er vanskelig å uttale seg om saker som omhandler seksuelle overgrep mot barn med innvandrerbakgrunn ettersom det er så få av disse sakene.

I tillegg til at det samlet er få saker der barn med innvandrerbakgrunn er berørt var det likevel tre tema som ble fremhevet blant de ansatte: 1) at det å stå frem med denne type overgrep kan få andre og større konsekvenser enn det som er tilfellet for barn uten innvandrerbakgrunn, 2) at det kan være mer skam og tabu knyttet til

seksuelle overgrep, og 3) praktiske utfordringer knyttet til systemkunnskap, språk og tolk.

Mer omfattende konsekvenser dersom overgrepet blir kjent

Noe profesjonsutøverne peker på som en mulig årsak til at færre barn med innvandrerbakgrunn kommer i kontakt med hjelpeinstansene grunnet seksuelle overgrep, er at konsekvensene for familien og barnet kan være mer omfattende enn for barn og familier uten innvandrerbakgrunn. Eksempelvis peker flere ansatte på at denne type overgrep kan være mer skambelagt og tabuisert, og at rapportering av overgrep kan medføre risiko for ekskludering, fordømmelse og andre sosiale sanksjoner som ikke bare rammer overgriperen, men også det utsatte barnet og familien. I tillegg har mange ansatte erfart at barn og familier er usikre på konsekvenser ved å melde bekymring til politi eller barnevern.

Når det kommer frem at et barn har blitt utsatt for seksuelle overgrep vil det som oftest ha innvirkning også på familien rundt, uansett landbakgrunn, og de ansatte er bevisst på at både barn og familie har behov for støtte og oppfølging. Samtidig jobber og tenker de primært ut ifra et barneperspektiv, i den betydning at de i hovedsak fokuserer på hvilke konsekvenser overgrep har for barnet og hva slags hjelp barnet trenger videre. Flere ansatte opplever at «familieperspektivet» kan være mer fremtredende i en del innvandrerfamilier, i den forstand at familiens omdømme og status også rammes dersom overgrepet gjøres kjent:

Jeg tror utfordringene er mye det samme for barn og ungdom utsatt for seksuelle overgrep enten de er av norsk bakgrunn eller annen landbakgrunn. Så likhetene er større enn forskjellene vil jeg si, men kanskje er det noen argumenter som kommer inn som er litt annerledes hos noen av dem med en annen landbakgrunn (...) litt andre argumenter for det som går på at de får dårlig rykte, kan ødelegge mulighetene mer i forhold til valg av partner. At det går litt mer på tap av ansikt og tapt ære i forhold til hele familien om ting kommer frem. Tapt status. At det kanskje er enda litt mer tabu og skambelagt for noen. De argumentene hører jeg ikke noe særlig fra familier som kommer inn med norsk bakgrunn.

Barn kan være sensitive ovenfor konsekvensene det kan ha for dem selv og familien dersom overgrepet blir kjent, noe som kan tenkes å fungere som en barriere mot åpenhet. Det at seksuelle overgrep får så store konsekvenser for barnets sosiale liv og familiens omdømme kan på den andre siden også tjene som beskyttende faktor, ved at barna passes bedre på og de sosiale sanksjonene mot noen som begår overgrep blir

større. Flere ansatte har opplevd at det å bevare storfamilierelasjoner stå sentralt for flere av innvandrerfamiliene de møter, og har gjort seg tanker om at det kan bidra til en tendens til å holde ting innad i familien, noe som kan gjøre det vanskeligere for hjelpeapparatet å avdekke seksuelle overgrep i innvandrerfamilier.

Mer skam og tabu rundt seksuelle overgrep

En felles erfaring flere av de ansatte ved Barnehuset og Sosialpediatrisk seksjon løfter frem, er at seksuelle overgrep er enda mer tabuisert og skambelagt enn andre former for vold og overgrep. For mange barn er det vanskeligere å fortelle at de blir misbrukt seksuelt enn at de blir slått, og det er ikke uvanlig at seksuelle overgrepshistorier kommer frem under avhør knyttet til andre forhold. Flere ansatte vektlegger tabuet knyttet til seksuelle overgrep som en særskilt utfordring ved disse sakene, uavhengig av utsattes kjønn eller landbakgrunn, og i følge Leira (1990) så er det sentrale problemet for barn utsatt for seksuelle overgrep nettopp at traumet de er utsatt for er tabuisert og skambelagt. Begrepet tabu viser til et lovmessig og/eller kulturelt forankret forbud mot å gjøre eller snakke om noe, og tabuiseringen av seksuelle overgrep både bidrar til og forsterkes av at seksuelle overgrep er et tema som i liten grad blir snakket om.

Noe som tas opp av flere av de ansatte, er et inntrykk av at barn med innvandrerbakgrunn opplever enda mer skam knyttet til seksuelle overgrep, og at dette forhindrer mange fra å ta det opp med sine nærmeste eller rapportere til hjelpeinstanser. En konsekvens av at seksuelle overgrep forbindes med så mye skam, er at tematikken snakkes enda mindre om. Slik risikerer man å bli mindre bevisst på forekomsten av så vel som tegn og signaler på overgrep. Noen ansatte har erfart at det kan være enda vanskeligere for barn med innvandrerbakgrunn å sette ord på det de har opplevd, og at det kan være vanskeligere å trygge barna på at de ikke har skyld i overgrepene de har vært utsatt for:

Jeg har vel noen ganger tenkt at det er vanskeligere å fri barn fra innvandrerfamilier fra skam og skyld. Det er mer arbeid. At de tar på seg mer skyld og skam. Hva det skyldes, eller om det er tilfeldig at det bare har vært sånn hos dem jeg har møtt vet jeg ikke, fordi vi ikke møter så mange. Men det er et spørsmål jeg har stilt meg, om de er mer skyldbetyngt eller om de har sterkere opplevelse av å være skammens bærer alene for det de har vært utsatt for.

En av de ansatte forklarer at det noen ganger kan være nødvendig å bruke noe mer tid på å trygge barn med innvandrerbakgrunn om det at det er greit å snakke om overgrepsopplevelser. En ansatt påpeker at noen barn og familier med innvandrerbakgrunn virker å være særlig opptatt av at overgrep er noe som ikke må ryktes blant familie og venner, men understreker samtidig at dette er noe de fleste barn og familier er opptatt av uansett landbakgrunn.

Gjennomgående i intervjuene med ansatte i instanser som møter barn som er utsatt for seksuelle overgrep, er at fellestrekk ved sakene beskrives som mer fremtredende enn forskjeller basert på kulturell bakgrunn. Flere understreker at begrepene innvandrer og innvandrerbakgrunn blir for generell referanse og at det ikke er innvandrerstatus i seg selv som ligger til grunn for ulikheter, men verdier og normer knyttet til hvordan seksuelle overgrep tematiseres og håndteres.

I forbindelse med medisinsk undersøkelse opplever enkelte ansatte at det blant noen barn med innvandrerbakgrunn virker å være noe mer sjenanse for å kle av seg, særlig blant jenter som til daglig er tildekket (f.eks. hijab). Samtidig er slik sjenanse noe som også gjelder barn uten innvandrerbakgrunn, spesielt i pubertetsalder. Flere ansatte er usikre på om eksempelvis ønsket om å avstå fra underlivsundersøkelse er et uttrykk for en motvilje mot å vise frem kjønnsorganene som kan tilskrives kultur, eller om en slik motvilje heller bør sees som en følge av overgrepserfaringen, samtidig som det gjennomgående ble tilkjennegjort en bevissthet om ikke å gjøre kultur om til en dominerende forklaringsmodell.

Tradisjoner for psykisk helsehjelp

Et tema flere ansatte kommer inn på i intervjuene, er at de i noen tilfeller opplever at det kan være vanskelig å få frem betydningen av psykologisk hjelp og støtte for de som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Det å oppsøke psykologisk hjelp, både i etterkant av overgrep og mer generelt, er det lenger tradisjon for i Vesten enn i mange andre deler av verden. I intervjuene beskriver de ansatte at det kan være utfordrende å få forklart at psykologisk hjelp er noe som mange overgrepsutsatte vil ha behov for og nytte av:

Jeg tenker også litt i forhold til min kjennskap til Filipinene og land i Asia at det er ikke alltid så lett å oversette barn- og ungdomspsykiatri og hva det handler om. Det å snakke om ting – jeg syns ofte at jeg kan oppleve en tanke om at det å ikke snakke om ting er det beste, fordi det å snakke om det gjør bare at man blir trist; det rører opp i noe. Så jeg tenker at å bevare respekten for det samtidig, det er jo et alternativ til vårt syn.

De ansatte opplever at flere av familiene med innvandrerbakgrunn kan være uvant med å dele private hendelser med helsepersonell, og heller legger vekt på å følge opp fysisk helse. Det virker ikke like selvfølgelig for alle å tenke på hjelp og oppfølging knyttet til psykologiske konsekvenser av overgrep, noe som gjør at de ansatte bruker mer tid på å snakke om dette enn de ofte ellers gjør. En ansatt opplever at det kan være mer utfordrende å komme i behandlerposisjon fordi det ofte er vanskelig å overbevise om viktigheten av å ta imot psykologisk hjelp. Hun tenker at tabuet knyttet til seksuelle overgrep kan være en av årsakene til at mange er skeptiske til psykologisk hjelp – sier man ja til det blir man jo nødt til å snakke om det vanskelige, og signaliserer samtidig til andre at det faktisk har skjedd noe som må snakkes om.

Når språket blir en barriere

Språk og kommunikasjon står sentralt i alle ledd av arbeidet med overgrepsutsatte barn og deres familier. For instansene er det viktig å kunne gi god informasjon til barnet og familien, og for barnet og familien er det viktig å kunne gjøre seg forstått hos instansene. Felles språk- og kommunikasjonsstil er viktig for relasjonsbygging, som er en sentral del av tryggingen av barn og familie i forbindelse med avhør og undersøkelse. Språkbarrierer kan komplisere dette, og flere ansatte har kjent på at det å bygge en relasjon til barn og omsorgsgivere blir ytterligere komplisert når språket gjør at de ikke får gjort seg forstått.

Videre kan det for barn være særlig utfordrende å fortelle om seksuelle overgrep på et annet språk enn eget morsmål. Ord og begreper for seksualitet, kropp og underliv varierer fra ett språk til et annet, og i land hvor disse temaene ikke snakkes særlig om så eksisterer kanskje ikke ordene for å beskrive det man blir utsatt for. En ansatt ved Sosialpediatrisk seksjon forteller at ord og begreper som kjønnslepper, klitoris, jomfruhinne og skjede kan være vanskelig for en tolk å oversette, enten fordi det er ord som ikke enkelt lar seg oversette – eller fordi tolken ikke alltid kjenner til oversettelser for medisinske begreper som blir benyttet i konsultasjonen.

Tilgjengeligheten av informasjon om hjelpeinstanser og tematikken seksuelle overgrep, eksempelvis gjennom kanaler som internett, reduseres dersom man ikke kan språket informasjonen er skrevet på. Det samme gjelder muligheten for å ringe anonymt for å søke råd og hjelp eksempelvis hos Barnehuset. Derfor er det svært viktig at hjelpeinstansene har informasjonsmateriell tilgjengelig på flere språk. Ved Sosialpediatrisk seksjon har det eksempelvis blitt laget små brosjyrer med tegninger av selve forløpet på undersøkelsen, slik at man kan forklare barnet eller ungdommen hva som skal skje dersom foresatte ikke er tilstede og barnet ikke snakker norsk.

For instansene blir det viktig å tilpasse språket til den enkelte, forenkle og tydeliggjøre informasjonen som blir gitt, og å undersøke hvorvidt de får formidlet nødvendig og tryggende informasjon. Ofte er det nødvendig å bruke ekstra god tid, både for å sikre at informasjonen blir forstått, og for å gi barn og foresatte muligheten til å snakke ut om sine tanker og opplevelser – noe som krever mer tid dersom samtalen går via tolk.

Å sette ord på det uenevnelige er vanskelig uavhengig av felles språk, men kompliseres ytterligere dersom man må gjøre det på et annet språk enn sitt eget morsmål. De ansatte forteller at barna de er i kontakt med stort sett snakker godt norsk, men at flere kan streve med dybdeforståelsen og litt mer avansert språk, eller det grammatiske. I avhør, hvor detaljerte beskrivelser av hendelsesforløp og kronologi står sentralt, kan det få konsekvenser for forklaringens rettslige og bevismessige verdi dersom det ikke tas hensyn til barnets grammatiske ferdigheter og begrepsforståelse. Dersom barn blir sittende lenge i avhør hvor de blir misforstått, feiltolket, og sliter med å gjøre seg forstått, kan konsekvensen bli at de ender opp med å bli frustrerte og ikke ønsker å forklare seg videre. I avhør hvor det er usikkerhet omkring barns språkbeherskelse er det derfor spesielt viktig med sekvensielt avhør, hvor det er mulighet til å ta hyppigere pauser, samt underveis å kartlegge barnets kognitive fungering, språk- og begrepsforståelse, og gi tilbakemeldinger til avhører om disse forholdene.

Noen av de ansatte påpeker at risikoen er større for at barn med innvandrerbakgrunn ikke blir forstått, eller blir misforstått, fordi de bruker andre ord og benevnelser på ting, og fordi meningsinnholdet i historien kan endres i prosessen med å oversette det de tenker på morsmålet til det de verbaliserer på norsk. I intervjuene forteller noen ansatte også at de er usikre på hva som kan være aktuelt av videre hjelpetilbud når barn ikke snakker godt norsk, og at det være mer utfordrende å avgjøre hva barnet har behov for av videre hjelp. Dette gjør seg også gjeldende eller når det foreligger usikkerhet omkring barnets utviklingsnivå. For eksempel kan det i tilfeller der barn fremstår som umodne men også kan tenkes å være traumatiserte eller sliter med språket, være vanskelig å vite hva barnet sliter med av språkvansker, traumesymptomer eller kognitiv umodenhet. Flere ansatte er usikre på om eksempelvis PPT kan tilby god hjelp til barn som ikke snakker godt norsk, eller som har opplevd krigstraumer i tillegg til seksuelle overgrep.

Et tema som kommer frem i flere intervjuer, er ansattes usikkerhet omkring egen kulturkompetanse, særlig knyttet til hvorvidt det finnes eventuelle kulturforskjeller som de ansatte selv ikke er bevisst på, og i så fall hvilken betydning slike forskjeller

kan ha. Noen av de ansatte tenker at det er viktig å lære mer om hvorvidt barn med innvandrerbakgrunn har behov for andre typer hjelpetilbud enn det som tilbys barn uten tilsvarende bakgrunn, og da tilbud tilpasset barns språklige og kulturelle bakgrunn samt hva slags opplevelser de har med seg fra tidligere. Begrunnet i opplevelsen av at det er få saker der barn med innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep, beskrives et behov for å finne bedre måter å nå ut til personer med innvandrerbakgrunn på, slik at instansene kan hjelpe flere.

Tolken blir et ekstra ledd i en allerede sårbar situasjon

I forbindelse med sporsikring er det viktig å gjennomføre undersøkelsen så raskt som mulig, før eventuelle spor forsvinner. På forhånd er det viktig å avklare om det er behov for tolk, samt undersøke om tolken snakker samme dialekt som barn og omsorgsgivere. I akutsituasjoner er det imidlertid ikke alltid instansene rekker å avklare dette. Ofte er det umulig å oppdrive tolk, eller at tolken har blitt syk eller av andre årsaker ikke har dukket opp. I slike tilfeller er de ansatte opptatt av å hjelpe og informere så godt de kan der og da, og heller kalle inn til oppfølgingssamtale med tolk til stede. Usikkerheten omkring hvorvidt informasjonen som gis blir forstått oppleves ubehagelig av helsepersonell, som er opptatt av å kunne trygge og informere barn og følgeperson både under og etter den medisinske undersøkelsen. Dette kan ha konsekvenser for hva slags oppfølging barnet og familien tilbys videre, slik en ansatt beskriver:

Jeg blir selvfølgelig bekymret for at de [barn med innvandrerbakgrunn] ikke får den samme hjelpen som norske kanskje får da, i og med at det blir en lengre vei å nå inn til barna. For det kan jeg kjenne på selv, den hjelpeløsheten på hvor lang tid man bruker på hvert spørsmål, på hvor mange som skal kalles inn. Når jeg ser hvor lett hjelpeapparatet smuldrer opp i alle saker, vil jeg tro at der blir det enda mer komplisert. Så har det lett for at barna blir stående uten tilbud. Det slår meg nå hvor mye lenger du kommer hvis du kan norsk. Hvor mye lettere du får hjelp, hvor viktig språket er.

De fleste barn med innvandrerbakgrunn de ansatte møter snakker godt norsk, mens det heller er omsorgsgiverne som har behov for tolk. Tolken blir et ekstra ledd i en allerede sårbar situasjon, både med tanke på planlegging og koordinering, og som enda en fremmedperson i en vanskelig og privat setting. Mange av de ansatte har også opplevd at barn ikke ønsker å ha tolk til stede under avhør og undersøkelse, og virker å oppleve det som mer forstyrrende enn hjelpsomt å snakke via tolk. Enkelte

barn sier ingenting så lenge tolken er i rommet, og dersom barnet ikke vil ha tolk til stede under undersøkelse, må man klare seg uten. På den andre siden er det svært uheldig å ikke ha tolk de gangene det behøves, med tanke på redsel og bekymring som man ikke får snakket ordentlig om. Flere ansatte har opplevd at de(n) som følger barnet, slik som bror, tante eller andre familiemedlemmer, må fungere som tolk fordi det ikke er mulighet for å få tak i noen andre eksempelvis på kveldstid, noe som ikke er ideelt. Telefontolk er en annen mulighet som heller ikke er optimal, da det å snakke med en tolk i telefonen er uheldig for arbeidet med å skape en trygg ramme rundt undersøkelsen.

En annen utfordring knyttet til bruk av tolk er at innvandremiljøene i Norge gjerne er små og tette, og at mange er redde for at tolken ikke vil overholde taushetsplikten og at ting vil ryktes i miljøet de tilhører. I forbindelse med medisinsk undersøkelse kan jenter ønske en kvinnelig fremfor en mannlig tolk, noe instansene forsøker å etterkomme så godt det lar seg gjøre. For at det skal fungere best mulig med tolk, er det viktig at tolken får tid til å oversette alt som blir sagt og til å stille oppklarende spørsmål om nødvendig, både på egne og pårørendes vegne.

4.3.3 Forhold som særlig kan ramme barn med innvandrerbakgrunn

Skyld og skam fungerer som barrierer mot åpenhet og hjelpesøking, og flere ansatte erfarer at skyld og skam gjør seg gjeldende i enda større grad hos barn med innvandrerbakgrunn. Det å snakke om et tabuisert emne på et annet språk enn morsmålet kan være vanskelig, og barn kan mangle ord og begreper for å beskrive det de har opplevd. Det at barn får mulighet til å fortelle om det de har vært utsatt for er viktig av flere årsaker i tillegg til det strafferettslige. Flere ansatte ser at barn kan oppleve mestring i å klare å fortelle, og at de får en mer helhetlig forståelse av det de har vært utsatt for gjennom at de klarer å formidle opplevelsene sine og ved at avhører oppsummerer det som blir sagt:

Vi vet hvor viktig det er for barn å få muligheten til å fortelle til en voksen som faktisk tror på dem og prøver å gjøre noe med det, at de ikke blir gående alene med skammen, skyldfølelsen, sorgen og frykten og alt mulig rart. Det er kanskje det aller viktigste.

Flere ansatte forteller i intervjuene om episoder hvor den utløsende årsaken til at en som er utsatt har valgt å fortelle om overgrep, var da de fikk informasjon om seksuelle overgrep. Skole og barnehage har derfor en viktig rolle når det gjelder å

undervise barn om seksuelle overgrep, noe som har vist seg å virke forebyggende mot overgrep (se f.eks. Walsh, Zwi, Woolfenden, & Shlonsky, 2015).

Mistenkeliggjøring og tvil

Tvil og usikkerhet knyttet til medisinsk undersøkelse, vitneforklaringer og hendelsesforløp er fremtredende i mange saker som omhandler seksuelle overgrep. Ettersom disse sakene kjennetegnes av at det sjeldent er vitner til stede som kan bekrefte overgrepene, blir barnets ord ofte stående mot den voksnes. Flere ansatte forteller at det ikke er uvanlig at barn ikke blir trodd og at signaler og beretninger om overgrep avvises eller tolkes som tegn på noe annet. På spørsmål om hvem eventuell tvil kommer til gode, svarer en ansatt at det oftest er den voksne, mens en annen ansatt opplever at voksnes rettssikkerhet går foran barns. Samtidig understrekes det at barneperspektivet og barns rettssikkerhet de siste årene har blitt styrket, og evalueringen av barnehusene (Stefansen, Gundersen & Bakketeig, 2012) viser at barn som blir avhørt på Barnehus blir bedre ivaretatt enn barn som blir avhørt hos politiet eller i den lokale tingretten.

Nettopp fordi det sjeldent er vitner eller håndfaste bevis i seksuelle overgrepssaker, blir barns forklaringer særlig avgjørende. Dermed er voksnes holdninger til – og kunnskap om barns troverdighet og måter å fortelle på, av stor betydning for sakens forløp. Flere av de ansatte har erfart at det er for liten tillit til og tidvis lite kunnskap om barns evne til å forklare seg blant profesjonelle som jobber med barn. En konsekvens av dette er at barn kan bli mistrodd eller ikke tatt på alvor. Slik en ansatt beskriver det, har holdninger som «unger sier jo mye rart», fortsatt fotfeste i mange fagmiljøer.

Mangelfull kunnskap om barns utvikling, forståelse av seksualitet og måter å fortelle på kan resultere i urealistiske forventninger til barn, og følgelig feilaktige slutninger angående troverdighet. Det at mange barn ikke forteller til voksne at de har blitt utsatt for overgrep før lenge etter at disse fant sted, kan av noen tolkes som tegn på manglende troverdighet. Derfor er det viktig at voksne har kunnskap om hvordan lojalitet til omsorgsgivere, frykt for at avsløringer av overgrep vil ødelegge for familien, skyld og skam, og vanskeligheter med å ta initiativ til å snakke om overgrep hindrer barn i å fortelle om det de har vært utsatt for.

Små barn forteller om sine opplevelser på andre måter enn voksne, og kan mangle ord og begreper for å beskrive seksualitet og seksuelle krenkelser. Heller enn å strukturere samtalen kronologisk, vil mange barn gå fra det ene temaet til det andre når de forklarer seg, og ikke nødvendigvis bare forholde seg til det vanskelige de har

opplevd. Dermed kan det være vanskelig å få et klart bilde av hendelsesforløpet og å fastslå med sikkerhet hva som har skjedd, slik en ansatt beskriver:

Det som er så vanskelig med disse småbarnsavhørene er at de ofte kobler litt sånn overflatisk, også er det alltid innmari vanskelig å vite om dette kan forklares som lek under stell, eller om det er seksuelt betont. Er det overgrepsatferd?

En ansatt opplever at mange voksne tenker troverdighet ut ifra at det skal være en bestemt følelsesmessig respons ut ifra tematikk, at hvis barn forteller om overgrep så er det mer troverdig hvis de gråter eller viser med kroppen at dette har vært vondt. I realiteten er det derimot ikke uvanlig at barn forteller om alvorlige overgrep uten å gråte, og like gjerne fremstår nøytrale eller sinte. Videre er det normalt at små barn går inn og ut av situasjoner under avhør, mens noen tolker det som manglende troverdighet når barn går fra å snakke om at far har forgrepet seg på dem, til å fortelle om hva de gjorde i barnehagen tidligere på dagen. De ansatte på Barnehuset er opptatt av å forklare de som bisitter under avhør at dette er normalt, at det handler om hvor barn er i sin modningsprosess og hukommelsesutvikling, og at det at de forteller som de gjør tvert imot er med på å styrke troverdigheten.

Mistenkeliggjøring av barn og manglende tiltro til forekomsten av seksuelle overgrep kan bidra til å gjøre det vanskeligere å overbevise omgivelsene om at overgrep har funnet sted, og begrenset språkkunnskap kan medføre økt risiko for at barnets forklaring ikke blir trodd.

Mer vekt på strafferettslig forfølgning enn på oppfølging av barnet?

Et tema som går igjen i mange av intervjuene, er hvorvidt fokus på det strafferettslige i seksuelle overgrepssaker går på bekostning av å påse at barnet og familien får nødvendig oppfølging, både helsemessig og av barnevernet. Flere ansatte, både ved Barnehuset og Sosialpediatrisk seksjon, uttrykker ønske om- og behov for mer oppfølging av barna de møter, men at de av kapasitetshensyn ikke får fulgt opp så godt som de ønsker. Vurderingen av hva barnet har behov for av videre hjelp og oppfølging vil ofte avhenge av hvorvidt det i undersøkelser og avhør blir gjort funn som fører til at det blir reist straffesak:

Barnets rettsvern er veldig viktig, men det som er aller viktigst er det med helsehjelp. Og der er vi ikke gode nok enda. For det blir alltid mye fokus på politiløpet, men vi må ikke glemme at barna skal ha et liv utenfor rettsalen også.

I intervjuene påpeker flere at barnevernet ofte trekker seg ut når saken henlegges av politiet grunnet mangel på bevis, og overser dermed at selv om det ikke er en sak for politiet, fortsatt er en sak for barnevernet. Dette er en av grunnene til at Barnehuset oppfordrer barnevernet til å observerer avhøret, for å se hvordan barnet reagerer på ulike spørsmål og danne seg et inntrykk av relasjonen mellom barn og omsorgsgivere. Flere ansatte erfarer at barnevernet kan bli for opptatt av skyldspørsmål og det strafferettslige, og at det kan være utfordrende å få dem til å gjennomføre tiltak så lenge det ikke foreligger konkrete bevis:

Et barn er jo ikke bare et rettsområde, barnet er det sentrale her og barnevernet har jo en rolle knyttet til hvilken omsorgssituasjon og hvilke forhold dette barnet lever under. Det er mer sentralt i barnets videre liv enn det strafferettslige. Barnets liv handler jo om det som er det daglige og det som fungerer eller ikke fungerer.

Også ved Sosialpediatrisk seksjon forteller flere ansatte at det er veldig tilrettelagt for politietterforskningen og det rettspsykiatriske i den medisinske undersøkelsen. Kartlegging og oppfølging av videre helsehjelp er det derimot ikke like gode rutiner for, til tross for at mange av barna som kommer inn og har opplevd overgrep ikke har noe behandlingstilbud eller annet nettverk.

Barn ber om hjelp også liksom bare smuldrer det opp, ingen tar tak. Det kan være mange involverte, også tenker den ene parten at barnevernet tar tak i det, men så tenker de igjen at barnet har jo vært på sosialpediatrisk, og blitt avvist fra BUP fordi det ikke er nok symptomer... Altså, det er veldig mye sånt.

Uklarhet instansene imellom når det gjelder hvem som har ansvar for oppfølging av barn som kommer i kontakt med hjelpeinstansene som følge av seksuelle overgrep, kan bidra til at barn ikke får nødvendig hjelp og oppfølging. For barn og familier med innvandrerbakgrunn kan dette føre til en økt risiko for å falle utenom hjelpeapparatet for de som har begrenset språk- og systemkunnskap.

5 Sammenfatning av resultater

I dette kapitlet sammenfattes resultatene fra analysene av registerdata og omfangsdata (del 5.1) og resultatene fra de kvalitative intervjuene med ansatte i hjelpeinstanser som møter barn utsatt for seksuelle overgrep (del 5.2). Disse sammenfatningene danner - sammen med annen forskning presentert i rapporten - grunnlaget for avslutningen (del 6), som beskriver implikasjoner av resultatene fra data- og intervjumaterialet og gir anbefalinger for videre forskning og praksis.

5.1 Sammenfatning av resultater fra analyser av registerdata og omfangsdata

I analysene av registerdata og omfangsdata fant vi at mange forhold var like hos barn utsatt for seksuelle overgrep, uavhengig av landbakgrunn. Likt for barn uansett landbakgrunn, var barns alder ved undersøkelse og avhør, at overgriper oftest var en som barnet kjente fra før, at det som oftest var fravær av medisinske funn ved undersøkelse, og at mor oftest var den som først mistenkte at overgrep hadde funnet sted. Type overgrep og overvinnelse var likt uansett landbakgrunn. Ved Overgrepsmottaket oppga drøyt halvparten av de unge i begge grupper rusinntak i forkant av overgrepet. Dette i kontrast til andre studier, der unge med innvandrerbakgrunn sjeldnere enn unge med norsk bakgrunn oppgir rusinntak i forbindelse med seksuelle overgrep.

Andelen barn med innvandrerbakgrunn i tallmaterialene fra SBO, OUS og Overgrepsmottaket var i snitt 24 prosent. Sammenlignet med andelen barn og unge mellom 0 og 22 år med innvandrerbakgrunn i Oslo ved inngangen til 2013, og andelen av totalbefolkningen i Oslo med innvandrerbakgrunn ved inngangen til 2013 og 2015 (i snitt 31,7 %) (Dyrhaug et al., 2015; SSB, 2015), ser det ut til at barn med innvandrerbakgrunn var noe underrepresentert i hjelpeinstansene. Samtidig kommer også barn fra andre kommuner til Oslo for undersøkelse og avhør, og da andelen personer med innvandrerbakgrunn er mindre i andre kommuner kan man ikke konkludere med at enkelte grupper er underrepresentert. I tillegg har de ulike instansene noe ulike måter å klassifisere landbakgrunn på, og registerdataene som

ligger til grunn for analysene i denne rapporten er små, noe som betyr at eventuelle forskjeller må tolkes med forsiktighet.

Registerdata fra SBO, OUS og Overgrepsmottaket viser at det var en overvekt av jenter som selv oppsøkte eller ble henvist til hjelpeinstansene grunnet mistanke om å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep, uansett landbakgrunn. Det var samtidig en signifikant sammenheng mellom landbakgrunn og kjønn når det gjaldt henvisninger til medisinsk undersøkelse ved SBO og OUS. I gruppen ikke-vestlige barn var andelen gutter dobbelt så stor som i gruppen vestlige. Denne undersøkelsen gir ikke grunnlag for å si noe om hva dette skyldes, men studier fremover bør se nærmere på dette da også Mossige et al. (2009) fant at gutter med innvandrerbakgrunn i større grad enn gutter med norsk bakgrunn rapporterte om seksuelle overgrep.

I analysene kommer det frem at mulige forskjeller mellom barn etter landbakgrunn hovedsakelig er knyttet til hvilke instanser som er involvert og hva slags hjelpetilbud som benyttes av de unge. Analysene kan tyde på at barn med innvandrerbakgrunn, i noe mindre eller senere grad oppsøker hjelp og at politi er mindre involvert i saker der barn med innvandrerbakgrunn er utsatt, mens barnevern, helsepersonell, barnehage og skole i større grad er oppført som henvisere og først ute med å fatte mistanke om seksuelle overgrep når det gjelder barn med innvandrerbakgrunn. Når det gjelder barn uten innvandrerbakgrunn henvises og følges disse oftere av politi til undersøkelse og avhør, mens skole og barnehage sjeldnere er først ute med å fatte mistanke samt henviser. Hvorvidt dette gjenspeiler at skole og barnehage har lavere terskel for å mistenke seksuelle overgrep hos barn med innvandrerbakgrunn, er ikke tallmaterialet i undersøkelsen stort nok til å konkludere med. Dette er imidlertid interessant å se nærmere på i videre forskning.

Data fra SBO og OUS kan tyde på at færre barn med innvandrerbakgrunn ble henvist til psykiatri og barnevern. Ved Overgrepsmottaket var det noe færre ikke-vestlige enn vestlige unge som kom innen fristen for rettsmedisinsk undersøkelse, og som benyttet seg av videre medisinsk oppfølging. Videre hadde færre ikke-vestlige unge annen kjent oppfølging. Også Sætre et al. (2011) fant at andelen voldtektsutsatte som oppsøkte medisinsk hjelp etter overgrepet var noe høyere blant de med norsk bakgrunn enn blant de med annen landbakgrunn. Ved Overgrepsmottaket ses et ulikt mønster i hjelpesøking mellom vestlige og ikke-vestlige unge, ved at det er en markert økende hjelpesøking med alder blant vestlige ungdommer, ikke slik blant ikke-vestlige i samme aldersgruppe. Man kan ikke si om dette betyr at vestlige unge blir mer eksponert med økt alder, f.eks. gjennom friere livsstil, eller om de har lettere for å søke hjelp når de blir litt eldre (se også Nesvold, Friis & Ormstad, 2008).

I omfangsundersøkelsen om vold og voldtekt i Norge fant vi noen forskjeller mellom respondenter med ikke-vestlig og vestlig bakgrunn. Personer med ikke-vestlig bakgrunn rapporterte noe oftere om seksuelle overgrep enn vestlige før fylte 13 år, ellers var det ikke forskjell mellom gruppene. Dette var overaskende tatt i betraktning at flere studier har vist lavere forekomst av seksuelle overgrep blant innvandrerungdom (Schou et al., 2007). En mindre andel ikke-vestlige enn vestlige hadde snakket med noen om overgrepet samt vært til medisinsk undersøkelse. Det å ha vært utsatt for overgrep var forbundet med følelser av skam og skyld for utvalget som helhet, men ikke-vestlige rapporterte om signifikant mer skyld og skam enn vestlige.

5.2 Sammenfatning av kvalitative intervjudata

Nedenfor følger en oppsummering av sentrale punkter fra intervjuene med ansatte i hjelpeinstansene som deltok i undersøkelsen.

I saker der det er mistanke om at barn er utsatt for seksuelle overgrep er det gjerne mange instanser involvert, mye som skal koordineres og en rekke hensyn som må tas – først og fremst for at barn skal ivaretas på best mulig måte, men også for å sikre at hver instans følger opp sitt ansvar. Flere ansatte ved Statens Barnehus Oslo og Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus påpeker at det er behov for tydeligere retningslinjer for ansvarsfordeling og samarbeidsmetoder mellom involverte hjelpeinstanser i seksuelle overgrepssaker.

Usikkerhet omkring hendelsesforløp og mangel på vitner og håndfaste bevis som kan støtte opp om barns forklaringer i avhør er noe som preger mange overgrepssaker. Ofte er barns forklaringer det eneste instansene og rettsapparatet har å støtte seg til, da seksuelle overgrep sjeldent etterlater fysiske spor eller meldes inn tidlig nok til at det gjøres funn ved medisinsk undersøkelse som kan bekrefte overgrep. Dermed er det svært viktig at voksne har kunnskap om og tillit til barns troverdighet og måter å fortelle på, og at avhørere er spesialisert i å avhøre barn. Ansatte ved Barnehuset opplever at barnevernet ofte trekker seg ut av saken dersom denne henlegges av politiet, noe som er bekymringsverdig fordi veldig mange saker henlegges grunnet mangel på bevis, uten at det beviser at overgrep ikke har skjedd eller betyr at barnevernet ikke lenger har en rolle i barnets og familiens liv. Barnehuset oppfordrer derfor barnevernet til å observere avhør, slik at de får dannet seg et inntrykk av hva som kan være viktig å sette inn av tiltak eller på andre måter jobbe videre med, uavhengig av hvorvidt det blir straffesak.

Det er tilrettelagt for det etterforskningsmessige og strafferettslige i avhør og medisinsk undersøkelse, og ettersom det primære formålet med avhør og undersøkelse er å skaffe et bevisgrunnlag for hvorvidt et overgrep har funnet sted, gir mange ansatte uttrykk for en bekymring for begrensede ressurser og retningslinjer for videre oppfølging av barns helse og videre fungering.

I intervjuene av de ansatte ved Statens Barnehus Oslo og Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus vektlegges det at overgrepene og reaksjonene på disse hovedsakelig er de samme, uansett landbakgrunn, og at det er få saker der barn med innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep.

Tilleggsutfordringer og særskilte hjelpebehov de ansatte knytter til innvandrerbakgrunn, dreier seg i hovedsak om mer skam, skyld og tabu rundt seksuelle overgrep, samt utfordringer forbundet med behov for tolk og begrenset språk- og systemkunnskap.

Der det er behov for tolk blir det mer å koordinere og organisere for instansene og samtalene tar lenger tid. Tilstedeværelse av tolk kan komplisere relasjonsbygging og utveksling av informasjon, og medføre usikkerhet fra instansenes side om hvorvidt de får formidlet nødvendig informasjon.

Ettersom avhør av barn blir benyttet som grunnlag for vurdering av barnevernstiltak og i straffesaker, erfarer ansatte at det er ekstra viktig at overgrepet blir formidlet på en tydelig og overbevisende måte. Dette kan være utfordrende om barnet må uttrykke seg på et språk hun eller han ikke har rukket å tilegne seg. En konsekvens av dette kan være at barnet ikke blir trodd eller tatt på alvor.

Et aspekt som fremgår av intervjuene, og som vi ønsker å fremheve, er at begrenset systemkunnskap kan gjøre det vanskelig for innvandrere, først og fremst de som har kort botid, å vite hvilke hjelpeinstanser de kan henvende seg til ved mistanke om seksuelle overgrep mot barn. Frykt og mistenksomhet fra omsorgsgivere og barn til politi og hjelpeinstanser som barnevernet, kan få som konsekvens at overgrep ikke anmeldes eller at mistanke ikke tilstrekkelig blir fulgt opp. Det er derfor behov for informasjon på flere språk om hvilken instans man kan henvende seg til ved mistanke om seksuelle overgrep, og om prosessen som da vil bli igangsatt, og denne informasjonen må bli gjort tilgjengelig, eksempelvis gjennom foredragsvirksomhet og annet oppsøkende arbeid. Utvikling av informasjonsmateriell på flere språk bør være en prioritet for instanser som sykehus, barnevern, politi og barnehus. I tillegg bør slike instanser ha nettsider som gir informasjon på flere språk enn norsk.

6 Avslutning

Denne delen oppsummerer sentrale punkter og gir forslag til videre arbeid. Forslagene er generelle og relevante for barn uansett landbakgrunn, men kan gjøre seg gjeldende i større grad når barnet og familien har tilleggsutfordringer, noe som kan gjelde mange personer med innvandrerbakgrunn.

Tabu, skyld og skam som barrierer mot hjelpesøking

Skyld og skam preger barn som er utsatt for seksuelle overgrep, og på bakgrunn av intervjuene og tall fra omfangsundersøkelsen, synes skyld og skam å gjøre seg gjeldende i enda større grad hos barn med innvandrerbakgrunn. Følelser av skyld og skam knyttet til seksuelle overgrep er negativt assosiert med åpenhet og hjelpesøking, og predikerer negative helsemessige konsekvenser (se f.eks. Thoresen et al., 2014). Videre forskning bør derfor se nærmere på hvordan kulturelle og samfunnsmessige forhold henger sammen med at følelser av skyld og skam oppstår og kommer til uttrykk, og hvordan slike følelser blir til hinder for å søke hjelp.

Begrenset språk- og systemkunnskap kan hindre hjelpesøking

Informasjon om seksuelle overgrep og hjelpeinstanser, rettet mot både omsorgsgivere og barn, må gjøres tilgjengelig på flere språk og i forskjellige format. Eksempelvis som trykte brosjyrer og informasjon på nettsider, både i skriftlig form og som lydfiler for personer som ikke kan lese. Informasjonsmateriell på flere språk bør være tilgjengelig i instanser barn og unge selv kan henvende seg, som skolehelsetjenesten.

Tolk og tilgang på likeverdige helsetjenester

For å forhindre at begrenset språkkunnskap og behov for tolk reduserer tilgang på helsetjenester, er det viktig at barn og familier har tilgang på kompetent tolk, samt blir forsikret om og trygget på tolkens taushetsplikt. Dersom tolk ikke er tilgjengelig ved behov eller kommer fra samme miljø som barnet og familien, så kan det ha konsekvenser for kvaliteten på avhøret og den medisinske undersøkelsen, samt for hva slags oppfølging barnet og familien tilbys videre. I seksuelle overgrepssaker er det særlig viktig med profesjonelle tolker som har kunnskap både om seksuelle

overgrep og relevant fagterminologi, slik at medisinske begreper blir korrekt oversatt og nyansene i barns forklaringer kommer tydelig frem.

Tydelige retningslinjer og overordnet ansvar

Koordinering og samordning mellom instanser er tid- og ressurskrevende, noe som kan medføre at utsatte barn ikke får raskt nok hjelp. Det kan derfor være behov for at en av instansene har overordnet ansvar for å koordinere involverte parter og sørge for at alle får relevant informasjon, slik at det ikke hersker usikkerhet omkring hvem som har ansvar for hva. Det barnefaglige arbeidet vil også dra fordel av at alle involverte instanser samarbeider og har jevnlig dialog om kompetanse og ansvarsområder, både på leder- og ansattnivå. Målet er at hvert barn skal få best mulig tilpasset hjelp, og at ingen barn og familier blir kasterballe mellom instansene imellom eller ender opp uten oppfølging og hjelpetilbud.

Det er viktig at rutiner for samarbeid mellom instansene er klare og at alle involverte ansatte kjenner til retningslinjene. Særlig gjelder dette ansvar for tilrettelegging og oppfølging av videre helsehjelp for barn etter avhør og medisinsk undersøkelse, samt rutiner mellom politi, barnehus og påtalemyndighet for oppfølging av hva som skjer i etterkant av avhør, straffesak og eventuelt henleggelse.

Barnevernets rolle

Barnevernet bør ha en selvfølkelig rolle som observatør når tilrettelagt avhør foretas, da det er barnevernet som har ansvar og mandat til å sette inn tiltak og følge opp barnets og familiens videre situasjon og fungering. Det er viktig å tydeliggjøre at det som ikke er en politisak, likevel ofte er en barnevernssak. Mange seksuelle overgrepssaker henlegges grunnet mangel på bevis, noe som ikke utelukker at overgrep ikke har funnet sted, og da er det svært viktig at barnevernet fortsatt følger opp barnet og familien.

Tilgang på døgnbemannet fagteam for barn utsatt for vold og overgrep

Mens det finnes døgnåpne overgrepsmottak for voksne så eksisterer ikke et tilsvarende tilbud for barn. Det er behov for et døgnbemannet tilbud for medisinsk undersøkelse av barn som kan ha vært utsatt for vold- og seksuelle overgrep, med leger med sosialpediatrisk kompetanse og tilgjengelig barnepsykolog eller barnepsykiater. Dette vil kunne sikre at barn til enhver tid kan få rask og kyndig hjelp og undersøkelse i akutte situasjoner, samt vurdering av behov for oppfølging av både fysisk og psykisk helse. Ved behandlingen av Meld. St. 15 (2012–2013) *Forebygging*

og bekjempelse av vold nære relasjoner. Det handler om å leve, sluttet Stortinget seg til at tilbudet til barn som har vært utsatt for overgrep og annen mishandling fortsatt skal forankres i spesialisthelsetjenesten. Videre at de regionale helseforetakene skal gjennomgå tilbudet og sikre at det er tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, og at regjeringen vil vurdere å opprette regionale overgrepsmottak for barn.

Hjelpe- og oppfølgingstilbud for barn utsatt for seksuelle overgrep

I dag er det en forutsetning for å få et behandlingstilbud i BUP at barnet har klare symptomer på psykisk lidelse. Ikke alle barn har symptomer som stemmer med det helsepersonell leter etter, eller symptomene kan vise seg etter noe tid. Risikoen er at barn ender opp uten hjelpetilbud, eller at de først får hjelp når de har utviklet mer alvorlige og omfattende vansker. Derfor er det behov for et tilbud som fanger opp barn som ikke får tilbud i BUP. Videre er det også behov for rådgivnings-oppfølgingstilbud til omsorgsgivere og øvrig familie. For at omsorgsgivere skal kunne være til hjelp og støtte for barna, er det viktig at de selv blir ivaretatt og får snakket om egne bekymringer, samt kan få råd om hvordan de kan håndtere barns reaksjoner på det som har skjedd. Desto mindre kunnskap og åpenhet det er om seksuelle overgrep i miljøet desto viktigere vil det være med slik informasjon og råd til omsorgsgivere. Det er derfor grunn til å tro at dette behovet vil være stort i enkelte innvandrerfamilier.

Behov for lavterskeltilbud og tilgjengelige voksne barn kan snakke med

Barn trenger trygge, støttende og tilgjengelige voksne å snakke med om overgrepserfaringer. Opprustning av skolehelsetjenesten og andre lavterskeltilbud er en viktig del av arbeidet med å fange opp utsatte barn og hjelpe barn til å fortelle om seksuelle overgrep. Resultatene tyder på at barn med innvandrerbakgrunn kan ha enda høyere barrierer mot å søke hjelp slik at behovet for et tilpasset lavterskeltilbud vil gjøre seg ekstra gjeldene.

Spørsmål om seksuelle overgrep som en del av rutineoppfølging hos lege

Det er behov for at terskelen for å ta opp vold og seksuelle overgrep med barn, ungdom og voksne senkes. Spørsmål om vold og seksuelle overgrep bør i større grad være et tema ved konsultasjoner hos allmennlege, helsesøster og på helsestasjonen, samt hos psykolog og psykiater.

Undervisning om seksuelle overgrep på helse- og sosialfaglige utdannelser

Undervisning om seksuelle overgrep bør bli obligatorisk i skole og barnehage, da dette er med på å avtabuisere og fremme åpenhet om seksuelle overgrep og slik kan virke forebyggende (Walsh et al., 2015). Informasjon om seksuelle overgrep og hvor man kan henvende seg om man er utsatt eller mistenker at noen utsettes må gjøres lett tilgjengelig, og tilpasses barn, ungdom og voksne. Undervisning om seksuelle overgrep bør være en obligatorisk del av alle utdanninger og jobber som innebærer kontakt med barn. En nylig gjennomført undersøkelse blant blivende barnevernspedagoger, grunnskolelærere og barnehagelærere i Norge, viser at disse etterspør mer teoretisk, praktisk og metodisk kunnskap om seksuelle- og fysiske overgrep mot barn og samtalemotodikk med barn (Øverlien & Moen, i trykk; Øverlien & Sogn, 2007). For å kunne forebygge, stoppe og avdekke seksuelle overgrep trengs tilgjengelig informasjon om hva man skal se etter av tegn og signaler, hvordan man kan samtale med barn om seksuelle overgrep, barns måter å fortelle på, hvilke instanser man kan henvende seg til for råd og henvisning, samt om konsekvensene det kan ha for barn dersom mistanke om seksuelle overgrep ikke tas tak i.

For å bedre nå ungdom med informasjon vedrørende overgrep og relevante hjelpeinstanser, er det behov for hyppige, oppdaterte kampanjer og gode nettsider¹⁴. Det er en fordel om overgrepsmottakene bemannes slik at ansatte også kan delta i informasjons- og forebyggende virksomhet, ettersom erfaring viser at en god måte å nå ungdom på er at instansene på den måten gjør seg synlige og tilgjengelige.

Barn må tas på alvor og voksne må være villige til å se

I avhør og samtaler som omhandler seksuelle overgrep er det vanligere at barn underkommuniserer og pakker inn ting enn å overdrive alvorlige hendelser de har vært utsatt for (Summit, 1993). Fordi barns forklaringer er av så stor betydning i seksuelle overgrepssaker er det svært viktig at voksne er villige til å tro på barn og har kunnskap om barns troverdighet og måter å fortelle på. Ved mistanke om at et barn utsettes for seksuelle overgrep er det også svært viktig å melde inn bekymringen snarest mulig. Både for at overgrep skal kunne stoppes raskest mulig, og fordi eventuelle medisinske spor forsvinner innen kort tid. Aakvaag, Thoresen og Øverlien (2016) understreker at det er stor overlapp mellom utsatthet for ulike former for vold

¹⁴ NKVTS og Norske kvinners sanitetsforening arbeider med en nasjonal nettportal for vold- og overgrepsutsatte som er planlagt ferdigstilt i 2016.

og overgrep. For eksempel er det vanskelig å forestille seg langvarig fysisk vold uten at det er et element av psykologisk vold til stede, mens en voldtekt kan innbefatte fysisk vold, trusler og trakassering i tillegg til det seksuelle overgrepet. Forskningen viser at barn utsatt for en type overgrep ofte også er utsatt for andre former for overgrep, kjent som polyviktisering (Fergusson et al., 1996; Finkelhor, 1994; Finkelhor et al., 1986; Putnam, 2003; Schou et al., 2007; Thoresen et al., 2014). I møte med barn som er utsatt for en type overgrep bør det derfor alltid kartlegges hvorvidt barnet i tillegg kan være utsatt for andre voldsformer.

Litteratur

- Aadnesen, B. N., & Hærem, E. (2007). *Interkulturelt barnevernsarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aakvaag, H., Thoresen, S., & Øverlien, C. (i trykk). Vold og overgrep mot barn og unge. I Øverlien, C., Hauge, M.-I., & Schultz, J.-H. (Red.), *Barn, vold og traumer. Møter med barn og unge i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, E. N., Afgan, S. S., Husevåg, T. S., Løveid, S., Skoglund, S., Dybvig, S., & Hodne, M. B. K. (2014). *Krise etter endt opphold på krisesenteret - en rapport om hvordan dette kan unngås*. Hentet fra: <https://jurk.no/download/rapporter/KRISE%20ETTER%20ENDT%20OPPHOLD%20P%C3%85%20KRISESENTERET%20siste%20versjon%2001.12.14%202.pdf>
- Abney, V. D. (2002). Cultural competency in the field of child maltreatment. *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2, 447-486.
- Adams, J. A., Harper, K., Knudson, S., & Revilla, J. (1994). Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*, 94(3), 310-317.
- Ahmed, B., Reavey, P., & Majumdar, A. (2008). Cultural Transformations and Gender Violence: South Asian Women's Experiences of Sexual Violence and Familial Dynamics. In K. Throsby & F. Alexander (Eds.), *Gender and Interpersonal Violence. Language, Action and Representation*. Basingstoke; New York: Palgrave Macmillan.
- Ahmed, B., Reavey, P., & Majumdar, A. (2009). Constructions of 'Culture' in Accounts of South Asian Women Survivors of Sexual Violence. *Feminism and Psychology*, 19(1), 7-28. doi: 10.1177/0959353508098617
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanston, H. (2004). Child sexual abuse. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, 2, 1851-940.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*, 58(3), 469-483.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 15(4), 537-556. doi:10.1016/0145-2134(91)90038-F
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 16(1), 101-118. doi:10.1016/0145-2134(92)90011-F
- Bendixen, M., Muus, K. M., & Schei, B. (1994). The impact of child sexual abuse: a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse Negl*, 18(10), 837-847. doi:10.1016/0145-2134(94)90063-9

- BLD (2013). *Barndommen kommer ikke i reprise: Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/BLD/Strategi_Overgrep_m.bokmerker_revidert.pdf.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp0630a
- Braun, V., Clarke, V., Terry, G., Rohleder, P., & Lyons, A. (2014). Thematic analysis. *Qualitative Research in Clinical and Health Psychology, 95*.
- Bremner, J. D., Randall, P., Vennetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., . . . Charney, D. S. (1997). Magnetic Resonance Imaging-Based Measurement of Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Physical and Sexual Abuse-A Preliminary Report. *Biological Psychiatry, 41*(1), 23-32. doi:doi:10.1016/S0006-3223(96)00162-X
- Burman, E., Smailes, S. L., & Chantler, K. (2004). 'Culture' as a Barrier to Service Provision and Delivery: Domestic Violence Services for Minoritized Women. *Critical Social Policy, 24*(3), 332-357. doi:10.1177/0261018304044363
- Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault on Women's Mental Health. *Trauma, Violence, & Abuse, 10*(225-246). doi: 10.1177/1524838009334456
- Chand, A. (2005). Do you speak english? Language Barriers in Child Protection Social Work with Minority Ethnic Families. *British Journal of Social Work, 35*, 807-821. doi:10.1093/bjsw/bch205
- Chand, A. (2008). Every Child Matters? A Critical Review of Child Welfare Reforms in the Context of Minority Ethnic Children and Families. *Child Abuse Review, 17*, 6-22. doi:10.1002/car.1001
- Chand, A., & Thoburn, J. (2006). Research Review: Child protection referrals and minority ethnic children and families. *Child & Family Social Work, 11*(4), 368-377. doi:10.1111/j.1365-2206.2006.00412.x
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization: A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(2), 103-129. doi:10.1177/1524838005275087
- Clear, P. J., Vincent, J. P., & Harris, G. E. (2006). Ethnic Differences in Symptom Presentation of Sexually Abused Girls. *Journal of Child Sexual Abuse, 15*(3), 79-98. doi:10.1300/J070v15n03_05
- Collin-Vezina, D., Daigneault, I., & Hebert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*(1), 22-30.
- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fanf, X., & Mercy, J. A. (2008). Health-Related Quality of Life Among Adults Who Experienced Maltreatment During Childhood. *American Journal of Public Health, 98*(6), 1094-1100. doi:10.2105/AJPH.2007.119826
- Crane, J. (2015). The bones tell a story the child is too young or too frightened to tell: The Battered Child Syndrome in Post-war Britain and America. *Social History of Medicine, 1*-22. doi:10.1093/shm/hkv040
- Cromer, L. D., & Goldsmith, R. E. (2010). Child Sexual Abuse Myths: Attitudes, Beliefs, and Individual Differences. *Journal of Child Sexual Abuse, 19*(6), 618-647. doi:10.1080/10538712

- Dahl, S. (1993). *Rape : a hazard to health*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dovran, A., Winje, D., Øverland, S., Arefjord, K., Hansen, A., & Waage, L. (2015). Childhood maltreatment and adult mental health. *Nordic journal of psychiatry*, 1-6. doi: 10.3109/08039488.2015.1062142
- Dyb, G. (2005). *Posttraumatic stress reactions in children and adolescents* (Doktoravhandling). NTNU: Trondheim.
- Dyrhaug, T., & Sky, V. (2015). *Barn og unge med innvandrerbakgrunn i barnevernet 2012*. Hentet fra: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/222464?_ts=14c4ba14350
- Espenes, L. (2010). *Traumer og posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og unge* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo: Oslo.
- Fergusson, D. M., Lynskey, 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 the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10). doi:10.1097/00004583-199610000-00023
- Finkel, M. A., & Giardino, A. P. (2002). *Medical evaluation of child sexual abuse: A practical guide*: Sage.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 17, 67-70. doi:10.1016/0145-2134(93)90009-T
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 18(5), 409-417. doi:10.1016/0145-2134(94)90026-4
- Finkelhor, D., & Baron, L. (1986). High risk children. In D. F. e. al. (Ed.), *A Sourcebook on Child Sexual Abuse* (pp. 60-88). Beverly Hills, CA: Sage.
- Fladby, B. (2004). *Et sinnsykt stort kjempeskille i livet*. Hentet fra: <http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/04/08/et-sinnsykt-stort-kjempeskille-i-livet.pdf>
- Fontes, L. A., & Plummer, C. (2010). Cultural Issues in Disclosures of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(5), 491-518. doi:10.1080/10538712.2010.512520
- Fylkesnes, M. K., & Netland, M. (2013). God praksis i møte med etniske minoritetsfamilier i barnevernet: saksbehandlers og foreldres erfaringer. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 89(04), 221-235.
- Gavey, N. (1999). 'I Wasn't Raped, but...': Revisiting Definitional Problems in Sexual Victimization. In S. Lamb (Ed.), *New Versions of Victims. Feminists Struggle with the Concept* (pp. 57-82). New York: New York University Press.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81. doi:10.1016/s0140-6736(08)61706-7
- Gill, A. (2009). Narratives of survival: South Asian women's experience of rape. In M. Horvath & J. Brown (Eds.), *Rape: challenging contemporary thinking*. Cullompton: Willian.
- Gjertsen, H., & Eide, A. K. (2009). *Hjelp når livet rakner. En evaluering av incestsentrene og incesttelefonen*. Hentet fra: www.nordlandsforskning.no/getfile.php/Dokumenter/Rapporter/2009/Rapport_02_2009.pdf

- Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P. H., & Gordon, D. S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 27(5), 525-540. doi:10.1016/S0145-2134(03)00037-1
- Grødem, A. K., & Sandbæk, M. L. (2013). *Helt bakerst i køen: Barnefamilier med ustabile boforhold* (Fafo-rapport 2013:45). Hentet fra: <http://www.fafo.no/images/pub/2013/20335.pdf>
- Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl*, 26(6), 645-659. doi:10.1016/S0145-2134(02)00339-3
- Helsedirektoratet (2003). *Seksuelle overgrep mot barn: En veileder for hjelpeapparatet (Veileder IS-1060)*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2003/0017/ddd/pdf/286825-seksuelle_overgrep_mot_barn.pdf
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3). doi: 10.1002/jts.2490050305
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery*. New York: BasicBooks.
- Hofman, S. (2011). *Etniske minoritetsbarn som opplever vold i familien: utfordringer og muligheter*. Rapport nr. 2/2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Holm-Hansen, J., Haaland, T., & Myrvold, T. (2007). *Flerkulturelt barnevern. En kunnskapsoversikt*. Norsk institutt for by-og regionforskning.
- Jensen, T. (2004). *Suspicious of child sexual abuse: dialogicality and meaning making* (Dr.gradsavhandling). Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo: Oslo.
- Jensen, T. K. (2012). Intervjuer med barn og unge i spesielt vanskelige livssituasjoner - kan vi snakke med barn om alt? I E. Backe- Hansen & I. Frønes (red.), *Metoder og perspektiver i barne- og ungdomsforskning* (s. 95–120). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1395-1413. doi:10.1016/j.chiabu.2005.07.004
- Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse Negl*, 19(6), 715-728. doi:10.1016/0145-2134(95)00029-8
- Kashima, Y., & Gelfand, M. J. (2012). A History of Culture in Psychology. In A. W. Kruglanski & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of the history of social psychology*. New York: Taylor & Francis Group.
- Kasturirangan, A., Krishnan, S., & Riger, S. (2004). The impact of culture and minority status on women's experience of domestic violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5(4), 318-332. doi:10.1177/1524838004269487
- Kellogg, N. D., & Huston, R. L. (1995). Unwanted Sexual Experiences in Adolescents: Patterns of Disclosure. *Clinical Pediatrics*, 34(6), 306-312. doi:10.1177/000992289503400603
- Kelly, J. G., Ryan, A. M., Altman, B. E., & Stelzner, S. P. (2000). Understanding and changing social systems: An ecological view. In J. Rappaport, & E. Seidman

- (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 133-159). New York: Kluwer Academic/Plenum. doi:10.1007/978-1-4615-4193-6_7
- Kendall-Tackett, K. A. (2000). Physiological correlates of childhood abuse: chronic hyperarousal in PTSD, depression, and irritable bowel syndrome. *Child Abuse Negl*, 24(6), 799-810. doi:10.1016/S0145-2134(00)00136-8
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. doi:10.1037/0033-2909.113.1.164
- Kendler, K. S., Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kjellgren, C. (2009). *Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome* (Avhandling). Lund University: Lund.
- Kripos (2015). *Voldtektssituasjonen 2014*. Hentet fra: https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Voldtektssituasjonen_2014.pdf
- Kriz, K., & Skivenes, M. (2010). Lost in translation: How child welfare workers in Norway and England experience language difficulties when working with minority ethnic families. *British Journal of Social Work*, 40(5), 1353-1367. doi:10.1093/bjsw/bcp036
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Labbe, J. (2005). Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse Negl*, 29, 311-324. doi:10.1016/j.chiabu.2005.03.002
- Laugerud, S. (2007). *En splittet offeropplevelse. Et offerperspektiv på seksuelle overgrep og rettssystemet*. Master i Rettssosiologi, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Lawrence, A. (2004). *Principles of child protection: Management and practice*: McGraw-Hill Education (UK).
- Leira, H. K. (1990). Fra tabuisert trauma til anerkjennelse og erkjennelse. *I och II, Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 27, 16-22.
- Lev-Wiesel, R., Gottfried, R., Eisikovits, Z., & First, M. (2014). Factors affecting disclosure among Israeli children in residential care due to domestic violence. *Child Abuse Negl*, 38, 618-626. doi:10.1016/j.chiabu.2014.02.002
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. (2005). Disclosure of Child Sexual Abuse: What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell? *Psychology, Public Policy, & Law*, 11(1), 194-226. doi:10.1037/1076-8971.11.1.194
- McCann, J., & Voris, J. (1993). Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, 91(2), 390-397.
- McCann, J., Voris, J., & Simon, M. (1992). Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, 89(2), 307-317.
- McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2014). To tell or not to tell? Factors influencing young people's informal disclosures of child sexual abuse. 29, 5(928-947). doi:10.1177/0886260513506281

- Mennen, F. E. (1995). The relationship of race/ethnicity to symptoms in childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 19(1), 115-124. doi:10.1016/0145-2134(94)00100-9
- Mossige, S., & Dyb, G. (red.). (2009). *Voldsutsatte barn og unge i Oslo. Forekomst og innsatsområder for forebygging* (NOVA Rapport 22/2009). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (red.). (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge: En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole* (NOVA Rapport 20/2007). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Myhre, A. K., Borgen, G., & Ormstad, K. (2006). Seksuelle overgrep mot prepubertale barn. *Tidsskrift-norske laegeforening*, 126(19), 2511.
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17 åringer* (NKVTS Rapport 2/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Nesvold, H., Friis, S., & Ormstad, K. (2008). Sexual assault centers: Attendance rates, and differences between early and late presenting cases. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 87(7), 707-715.
- Olafson, E., Corwin, D. L., & Summit, R. C. (1993). Modern history of child sexual abuse awareness: cycles of discovery and suppression. *Child Abuse Negl*, 17, 7-24. doi:10.1016/0145-2134(93)90004-O
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1). doi: 10.1080/00223980109603677
- Pape, H., & Stefansen, K. (red.). (2004). *Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep* (NKVTS Rapport 1/2004). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Pedersen, B. (2008). 'My mother would worry every single time i went out...' Meanings of ethnicities and sexualised coercion. *Annual Review of Critical Psychology*, 6.
- Pedersen, K. F. (2013). *Barn og ungdom som oppsøker overgrepsmottaket ved St Olavs Hospital* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo: Oslo.
- Plummer, C. A., & Njuguna, W. (2009). Cultural protective and risk factors: Professional perspectives about child sexual abuse in Kenya. *Child Abuse Negl*, 33, 524-532. doi:10.1016/j.chiabu.2009.02.005
- Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. doi:10.1097/01.CHI.0000037029.04952.72
- Quas, J. A., Goodman, G. S., & Jones, D. P. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 723-736.
- Roche, A. J., Fortin, G., Labbe, J., Brown, J., & Chadwick, D. (2005). The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. *Child Abuse Negl*, 29(4), 325-334. doi:10.1016/j.chiabu.2004.04.007
- Runyan, D. K. (1998). Prevalence, risk, sensitivity, and specificity: A commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse Negl*, 22(6), 493-498. doi:10.1016/S0145-2134(98)00015-5
- Salole, L. (2013). *Krysskulturelle barn og unge: om tilhørighet, dilemmaer, anerkjennelse og ressurser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Schou, L., Dyb, G., & Graff-Iversen, S. (2007). *Voldsutsatt ungdom i Norge - resultater fra helseundersøkelser i seks fylker* (FHI Rapport 2007:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Sentio Research Norge. (2014). *Rapportering fra sentrene mot incest og seksuelle overgrep 2014*. (08/2015). Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Hentet fra: http://www.bufdir.no/global/Rapportering_fra_sentrene_mot_incest_og_seksuelle_overgrep_2014.pdf.
- Shaw, J. A., Lewis, J. E., Loeb, A., Rosado, J., & Rodriguez, R. A. (2001). A comparison of Hispanic and African-American sexually abused girls and their families. *Child Abuse Negl*, 25(10), 1363-1379. doi:doi:10.1016/S0145-2134(01)00272-1
- Skytte, M. (2008). *Etniske minoritetsfamilier og sosialt arbeid* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sommerfeldt, M. B., Hauge, M. I., & Øverlien, C. (2014). *Minoritetsetniske barn og unge og vold i hjemmet: Utsatthet og sosialfaglig arbeid* (NKVTS Rapport 3/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.
- SSB (2015). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2015. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2015-03-04#content>
- Stefansen, K., Gundersen, T., Bakketeig, E. (2012). *Barnehusevalueringen 2012 – del 2. En undersøkelse blant barn og pårørende, jurister og politifolk, samt ledere og ansatte* (NOVA-rapport 9/12). Hentet fra: <http://www.nova.no/id/25907.0>
- Stefansen, K., & Smette, I. (2006). Det var ikke en voldtekt, mer et overgrep... *Tidsskrift for samfunnsforskning, vol. 47, nr. 1*, 33-56.
- Steine, I. M., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I. H., Mrdalj, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 950-957.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920
- Svedin, C. G. (2000). Sexuella övergrepp mot barn, orsaker och risker. *Socialstyrelsen*, 36-006.
- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N., & Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 27(8), 967-984. doi:10.1016/S0145-2134(03)00143-1
- Sætre, M. (1997). Samfunnsproblemet som "forsvant". En kritikk av tendensen til å minimalisere omfanget av seksuelle overgrep mot barn. *Tidsskrift norsk psykologforening*, 34, 53-64.
- Sætre, M., & Grytdal, V. (2011). *Voldtekt i den globale byen - endringer i anmeldte voldtekter og seksualkultur i Oslo*. Hentet fra: https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/oslo/Vedlegg_1309.pdf
- Søftestad, S. (2005). *Seksuelle overgrep: Fra privat avmakt til tverretatlig handlekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). Vold og voldtekt i Norge. *En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløp*. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.

- Trane, K. (2011). «Vi tåler å høre din historie». Prosjektrapport. Senter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO) Sør-Trøndelag.
- US Department of Health and Human Services. (1981). Study findings: National study of the incidence and severity of child abuse and neglect. *DHHS Publication No.(OHDS)*, 81-30325.
- Voldtektsmottaket (2009). *Årsrapport*.
- Øverlien, C., & Sogn, H. (2007). *Kunnskap gir mot til å se og trygghet til å handle*. (NKVTS Rapport nr. 3/2007). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Øverlien, C., & Moen, L.H. (i trykk). «Takk for at du spør!» *En oppfølgingsstudie om kunnskap om fysiske og seksuelle overgrep mot barn, samtalemotodikk og FNs konvensjon om barnets rettigheter blant blivende barnevernspedagoger, grunnskolelærere og førskolelærere*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. (2015). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015*, Issue 4. Art. No.: CD004380. DOI: 10.1002/14651858.CD004380.pub3.

Formålet med rapporten Seksuelle overgrep mot barn og unge med innvandrerbakgrunn har v ert   fa mer kunnskap om hvorvidt hjelpeinstanser opplever at det er s erskilte forhold eller hjelpebehov som gj or seg gjeldende når barn med innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep. I rapporten presenteres registerdata fra tre hjelpeinstanser som møter barn på bakgrunn av mistanke om at de kan ha blitt utsatt for seksuelle overgrep, i tillegg til tallmateriale fra NKVTS omfangsunders okelse om vold og seksuelle overgrep fra 2013. Ansatte i hjelpeinstanser som regelmessig m ter barn utsatt for seksuelle overgrep er intervjuet om deres erfaringer med slike saker.

Det er mye   koordinere og ta hensyn til i arbeid med seksuelle overgrepssaker, og mangel på håndfaste bevis gj or at mange av sakene er kompliserte. I intervjuer med ansatte blir det fremhevet at det er flere fellestrekk enn forskjeller mellom barn som er utsatt for seksuelle overgrep, og at det s erskilte ved disse sakene i liten grad har   gj ore med hvorvidt barnet har innvandrerbakgrunn. Enkelte forhold synes imidlertid   gj ore seg gjeldende i større grad når barn har innvandrerbakgrunn, deriblant følelser av skyld og skam knyttet til seksuelle overgrep. Slike følelser er imidlertid karakteristisk for utsatte barn uansett bakgrunn og er negativt assosiert med hjelpesøking. S erskilte forhold som det må tas hensyn til når barn og familier med innvandrerbakgrunn er i kontakt med hjelpeapparatet, er at flere kan ha begrenset språk- og systemkunnskap, samt behov for tolk under avhør og medisinsk undersökelse.

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 5 etg, 0484 Oslo

Postadresse: Pb 181 Nydalen, 0409 Oslo

Tlf.: +47 22 59 55 00

Faks: +47 22 59 55 01

e-post: postmottak@nkvts.no

ISBN 978-82-8122-090-4 (trykk)

ISBN 978-82-8122-091-1 (PDF)

ISSN 0809-9103

Rapporter kan lastes ned fra: <http://www.nkvts.no>