

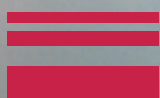
Tonje Holt, Lisa Govasli Nilsen, Linda Holen Moen og
Ingunn Rangul Askeland

Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep

En nasjonal kartleggingsundersøkelse

Nasjonalt kunnskapssenter

om vold og traumatisk stress a/s



www.nkvts.no

Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep

En nasjonal kartleggingsundersøkelse

Tonje Holt, Lisa Govasli Nilsen, Linda Holen Moen og Ingunn Rangul Askeland

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er et selskap under Unirand AS som er heleid av Universitetet i Oslo. NKVTS består av tidligere Psykososialt senter for flyktninger, Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Nasjonalt 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 978-82-8122-103-1 (trykk)

ISBN 978-82-8122-104-8 (PDF)

ISSN 0809-9103

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

Forord

Dette prosjektet er en landsdekkende kartleggingsundersøkelse av behandlingstilbudet til henholdsvis: 1) barn og unge som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, 2) barn og unge som utøver vold, og 3) barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Tusen takk til de privatpraktiserende avtalespesialistene og lederne ved de ulike behandlingsenhetene som i en travel hverdag har funnet tid til å svare på spørreskjemaet. Uten dere hadde ikke dette blitt noen undersøkelse.

Det er lagt ned mye ressurser for å komme i kontakt med aktuelle behandlingsenheter per telefon før den nettbaserte undersøkelsen ble sendt ut, både for å identifisere enhetsledere og få riktig mailadresse til vedkommende, men også for å informere om undersøkelsen og motivere lederne til å svare. Dette ble gjort i håp om å øke svarprosenten. Tusen takk til Linda Holen Moen, Marie Strømstad og Vanessa Amorenza Vold Christensen for positivitet og iherdig innsats for å få tak i alle lederne ved aktuelle behandlingsenheter.

Vi brukte også tid på å utforme spørreskjemaet. I denne perioden hadde vi tett samarbeid med NSD. Tusen takk til vår kontaktperson ved NSD, Bjørn-Ole Johannesen, som hjalp oss å legge inn spørreskjemaet i nettfomat, gjorde nødvendige endringer underveis og etter pilotering, og for positivitet og imøtekommenhet underveis i datainnsamlingsprosessen. Vi hadde også to runder med piloteringer og etterfølgende modifiseringer i spørreskjemaet. Takk til alle kollegaer, både innenfor og utenfor NKVTS, som var med på å pilotere skjemaet.

Forfatterne har på hver sin måte bidratt inn i prosessen med å ferdigstille denne rapporten. Linda Holen Moen har vært aktiv med fra starten av, med koordinering mellom instanser, NSD og forskerne på NKVTS. Hun har skrevet pilotundersøkelsen og metodedelen av denne rapporten. Lisa Govasli Nilsen har skrevet store deler av innledningen og diskusjonen, samt resultatene som omhandler behandlingstilbudet til unge som utøver vold og unge som begår seksuelle overgrep. Tonje Holt har ledet prosjektet, utformet spørreskjemaet i samarbeid med Ingunn Rangul Askeland, skrevet teksten i innledningen, resultatene og diskusjonen som omhandler behandlingstilbudet til barn og unge som er utsatt for vold eller overgrep. Ingunn Rangul Askeland har vært med å utforme spørreskjemaet og bidratt med verdifulle innspill underveis i prosessen.

Til slutt ønsker vi å takke Monica Jensen og Helle Kleve ved V27 i Bergen for at dere raust har delt deres kunnskap og kompetanse med oss, og vi vil rette en stor takk til kollegaer ved NKVTS, spesielt til Anja Emilie Kruse, Ole Kristian Hjemdal, Ingvild Lunde, Hege Eriksen Oswald og Silje Mørup Ormhaug, og seksjonslederne ved NKVTS, Mona-Iren Hauge og Solveig Bergman for verdifulle tilbakemeldinger, støtte, drøftinger, hjelp og gode råd underveis i prosessen.

Innhold

Forord	3
Innhold	5
Tabelloversikt	9
Figuroversikt	12
Sammendrag	15
Summary	17
1 Innledning	19
1.1 Oppdraget	19
1.2 Problemstillinger	20
1.3 Kunnskapsstatus	21
1.3.1 Tidligere kartlegginger	21
1.4 Voldsbegrepet	23
1.4.1 Vold mot barn og unge	23
1.5 Målgruppene for behandlingen kartlagt i denne undersøkelsen	26
1.5.1 Barn og unge som blir utsatt for vold og overgrep	26
1.5.2 Barn og unge som utøver vold	33
1.5.3 Barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd	37
1.5.4 Forståelsen av behandlingstilbud som ligger til grunn for kartleggingen	42
2 Metode	46
2.1 Prosedyre	46
2.1.1 Pilotundersøkelse	46
2.1.2 Nettsøk og avgrensninger	47
2.1.3 Telefon-, e-postkontakt og informasjon til FOU-ledere i helseforetakene	48
2.1.4 Spørreskjemaundersøkelse	49
2.1.5 Kontakt med NSD og distribusjon av spørreskjemaet	50
2.2 Svarprosent og utvalg	50
2.3 Analyser	56
3 Resultater	57
3.1 Behandlingstilbud til barn og unge utsatt for vold og overgrep	57

3.1.1	Ulike behandlingsinstanser og geografisk dekning	57
3.1.2	Tilbudenes «måltetthet» - henvisning og inntak	59
3.1.3	Terapeutenes bakgrunn og kompetanse	65
3.1.4	Kartlegging og kartleggingsrutiner	68
3.1.5	Innhold, form og lengde på behandlingen	72
3.1.6	Samarbeid med andre instanser rundt barn og unge som har opplevd vold og overgrep	76
3.1.7	Synliggjøring av eget behandlingstilbud	79
3.1.8	Andre utfordringer og behov	80
3.2	Oppsummering, behandlingstilbudet til barn og unge utsatt for vold og overgrep	85
3.3	Behandlingstilbud til barn og unge som utøver vold	86
3.3.1	Ulike behandlingsinstanser og geografisk dekning	86
3.3.2	Tilbudenes «måltetthet» - henvisning og inntak	88
3.3.3	Terapeutenes bakgrunn og kompetanse i å behandle barn og unge som utøver vold	92
3.3.4	Kartlegging og kartleggingsrutiner	94
3.3.5	Innhold, form og lengde på behandlingen	97
3.3.6	Synliggjøring av eget behandlingstilbud	99
3.3.7	Samarbeid med andre instanser rundt barn og unge som utøver vold	100
3.3.8	Andre utfordringer og behov	102
3.4	Oppsummering, behandlingstilbudet til unge som utøver vold	105
3.5	Behandlingstilbud til barn og unge med problematisk seksuell atferd	106
3.5.1	Ulike behandlingsinstanser og geografisk dekning	106
3.5.2	Tilbudenes «måltetthet» - henvisning og inntak	110
3.5.3	Terapeutenes bakgrunn og kompetanse i å behandle barn og unge med skadelig eller problematisk seksuell atferd	113
3.5.4	Kartlegging og kartleggingsrutiner	115
3.5.5	Innhold, form og lengde på behandlingen	119
3.5.6	Synliggjøring av eget behandlingstilbud	123
3.5.7	Samarbeid med andre instanser rundt barn og unge med skadelig eller problematisk seksuell atferd	123
3.5.8	Andre utfordringer og behov	125

3.6	Oppsummering, behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd	129
3.7	Terapeutiske dilemmaer i møte med barn og ungdom med innvandrerbakgrunn	131
4	Styrker og begrensninger ved undersøkelsen	135
5	Diskusjon	138
5.1	Likeverdige og tilgjengelige tjenester – geografisk dekning og synliggjøring av behandlingstilbudene	138
5.2	Får behandlingssenhetene gitt et tilstrekkelig tilbud til de berørte gruppene?	141
5.3	Generelle versus spesialiserte tilbud	145
5.4	Betydningen av en god kartlegging	149
5.5	Et bredt spekter av behandlingsmetoder og tilnærminger	152
5.6	Samarbeid	155
5.7	Behandlingstilbudet til utsatte for æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse	158
6	Anbefalinger	160
6.1	Barn utsatt for vold og overgrep	160
6.2	Barn og unge som utøver vold	161
6.3	Unge som begår seksuelle overgrep	163
	Litteratur	166
	Vedlegg 1: Antall saker per landsregion: æresrelatert vold, kjønnslemlestelse og tvangsekteskap	179
	Vedlegg 2: Oversikt over terapeutenes faglige bakgrunn (profesjon) fordelt på de ulike institusjonene	180
	Vedlegg 3: Antall behandlere som har kompetanse i å behandle barn utsatt for vold og overgrep fordelt på de ulike institusjonene	182
	Vedlegg 4: Kartlegging og kartleggingsprosedyrer fordelt på institusjon – saker hvor barn har opplevd vold og overgrep	183
	Vedlegg 5: Spesifikke og generelle kartleggingsverktøy	186
	Vedlegg 6: Behandlingsmetoder fordelt på institusjon – barn utsatt for vold og overgrep	189
	Vedlegg 7: Formen på behandling (gruppe, individ, familie) fordelt på institusjon	199
	Vedlegg 8: Henvisninger, fordelt på institusjon – saker hvor barn er utsatt for vold og overgrep	201
	Vedlegg 9: Antall terapeuter som har kompetanse i å behandle barn som utøver vold – fordelt på type behandlingssenhet	203
	Vedlegg 10: Kartlegging av barn som utøver vold	204

Vedlegg 11: Kartleggingsverktøy – voldsutøvelse	205
Vedlegg 12: Behandlingsmetoder fordelt på institusjon – barn som utøver vold	207
Vedlegg 13: Lengde på behandlingen for barn som utøver vold	216
Vedlegg 14: Hvem involveres i behandlingen av barn og unge som utøver vold	217
Vedlegg 15: Henvisninger fordelt på institusjon – saker hvor barn utøver vold	218
Vedlegg 16: Antall terapeuter som har kompetanse i å behandle barn og unge med problematisk seksuell atferd, fordelt på institusjonstype	220
Vedlegg 17: Kartlegging av barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd	221
Vedlegg 18: Kartleggingsverktøy – problematisk eller skadelig seksuell atferd	223
Vedlegg 19: Behandlingsmetoder, fordelt på institusjon – saker hvor barn har problematisk eller skadelig seksuell atferd	225
Vedlegg 20: Lengde på behandlingen for barn med problematisk seksuell atferd	234
Vedlegg 21: Henvisninger, fordelt på institusjon – saker hvor barn har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd	235
Vedlegg 22: Spørreskjemaet	237
Vedlegg 23: Informasjonsskriv	282
Vedlegg 24: Ringeinstruks	284
Vedlegg 25: Loggføring	286

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Svarprosent fordelt på type enhet som har svart på en eller flere deler av undersøkelsen, inkludert enhetskategorier som kun er relevante for voksne klienter.	52
Tabell 2.2 Svarprosent fordelt på type enhet som har svart på en eller flere deler av undersøkelsen. Kun enheter som er relevante når det gjelder å behandle barn og unge er inkludert i denne oversikten	53
Tabell 2.3 Gjennomsnittlig antall henviste klienter og antall årsverk i 2014 fordelt på ulike behandlingssenheter og privatpraktiserende (N=149)	55
Tabell 2.4 Gjennomsnittlig antall henviste klienter og antall årsverk i 2014 fordelt på landsregionene (N=149).....	55
Tabell 3.1 Enheter som oppgir å ha et tilbud til barn og unge utsatt for vold og overgrep.....	57
Tabell 3.2 Oversikt over hvor mange av de som har blitt henvist i 2014 som har vært barn utsatt for vold og overgrep (N=107).....	61
Tabell 3.3 Oversikt over antall henviste volds- og overgrepssaker fordelt på de brede og spesialiserte behandlingstilbudene.....	61
Tabell 3.4 Oversikt over hvor mange saker i løpet av 2014 hvor æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse har vært et tema.....	63
Tabell 3.5 Oversikt over hvor enhetene/praksisene oftest får henvisning fra/blir kontaktet av i saker hvor barn og ungdom har opplevd vold og overgrep (N=138)	63
Tabell 3.6 Videreutdanning og kurs/opplæring av terapeutene med kompetanse på å behandle barn og ungdom utsatt for vold og overgrep.....	67
Tabell 3.7 Andel terapeuter som har kompetanse på æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse	68

Tabell 3.8 Involvering i kartleggingen av volds- og overgrepserfaringer når barnet er under 12 år og når barnet er 12 år eller eldre.....	70
Tabell 3.9 Mulige årsaker til at terapeutene kan være ukomfortable med å kartlegge for volds- og overgrepserfaringer	71
Tabell 3.10 Oversikt over hva enhetene har svart at barna som har opplevd vold og overgrep får av behandling.....	72
Tabell 3.11 Oversikt over oppgitt lengde på behandlingene	74
Tabell 3.12 Oversikt over oppgitt form på behandlingen	74
Tabell 3.13 Oversikt over hvem det er vanligst å involvere i behandlingen av barn og unge som har opplevd vold eller overgrep	75
Tabell 3.14 Behandlingsenhetenes samarbeidspartnere i saker med æresrelatert vold/tvangsekteskap/kjønnslemlestelse	77
Tabell 3.15 Oversikt over hva behandlingsenhetene trenger for å få gitt den behandlingen de ønsker (N=98)	81
Tabell 3.16 Enheter som oppgir å ha et tilbud til barn og unge som utøver vold	86
Tabell 3.17 Oversikt over hvem henvisningen oftest kommer fra i saker hvor barn eller unge har utvist voldelig atferd (N=82).....	91
Tabell 3.18 Vanligste årsaker til å avslå eller henvise videre saker der barn har utøvd vold (N=77)	91
Tabell 3.19 Terapeutenes bakgrunn ved behandlingsenheter med tilbud til barn og.....	92
Tabell 3.20 Kartlegging av klienter – barn som utøver vold	94
Tabell 3.21 Kartlegging av klienter for egen voldsutøvelse, fordelt på instans – barn som utøver vold	95
Tabell 3.22 Mulige årsaker til at terapeutene er ukomfortable med å spørre barn om voldsutøvelse	97
Tabell 3.23 Behandlingsmodeller benyttet for barn som utøver vold.....	98

Tabell 3.24 Formen på behandlingen til barn som utøver vold	99
Tabell 3.25 Synliggjøring av behandlingstilbudet til barn og unge som utøver vold (N=26)	100
Tabell 3.26 Enheter som oppgir å ha et tilbud til barn og unge med skadelig eller problematisk seksuell atferd	107
Tabell 3.27 Hvem behandlingsinstitusjonen oftest får henvisning fra i saker som omhandler barn med problematisk seksuell atferd (N=68).....	111
Tabell 3.28 Den vanligste årsaken til å avslå eller henvise videre saker der barn har uønsket seksuell atferd (N=63).....	112
Tabell 3.29 Terapeutenes bakgrunn.....	113
Tabell 3.30 Kartlegging av klienter	115
Tabell 3.31 Kartlegging av generell seksuell utvikling og atferd, fordelt på type institusjon	116
Tabell 3.32 Kartlegging av problematisk seksuell adferd eller utøvelse av seksuelle overgrep, fordelt på type institusjon	116
Tabell 3.33 Årsaker til at terapeutene er ukomfortable med å spørre om problematisk seksuell atferd	119
Tabell 3.34 Behandlingsmodeller for behandling av problematisk seksuell atferd .	120
Tabell 3.35 Behandlingens form ved problematisk eller skadelig seksuell atferd...	122
Tabell 3.36 Hvem er involvert i behandlingen av barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd når barnet er mellom 6 og 10 år og når barnet er mellom 11 og 18 år.....	122
Tabell 3.37 I hvor stor eller liten grad behandlingstilbudene synliggjør seg selv (N=13)	123
Tabell 3.38 Terapeutiske dilemmaer i møte med barn og unge med innvandrerbakgrunn.....	132

Figuroversikt

Figur 2.1 Flytskjema for undersøkelsen	54
Figur 3.1 Kart over enhetene som oppgir at de behandler utsatte barn fordelt på de ulike landsregionene (N= 147).	58
Figur 3.2 Hva slags vold mot barn som instansene behandler for (N=147)	59
Figur 3.3 Oversikt over hvorvidt behandlingstilbudet er spesifikt rettet mot barn og unge som har opplevd vold og overgrep (N=145).....	60
Figur 3.4 Oversikt over hvor mange volds- og overgrepsutsatte barn som har blitt tatt imot til utredning eller behandling i 2014.....	62
Figur 3.5 Oversikt over enhetenes svar over hva som er viktigste årsak til å viderehenvise eller avslå saker der barn har opplevd vold eller overgrep (N=132)	64
Figur 3.6 Diagram med oversikt over hva enhetene har svart om andelen behandlerne som har kompetanse i å behandle barn utsatt for vold og overgrep (N=142)	66
Figur 3.7 Kartlegging av livssituasjon/ bakgrunnsopplysninger, generell psykisk helse, utsatthet for vold og overgrep og traumerelaterte plager	69
Figur 3.8 Rutiner for samarbeid rundt barn som er utsatt for vold og overgrep (N=140)	76
Figur 3.9 Synliggjøring av behandlingstilbudet til barn utsatt for vold og overgrep (N=137)	79
Figur 3.10 Hvorvidt behandlingsenhetene/ praksisene opplever at de får gitt den behandlingen de ønsker til barn utsatt for vold og overgrep (N=124).....	80
Figur 3.11 Styrking av helsetilbud og kommunale tilbud som barnevern og skole...	82
Figur 3.12 Økt kompetanse og ressurser	83

Figur 3.13 Samarbeid og langtidsoppfølging	84
Figur 3.14 Kart over enhetene som oppgir at de behandler barn som utøver vold fordelt på de fire landsregionene (N=86)	88
Figur 3.15 Hvem behandlingstilbudet er rettet mot (N=84)	89
Figur 3.16 Oversikt over hvor mange barn med voldsproblematikk som har blitt henvist og tatt imot til utredning eller behandling i 2014.....	90
Figur 3.17 Oversikt over hvor mange av terapeutene ved behandlingsenheten har kompetanse i å behandle barn som utøver vold (N=81)	93
Figur 3.18 Hvorvidt behandlingsenhetene opplever at de får gitt den behandlingen de ønsker til barn som utøver vold (N=73)	103
Figur 3.19 Hva behandlingsenhetene trenger for å kunne gi den behandlingen de ønsker til barn som utøver vold (N = 44).....	104
Figur 3.20 Kart over enhetene som oppgir at de behandler barn med problematisk seksuell atferd, fordelt på de ulike landsregionene (N= 71).	109
Figur 3.21 Hvem behandlingstilbudet er rettet mot (N=69)	110
Figur 3.22 Oversikt over hvor mange barn med problematisk seksuell atferd som har blitt henvist og tatt imot til utredning eller behandling i 2014	111
Figur 3.23 Oversikt over hvor mange av terapeutene som har kompetanse i å behandle barn som har problematisk seksuell atferd eller har begått seksuelle overgrep (N=66)	114
Figur 3.24 Hvorvidt enhetene/ praksisene bruker noen kartleggingsverktøy for å spørre om problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep (N=58)	117
Figur 3.25 Hvorvidt behandlingsenhetene har rutiner for samarbeid med andre instanser i saker hvor barn har problematisk eller skadelig seksuell atferd (N=70).....	124
Figur 3.26 Enhetenes opplevelse av å få gitt den behandlingen de ønsker til barn med problematisk seksuell atferd (N=58)	126

Figur 3.27 Hva behandlingsenhetene behøver for å kunne tilby et bedre tilbud til barn og unge med skadelig seksuell atferd (N=44).....	127
Figur 3.28 Opplevelse av terapeutiske dilemmaer i møte barn med innvandrerbakgrunn som henholdsvis har opplevd vold og overgrep; som utøver vold; eller som begår seksuelle overgrep.....	131

Sammendrag

Formålet med dette prosjektet har vært å kartlegge behandlingstilbudet til følgende grupper: 1) barn og unge som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, inkludert tvangsekteskap, æresrelatert vold og kjønnslemlestelse, 2) barn og unge som utøver vold, og 3) barn og unge som har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd.

For å få mer kunnskap om behandlingstilbudet ble det gjennomført en nasjonal kartleggingsundersøkelse hvor alle relevante behandlingssenheter ble forespurt om å delta. Svarprosenten blant de relevante enhetene som behandler barn og unge var 59,5 %. Blant de privatpraktiserende avtalespesialistene var svarprosenten kun 12,1 %. Blant de som besvarte undersøkelsen, oppgir 147 behandlingssenheter eller privatpraktiserende at de behandler barn og unge som har opplevd vold og overgrep, 86 oppgir at de behandler barn og unge som utøver vold, og 71 oppgir at de behandler barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) utgjør en betydelig andel av behandlingstilbudene til de tre gruppene, men også barnehusene, familievernkontorene, enkelte barnevernsinstitusjoner og tiltak i regi av atferdssenteret, som MST (multisystemisk terapi) og FFT (funksjonell familierapi), er representert. Resultatene viser at det finnes behandlingstilbud i alle de fire regionene i landet. De fleste enhetene og privatpraktiserende behandler flest saker med annen type problematikk enn volds- og overgrepssproblematikk, noe som tyder på at det hovedsakelig finnes generelle behandlingstilbud til gruppene. Enhetene har videre få saker til behandling hvor barn har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep, hvor barn utøver vold, eller hvor barn har problematisk seksuell atferd. Det store flertallet oppgir kun å ha hatt mellom 1 og 10 saker i 2014.

Funnene fra kartleggingen viser videre at det finnes en del kompetanse i Norge, både når det gjelder behandling av barn og unge som har opplevd vold og overgrep, barn og unge som utøver vold, og barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. En hovedvekt av kompetansen ser imidlertid ut til å være sentrert på barn og ungdom utsatt for vold og overgrep, og enhetene som behandler barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, etterlyser mer kompetanse og kunnskap. Samtidig er det mange behandlingssenheter som opplever at de ikke, eller bare delvis, får gitt det behandlingstilbudet de ønsker til alle gruppene, og spesielt mangelfullt

opplever de at tilbudet er til barn og unge som har opplevd vold og overgrep. Enhetene som behandler de utsatte barna etterlyser først og fremst mer kapasitet og ressurser, samt bedre oppfølging og samarbeid med andre instanser for å få gitt et bedre tilbud.

Et viktig resultat som fremgår av kartleggingen, er at de ulike behandlingsenhetene jevnt over oppgir at de har gode kartleggingsprosedyrer for å fange opp klientenes bakgrunnsopplysninger, livssituasjon og generelle psykiske helse. Om lag halvparten av enhetene oppgir også at de kartlegger alle for volds- og overgrepshendelser. Langt færre har rutiner for å kartlegge voldsutøvelse, seksuell utvikling og atferd, samt problematisk eller skadelig seksuell atferd. Hvor mange barn og familier som kartlegges, varierer også mellom de ulike behandlingsenhetene.

De ulike behandlingsenhetene tilbyr et stort spekter av terapiformer, fra avgrensede og definerte behandlingsmetoder til mer generelle behandlingstilnærminger, som psykodynamisk og kognitiv terapi. Flere enheter rapporterer om bruk av behandlingsmetoder hvor det er foretatt måling av effekt, som TF-CBT og EMDR. For utsatte barn og ungdommer var det først og fremst BUP som benyttet seg av evidensbaserte metoder, mens for behandling av unge som utøver vold eller overgrep, var det spesielt tiltak i regi av atferdssenteret som benyttet seg av evidensbaserte metoder (MST og FFT). Et viktig funn fra kartleggingen er at opp mot en tredjedel av de som besvarte undersøkelsen oppga at de *ikke* har rutiner for samarbeid omkring de aktuelle sakene. Samtidig rapporterer de som har rutiner, at de er fornøyd med disse, og at de stort sett opplever samarbeidet med andre institusjoner som godt.

Kort oppsummert viser resultatene fra kartleggingsundersøkelsen at det finnes behandlingstilbud til alle målgruppene i undersøkelsen, men at andelen spesialiserte tilbud er lav. Det kommer frem at kompetanse og behandlingsinnhold varierer ut fra målgruppe og på tvers av de ulike behandlingsenhetene. En tredjedel av behandlingsenhetene har ikke nødvendige samarbeidsrutiner på plass for å hjelpe barna og ungdommene som er utsatt for, eller som utøver vold og seksuelle overgrep.

Summary

The primary aim of this project was to investigate the treatment services provided to: 1) children and adolescents who have experienced violence and sexual abuse 2) children and adolescents who use violence, and 3) children and adolescents with problematic or harmful sexual behavior.

We conducted a national survey where all relevant treatment services and psychotherapists with publicly funded individual practices in Norway received a web-based questionnaire. The leaders at the respective clinics and at the individual practices filled out the questionnaire. The response rate among the relevant treatment services was 59.5 %, and among the individual practices, the response rate was 12.1 %. Among those who responded, 147 treatment services specified that they provided treatment for children and adolescents exposed to violence and sexual abuse, 86 services reported that they offered treatment for children and adolescents who use violence, and 71 services reported treating children with problematic or harmful sexual behavior. The Child and Adolescent Outpatient Clinics (BUP) constitutes a significant amount of the total treatment services offered, but the Family Counselling Services, some Child Protective Service Institutions and treatment models implemented by The Norwegian Center for Child Behavioral Development (MST and FFT) were also represented. All geographical regions of Norway reported having treatment for the target groups. The main tendency, however, was that most participating services offered a generalized treatment service, i.e. that they mostly provided treatment to other client groups than to children affected by violence and sexual abuse. Furthermore, the vast majority of the treatment services reported that they only treated between 1 and 10 cases affected by violence and sexual abuse in 2014.

The results reveal that treatment expertise does exist for providing treatment to all three target groups. Most expertise is found, however, in treating children exposed to violence and abuse. The survey also showed that competence and expertise is most wanting for clinics providing treatment to problematic or harmful sexual behavior. Many clinics felt that they were unable to offer optimal treatment to the affected groups, and were particularly unsatisfied with the treatment they provide to children exposed to violence and sexual abuse. In order to improve the service for this vulnerable group they requested an increased capacity and more resources as well as improved cooperation between the treatment services.

Overall, the treatment services reported having good screening procedures in identifying clients' background information, life situation and general mental health problems. Around half of the treatment services report that they systematically screen all clients for experiences with violence and abuse experiences. Fewer facilities, however, screen for violent acts and problematic and harmful sexual behavior.

The different services provide a wide range of treatment methods and treatment approaches, from specialized and well-defined methods, to more general treatment approaches, such as cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy. Many of the stated treatment methods are evidence-based, such as the trauma specific methods TF-CBT and EMDR. It was first and foremost the Child and Adolescent Child Guidance Clinics (BUP) who provided evidence based treatments for children exposed to trauma, while for children using violence, the evidence based methods MST og FFT were first and foremost provided by the Norwegian Center for Child Behavioral Development (Atferdssenteret). Generally, the treatment services were providing individual treatment above group and family therapy, and this trend was visible in the treatment of both exposed children and the children with problematic and harmful violent and sexual behavior.

An important result emerging from this survey was that almost one third of the services reported that they *did not* have any routines for collaboration and coordinating tasks between services in relation to the treatment of the children affected by violence and sexual abuse. At the same time, the services *that did have* routines for providing collaboration and coordination were satisfied with these routines, and overall they experienced the cooperation with other services as positive and satisfactory.

In short, the results show that all geographical regions in Norway reported having treatment for the target groups. However, few specialized treatment services were identified. The competence, treatment quality and treatment content varied among the different treatment institutions and target groups. One third reported that they did not have established routines for cooperation in cases where children and adolescents were subjected to violence and sexual abuse and where young people where violent or had harmful sexual behavior.

1 Innledning

Vold og overgrep mot barn er et alvorlig samfunnsproblem. Etter en nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer konkluderte Myhre, Thoresen og Hjemdal (2015) med at «vold og seksuelle overgrep rammer en betydelig del av barn og ungdom i Norge, og starter for mange i tidlig barnealder» (s.17). Samtidig har forskning vist at barn og unge ikke bare er utsatt for vold og overgrep, men også kan være utøvere av vold og seksuelle overgrep (Bengtson, Steinsvåg, & Terland, 2004; Birkhaug et al., 2005; Kruse, 2011).

Et viktig tiltak for å forebygge vold samt å begrense de negative konsekvensene av vold har vært å tilby behandling både til personer som er utsatt for vold og overgrep, og til utøvere av slike handlinger. Det er derfor viktig å ha god oversikt over hvilke behandlingstilbud som finnes i Norge, samt hvilken kvalitet disse tilbudene har. Det er også sentralt å kartlegge hvorvidt tilbudene når ut til alle som har behov for hjelp, inkludert om de henvender seg til mangfoldet i det norske samfunnet.

1.1 Oppdraget

Med utgangspunkt i tiltak 35 i tiltaksplanen *En god barndom varer livet ut* for 2014-2017 (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014), ble Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) bedt om å lage en oversikt over og gi en vurdering av dagens behandlingstilbud til barn og ungdom som er utsatt for vold og seksuelle overgrep, samt for unge som utøver vold og seksuelle overgrep¹. Formålet med dette prosjektet er derfor: 1) å kartlegge behandlingstilbudet som i dag tilbys de tre nevnte gruppene, og 2) vurdere kvaliteten av eksisterende behandlingstilbud – både når det gjelder likeverdige tjenester og hvorvidt behandlingstilbudene bygger på utprøvde modeller og god, faglig praksis.

Man har grunn til å tro at det vil være noe overlapp mellom de tre gruppene². Blant unge som utøver vold og seksuelle overgrep, vil det for eksempel være en relativt stor andel som også selv har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep (se f. eks.

¹ Om sistnevnte gruppe brukes betegnelsen *barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd*. For enkelthets skyld har vi imidlertid brukt formuleringen *barn med problematisk seksuell atferd* eller *barn som utøver seksuelle overgrep* noen steder i teksten.

² Barn og unge som er utsatt for vold og overgrep, som utøver vold, eller som har problematisk seksuell atferd.

Kruse, 2011). Behandlingstilbudene som tilbys til de ulike gruppene vil derfor sannsynligvis også overlappe noe.

Som et første ledd i dette kartleggingsarbeidet ble en pilotundersøkelse gjennomført ved NKVTS, hvor man gjennom en nettundersøkelse fremskaffet en oversikt over behandlingstilbudet i de fire norske fylkene Finnmark, Sør-Trøndelag, Sogn og Fjordane og Oslo (Moen, Askeland, & Holt, under publisering). I pilotundersøkelsen ble det avdekket at informasjonen som er tilgjengelig om ulike behandlingstilbud på internett, er mangelfull. I tillegg fant man at beskrivelsene av de ulike behandlingstilbudene ofte var korte og utformet på en slik måte at brukerne ikke enkelt kunne nyttiggjøre seg dem. Å gjennomføre en mer omfattende spørreskjemaundersøkelse hvor man kan fremskaffe en grundigere og landsdekkende oversikt over behandlingstilbudene som finnes, samt gjøre en vurdering av kvaliteten på disse, er derfor nødvendig.

1.2 Problemstillinger

I henhold til oppdraget, som utredet ovenfor, ble følgende problemstillinger undersøkt i arbeidet med denne rapporten:

- 1) Hvilke norske behandlingstilbud eksisterer for følgende grupper: barn/unge som har vært utsatt for vold og/eller seksuelle overgrep, inkludert tvangsekteskap, æresrelatert vold og kjønnslemlestelse; barn/unge som utøver vold; og barn/unge som har utvist skadelig og problematisk seksuell atferd?
- 2) Hvor god kvalitet har dagens behandlingstilbud? Denne vurderingen skal gjøres på bakgrunn av følgende kriterier:
 - hvorvidt tjenestene er likeverdige (herunder geografisk dekning, og hvorvidt tilbudene retter seg mot befolkningsmangfoldet i det norske samfunnet)
 - hvor målrettede tilbudene er, altså om de er rettet spesifikt mot målgruppene, eller om de er mer generelle
 - innholdet i behandlingen og hvorvidt innholdet i behandlingen er basert på kunnskapsbasert praksis/basert på utprøvde og evaluerte modeller for god, faglig praksis.
 - faglig bakgrunn og kompetanse hos de som tilbyr hjelpen
 - hvorvidt det kartlegges systematisk for volds- og overgrepserfaringer og overgreps- og voldsutøvelse
 - ulike former for, og rutiner og flyt i samarbeid med andre instanser

1.3 Kunnskapsstatus

1.3.1 Tidligere kartlegginger

Det har vært foretatt flere nasjonale kartlegginger av hjelpe- og behandlingstilbud til utsatte og utøvere av vold og overgrep i Norge. I 2006 utarbeidet Hjemdal en kartlegging av behandlingstilbud til både barn og voksne som hadde opplevd vold og traumer (Hjemdal, 2006). Denne undersøkelsen inkluderte, i tillegg til volds- og overgrepsutsatte, også utsatte for ulykker, katastrofer, krig og tortur. Hjemdal (2006) fant at mange³ av de forespurte enhetene hadde tatt imot volds- og overgrepsutsatte, men at behandlingen ofte var begrenset til kortvarige utrednings- og behandlingsopplegg. Manglende kapasitet og ressurser ble oppgitt som årsak til at man ikke oftere kunne tilby langtidsbehandling. På spørsmål om de opplevde at de fikk gitt den behandlingen de ønsket, til ofre for vold og overgrep, svarte kun 18,5 % av forespurte BUP⁴-poliklinikker og ingen av de forespurte BUP-døgntilbudene bekreftende på dette. Resten oppga at de delvis eller ikke fikk gitt den behandlingen de ønsket⁵ (Hjemdal, 2006, s. 22).

I den samme kartleggingen går det frem at enhetene hovedsakelig samarbeidet med andre instanser innenfor lokal helse- og sosialsektor, som for eksempel fastleger, men mindre med instanser utenfor helsesektoren. En del av de forespurte enhetene vurderte også samarbeidet de hadde med instanser utenfor helsesektoren som dårligere enn samarbeidet innenfor egen sektor. Unntaket her var til dels samarbeid med politi og rettsvesen. Hjemdal (2006) argumenterer derfor for at bedre samarbeidsvilkår bør tilstrebes for å kunne tilby et mer helhetlig helsetilbud.

Behandlingstilbudet til barn og voksne med volds- og aggresjonsproblemer ble kartlagt av Jonassen og Paulsen (2007), ved å se på hvor behandlingstilbudene var plassert, samt hvilken kapasitet og finansiering de hadde. Funnene viste at en stor andel (66 %) av tilbudene til unge voldsutøvere var initiert av barnevernet, og at det var få åpne tilbud. De åpne tilbudene som fantes, ble annonsert i liten grad og var dermed som regel ikke godt tilgjengelig for allmennheten. Behandlingstilbud til barn og unge med bekymringsfull seksuell atferd var ikke inkludert i denne undersøkelsen.

³ 84 % av forespurte enheter

⁴ Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

⁵ Av BUP-poliklinikker svarte 66,7 % at de delvis fikk gitt den behandlingen de ønsket og 14,8 % svarte at de ikke fikk gitt behandlingen de ønsket. Av BUP-døgntilbud svarte 100 % av de forespurte at de delvis fikk gitt behandlingen de ønsket.

Aktiviteter rettet mot voldsforebygging i Norge ble kartlagt av Saur, Hustad og Heir (2011), med hovedvekt på aktiviteter som skulle forebygge vold i nære relasjoner. Forskerne fant at opprettelse og gjennomføring av voldsforebyggende tiltak er en prioritert oppgave, men at det foreligger lite dokumentasjon av effekten av disse tiltakene. Denne kartleggingen var ikke begrenset til behandlingstilbud, men inkluderte også andre typer voldsforebyggende aktiviteter, som kunnskapsformidling og opplæringsprogrammer, holdningskampanjer, hjelpetiltak og mekling.

Når det gjelder tematikk knyttet til kjønnslemlestelse, kartla Jonassen og Saur (2011) hvilke instanser som jobber med denne problematikken i Norge, samt hvilke kompetansebehov disse instansene har. Man så både på behandlingstilbud og hjelpetiltak, inkludert forebyggende arbeid. Funnene viste at det hovedsakelig var helsetjenestene, barnevernet og asylmottakene som arbeidet med problematikk knyttet til kjønnslemlestelse, og at mye av arbeidet som ble gjort, la vekt på forebygging heller enn behandling av de som allerede var utsatt. De ulike instansene oppga at de samarbeidet om saker som gjaldt problematikken, men at økt samarbeid med andre instanser var ønskelig. Flere instanser hadde også lite kunnskap om hva som er virksomme tiltak i arbeid mot kjønnslemlestelse.

Felles for de refererte kartleggingene er at de avdekket ulike utfordringer innenfor eksisterende tilbud til utsatte for vold og overgrep, samt unge som utøver vold. Utfordringene var knyttet til samarbeid med andre instanser (Hjemdal, 2006; Jonassen & Saur, 2011) og manglende ressurser til gjennomføring av lengre behandlingsopplegg (Hjemdal, 2006), dårlig markedsføring av tilgjengelige tilbud (Jonassen & Paulsen, 2007) samt mangel på evaluering av effekten av tiltak (Saur et al., 2011). De foregående kartleggingene trenger imidlertid oppdatering, og det er behov for en nyere og bredere kartlegging som gir oversikt over både hvilke behandlingstilbud som finnes, og innholdet i disse. Det er ikke tidligere blitt foretatt en kartlegging av behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd, til tross for at dette er en gruppe med behov for oppfølging og behandling (Se for eksempel Birkhaug et al., 2005; Kleive & Garbo, 2015; Kruse, 2011). En nasjonal kartlegging av dette tilbudet vil gi verdifull kunnskap og er derfor både nyttig og nødvendig.

1.4 Voldsbegrepet

Før resultatene fra denne undersøkelsen presenteres, er det nyttig å drøfte hvordan begrepet vold forstås, og da mer spesifikt vold mot barn og unge.

1.4.1 Vold mot barn og unge

Voldsbegrepet er flerdimensjonalt og kan forstås forskjellig ut ifra hvilket perspektiv som legges til grunn. Psykologiske, helsemessige, strafferettslige eller samfunnsøkonomiske perspektiver kan være noen av disse perspektivene (Myhre, Thoresen, et al., 2015). Verdens helseorganisasjon definerer imidlertid vold som «intensjonell bruk av fysisk makt, truet eller faktisk, mot en selv, annen person, eller mot en gruppe eller et samfunn, som enten resulterer i, eller har stor sannsynlighet for å resultere i skade, død, psykologisk skade, feilutvikling eller deprivasjon» (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002, s. 1084, egen oversettelse). Denne definisjonen inkluderer kollektiv vold, selvpåført vold (selvskading) og såkalt «interpersonlig vold», et begrep som inkluderer både vold mellom personer som ikke kjenner hverandre, for eksempel et overfall på gaten eller en festvoldtekt, samt vold i nære relasjoner. I denne rapporten er det lagt vekt på behandling av utsatte og utøvere av slik interpersonlig vold, mer spesifikt barn og unge som har opplevd vold, samt barn og unge som begår vold og seksuelle overgrep. Barn blir i denne rapporten forstått som individer fra fødsel til fylte 18 år, i henhold til norsk lovgivning og FNs barnekonvensjon (Se for eksempel Myhre, Thoresen, et al., 2015)

Man snakker gjerne om fire typer vold mot barn: fysisk vold, psykologisk vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt (Aakvaag, Thoresen, & Øverlien, 2016; Krug et al., 2002). Isdal (2000) definerer fysisk vold som «bruk av enhver form for fysisk makt som gjennom at den smerter, skader, skremmer og krenker, påvirker et annet menneske til å slutte å gjøre noe det vil eller gjøre noe mot sin vilje» (s. 43). Dette kan inkludere, men er ikke begrenset til, handlinger som å slå, sparke, dytte, klype, forgifte, bruke slag-, stikk- og skytevåpen, samt å drepe (Aakvaag et al., 2016; Isdal, 2000). Videre kan fysisk vold mot barn forstås som at «en voksen person påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom» (Borgen et al., 2011, s. 46). Aakvaag et al. (2016) påpeker også at vold mot barn defineres ved at volden er «villet», altså at selve voldshandlingen er tilsiktet (s. 269). Dette betyr at en situasjon hvor en forelder for eksempel dytter sitt barn overende fordi han eller hun ikke var klar over at barnet stod der, ikke faller inn under denne definisjonen.

Et debattert aspekt internasjonalt når man definerer fysisk vold mot barn, er situasjoner hvor fysisk makt blir brukt i oppdragerøymed, såkalt fysisk avstraffelse.

Dette er «en hvilken som helst type straff der fysisk makt brukes og har som hensikt å påføre noen form for smerte eller ubehag, uansett hvor mildt» (FN, 2006, referert i Aakvaag et al., 2016, s. 270). I Norge er bruk av fysisk avstraffelse som en del av barneoppdragelsen forbudt, og bør derfor inkluderes i en definisjon av vold mot barn (Borgen et al., 2011). Andre land, som for eksempel USA, har ikke like strengt lovverk på dette området og vil derfor ekskludere fysisk avstraffelse fra offisielle definisjoner av fysisk vold mot barn (Aakvaag et al., 2016).

Psykologisk vold defineres av Isdal (2000) som «alle måter å skade, skremme eller krenke på som ikke er direkte fysiske i sin natur, eller måter å styre eller dominere andre på ved hjelp av en bakenforliggende makt eller trussel» (s. 49). Videre beskriver Øverlien (2012) psykisk vold mot barn som «at en voksen person systematisk og over lengre tid behandler barnet på en bevisst nedverdiggende måte gjennom atferd eller omtale og/eller forårsaker annen følelsesmessig lidelse for barnet» (s.22). Dette inkluderer handlinger som får barnet til å føle seg uønsket, verdiløst eller utilstrekkelig, eksempelvis å ydmyke, terrorisere, isolere eller nedverdige barnet (Gilbert et al., 2009). Noen forskere vil også definere det å være vitne til vold i hjemmet som psykologisk vold mot barn (Gilbert et al., 2009; Øverlien, 2012).

Begrepet seksuell vold har blitt definert forskjellig både blant forskere og klinikere, men betegnelsen seksuelle overgrep er «et overordnet begrep som dekker alle former for seksuelle krenkelser» (Myhre, Thoresen, et al., 2015, s. 28). Dette inkluderer fullbyrdet voldtekt, herunder vaginalt, oralt eller analt samleie, men også andre seksuelle handlinger som for eksempel beføling av kjønnsorgan og bryster (Borgen et al., 2011; Øverlien, 2012). Juridisk defineres seksuelle overgrep i § 291 i straffeloven av 2005 som situasjoner hvor seksuell omgang skaffes gjennom vold og trusler, eller gjennomføres med en person som er bevisløs eller ikke i stand til å motsette seg denne handlingen. Når det gjelder seksuelle overgrep mot barn, faller imidlertid tvangskriteriet bort, da barn under 16 år ikke regnes som samtykkekompetente (Aakvaag et al., 2016). Alle seksuelle handlinger mot barn er altså dermed overgrep, selv om tvang ikke var involvert (Aakvaag et al., 2016; Øverlien, 2012). Dette inkluderer også seksuelt krenkende eller upassende atferd, som for eksempel blotting, verbale seksuelle antydninger eller det å oppfordre et barn til seksualisert atferd (Borgen et al., 2011; Øverlien, 2012).

Aakvaag et al. (2016) understreker også at seksuelle overgrep kan skje mellom jevnaldrende barn eller begås av barn som er yngre enn den som utsettes. Når seksuelle overgrep blir begått mellom mindreårige, har aldersforskjell mellom den utsatte og overgriper ofte blitt satt som et kriterium, og da gjerne med en

aldersforskjell på fem år (Kleive & Garbo, 2015; Kruse, 2011; Thoresen & Hjemdal, 2014). Dette ekskluderer frivillig seksuell lek eller utforskning mellom barn (Thoresen & Hjemdal, 2014).

Voldsbegrepet innbefatter også omsorgssvikt, som kan være både fysisk og psykisk. Fysisk omsorgssvikt dreier seg om at en foresatt eller omsorgsgiver ikke garanterer for de fysiske behovene et barn har (Øverlien, 2012). Dette kan for eksempel være knyttet til mat, helse, klær, hygiene eller søvn (Øverlien, 2012). Psykisk eller emosjonell omsorgssvikt dreier seg om at et barn ikke får den psykiske omsorgen det har behov for, eksempelvis kjærlighet, oppmerksomhet og stimulering (Øverlien, 2012).

Fysisk og seksuell vold kan skje som engangshendelser, mens psykologisk vold og omsorgssvikt referer til «gjentatte eller vedvarende situasjoner» (Aakvaag et al., 2016). Det kan være overlappt mellom de fire ulike typene vold, men Aakvaag et al. (2016) argumenterer likevel for at firedelingen er riktig og viktig, da den hjelper oss å fange opp ulike aspekter av vold. Mange definisjoner av vold mot barn og unge legger vekt på vold i nære relasjoner og vold utøvd av en voksen mot et barn. Denne rapporten har imidlertid et bredere nedslagsfelt og inkluderer også vold mot barn som er begått utenfor omsorgssituasjonen og av jevnaldrende.

Æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse er former for vold i nære relasjoner som er inkludert i denne undersøkelsen. Konsekvensene av å utsettes for både tvangsekteskap og æresrelatert vold kan sammenlignes med konsekvensene av å utsettes for andre typer vold i nære relasjoner, fordi voldsutøveren er en person som står den utsatte nær (Bufdir, 2015a, 2015b, 2015c). Æresrelatert vold er en samlebetegnelse som i tillegg til tvangsekteskap kan inkludere handlinger som trusler, utstøtelse, fysisk og psykisk vold, samt æresdrap (Bufdir, 2015a). Det som skiller æresrelatert vold fra andre typer vold i nære relasjoner, er at volden har som formål å forhindre ærestap for en familie, slekt eller klan, i tilknytning til brudd på kulturelle normer (Bufdir, 2015a). Æresrelatert vold kan ramme både barn og voksne av begge kjønn (Bufdir, 2015a).

Tvangsekteskap kan, som nevnt, være en form for æresrelatert vold, men kan også være økonomisk motivert (Bufdir, 2015b). Tvangsekteskap er definert som en ekteskapsinngåelse hvor minst en av ektefellene ikke har mulighet til å velge å forbli ugift eller ta en annen partner uten at dette får konsekvenser, eller har blitt tvunget inn i ekteskapet ved hjelp av trusler eller bruk av fysisk eller psykisk vold (Bufdir, 2015b).

Kjønnslemlestelse inkluderer alle inngrep som innebærer at man helt eller delvis fjerner ytre kjønnsdeler på jenter og kvinner (Verdens helseorganisasjon, 2016). Verdens helseorganisasjon har identifisert fire typer av kjønnslemlestelse: i) klitrodektomi, som betyr at klitoris fjernes helt eller delvis, ii) eksisjon, som betyr at klitoris og indre kjønnslepper fjernes helt eller delvis, iii) infibulasjon, som innebærer at deler av kjønnsleppene skjæres bort, for så å sys sammen, slik at inngangen til skjeden innsnevres, og iv) andre inngrep mot kvinners kjønnsorganer som ikke er medisinsk begrunnet, så som prikking, skjæring og gjennomhulling (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; Verdens helseorganisasjon, 2016). Det er i hovedsak jenter i ung alder som blir utsatt for kjønnslemlestelse.

1.5 Målgruppene for behandlingen kartlagt i denne undersøkelsen

De fire målgruppene som er sentrale for behandlingstilbudet som vurderes i denne kartleggingen, er barn og unge som er utsatt for vold og overgrep, herunder også barn og unge som har opplevd æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse, barn og unge som utøver vold, samt barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. I denne delen vil omfanget av problematikken for hver av disse gruppene diskuteres, samt hvilke konsekvenser dette kan ha, og hva som regnes som god og virksom behandling.

1.5.1 Barn og unge som blir utsatt for vold og overgrep

Vold og overgrep mot barn og unge er et betydelig problem i Norge. I en nasjonal intervjuundersøkelse hvor 2062 16- og 17-åringer deltok, oppga 29,4 % av jentene og 39,6 % av guttene at de hadde blitt utsatt for minst én volds- eller overgrepshendelse i løpet av livet (Myhre, Thoresen, et al., 2015, s. 74). Volds- og overgrepshendelsene som var inkludert i denne undersøkelsen var «noen form for seksuelt overgrep, fysisk vold fra foresatte, psykologisk vold fra foresatte, vitne til vold mellom foresatte, omsorgssvikt og noen form for alvorlig fysisk vold fra andre enn foresatte» (Myhre, Thoresen, et al., 2015, s. 74).

I en nasjonal forekomststudie hvor et voksenutvalg ble spurt om hvorvidt de hadde opplevd vold og seksuelle overgrep før fylte 18 år, fant man at litt over en fjerdedel av alle kvinnene og en tredjedel av mennene hadde opplevd mindre alvorlig fysisk vold fra foresatte i barndommen, så som å ha blitt ristet eller slått med flat hånd

(Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 58). Fem prosent av respondentene oppga å ha blitt utsatt for alvorlig fysisk vold av foresatte, som å bli slått med knyttneve eller banket opp (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 59). Ved forekomst av alvorlig fysisk vold fant man ingen forskjell mellom kjønnene, men man fant at 7,4 % av kvinnene og 2,1 % av mennene også rapporterte at de hadde blitt utsatt for et seksuelt overgrep før fylte 18 år⁶ (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 62-63).

Det å bli utsatt for vold eller overgrep i barne- og ungdomsalder kan resultere i forstyrrelser i emosjonell, kognitiv og/eller atferdsmessig utvikling (Dube, Felitti, Dong, Giles, & Anda, 2003; Krug et al., 2002). Videre er voldsutsatthet i ung alder forbundet med økt risiko for en rekke psykiske og somatiske helseplager (Felitti & Anda, 2010; Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010), inkludert posttraumatiske stressreaksjoner (D. K. Smith, Leve, & Chamberlain, 2006), depresjon (Danielson, de Arellano, Kilpatrick, Saunders, & Resnick, 2005; Dube et al., 2003; Mossige & Stefansen, 2007), angst og dissosiasjon (Mossige & Stefansen, 2007), atferdsvansker (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Margolin & Gordis, 2000; Mossige & Stefansen, 2007) spiseforstyrrelser (Mossige & Stefansen, 2007) og søvnproblemer (Steine et al., 2012). Videre er det vist at det kan være ytterligere risiko for å utvikle vansker dersom barnet eller ungdommen har opplevd vold og overgrep over tid, i nære relasjoner og i forbindelse med sin omsorgssituasjon (Alisic et al., 2014; Annerbäck, Sahlqvist, Svedin, Wingren, & Gustafsson, 2012; Cook et al., 2005). Man har også funnet sammenheng mellom det å bli utsatt for vold og overgrep tidlig i livet med senere økt risiko for voldsutøvelse, kriminalitet og seksuell risikoadferd (Bendiksby, n.d.; Kruse, 2011; Mossige & Stefansen, 2007; D. K. Smith et al., 2006), samt høyt forbruk av rusmidler og alkohol (Dube et al., 2003). Disse funnene understreker viktigheten av å komme tidlig inn med å tilby behandling til barn og unge som har blitt utsatt for vold og overgrep.

Det er utfordrende å anslå omfanget av æresrelatert vold og tvangsekteskap. Man har for eksempel ikke klare tall for hvor utbredt tvangsekteskap er i Norge. I første halvår av 2015 hadde imidlertid kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse befatning med 14 saker hvor tvangsekteskap var blitt gjennomført, samt 40 saker hvor det forelå frykt eller mistanke om at tvangsekteskap skulle gjennomføres (Kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, 2015). Tilsvarende tall fra hele 2014 var 93 saker med gjennomførte tvangsekteskap og 70 saker hvor det forelå frykt for at tvangsekteskap skulle gjennomføres (Bufdir, 2015b; Kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, 2015). I likhet med

⁶ Dette inkluderte voldtekt eller seksuell omgang før fylte 13 år med en person som var minst fem år eldre.

æresrelatert vold kan tvangsekteskap ramme både voksne og barn. Av sakene som ble meldt inn til kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse i 2014, gjaldt 39 % personer under 18 år (Bufdir, 2015d). Tilsvarende gjaldt 45 % av sakene som ble meldt inn i første halvdel av 2015 barn og unge under 18 år (Kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, 2015).

Konsekvensene av å leve i et ekteskap inngått ved tvang kan blant annet være gjentakende seksuell vold, samt å leve under fysisk og psykologisk kontroll (Lossius, Munch, Lien, & Salole, 2011). Videre kan følgene av å utsettes for både tvangsekteskap og æresrelatert vold sammenlignes med konsekvensene av å utsettes for andre typer vold i nære relasjoner, da voldsutøver er en person som står den utsatte nær (Bufdir, 2015a, 2015b).

I likhet med ved tvangsekteskap og æresrelatert vold er det ikke mulig å si noe sikkert om omfanget av kjønnslemlestelse i Norge. Kjønnslemlestelse kan være et sensitivt tema å studere, og i tillegg ser det ut til at praksis og holdninger knyttet til kjønnslemlestelse endrer seg ved migrasjon fra et land hvor kjønnslemlestelse praktiseres, til land hvor dette ikke praktiseres eller er ulovlig (Bufdir, 2015c; Lidén & Berntzen, 2008; Ziyada, Norberg-Schulz, & Johansen, 2016). En nyere studie har imidlertid forsøkt å anslå antall jenter og kvinner i Norge som allerede er kjønnslemlestet og som dermed har behov for helsehjelp i forbindelse med dette, samt jenter og kvinner i Norge som er i fare for å bli kjønnslemlestet (Ziyada et al., 2016). Denne studien kombinerte registerdata fra Statistisk sentralbyrå om opprinnelsesland og alder for førstegenerasjons- og andregenerasjons innvandrere med surveydata om kjønnslemlestelse i opprinnelseslandene. På bakgrunn av dette ble det anslått at 17 300 jenter og kvinner som bodde i Norge per 1. januar 2013, kan ha blitt kjønnslemlestet før de kom til landet (Ziyada et al., 2016). Samtidig ble det anslått at mellom 3000 og 7900 jenter i Norge kan være i risiko for å bli kjønnslemlestet. Det er viktig å merke seg at dette er estimater og dermed ikke faktiske tall, men de illustrerer likevel behovet for å kunne tilby helsehjelp til denne gruppen.

Det har vært lagt større vekt på å tilby helsehjelp og behandling for de fysiske enn for de psykiske følgene av kjønnslemlestelse. Studier har imidlertid funnet at det å bli utsatt for kjønnslemlestelse kan medføre psykiske plager. Jenter og kvinner som har blitt utsatt har økt risiko for å utvikle angst, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Behrendt & Moritz, 2005), depresjon og gjenopplevelser i forbindelse med seksuell debut, seksuell aktivitet, fødsel, gynekologisk undersøkelse og andre traumatiske hendelser (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress).

Behandling av barn og unge som har opplevd vold og overgrep

Det finnes flere anbefalte behandlingsmetoder for barn og ungdom som har utviklet traumerelaterte plager etter å ha opplevd vold og seksuelle overgrep (Silverman et al., 2008)⁷. De ulike metodene legger delvis vekt på ulike elementer, avhengig av hva som er problemområdet i behandlingen (T. K. Jensen & Ormhaug, 2016), og hvor gamle barna er. I tabellen under kan en se en oversikt over noen forskningsbaserte behandlingsmetoder for barn og ungdom som har utviklet traumerelaterte vansker etter vold og overgrep.

Behandlingsmodell	Utviklere	Beskrivelse av intervensjon
Alternatives for families – CBT (AF-CBT)	Kolko, Brown, Shaver, Herschell og Baumann (2011)	Retter seg mot barn mellom 5 og 17 år som har opplevd vold og overgrep i familien. Målet er å forbedre samspeillet mellom foreldre og barn. Terapien varer 17–25 timer. Både parallelle og felles timer for foreldre og barn
Attachment, Self-Regulation and Competency (ARC)	Blaustein og Kinniburgh (2010)	For barn mellom 2 og 21 år, omsorgsgivere og andre rundt som har opplevd ulike typer traumer. Fra 12 til 52 timer. Kan tilby både individuell-, gruppe-, foreldre- og familiebehandling. Arbeider med tilknytning, selvregulering og barnets og familiens ressurser.
«Child–Parent Psychotherapy» (CPP)	Lieberman og Van Horn (2004)	For førskolebarn (0–6 år) som har opplevd komplekse traumer og for foreldrene som har opplevd traumer over tid. Gjennomsnittelig lengde på behandlingen er 50 timer.
«Eye Movement Desensitization and Reprocessing» (EMDR)	Shapiro (2001)	Bearbeider traumer ved å fokusere på assosiasjoner mellom traumatiske minner, tanker, følelser og kroppsfornemmelser. Legger vekt på å stimulere begge hjernehalvdelen gjennom raske øyebevegelser. Opprinnelig for voksne, men tilpasset barn og ungdom.
Narrative Exposure Therapy for Children (KID-NET)	Neuner et al. (2008)	For overlevende etter multiple og alvorlige traumer som krig, tortur, vold i hjemmet og seksuelle overgrep. Vekt på å lage et livsnarrativ (livslinje) og hjelpe barnet til å konstruere en livslinje som ikke er fragmentert (inkludert de traumatiske erfaringene). Passer for barn og ungdom i flere aldersgrupper.
Parent-Child interaction therapy (PCIT)	Hembree-Kigin og McNeil (1995)	En trinnvis behandlingsmodell hvor barn mellom 4 og 12 år og deres foreldre er involvert. Formålet er å bedre kvaliteten på relasjonen mellom foreldre og barn, redusere barnets atferdsvansker,

⁷ Her kan en finne en oversikt over ulike traumespesifikke behandlingsmodeller:
<http://www.nctsnet.org/resources/topics/treatments-that-work/promising-practices>

		øke prososial atferd og bedre foreldreferdigheter. Både foreldre, fosterforeldre og andre omsorgsgivere kan være med i behandlingen. Varer oftest mellom 12 og 20 uker.
Regulation/Narrative Story-Telling (STAIR/NST)	Cloitre, Cohen og Koenen (2006)	For jenter og kvinner mellom 12 og 21 år som har opplevd vold og andre traumer, inkludert vold i nærmiljøet, vold i familien og seksuelle krenkelser.
Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress (SPARCS)	DeRosa et al. (2006)	For ungdom mellom 12 og 21 år som har opplevd komplekse traumer, feks. ungdom som har vært eksponert for kroniske interpersonlige traumer.
Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy (TARGET)	Ford og Ford (2011)	Intervensjon over 8–12 timer for barn og ungdom mellom 10 og 18 år som har vært utsatt for komplekse traumer. Vekt på å forklare traumenens påvirkning på hjernen, kroppen, emosjoner, atferd og forholdet til andre. Videre vektlegges ferdighetstrening for å håndtere symptomer og regulere emosjoner, og for å støtte prosessering av de traumatiske minnene.
Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)	Cohen, Mannarino og Deblinger (2006)	For barn og ungdom mellom 3 og 21 år som har opplevd traumer. Målet er å redusere vansker knyttet til de traumatiske hendelsene, lære å gjenkjenne, håndtere og forstå sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd, bearbeide erfaringene samt fremme sikkerhet, vekst, foreldreferdigheter og familiekommunikasjon. Parallell og felles timer for foreldre og barn

Blant disse metodene er det to som har mest empirisk støtte, og det er «Eye Movement Desensitization and Reprocessing» (EMDR) (Shapiro, 2001) og traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (J. A. Cohen et al., 2006). Begge er behandlingsmodeller for barn og ungdom som har opplevd traumer (inkludert vold og overgrep), og som har utviklet traumerelaterte vansker. Det er også de to traumespesifikke behandlingsmetodene for barn og ungdom som vi antar brukes mest i Norge i dag. EMDR er en behandlingsmodell som har som formål å igangsette og bearbeide traumatiske minner ved å fokusere på assosiasjoner mellom traumatiske minner, tanker, følelser og kroppsopplevelser. Metoden legger vekt på å stimulere begge hjernehalvdelen gjennom raske øyebevegelser (Shapiro, 2001). Den ble først utviklet for behandling av voksne, men har de senere årene også blitt brukt i behandling av barn og ungdom. Om lag 100 terapeuter i Norge har tatt tilleggskurset i EMDR-terapi for traumeutsatte barn og ungdom (A.S. Dalsboe, personlig kommunikasjon, 2. juni, 2014). Det finnes imidlertid ingen oversikt over hvor i det norske behandlingssystemet de opplærte EMDR-terapeutene arbeider.

TF-CBT er den behandlingsmetoden for traumeutsatte barn og ungdom hvor det er foretatt mest måling av effekt, og den har gjennom 15 randomiserte studier vist seg virksom ved at barn og ungdom opplever bedring både i PTS-symptomer, depressive symptomer, andre emosjonelle vansker, og traumerelaterte atferdsvansker (Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006; NICE, 2005; Silverman et al., 2008). De fleste av studiene som har evaluert metoden, har inkludert barn og ungdom som har opplevd vold og overgrep. TF-CBT har også blitt prøvd ut ved norske BUP-er med god effekt (T. K. Jensen et al., 2014). Formålet er å redusere vansker knyttet til de traumatiske hendelsene, og barna og deres foreldre lærer å gjenkjenne, håndtere og forstå sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd relatert til volds- og overgrepserfaringer, bearbeide erfaringene gjennom å arbeide med traumehistorien samt å fremme sikkerhet, vekst, foreldreferdigheter og familiekommunikasjon (Cohen, Mannarino, Murray, & Igelman, 2006). Metoden legger også vekt på psykoedukasjon og hjelp til avslapning, og omsorgsgiver er aktivt involvert i hele behandlingsprosessen. På bakgrunn av at TF-CBT har hatt god effekt i en norsk behandlingskontekst, har Helsedirektoratet ønsket å implementere metoden i flest mulig norske poliklinikker for barn og unges psykiske helse (BUP) gjennom TF-CBT-implementeringsprosjektet (Helsedirektoratet, 2014, s. 29). Per i dag har om lag halvparten av landets BUP-er implementert metoden. Omtrent 250 terapeuter har fått opplæring i TF-CBT, og av disse har omkring 150 terapeuter gått videre til å bli godkjente TF-CBT-terapeuter gjennom tett veiledning på flere kliniske saker av erfarne TF-CBT-konsulenter.

Ved siden av TF-CBT og EMDR har det også vært sporadisk opplæring og bruk av KID-NET og CPP. For de minste barna kan også tilnærminger som er forankret i tilknytningsbaserte metoder, være virksomme i saker der barn har opplevd vold og overgrep. Eksempler på tilknytningsbaserte metoder er Circle of Security (COS) (Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2014), som benyttes i situasjoner hvor det er risiko for at barnet kan utvikle tilknytningsvansker. Målet er å fremme en trygg tilknytning mellom barn og omsorgsperson, og å hindre skjevutvikling ved å hjelpe barnet til å regulere egne emosjoner og styrke dets sosiale kompetanse (Powell et al., 2014; Ulvlund & Eng, 2012). Målgruppen er barn og unge mellom 11 måneder og 6 år. Det er ikke gjort noen studier på COS i Norge, men i USA er det gjennomført noen studier av metoden på utvalg med tilknytningsproblematikk (Hoffman, Marvin, Cooper, & Powell, 2006). Videre kan foreldreveiledningsprogram som International Child Development Programme (ICDP) (Hundeide, 2001) og Marthe Meo (Aarts, 2000) brukes på foreldre til små barn i tilfeller hvor barna er i utsatte livssituasjoner. I Norge har det også vært satset på brede traumefaglige kompetanseprogram, for eksempel et program i regi av RVTS Øst myntet på spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern, kalt «Tryggere Traumeterapeuter» (TT). Programmet er ment å

heve traumekompetansen hos de som arbeider med både barn og voksne (Anstorp & Benum, 2014), men av de helsefaglige spesialistene som frem til i dag har tatt kurset, arbeider de fleste med utsatte voksne.

De fleste av de traumespesifikke behandlingsmetodene som er nevnt over, inneholder noen felles ingredienser eller komponenter som gjør at behandlingen for barn og ungdom som sliter med følger av vold og overgrep, er virksom (Cohen et al., 2010; T. K. Jensen & Ormhaug, 2016; NICE, 2005). For det første er en viktig ingrediens å lære barna om hva vold og overgrep innebærer, og hva som er vanlige plager etter slike opplevelser (*psykoedukasjon*). Det kan gjøre at barna, men også familien rundt, forstår at reaksjonene ikke er et tegn på at noe er «galt», men tvert imot reaksjoner som mange barn utvikler etter å ha opplevd volds- og overgrepshendelser. For det andre kan det å lære barna *teknikker for å redusere stress* gjøre at kroppens autonome nervesystem roes ned. Både pusteteknikker og muskelavslapningsteknikker kan være nyttige i så måte. Det kan for eksempel gjøre at barna sover bedre om natten, og det kan også hjelpe barna til å roe seg ned dersom de blir veldig aktiverte av noe som for eksempel minner om volds- eller overgrepserfaringene. For det tredje jobbes det med *følelsesregulering*, et arbeid som kan bestå av å identifisere ulike følelser, hjelpe barna til å se dem i sammenheng med ulike situasjoner og hendelser, samt finne nyttige og gode måter å uttrykke følelser på. For det fjerde er det å arbeide med barnas volds- og overgrepshistorier (*traumenarrativen*) anbefalt. Å arbeide seg gjennom traumehistorien kan virke som en form for eksponering som kan redusere barnets frykt. Når barnet eller ungdommen har arbeidet med volds- og overgrepshistoriene i en trygg ramme, får de erfart at historien ikke lenger er farlig å snakke om eller tenke på. Gjennom dette arbeidet er det mulig å identifisere de *uhensiktsmessige tankene*, som er en annen faktor som har vist seg virksom i behandlingen av traumeutsatte barn og ungdom. Tanker som at «det som skjedde var min feil», «jeg er lite verdt» eller «jeg kommer aldri til å komme over det som har skjedd» kan opprettholde frykten og barnets negative selvilde, og kan derfor være viktig å fange opp slik at barnet kan finne frem og videreutvikle andre mer hjelpsomme tanker. Til slutt er det sentralt at barnets *omsorgsgivere og familie* trekkes inn i behandlingen. De fleste studier har vist at involvering av omsorgspersoner vil virke positivt, spesielt for barn og unge med utagering, sinne og atferdsvansker (Dowell & Ogles, 2010). Dette kan være utfordrende i de sakene der det er et vanskelig foreldre-barn samspill eller der foreldrene er i en vanskelig livssituasjon og opplever mye stress og egne belastninger. Da vil foreldrene også kunne trenge hjelp og støtte til å takle omsorgsrollen og tid til å bearbeide egne traumer.

Selv om det per i dag finnes noe kunnskap om hvilke metoder og tilnærminger som benyttes for å behandle barn og ungdom som er utsatt for vold og overgrep i Norge, finnes det ingen fullstendig oversikt over tilbudet eller i hvor stort omfang de ulike metodene benyttes.

1.5.2 Barn og unge som utøver vold

Unge voldsutøvere har blitt viet økt fokus i forskning og praksis de senere årene. Det har vist seg at tidlig intervensjon er viktig i møte med disse barna og ungdommene, fordi det har blitt funnet sammenheng mellom det å bli utsatt for vold og overgrep tidlig i livet, med senere voldsutøvelse (Bendiksbys, n.d.; Bengtson et al., 2004; Dodge et al., 2003; Gifford-Smith & Rabiner, 2004; Kruse, 2011; Mossige & Stefansen, 2007; D. K. Smith et al., 2006). Videre har det vist seg at voldelig atferd i ungdomsalder kan være en risikofaktor for voldsutøvelse i voksen alder (Bengtson et al., 2004; Dodge, Bates, & Pettit, 1990; Ehrensaft et al., 2003; Magdol, Moffitt, Caspi, & Silva, 1998), og barn som utvikler atferdsproblemer i tidlig alder har en risiko for en negativ utvikling i oppvekst og ungdomsalder (Loeber, Keenan, Giroux, & Stouthamer-Loeber, 1993). Mer spesifikt peker studier på at både det å vokse opp i en familie hvor foreldrene har psykiske og fysiske lidelser eller alkoholmisbruk (Loukas, Fitzgerald, Zucker, & von Eye, 2001), det å være vitne til vold i familien (Bengtson et al., 2004), samt det å bli direkte utsatt for vold, mishandling, seksuelle overgrep og omsorgssvikt, øker risikoen for senere volds- og aggresjonsproblemer (Reitzel-Jaffe & Wolfe, 2001; Shumaker & McGee, 2001). Funn fra studier med voksne som utøver vold viser også at mange sliter med store psykiske vansker (Askeland & Heir, 2014). Det er derfor viktig å tilby behandling til denne gruppen.

Det kan imidlertid være utfordrende å definere hvem som tilhører gruppen med behov for behandling. I tillegg til at vold er et atferdsproblem, kan vold også være et uttrykk for underliggende psykologiske vansker og problematiske livsbetingelser. Hvilken behandling som tilbys, bør derfor avhenge av hva som ligger til grunn for den voldelige atferden, og tiltakene bør avhenge av hvorvidt barnet har spesifikke plager, eller om den aggressive atferden først og fremst handler om betingelser rundt barnet. Videre vil alle barn utvise noe form for aggressiv atferd, det være seg verbal eller fysisk, i løpet av oppveksten (Bengtson et al., 2004). Dette betyr naturligvis ikke at alle barn har et voldsproblem. Som vi har vært inne på i det foregående, forutsetter voldsbegrepet en intensjonalitet i voldshandlingen. Slik Bjelland (1998) påpeker, kan det imidlertid være utfordrende å skulle trekke et klart skille mellom barns fysiske lek og bevisst voldsutøvelse. Hun definerer unge med aggresjons- og voldsproblemer som «barn som gjentatte ganger, over ulike situasjoner og over tid tar i bruk atferd som forårsaker fysisk smerte og skade på andre» (Bjelland, 1998, s. 8). At voldshandlingen gjentas blir altså avgjørende for om barn og unge kan sies å

ha voldsproblemer. Selv om voldelig atferd er relativt vanlig blant barn og unge, vil de fleste slutte med denne atferden når de når voksen alder. Bengtson et al. (2004) påpeker derfor også at det sentrale er å identifisere de barna eller ungdommene som vil fortsette med den voldelige atferden over en lengre periode, og også gjerne inn i voksenlivet.

Det kan også variere noe hvilke typer handlinger som inkluderes i voldsbegrepet når man diskuterer unge som utøver vold. Hvor enkelte inkluderer verbal aggressivitet, kan andre begrense voldsbegrepet til kun mer alvorlige handlinger som ran, slåssing og legemsbeskadigelse (Helland, 1998). Videre kan barn og unges bruk av vold finne sted i flere ulike sammenhenger, inkludert innad i familien, på skolen og i fritiden (Bjelland, 1998). I familien kan de som utsettes for barn og unges vold være foreldre, steforeldre, besteforeldre eller søsken. Ifølge Bjelland (1998), som har sammenstilt studier fra USA, er det ikke klare kjønnsforskjeller når det gjelder voldsutøvelse innad i familien. Man ser imidlertid at barns voldsutøvelse ofte skjer i familier hvor også barnemishandling forekommer (Bengtson et al., 2004; Bjelland, 1998).

Når det gjelder vold utenfor familien, for eksempel på skolen, på gaten eller i fritiden for øvrig, ser man at volden gjerne utøves av ungdom i grupper (Bjelland, 1998). Undersøkelsen Ung i Oslo, hvor man så på Oslo-ungdommers oppvekst- og levevilkår i 2006, fant at gutter utøver mer vold enn jenter i denne sammenhengen, og at de også er utsatt for mest vold (Øia, 2007). Man har ikke klare tall i Norge på hvor mange ungdommer som har utøvd vold, men blant voldsutsatte har man sett på hvor mange av disse som har blitt utsatt for vold fra en annen ungdom. I undersøkelsen Ung i Oslo, viste det seg at de respondentene som hadde blitt utsatt for vold, hovedsakelig hadde opplevd vold fra andre ungdommer. Av alle de forespurte ungdommene oppga 15,4 % at de hadde blitt utsatt for vold av ungdom de kjente fra før, og 12,3 % var blitt utsatt for vold fra ungdom de ikke kjente (Øia, 2007, s. 60). I en undersøkelse hvor man så på voldsutsatthet blant ungdom i fylkene Oslo, Hedmark, Oppland, Nordland, Troms og Finnmark, fant også Schou, Dyb og Graff-Iversen (2007) at 23,6 % av de forespurte guttene og 11,8 % av de forespurte jentene hadde blitt utsatt for vold fra annen ungdom. Tilsvarende tall når det gjelder vold utøvd av voksne var betydelig lavere.

Utover dette har man begrenset med kunnskap om omfanget av barn og unges voldsutøvelse i Norge, da man hovedsakelig kan se til omfangsundersøkelser fra andre land, for eksempel USA, hvor overføringsverdien til norske forhold kan være usikker (Bengtson et al., 2004). Ifølge norsk kriminalstatistikk ble imidlertid 381 barn mellom fem og 14 år og 914 barn mellom 15 og 17 år siktet for voldskriminalitet i 2014 (Statistisk Sentralbyrå, 2015). Man har imidlertid grunn til å

tro at dette ikke viser det komplette bildet av voldsutøvelse blant barn og unge i Norge, da dette kun inkluderer barn som har vært i kontakt med politiet, og saker hvor det har blitt opprettet en siktelse mot barnet eller ungdommen.

Selv om det ikke finnes eksakte tall om voldsutøvelse blant ungdom i Norge, viser forskning at ungdomsalderen er en periode hvor man vanligvis utviser mer risikoatferd og uaktsomhet enn i andre perioder, som i prepubertal periode (tidlig ungdomsalder) eller i voksen alder (L. Steinberg et al., 2008). Det er også en betydelig forskjell mellom ungdom og voksne når det gjelder deres kapasitet og evne til å planlegge fremtiden, regulere følelser, kontrollere egen atferd og veie for og imot beslutninger (Scott & Steinberg, 2008). Dette kan bidra til å øke sannsynligheten for å benytte vold som virkemiddel og ikke finne mer adaptive strategier for konflikthåndtering.

Behandling av barn og unge som utøver vold

På bakgrunn av kunnskapen som finnes om sammenhengen mellom utsatthet for ulike former for vold og omsorgssvikt i barndommen og senere aggresjon og voldsutøvelse (Dutton, 2000; Onyskiw, 2003), vil det være viktig å kunne tilby en helhetlig oppfølging og behandling til barn og ungdom som utøver vold. De kan ha behov for oppfølging på flere arenaer, både hjemme, på skolen og i en terapeutisk sammenheng, og bedringsprosessen for den enkelte vil være avhengig av god oppfølging på alle arenaene. Videre kan både individuelle, familiebaserte og sosiale eller strukturelle tiltak være avgjørende for hvordan barnet eller ungdommen vil klare seg videre. Det vil også være sentralt å kartlegge for eksempel alvorlig atferdsforstyrrelse, traumeerfaringer, rusmisbruk og tilpasningsforstyrrelser, og det vil være viktig å gjøre gode sikkerhets- og risikovurderinger. Det er utviklet en rekke kartleggingsverktøy eller sjekklister som hjelpemidler for gjennomføring av voldsrisikovurdering hos ungdom, og disse har foreløpig vært mest benyttet i fengsels- og sikkerhetspsykiatrien. Enkelte av disse er oversatt til norsk, som Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY) (Borum, 2006), som egner seg for risikovurdering av ungdom i alderen 12–18 år (Snoek, 2010), Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B) (Augimeri, Koegl, Webster, & Levene, 2001) og Early Assessment Risk List for Girls (EARL-21G) (Levene et al., 2001).

Hva som regnes som virksam behandling for unge som utøver vold, er avhengig av hva som regnes som et godt resultat av behandlingen. Mange vil hevde at en reduksjon av eller slutt på volden vil være den beste indikatoren på at behandlingen har vært vellykket. Når vi imidlertid vet at disse barna og ungdommene ofte selv har opplevd vold og overgrep, og at mange kan ha psykiske lidelser som depresjon og PTSD, vil trolig en reduksjon i symptomer og plager være en vel så viktig indikator

på at behandlingen er virksom, som endring i atferd. Reduksjon i problematisk atferd og reduksjon i psykiske vansker kan imidlertid henge sammen, så det vil være kunnstig å se på dette som to isolerte prosesser. Ulike behandlingstilnærminger og tiltak har likevel hatt en tendens til å ha fokus på enten 1) atferdsregulerende tiltak, eller 2) behandlingstiltak, som i tillegg til å arbeide med voldsutøvelsen, behandler ungdommenes psykiske vansker og åpner opp for muligheten for at ungdommen kan bearbeide egne opplevelser.

I en systematisk litteraturgjennomgang og meta-analyse av europeiske studier med unge som begår kriminelle handlinger, inkludert ungdom som utøver vold, viser kognitiv atferdsterapi større effekt enn «ikke-atferdsorienterte behandlinger» (Koehler, Lösel, Akoensi, & Humphreys, 2013). Det primære effektmålet som ble benyttet i disse studiene, var selvrapportert reduksjon i kriminalitet og at gjentakelsesrisikoen minket. To behandlingstilnærminger som delvis er forankret i prinsipper for kognitiv atferdsterapi, og som også retter seg mot flere arenaer i barnets liv ved blant annet å ha intensiv veiledning inn mot omsorgspersoner og omsorgssituasjon, er multisystemisk terapi (MST) (Schaeffer & Borduin, 2005) og funksjonell familierapi (FFT) (Brosnan & Carr, 2000). Begge tilnærmingene har vist seg å være virksomme for unge som har aggressiv og voldelig atferd (Borduin, Heiblum, Jones, & Grabe, 2000). MST er en familieorientert behandlingstilnærming som legger vekt på å bedre kommunikasjonen mellom foreldre og barn. Den er forankret i prinsipper fra systemisk familierapi og sosial læringsteori, og den er basert på en kombinasjon av empiribaserte behandlingsmetoder, som kognitiv atferdsterapi og foreldretrening, og den retter seg mot flere områder («multi-arenaer») i barnets liv, som familie, skole og venner (Schaeffer & Borduin, 2005). Intervensjonen er intensiv, og behandlerne er tilgjengelige for ungdommen og familien 24 timer i døgnet, sju dager i uka, gjennom ca. fire måneder. Også funksjonell familierapi (FFT) (Brosnan & Carr, 2000) er rettet mot ungdommer som er i risiko for å utvikle voldsproblematikk, men benyttes i tillegg for ungdom som har alkohol- og rusmisbruk, og generelle atferdsvansker (van der Merwe & Dawes, 2012). FFT er en relativt kort familieintervensjon som består av én eller to timer lange økter som blir gitt over en tremånedersperiode (Mihalic, Irwin, Elliott, Fagan, & Hansen, 2001). Tiltaket består av tre hovedkomponenter. I involverings- og motivasjonskomponenten er fokuset å endre uhensiktsmessige holdninger, forventninger, tolkninger og emosjoner. Under komponenten atferdsendring, arbeider man med å legge opp og følge en langtidsplan for endring av atferd i familien. I komponenten som omhandler generalisering, legges det vekt på at familiemedlemmene skal overføre og opprettholde de ferdighetene de har lært i behandlingen, til den sosiale konteksten de lever i til daglig (van der Merwe & Dawes, 2012).

Det er også utviklet mindre intensive atferdsregulerende tiltak for behandling av voldsutøvelse. Eksempler på dette er sinnemestringsprogrammer. De fleste av disse er for voksne som utøver vold, men mange programmer har også blitt tilpasset barn og ungdom under 18 år. Det gjelder også Brøsetmodellen, som er det mest utbredte sinnemestringsprogrammet i Norge. Dette er et manualbasert program, og terapien består av samtaler både individuelt og i gruppe (Sinnemestring - Brøset, n.d.). Først får ungdommen tre individuelle timer hvor målet er å kartlegge problemet og gi en innføring i behandlingsmodellen. Deretter gis det 30 timer gruppeterapi hvor fokuset er kognitiv terapi, og gruppedeltakerne lærer ulike mestringsstrategier (Sinnemestring - Brøset, n.d.). Tanken med den gruppebaserte behandlingen er at deltakerne skal kunne kjenne igjen problematikken hos andre og lære av de andre deltakernes erfaringer. Brøsetmodellen har vist god effekt når det gjelder reduksjon av vold hos voksne (Palmstierna, Haugan, Jarwson, Rasmussen, & Nøttestad, 2012), men den er ikke evaluert på barn og ungdom med voldsproblematikk. Andre tiltak av typen ART (Aggression Replacement Training) har vist seg virksomt i skolesammenheng (Goldstein, Glick, & Gibbs, 2000).

Det foregående oppsummerer kun noen av behandlingstilnærmingene som kan være virksomme for barn og ungdom som utøver vold. Som vi allerede har vært inne på, kan barn og unge som utøver vold, ha behov for hjelp fra flere tjenester parallelt, noe som fordrer gode rutiner for samarbeid. I de tilfellene der barn og ungdom har egne volds- og overgrepserfaringer, kan de også ha behov for å bearbeide traumatiske erfaringer i behandlingen, og da kan traumespesifikke metoder være virksomme. Per i dag er imidlertid oversikten over det norske behandlingstilbudet til barn og ungdom som utøver vold, mangelfull. Et første skritt vil derfor være å kartlegge dette.

1.5.3 Barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd

Seksuelle overgrep er en voldsform som har fått spesielt mye oppmerksomhet de siste årene. Noen tiår tilbake ble seksuelt krenkende atferd mellom barn og unge hovedsakelig ansett som seksuell eksperimentering og dermed ikke like skadelig som overgrep fra en voksen (Ingnes & Kleive, 2011; Kruse, 2011). Man har imidlertid i økende grad blitt klar over at barn og unge også begår seksuelle overgrep som kan få alvorlige konsekvenser for de utsatte (Birkhaug et al., 2005; Ingnes & Kleive, 2011; Kruse, 2011). Videre har man funnet at 20–30 prosent av de som utøver seksuelle overgrep på barn og ungdom, er under 21 år gamle (Babchishin, Blais, & Helmus, 2012; Tully, Chou, & Browne, 2013), og at en betydelig andel av de totale seksuelle overgrep som begås, har en ung overgriper (Kruse, 2011). I en gjennomgang av internasjonale studier på området fant Kruse (2011) at man estimerer at mellom 10 %

og 50 % av alle overgrep som begås, har en ung overgriper. At det er såpass stor forskjell mellom de høyeste og de laveste estimatene, illustrerer imidlertid utfordringene med å undersøke omfanget av slike hendelser. Man har ikke lignende estimater for norske forhold, men i en studie om ungdoms seksualitet i Norge, oppga 9,5 % av de forespurte guttene mellom 15 og 19 år, og 1,9 % av jentene, at de hadde overtalt, presset eller tvunget noen til seksuelle handlinger (Mossige, Ainsaar, & Svendin, 2007, s. 113). Da jenter ble spurt om utsatthet for seksuelle overgrep frem til fylte 18 år, viste det seg at i 41 % av de rapporterte overgrepene hadde overgriper vært mellom 15 og 19 år (Mossige et al., 2007, s. 112). I 5,2 % av de rapporterte overgrepene var overgriper mellom 10 og 14 år. Norsk kriminalstatistikk viser videre at 142 barn i alderen fem til 14 år og 185 ungdommer i alderen 15 til 17 år ble siktet for seksualforbrytelser i 2014 (Statistisk Sentralbyrå, 2015).

Ofte begås overgrepene mot personer som de unge har en relasjon til, som egne søsken, venner og kjærester (Babchishin et al., 2012; Birkhaug et al., 2005; Kleive & Garbo, 2015; Tully et al., 2013). Likevel kan man ikke enkelt karakterisere hvem den typiske unge overgriperen er, da dette er en heterogen gruppe når det kommer til så vel kjønn som alder, hvilken relasjon de har til de utsatte, og hvilke typer overgrep som blir begått (Birkhaug et al., 2005; Kleive & Garbo, 2015; Kruse, 2011; Righthand & Welch, 2004; Worling & Langton, 2012). Forskning tyder imidlertid på at gutter oftere begår overgrep enn jenter, men at andelen jenter som begår overgrep, kan være høyere enn tidligere antatt (Birkhaug et al., 2005; Kjellgren, 2009; Kruse, 2011; Mossige & Stefansen, 2007). Videre har man funnet at også barn ned i barnehagealder begår seksuelle overgrep, men at de fleste unge overgripere er i puberteten (Kleive & Garbo, 2015; Kruse, 2011; Mossige et al., 2007). En kartleggingsundersøkelse av unge overgripere til behandling i Hordaland i perioden 2000–2004 fant også at den største andelen av unge overgripere var gutter i alderen 11–15 år (Birkhaug et al., 2005).

Man skiller gjerne mellom unge som forgriper seg på jevnaldrende barn/ungdommer, og de som forgriper seg på yngre barn⁸ (Kruse, 2011). Gjør man denne inndelingen, har man funnet at ungdom som forgriper seg mot yngre barn oftere er gutter, sjeldnere bruker fysisk vold under overgrepet, i større grad er sosialt isolert og oftere er i slekt med den utsatte (Kruse, 2011, s. 6). Ungdommer som forgriper seg på jevnaldrende, bruker på den andre siden oftere fysisk vold og tvang, har oftere antisosial atferdsproblematikk i tillegg til overgrepsatferden, forgriper seg oftere i gruppe, samt at overgrepet oftere innebærer penetrering (Kruse, 2011, s. 6). Videre

⁸ Når man refererer til yngre barn i denne konteksten menes barn som er minst fem år yngre (Kruse, 2011).

skiller man på unge som forgriper seg alene, og de som begår overgrep i gruppe (Kruse, 2011). Ungdom som forgriper seg alene, har større sannsynlighet for selv å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Det er imidlertid viktig å merke seg at mye av kunnskapen som finnes om barn og unge som har utvist problematisk og skadelig seksuell atferd, er innhentet fra barn og ungdom som befinner seg i hjelpeapparatet, eller som har vært i kontakt med politiet (Kruse, 2011). Man har grunn til å anta at disse ikke utgjør alle barn og unge med overgrepssatferd (Ingnes & Kleive, 2011; Righthand & Welch, 2004). Det kan derfor tenkes at den totale populasjonen vil ha enkelte andre karakteristikk enn det man så langt har kunnet kartlegge.

Behandling av barn og unge med problematisk seksuell atferd

I Norge i dag finnes det noen spesifikke behandlingstilbud og kompetansemiljøer for barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd. V27, som er tilknyttet Betanien sykehus i Bergen, er en ressursenhet med forankring i psykisk helsevern for barn og ungdom, som både har et kompetansebyggende og et klinisk mandat til å hjelpe barn og unge som har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd. Virksomheten gir veiledning til behandlere over hele landet, men den kliniske kompetansebyggende virksomheten betjener Region Helse Vest spesifikt (Ingnes, Kleive, & Garbo, 2009; Kleive & Garbo, 2015). Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST) er også et kompetanse- og behandlingstilbud til personer som begår seksuelle overgrep. Instituttet behandler flest voksne, men de har også et tilbud til unge. Her tilbys psykoterapi, rådgivning og medisinsk hjelp i form av individual-, par- og gruppeterapi, og instituttet bidrar med kurs, undervisning og veiledning til instanser som familievernkontor, helseinstitusjoner, barnevern og skoler (Institutt for klinisk sexologi og terapi, 2015; Kruse, 2011). I Sør-Trøndelag finnes det et prosjekt ved Kompetansesenteret for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri avdeling Brøset, St. Olavs hospital, som skal heve kompetansen på behandling av volds- og overgrepssproblematikk blant barn og unge, hvor både barnevernet i Trondheim kommune, Statens barnehus Trondheim, BUP og konfliktrådet er involvert. Videre finnes det i Tromsø et tverrfaglig og tverretatlig kompetanse- og konsultasjonsteam, koordinert av RVTS-nord, hvor risikovurdering, funksjons- og behovskartlegging, behandling og annen oppfølging av barn og unge med bekymringsfull eller krenkende seksuell atferd kan drøftes anonymisert (RVTS Nord, n.d.). Flere av Statens barnehus har også opparbeidet seg kompetanse på å behandle barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd.

Å tilby behandling til barn og ungdom som begår seksuelle overgrep, har ofte blitt forstått ut ifra et preventivt hensyn, altså at man skal endre atferd for på den måten å forhindre nye overgrep. Det er imidlertid også viktig å tilby behandling til denne

gruppen fordi de er barn og ungdom som har rett til å få hjelp til å endre vanskelig atferd (Kruse, 2011), og fordi barna skal få muligheten for å hjelpes inn i et positivt utviklingsspor. Man har funnet at barn og unge med overgrepssatferd ofte har vokst opp i familier hvor de har opplevd både omsorgssvikt og fysisk og psykologisk vold (Kobayashi, Sales, Becker, Figueredo, & Kaplan, 1995; Seto et al., 2010), og det er en om lag tre ganger så stor risiko for å begå seksuelle overgrep når barnet eller ungdommen selv har blitt utsatt for seksuelle overgrep (Ingnes & Kleive, 2011; Seto et al., 2010). Derfor har barn og ungdom med problematisk eller skadelig seksuell atferd, akkurat som barn og ungdom som utøver vold, ofte komplekse og sammensatte vansker, og atferden kan opptre samtidig med for eksempel alkoholproblemer, psykiske vansker og atferdsvansker (Långström, Jacobsen, & Berg, 2015). Mange har også vært i kontakt med hjelpeapparatet og barnevernstjenesten før overgrepene ble begått (Långström et al., 2015). Gruppen er også heterogen hva angår hvorfor og hvordan atferden har fått utvikle seg. I tillegg til vanskelige oppvekstbetingelser og sosiale utfordringer kan antisosiale personlighetstrekk og generelle atferdsvansker være dominerende for noen (M. Jensen, Garbo, Kleive, Grov, & Hysing, 2016), mens for andre kan psykiske lidelser og psykisk utviklingshemming være det sentrale å ta tak i (Långström et al., 2015). Likeledes befinner den seksuelle atferden seg på et kontinuum fra problematisk til skadelig, og for mange skjer overgrepene i en familiekontekst. Denne variasjonen gjør at barn og ungdom som begår seksuelle overgrep ofte har behov for ulike tiltak, og de kan trenge bred oppfølging og hjelp fra flere aktører, fra for eksempel både skole, psykisk helsevern og kommunale tjenester.

Det mangler ennå forskning som entydig viser hva som er god og virksom behandling for barn og ungdom med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Å designe gode behandlingsstudier med disse barna og ungdommene har vært utfordrende fordi det ikke lett har latt seg gjøre å samle store nok utvalg (Långström et al., 2015). Det finnes imidlertid noen få studier som støtter effekten av spesifikke behandlingstilnærminger (Fanniff & Becker, 2006; Hanson & Bussiere, 1998; Långström et al., 2015). Blant annet har MST vist seg å ha lovende effekt på reduksjon av problematisk og skadelig seksuell atferd (Letourneau et al., 2009; Reitzel & Carbonell, 2006; Swenson & Letourneau, 2011), slik metoden også har vist seg å være effektiv for unge som utøver vold. Det har også vært vellykkede forsøk på å fange opp og følge opp ungdommene i tilpassede opplærings- og behandlingsprogrammer som er utviklet blant annet i Storbritannia, Nederland og Canada. Flere av disse har et godt teoretisk fundament, og de fanger opp unike aspekter ved unge som er i risiko for å begå seksuelle overgrep. Noen av programmene er også forankret i en faglig etisk forståelsesramme og tradisjon som er

kalt «The Good Life Model» (GLM; Ward, Mann, & Gannon, 2007). GML baserer seg på tanken om at skadelig seksuell atferd er utløst av ungdommens trang til å tilfredsstillе egne personlige og sosiale behov, og at de som har begått overgrep, ikke tidligere har klart å tilfredsstillе behovene sine uten å skade andre (Långström et al., 2015). Forståelsesrammen legger derfor vekt på å anerkjenne og møte ungdommenes behov, mål, forventninger og ambisjoner ved å arbeide med å tilfredsstillе disse på trygge og positive måter (Långström et al., 2015), og er et alternativ til tilnærminger som hovedsakelig vektlegger risikovurdering og risikoreduksjon. Selv om GLM-modellene virker lovende, er det ennå ikke gjennomført nok studier til å konkludere med at behandlingsmodeller som er forankret innenfor denne forståelsesrammen gir større reduksjon i problematisk og skadelig seksuell atferd enn andre programmer (Barnett, Manderville-Norden, & Rakestrow, 2014). Én behandlingsmanual som har adoptert tenkningen til GLM, er G-MAP (Print & O'Callaghan, 2004; (Print, 2008). G-MAP er i tillegg til å være en behandlingsmanual, en organisasjon lokalisert i Manchester som har flere års erfaring med å tilby tjenester til unge som har problematisk seksuell atferd. Behandlingsmanualen brukes både til behandling poliklinisk og på institusjon, og den inneholder seks kjerneområder: 1) seksualitet, 2) familieforhold, 3) overgrepsspesifikke problemer, 4) ikke-seksuelle atferdsproblemer, 5) andre problemer, for eksempel problemer med å etablere vennskap, og 6) personlighetsmessige faktorer (Ingenes & Kleive, 2011). Programmet legger vekt på å arbeide med familier, men også med annet nettverk og oppfølging rundt familien.

Et annet kartleggings-, oppfølgings- og behandlingsprogram for barn og ungdom med problematisk og skadelig seksuell atferd, som også samarbeider med G-MAP-miljøet i Manchester, og hvor G-MAP-behandlingsmodellen er inkludert i rammeverket, er AIM2⁹ (AIM Project, n.d.). AIM2 har utviklet seg til å bli det mest brukte verktøyet i tjenester som møter barn og unge med skadelig seksuell atferd i Storbritania (C. Smith, Lazenbatt, A., Bradbury-Jones, & Taylor, 2013). Programmet er basert på en forståelse av at unge mennesker som begår seksuelle overgrep mot andre ofte har betydelige egne behov, men at det også er en risiko for at de skal kunne begå nye overgrep (O' Reilly, 2014). AIM2 er et program for både utredning, sikkerhetsvurdering og oppfølging over tid av barn og ungdom med problematisk eller skadelig seksuell atferd, i tillegg til at det også er et verktøy for å kunne utvikle en felles tverrfaglig forståelse og håndtering av de aktuelle barna og ungdommene og deres pårørende (M. Jensen, personlig kommunikasjon, 29. februar 2016; O' Reilly, 2014). I tillegg til at programmet inneholder den spesifikke G-MAP

⁹ Kort for assessment, intervention, moving on

behandlingsmanualen som kan brukes i spesialisthelsetjenesten, kan verktøyet også anvendes bredt av forskjellige fagfolk på ulike arenaer. For eksempel er verktøyet rettet mot både omsorgsgivere, skole, barnevernstjeneste og helsetjeneste. AIM2 inneholder en rekke spesifikke manualer og veiledere, blant annet en manual for utredning og sikkerhetsvurdering, en manual for behandling, en veileder for barnehage- og skolepersonell, en veileder og behandling til fosterforeldre og en veileder til personell i miljøtiltak. De ulike manualene og veilederne blir likevel sett i sammenheng, og AIM2-programmet som helhet har en holistisk og balansert tilnærming til barnet eller ungdommens risiko og behov (Griffin, Beech, Print, Bradshaw, & Quale, 2008; Moodie et al., 2015). Delen av AIM2-programmet som omfatter utredning har blitt evaluert til å være et viktig bidrag for å kartlegge barn og ungdom med skadelig seksuell atferd (Griffin et al., 2008). Andre behandlingsprogrammer som er benyttet i behandlingen av ungdom med skadelig seksuell atferd, er «varig forandring» fra Nederland (Bullens & Hendriks, 1997), som hyppig benyttes i Sverige. Dette programmet retter seg mot gutter i alderen 12–18 år. Hovedmålet er å redusere risikoen for nye overgrep ved å lære ungdommene til å få kontroll over egen overgrepssatferd (Ingenes & Kleive, 2011). Behandlingen skjer i grupper, og den er inndelt i seks faser; 1) individuelle mål, 2) konsekvenser for den unge som begår overgrepet, 3) overgrepsskjeden, 4) konsekvenser for den utsatte, 5) kognitiv restrukturering og 6) utvikling av atferdsalternativer (Ingenes & Kleive, 2011). «Circle of Support and Accountability» (COSA) (Duwe, 2013) er et annet behandlingsprogram som er utviklet i Canada. Disse programmene legger hovedvekten på å forebygge tilbakefall hos unge som begår seksuelle overgrep. Det finnes imidlertid lite forskning per i dag som dokumenterer effekten av disse behandlingsprogrammene (Långström et al., 2015).

I det foregående er det kun nevnt noen behandlingstilnærminger som kan være virksomme for barn og ungdom som begår seksuelle overgrep. Man vet lite om hvorvidt disse benyttes i en norsk behandlingssammenheng, og utover kunnskapen som finnes om kjente behandlingssenheter og kompetanseteam som behandler problematikken, har man liten oversikt over det norske behandlingstilbudet til unge som begår seksuelle overgrep. Det er derfor behov for en kartlegging av behandlingstilbudet til denne gruppen i Norge.

1.5.4 Forståelsen av behandlingstilbud som ligger til grunn for kartleggingen

Behandling blir definert av Helsedirektoratet (2012) som «[t]iltak for å forbedre, bekjempe, lindre og forhindre plage, sykdom, skade eller funksjonshemming eller

eventuelt konsekvenser av dette med bakgrunn i adekvat kunnskap og vitenskap». Dette er en bred definisjon som innebefatter en rekke tiltak, inkludert medisinsk, fysikalsk og psykoterapeutisk behandling. I denne undersøkelsen blir imidlertid et avgrenset område av behandlingstilbud kartlagt ved å basere seg på Jonassen og Paulsen (2007) forståelse av hva et behandlingstilbud er.

profesjonelle terapitilbud karakterisert ved at utdannede terapeuter jobber med den enkelte, gruppen eller familien. Tiltakene har som mål å frembringe eller påskynde bedring, sette (...) [klienten] i stand til å mestre visse situasjoner, eller lindre smerte. I slike tilbud er man eksplisitt på at det er terapi som tilbys. (Jonassen & Paulsen, 2007, s. 19).

Denne definisjonen ekskluderer hjelpe- og støttetiltak som har rådgivningsformål fremfor behandlingsformål. I kartleggingen har det videre blitt vektlagt å finne behandlingstilbud innenfor den etablerte helse- og omsorgstjenesten, altså profesjonelle tilbud som er underlagt helse- og omsorgstjenesteloven. Det er tatt med behandlingstilbud både i offentlig og privat regi, sistnevnte ofte med offentlig tilskudd. Som Jonassen og Paulsen (2007) påpeker, er imidlertid ikke alltid skillet mellom behandlingstilbud og hjelpetilbud så tydelig i praksisfeltet. Da formålet med denne rapporten var å kartlegge nettopp behandlingstilbud, finnes det dermed hjelpetiltak som ikke har blitt inkludert i denne undersøkelsen, fordi de ikke faller inn under den anvendte definisjonen av behandlingstilbud.

I utgangspunktet var ikke formålet å inkludere Barnevernsinstitusjoner i kartleggingen. I prosessen med å inkludere aktuelle enheter i pilotprosjektet, kom det imidlertid frem, både via hjemmesidene til Aleris Barnevernsinstitusjoner, og gjennom samtaler med institusjonene, at disse, i tillegg til å tilby omsorg til de aktuelle barna og ungdommene, også hadde et behandlingstilbud. Noen av disse barnevernsinstitusjonene ble også ansett som særlig interessante fordi de hadde et tilbud til barn og ungdom som begår seksuelle overgrep. Spørreskjema ble derfor sendt ut til Aleris-klinikkene i Norge, hvorav 21 svarte at de hadde et behandlingstilbud til en eller flere av de kartlagte gruppene.

Alle privatpraktiserende avtalespesialister (psykologspesialister og psykiatere) innen psykisk helsevern er inkludert i kartleggingen. De utgjør en sentral del av det offentlige behandlingstilbudet innen spesialisthelsetjenesten til barn og unge. Nevropsykologer ble imidlertid ekskludert fordi deres tilbud ble ansett som lite relevant for kartleggingen. I rapporten blir begrepet behandlingsenheter brukt om alle våre informanter. Dette inkluderer faktiske enheter, som for eksempel BUP-enheter og barnevernsinstitusjoner, men også de privatpraktiserende avtalespesialistene.

Tidligere i innledningen ble det lagt vekt på å presentere noen anbefalte behandlingsmodeller for målgruppene i undersøkelsen. Gode behandlingsmetoder alene er imidlertid ikke ensbetydende med god faglig praksis, og ved utøvelse av all behandling bør brukermedvirkningsprinsippet stå sterkt. Ifølge prinsipperklæringen for evidensbasert praksis¹⁰, som blant annet Norsk Psykologforening har sluttet seg til, skal kunnskapen fra best tilgjengelig forskning kombineres med kunnskap om klientens egenskaper, ønskemål og kulturelle bakgrunn (Holmén, 2009). Det vil si at i tillegg til å bruke kunnskap som har forskningsstøtte, skal også pasientens egenskaper, verdier og kontekst veie tungt. Videre er terapeutenes kliniske ekspertise av betydning (Holmén, 2009). Prinsipperklæringen legger altså vekt på at et godt behandlingstilbud skal være forankret både i forskning, praksis og i klientens eget utgangspunkt, og det er dette til sammen som sørger for at det gis evidensbasert behandling.

Når behandlingstilbud vurderes i denne undersøkelsen, er det lagt vekt på flere aspekter. For det første har det vært relevant å se på om tilbudene er spesifikt rettet mot en klientgruppe, eller om behandlingstilbudene er mer generelle, samt om behandlerne besitter spesialkompetanse på behandling av de aktuelle gruppene. Videre har det blitt undersøkt hvordan henvisning og kontakt med behandlingstilbudene foregår, samt hvilke rutiner institusjonene har for å kartlegge og oppdage målgruppene. Dette er viktig for å undersøke om behandlingstilbudene når ut til aktuelle målgrupper på en god nok måte. Som diskutert tidligere fant man i pilotundersøkelsen til dette prosjektet at informasjon om behandlingstilbudene generelt sett var lite tilgjengelig for allmennheten i de undersøkte fylkene (Moen et al., under publisering). På bakgrunn av dette var det relevant å kartlegge hvordan behandlingsenhetene selv rapporterte at de nådde ut til brukerne.

For å kartlegge innholdet i behandlingstilbudene ble ikke bare spesifikke behandlingsmetoder etterspurt, men også lengde og form på behandlingen (for eksempel om behandlingen foregår i grupper eller individuelt), samt hvorvidt foreldre eller omsorgspersoner er inkludert i behandlingen, eller om behandlingen hovedsakelig legger vekt på barnet eller ungdommen alene. Til sist er det også sett på hvordan enhetene samarbeider med andre, herunder hvem de eventuelt samarbeider med, og hvilke rutiner de har for dette. Som tidligere diskutert avdekket Hjemdal

¹⁰ Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis skal sikre at den best tilgjengelige forskningen skal integreres med klinisk ekspertise og pasientens bakgrunn. Den skal beskytte klienter mot tilfeldig, uvirksom og i noen tilfeller skadelig behandling (Holmén, 2009).

(2006) for ti år siden utfordringer knyttet til samarbeid mellom ulike enheter samt mellom ulike sektorer som yter hjelp og støtte til utsatte for vold og overgrep. Da både barn og unge som er utsatt for vold og overgrep, og barn og unge som utøver vold eller som begår seksuelle overgrep ofte har sammensatte og komplekse behov, kreves det en god koordinering og et godt samarbeid mellom ulike omsorgs- og hjelpetjenester når barna kommer i behandling. I rapporten vil det derfor bli redegjort for hvilke behov institusjonene har for å opprette og bedre samarbeidet med andre instanser.

2 Metode

2.1 Prosedyre

Denne kartleggingen ble gjennomført som en nettbasert spørreskjemaundersøkelse. Relevante behandlingstilbud i Norge fikk tilsendt en e-post med informasjonsskriv om prosjektets hensikt og en lenke til et elektronisk spørreskjema. I tillegg inneholdt e-posten en tekst med oppfordring til deltakelse og anbefaling om hva behandlingssenheterne burde ha tilgjengelig av informasjon før spørreskjemaet skulle besvares. Datainnsamlingen ble gjennomført for behandlingstilbudet til både voksne og barn felles. Denne rapporten omhandler imidlertid kun behandlingstilbudet til barn og unge, mens behandlingstilbudet til voksne som utøver vold presenteres i en egen rapport. Inkludert enhetene som kun behandlet voksne, var det i alt 280 enheter som besvarte undersøkelsen. Blant disse var det 149 som behandlet en eller flere av målgruppene som er dekket i denne rapporten, dvs. barn og unge som er utsatt for eller utøver vold og seksuelle overgrep. Undersøkelsen er godkjent av Norsk samfunns-vitenskapelig datatjeneste (NSD).

Prosessen med å finne og ta kontakt med relevante behandlingstilbud kan deles inn i fem faser: 1) gjennomføring av en pilotundersøkelse i fire utvalgte norske fylker, 2) gjennomføring av nettsøk for de resterende 15 fylkene i Norge, 3) kontakt med relevante behandlingssenheter på telefon eller e-post, 4) kontakt med enkelte FOU-avdelinger, og 5) forespørsel til alle helseforetak om lister over privatpraktiserende avtalespesialister. Prosessen beskrives nærmere i det følgende.

2.1.1 Pilotundersøkelse

Som et ledd i oppdraget fra Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ble det gjennomført en nettbasert undersøkelse av behandlingstilbudet til målgruppene i de fire norske fylkene Oslo, Sør-Trøndelag, Sogn og Fjordane og Finnmark. Tilbudene skulle kartlegges i henhold til geografisk plassering, kapasitet og faglig innhold. Datainnsamlingen ble gjennomført felles for voksne og barn.

Kort oppsummert viste resultatene at det fantes en rekke behandlingstilbud for de respektive gruppene i alle de fire fylkene. Hovedtyngden av behandlingstilbud, sett i forhold til befolkningsmengde, var å finne i Finnmark og Sogn og Fjordane. Informasjonen som fremkom på internett ga imidlertid begrenset kunnskap om tilbudenes målgruppe, kapasitet og faglige innhold, og noen behandlingstilbud var ikke beskrevet på internett. Det ble derfor anbefalt bedre beskrivelser på internett av hva som finnes av ulike behandlingstilbud til utsatte for og utøvere av vold og overgrep (Moen et al., under publisering).

2.1.2 Nettsøk og avgrensninger

Før spørreskjemaet ble sendt ut, ble det gjennomført et nettbasert søk som var utgangspunkt for hvem som skulle kontaktes for å få tilsendt spørreskjemaet. Det nettbaserte søket var basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier forankret i problemstillingene i undersøkelsen. Kriteriene gjorde det mulig å vurdere hvilke kilder som skulle benyttes, og de sikret undersøkelsens validitet, som handler om troverdighet og om metoden er egnet til å undersøke det som skal undersøkes (Thagaard, 2003).

Inklusjonskriterier for søkestrategien og behandlingstilbudene var:

- Tilbudet gjelder for mennesker bosatt i Norge
- Tilbudet er profesjonelt og underlagt helse- og omsorgstjenesteloven
- Tilbudet gis av utdannede terapeuter
- Det blir gitt behandling til barn (null til 18 år) som er utsatt for og/eller som utøver vold og/eller overgrep, og/eller til voksne (18 år og oppover) som utøver vold
- Tilbudet er ikke primært rettet mot behandling av rus og avhengighet, psykose, psykiske lidelser, akutte behov og rehabilitering.

Søkestrategi del en til fem fra piloten ble benyttet for det nettbaserte søket (Moen et al., under publisering, tabell 2.2). Søkeordene ble valgt med utgangspunkt i inklusjonskriteriene og skulle balansere de to hensynene *fullstendighet*, for å finne relevante referanser, og *spesifisitet*, for å unngå ord som førte til irrelevante referanser (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013). Søkestrategien ble gjennomført med søkemotoren Google, som ga flest søketreff¹¹ og ga tilgang til nettsteder enhver vil finne frem til med et enkelt søk på nettet. Samtidig er det noen begrensninger ved bruk av Google, der søkeresultater kan bli forskjellige fra gang til

¹¹ Det ble også forsøkt å bruke andre databaser som PubMed og Google Scholar. Disse ga treff på vitenskapelige artikler, avhandlinger og rapporter om blant annet behandlingsformer, men ikke bestemte behandlingstilbud.

gang om det blir «crawlet»¹² nye sider og indeksen blir oppdatert (Google Search Console Help, 2015). Kombinasjonen av søkeord som ble benyttet i hvert enkelt nettsøk, dato for gjennomføring av søkene og antall treff ble loggført (vedlegg 25) (for mer informasjon om det web-baserte søket se Moen et al., under publisering). Det nettbaserte søket la grunnlag for en liste over relevante og ikke-relevante behandlingstilbud til målgruppene i Norge.

2.1.3 Telefon-, e-postkontakt og informasjon til FOU-ledere i helseforetakene

Det nettbaserte søket ble fulgt opp med telefonsamtaler til ledere ved 458 behandlingsenheter. Nærmeste leder ved enheten ble valgt til å besvare undersøkelsen, utfra en antakelse om at de hadde best oversikt og kunnskap om behandlingen og var tetttest på den praksisen terapeutene ved den respektive enheten benyttet. Telefonsamtalen baserte seg på en ringeinstruks (vedlegg 24). Hensikten med telefonsamtalene var å informere enhetsledere og avdelingsledere om undersøkelsen, sikre riktige e-postadresser og oppfordre til deltakelse. Til sammen ble 48 familievernkontor, 201 DPS-er¹³, 88 BUP-er, 19 BUP-er med døgnbehandling, 10 statens barnehus, 27 atferdssentre med MST- og TFCO og FFT-tilbud, 33 Aleris bofellesskap, 11 ATV-kontorer og 21 andre offentlige og private institusjoner kontaktet. Sentralbord og e-post ble ofte brukt for å nå lederne. I utgangspunktet var målet å komme i kontakt med ledere ved alle behandlingsenhetene, men mange av lederne ved DPS-enhetene var vanskelige å nå. I noen tilfeller ble derfor avdelingsledere kontaktet, fremfor enhetsledere.

Enkelte enhets- og institusjonsledere var ikke villige til å delta i undersøkelsen før forsknings- og utviklingsavdelingen (FoU-avdelingen) ved helseforetaket ble kontaktet. FoU-avdelinger gjennomfører forskningsledelse på institusjonsnivå og skal sikre nærhet mellom forskning og klinisk hverdag. Enkelte FOU avdelinger ble derfor kontaktet, og de sendte ut en e-post om oppfordring til deltakelse til avdelingsledere og enhetsledere ved DPS Tiller, helseforetak Helse Vest og helseforetak Vestre Viken.

Proessen i forkant av datainnsamlingen, med nettbaserte søk, telefonkontakt med enhetslederne, samt kontakt med FoU-ledere, la grunnlag for en e-postliste over

¹² «Crawling» er en prosess der søkeroboter følger linker fra side til side for å finne nye og oppdaterte sider, som blir lagt til i indeksen (søkemotoren). Søkemotoren søker i indeksen etter relevante ord og viser resultater ved å navigere nettsidene med utgangspunkt i hvor mange og hvilke sider som linker til de relevante nettsidene (Google Search Console Help, 2015).

¹³ Distriktpsykiatriske sentre.

behandlingsenheter som skulle motta spørreskjemaet. I tillegg ga helseforetakene tilgang til en e-postliste med 724 avtalespesialister innen psykisk helsevern (privatpraktiserende psykologer og psykiatere)¹⁴. Disse fikk også tilsendt spørreskjema på e-post, men ble ikke kontaktet på telefon fordi det ble vurdert som for ressurskrevende.

2.1.4 Spørreskjemaundersøkelse

Med bakgrunn i forskningsspørsmålene ble det gjennomført en strukturert elektronisk spørreskjemaundersøkelse med gitt spørsmålsstilling og gitte svaralternativer, der informantene også hadde mulighet for å gi uttrykk for tanker omkring temaene gjennom åpne svar. Det ble vurdert at en strukturert spørreskjemaundersøkelse var best egnet for kartleggingen fordi man på denne måten både kunne nå ut til mange behandlingsenheter og praksiser, og på samme tid innhente beskrivelser av informantenes tanker om temaene. Det var flere fordeler ved at spørreskjemaet var elektronisk. For det første gjorde dette det mulig å styre logikken i en besvarelse, der visse spørsmål var skjult hvis temaet ikke var relevant ut fra svar på tidligere spørsmål. Skjemaet styrte respondenten spesifikt mot de temaområdene som var aktuelle, og begrenset dermed tidsbruken. For det andre gjorde en nettbasert løsning det mulig at det kun ble krysset av på ett enkelt svar hvis svaralternativene var gjensidig utelukkende. Dette bidro til å luke ut noen former for feilsvar som en ikke kan luke ut ved papirskjema. For det tredje ga bruk av nettsurvey fra NSD muligheten til å laste ned data under og etter datainnsamlingsprosessen i SPSS-filer, og å få oversikt over svarene og svarprosenten underveis i undersøkelsen. Funksjonen ga informasjon om antall svar per dag, tidsbruk og hvor mange som hadde besvart på hvert enkelt spørsmål.

Spørreskjemaet ble utarbeidet på NKVTS med utgangspunkt i et skjema utviklet av Hjemdal i 2006. Det ble imidlertid tilpasset målgruppene for denne undersøkelsen, og det ble lagt til flere spørsmål som kunne fange opp innholdet i behandlingstilbudene. Skjemaet ble pilotert av personer ved NKVTS og av personer som arbeidet ved ulike behandlingsenheter i Norge, for deretter å bli revidert av prosjektgruppen. Det ferdigstilte spørreskjemaet bestod av fire deler: 1) tilbudet til barn og ungdom som er usatt for vold og seksuelle overgrep, 2) tilbudet til barn og ungdom som utøver vold, 3) tilbudet til barn og ungdom som har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd, og 4) tilbudet til voksne som utøver vold. I tillegg fikk samtlige behandlingsenheter spørsmål som omhandlet æresrelatert vold,

¹⁴ Nevropsykologer ble ekskludert.

tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Hver del ble kun besvart hvis instansen behandlet målgruppen og det var mulig å hoppe over spørsmål som ikke var aktuelle for behandlingspraksisen.

Mot slutten av spørreskjemaet hadde informantene, under spørsmålet «er det noe annet du ønsker å formidle?», anledning til å formidle synspunkter de anså som viktig, og utdype sine svar omkring de spørsmålene som ble stilt. Totalt hadde 56 ledere skrevet om øvrige synspunkter relatert til spørreskjemaet. Respondentene hadde også mulighet til å utdype enkelte svar underveis i spørreskjemaet, noe flere gjorde. Noen av kommentarene bestod av en setning, mens andre var mer utdypende. Disse tankene og refleksjonene er analysert og redegjort for i resultatdelen.

2.1.5 Kontakt med NSD og distribusjon av spørreskjemaet

NSD ble benyttet for å legge inn spørreskjemaet på nett, utsendelse av e-post til respondentene, purring til respondenter som ikke besvarte og for generering av analysefiler i et filformat tilpasset SPSS.

E-post ble sendt til 208 behandlingsenheter og praksiser i én pulje og fire uker senere til 974 enheter/praksiser i en annen pulje. Informasjonsskriv om undersøkelsen og opplysninger om hva respondentene burde ha tilgjengelig før skjemaet skulle besvares, var lagt ved e-posten. Det ble sendt ut til sammen fire purringer til behandlingsinstansene med en vennlig påminnelse om å svare, den siste etter at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sendte ut en egen e-post til de fire fagdirektørene i de regionale helseforetakene med forespørsel om å oppfordre DPS-er og BUP-er til å besvare spørreskjemaet.

2.2 Svarprosent og utvalg

Datainnsamlingen ble gjennomført for behandlingsenheter med tilbud til både voksne og barn, men denne rapporten omhandler kun behandlingstilbudet til barn og ungdom. Behandlingsinstansene i undersøkelsen var profesjonelle terapitilbud med terapeuter som hadde formell og relevant utdanning. De skulle eksplisitt formidle at det var terapi som tilbys og ha som mål å frembringe bedring, sette klienten i stand til å mestre situasjoner eller lindre smerte (Jonassen & Paulsen, 2007, s. 19). Eksklusjonskriteriene innebar å velge bort tilbud utenfor helse- og omsorgstjenesteloven og tjenester som ikke ble tilbudt av utdannede terapeuter. Dette

var for eksempel hjelpetilbud som primært hadde en rådgivende funksjon¹⁵. Videre ble tilbud som ikke gjaldt for bosatte i Norge, tilbud som primært rettet seg mot rus- og avhengighet, psykose, akutte tjenester, og tilbud i kriminalomsorgen og rehabiliteringstjenesten ekskludert fra undersøkelsen fordi det ikke var mulig å inkludere disse innenfor undersøkelsens tidsrammer og fordi disse representerte særegne tilbud som ikke er tilbud til allmennheten. Både generelle behandlingstilbud, som BUP-er og DPS-er, spesifikke tilbud som ATV¹⁶-kontorene og noen lukkede tilbud, som statens barnehus og noen barnevernsinstitusjoner ble inkludert.

Til sammen ble 1182 behandlingstilbud, samt privatpraktiserende avtalespesialister, invitert til å delta i kartleggingen, inkludert følgende instanser: BUP-poliklinikker, BUP-døgnbehandling, DPS-poliklinikker, DPS-døgnavdelinger, familievernkontor, Statens barnehus, ATV-kontorer, Aleris-barnevernsinstitusjoner og privatpraktiserende avtalespesialister. Behandlingstilbud som ikke passet inn i de andre kategoriene ble lagt under kategorien «annet», og er blant annet MST-tiltak (multisystemisk terapi) og FFT-tiltak (funksjonell familierapi) i regi av Atferdssenteret, og enheter som Modum Bads traumepoliklinikk.

Da spørreskjemaet *ble sendt ut*, var det enkelte av de 1182 behandlingsenhetene og de privatpraktiserende avtalespesialistene som ikke kunne svare på undersøkelsen. Hovedbegrunnelsene for dette var:

1. at det ikke var et tilbud til klientene i målgruppene
2. at praksisen var på vei til å bli eller var avvirket
3. at praksisen var startet opp etter 2014, og hadde derfor ikke data å vise til for undersøkelsen
4. at instansene var underlagt andre enheter

Det endelige antall enheter og privatpraktiserende avtalespesialister som potensielt kunne svare på undersøkelsen, var da 1146.

I løpet av datainnsamlingsperioden fikk prosjektgruppen flere tilbakemeldinger. Blant annet oppfattet enkelte privatpraktiserende at undersøkelsen var rettet mot behandlingsinstanser, og ikke mot privatpraktiserende, selv om informasjonen som var gitt om undersøkelsen var tilpasset privatpraktiserende. Det var også noen som ikke oppfattet sin praksis som aktuell fordi de kun jobbet med voksne klienter, selv

¹⁵ Et slikt tilbud er lavterskeltilbudet DIXI Ressurssenter mot voldtekt som gir råd og støtte til utsatte for seksuelle overgrep og pårørende, bygget på metoden «hjelp til selvhjelp» (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). For nærmere beskrivelse av hjelpetilbud, se Moen et al. (under publisering).

¹⁶ Alternativ til vold

om det var spesifisert at undersøkelsen også gjaldt behandling av voksne. Informasjonsskrivet ble da sendt ut på nytt med spesifikasjon om at undersøkelsen gjaldt for både ungdom, barn og voksne, og både for behandlingsenheter og privatpraktiserende. Prosjektet fikk også henvendelser fra informanter som ikke oppfattet at de var aktuelle for undersøkelsen fordi de ikke hadde et spesifikt tilbud til målgruppene. De fleste av disse misforståelsene ble avklart på e-post. Det kan likevel tenkes at enkelte behandlingsenheter og privatpraktiserende ikke har besvart fordi de ikke oppfattet at deres praksis var i målgruppen for undersøkelsen.

Etter å ha ekskludert behandlingsenheter og privatpraksiser som ikke var aktuelle for undersøkelsen, var svarprosenten blant behandlingsenhetene 43,4 %, og svarprosenten blant de privatpraktiserende var på 12,1 % (tabell 2.1). I alt var det 196 behandlingsenheter og 84 privatpraktiserende som besvarte undersøkelsen¹⁷.

Svarprosenten fordeler seg på de ulike enhetene som følger:

Tabell 2.1 Svarprosent fordelt på type enhet som har svart på en eller flere deler av undersøkelsen, inkludert enhetskategorier som kun er relevante for voksne klienter.

Behandlingsenheter	Utsendt	Svart	Svarprosent
BUP	87	45	51,7 %
Statens barnehus	10	9	90,0 %
DPS-poliklinikk	123	32	26,0 %
DPS-døgnavdeling	77	14	18,2 %
Familievernkontor	45	31	68,9 %
Alternativ til vold	11	11	100,0 %
Aleris-barnevernsinstitusjon	32	21	65,6 %
Annet ¹⁸	67	33	49,2 %
Antall behandlingsenheter	452	196	43,4 %
Privatpraktiserende	694	84	12,1 %
Totalt	1146	280	24,4 %

Alle ATV-kontorene og nesten alle de statlige barnehusene besvarte en eller flere deler av undersøkelsen. Aleris-barnevernsinstitusjoner og familievernkontorene

¹⁷ Antall privatpraktiserende som svarte på minst en del av undersøkelsen, og de som kun behandlet voksne.

¹⁸ Kategorien «annet» består av behandlingstilbud som ikke passer inn i de andre kategoriene, blant annet MST-tiltak, FFT-tiltak, og enheter som Modum Bads traumepoliklinikk.

hadde også en høy svarprosent, og litt over halvpartene av alle BUP-ene svarte på spørreskjemaet. Det er imidlertid en lav andel DPS-enheter og privatpraktiserende som har besvart.

Når en ser på svarprosenten kun for behandlingsenheter som er relevante når det gjelder å behandle barn og ungdom endrer den totale svarprosenten seg til 60,5 %. I denne utregningen er DPS-enheter tatt ut, da deres mandat ikke er å behandle barn og ungdom. Det er imidlertid ikke alle behandlingsenhetene, som i utgangspunktet ble vurdert til å kunne behandle barn og unge, som viste seg å ha et tilbud til målgruppene (mer om dette i resultatdelen). I oversikten over svarprosent nedenfor befinner det seg derfor også enkeltenheter som kun har et behandlingstilbud til voksne.

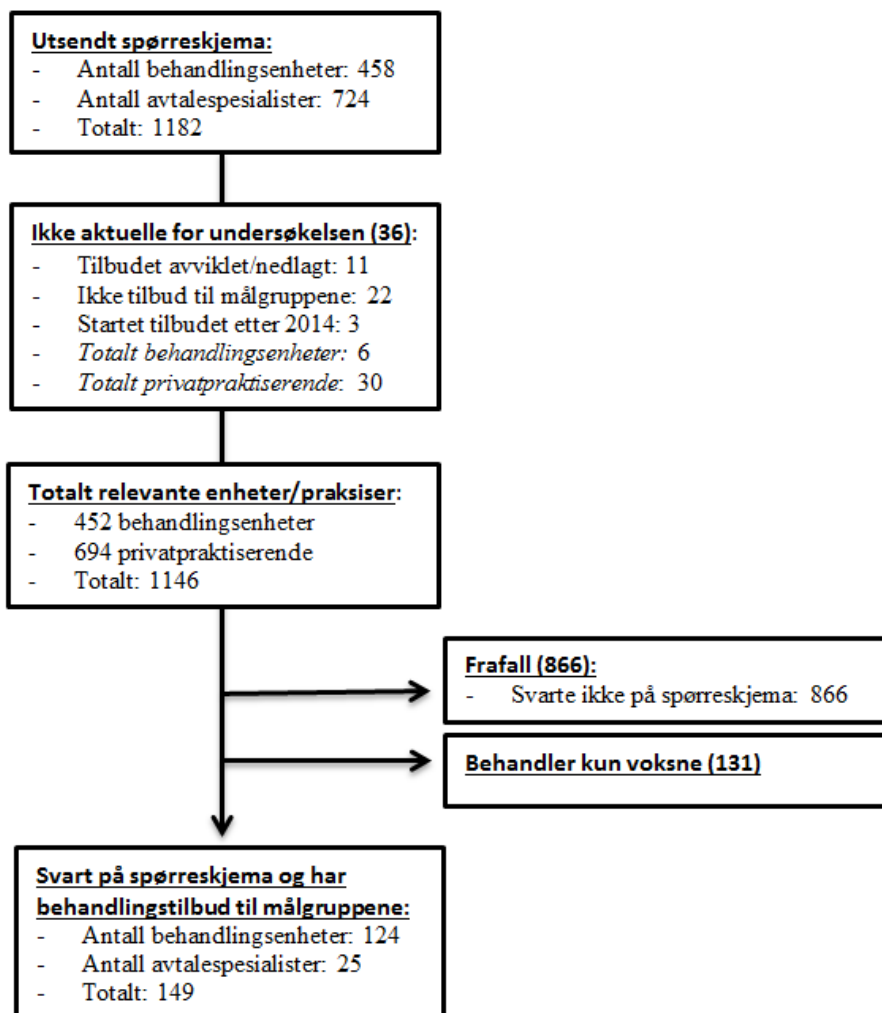
Tabell 2.2 Svarprosent fordelt på type enhet som har svart på en eller flere deler av undersøkelsen. Kun enheter som er relevante når det gjelder å behandle barn og unge er inkludert i denne oversikten

Behandlingsenheter	Utsendt	Svart	Svarprosent
BUP	87	45	51,7 %
Statens barnehus	10	9	90,0 %
Familievernkontor	45	31	65,6 %
Alternativ til vold	11	11	100,0 %
Aleris-barnevernsinstitusjon	32	21	65,6 %
Annet ¹⁹	67	33	49,2 %
Antall behandlingsenheter	252	150	59,5 %
Privatpraktiserende	694	84	12,1 %
Totalt	946	234	24,7 %

Figuren under er et flytskjema som viser hvor mange behandlingsenheter og behandlingspraksiser som fikk tilsendt spørreskjemaet og antall som har svart på spørreskjemaet etter å ha ekskludert behandlingsenheter og privatpraksiser som ikke var aktuelle for undersøkelsen.

¹⁹ Kategorien «annet» består av behandlingstilbud som ikke passer inn i de andre kategoriene. Dette omfatter blant annet 12 MST-tiltak (multisystemisk terapi) i regi av Atferdssenteret, 2 FFT-tiltak (funksjonell familierapi), og spesifikke institusjoner som Modum Bads traumepoliklinikk.

Figur 2.1 Flytskjema for undersøkelsen



Det endelige antallet behandlingsenheter og privatpraktiserende som oppga at de hadde et behandlingstilbud til enten barn som var utsatt for vold eller seksuelle overgrep, barn som utøver vold eller barn som har problematisk eller skadelig seksuell atferd var 149. I tabellene under vises det gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), median (Mdn) og variasjonsbredde (Range) for hvor mange henviste saker og hvor mange årsverk de 149 behandlingsenhetene eller praksisene har.

Tabell 2.3 Gjennomsnittlig antall henviste klienter og antall årsverk i 2014 fordelt på ulike behandlingsenheter og privatpraktiserende (N=149)

Type enhet/praksis	Antall henviste klienter i 2014	Antall årsverk i 2014
	M; (SD); Mdn; Range;	M; (SD); Mdn; Range;
BUP	362,1; (230,5); 343,5; 35-1027	24,4; (16,4); 21; 2-85
Statens barnehus	390,9; (291,7); 320; 175-1145	7,9; (4,7); 7; 5-20
Familievernkontor	983,6; (751,8); 718,5; 30-2859	8,1; (4,8); 7; 3-25
Alternativ til vold	123; (34,4); 129; 86-154	4,7; (2,9); 3; 3-8
Aleris- barnevernsinstitusjon	14,6; (24,3); 6; 2-108	17,1; (28,8); 8; 3-125
Annet ²⁰	32,3; (33,1); 25; 86-154	6,8; (6,8); 5; 1-34
Privatpraktiserende	56,4; (54,7); 40; 0-200	1,5 (2,4) 1 0-12
Samlet	282,7; (451,2); 129,5; 0-2859	12,7; (16,4); 7; 0-125

Tabell 2.4 Gjennomsnittlig antall henviste klienter og antall årsverk i 2014 fordelt på landsregionene (N=149)

Landsregion	Antall henviste klienter i 2014	Antall årsverk i 2014
	M; (SD); Mdn; Range;	M; (SD); Mdn; Range;
Vest	219,2; (236); 150 0-1000	9,7; (8,3); 7; 1-26
Midt-Norge	180,2; (245,6); 83; 5-1027	11,9; (12,4); 7,5; 1-41
Nord	308,7; (297,6); 241,5; 18-1250	10,6; (9); 8; 4-41
Sør-Øst	355,3; (579,7); 75; 0-2859	14,8; (20,9); 7; 0-125
Samlet	282,7; (451,2); 129,5; 0-2859	12,7; (16,4); 7; 0-125

Når det gjelder antall henviste klienter i de ulike landsregionene går det frem at behandlingsenhetene i landsregion Sør-Øst i gjennomsnitt fikk henvist 355,3 ($SD = 579,7$; $Mdn = 75$; range = 0-2869) klienter i 2014, til forskjell fra enhetene i region Midt, som kun fikk henvist i gjennomsnitt 180,2 ($SD = 245,5$; $Mdn = 83$; range = 5-1027) klienter samme år. Samtidig går det frem at bemanningen i 2014 varierte mellom enhetene i de ulike landsregionene, fra i gjennomsnitt 9,7 ($SD = 8,3$; $Mdn = 7$; range = 1-26) årsverk i region Vest til 14,8 ($SD = 20,9$; $Mdn = 7$; range = 0-125) årsverk i region Sør-Øst. Som man kan se av de foregående standardavvikene er det imidlertid en stor variasjon mellom de ulike behandlingsenhetene og praksisene i

²⁰ Kategorien «annet» består av behandlingstilbud som ikke passer inn i de andre kategoriene. Dette omfatter blant annet MST-tiltak (multisystemisk terapi) og FFT-tiltak (funksjonell familierapi) og spesifikke behandlingsenheter som Modum Bads traumepoliklinikk.

antall henviste klienter og totalt antall årsverk ved den aktuelle behandlingsenheten/praksisen.

2.3 Analyser

For de statistiske analysene, databearbeiding, og de deskriptive oversiktene ble programvaren SPSS (versjon 22) benyttet. Svarene som omfattet behandlingstilbudet til henholdsvis 1) barn og unge utsatt for vold og overgrep, 2) barn som utøver vold og 3) barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, ble analysert separat. For hver resultatdel har vi kun analysert svar fra informantene som har svart på den respektive delen av spørreskjemaet.

Instansenes svar på noen spørsmål var åpne og ble lagret som tekst i SPSS. Disse svarene ble sortert manuelt i kategorier slik at det i rapporten kunne presenteres fellestrekk ved de ulike svarkategoriene. De åpne svarene ble kodet og analysert i samsvar med tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006; Braun, Clarke, & Terry, 2015). Tematiske analyser er vanlig i kvalitative studier, fremfor alt der formålet er å vise mønstre i datamaterialet. Ledernes kommentarer ble lest flere ganger, og ble kodet, linje for linje. Formålet med kodene var å fange essensen av kommentarene, og kodingen ligger nære respondentenes ord. I analyseprosessen ble kodene sett i sammenheng, noen ble satt sammen og kodene som var i en meningsfull sammenheng ble kategorisert i hovedtemaer og undertemaer. Temaene fremtrer ut fra empirien og er ikke forutbestemte. Analysen foretas altså nedenfra og opp (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009).

Behandlingstilbudene var lokalisert i alle de 19 fylkene. De ulike fylkene ble delt inn i fire regioner, på samme måte som de regionale Helseforetakene er inndelt. Det vil si at fylkene Akershus, Aust-Agder, Buskerud, Hedmark, Oppland, Oslo, Telemark, Vest-Agder, Vestfold og Østfold tilhører landsregion Sør-Øst. Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag tilhører landsregion Midt. Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane tilhører landsregion Vest, og Finnmark, Nordland og Troms tilhører landsregion Nord.

3 Resultater

3.1 Behandlingstilbud til barn og unge utsatt for vold og overgrep

3.1.1 Ulike behandlingsinstanser og geografisk dekning

I alt 147 behandlingsenheter eller behandlingspraksiser svarer at de har et tilbud til volds- og overgrepsutsatte barn og ungdom. Tilbudene fordeler seg på de ulike typene av enheter/praksiser som følger:

Tabell 3.1 Enheter som oppgir å ha et tilbud til barn og unge utsatt for vold og overgrep

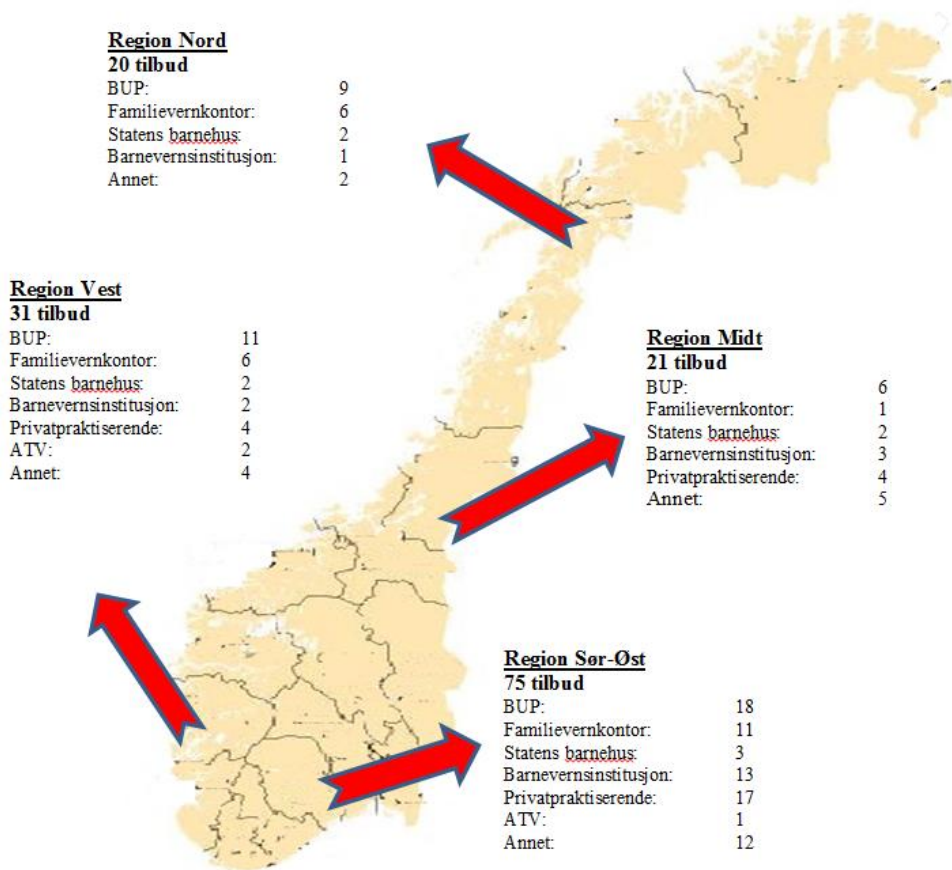
Type behandlingsenhet	Svart	Behandler barn utsatt for vold og overgrep	% med tilbud blant enheter som har svart
BUP-poliklinikk	45	44	97,8
Familievernkontor	31	24	77,4
Statens barnehus	9	9	100
Aleris BV-institusjon	21	19	90,5
MST/FFT-team	14	14	100
Alternativ til Vold	11	3	27,3
Annet ²¹	19	9	47,4
Alle enheter	150	122	81,3
Privatpraktiserende	84	25	29,8
Total	234	147	62,8

BUP utgjør en betydelig andel av enhetene som behandler barn som er utsatt for vold og overgrep i Norge. Videre er familievernkontor og barnevernsinstitusjoner sentrale

²¹ Kategorien «annet» består av behandlingstilbud som ikke passer inn i de andre kategoriene og omfatter blant annet spesifikke behandlingsenheter som Modum Bads traumepoliklinikk og IKST.

instanser. Behandlingstilbudene spenner seg altså fra generelle tjenester i spesialisthelsetjenesten som BUP til familievernkantorene, som er et lavterskeltilbud med et bredt mandat i førstelinjen, og tjenester med mer spesifikke mandat som barnehus og barnevernsinstitusjoner. Behandlingsenhetene og praksisene som behandler volds- og overgrepssatte barn og ungdom oppgir at de i gjennomsnitt fikk henvist 296,9 ($SD = 453,2$, range = 0-2859, Mdn = 130,5) barn og familier i 2014, og de har i gjennomsnitt 12,8 ($SD = 16,5$, range = 0-125, Mdn = 7) årsverk ved behandlingsenheten eller praksisen som helhet. Som en ser av de foregående standardavvikene er det stor variasjon i både antall henviste klienter totalt og antall årsverk ved de ulike behandlingsenhetene/praksisene. Kartet under viser hvor mange behandlingsenheter og behandlingspraksiser som har svart på spørreskjemaet i de ulike landsregionene.

Figur 3.1 Kart over enhetene som oppgir at de behandler utsatte barn fordelt på de ulike landsregionene (N= 147).



Alle regionene i landet oppgir at de har et behandlingstilbud til barn og unge som har opplevd vold og overgrep. Det er jevnt over et lavere antall behandlingsenheter som har svart på undersøkelsen i region Midt og i region Nord enn i de andre regionene i landet, og spesielt sammenlignet med region Sør-Øst, hvor det i alt er 75 tilbud som har svart på undersøkelsen. I region Midt ser man for eksempel at det kun er et familievernkontor som har besvart og som oppgir at de har et tilbud til utsatte barn og ungdom.

Det ble også undersøkt hvilken type voldsutsatthet som ble behandlet ved behandlingsenhetene/praksisene.

Figur 3.2 Hva slags vold mot barn som instansene behandler for (N=147)

Type voldsutøvelse	Antall Ja (%)	Total N (%)
Fysisk vold ²²	134 (91,2)	147 (100)
Psykologisk vold ²³	142 (96,6)	147 (100)
Seksualisert vold ²⁴	117 (79,6)	147 (100)
Omsorgssvikt ²⁵	107 (72,8)	147 (100)

Som en ser av tabellen, er det flest behandlingsenheter/praksiser som oppgir at de behandler psykologisk vold og fysisk vold, mens færre oppgir at de behandler omsorgssvikt. Det er ikke store forskjeller mellom de ulike enhetstypene med hensyn til hva som rapporteres av hvor mange som arbeider med de ulike formene for vold mot barn og ungdom.

3.1.2 Tilbudenes «målrettethet» - henvisning og inntak

Alle behandlingsenhetene fikk spørsmål om hvorvidt de utelukkende behandlet barn og unge som hadde opplevd vold og overgrep, eller om behandlingstilbudet også var myntet på andre klienter.

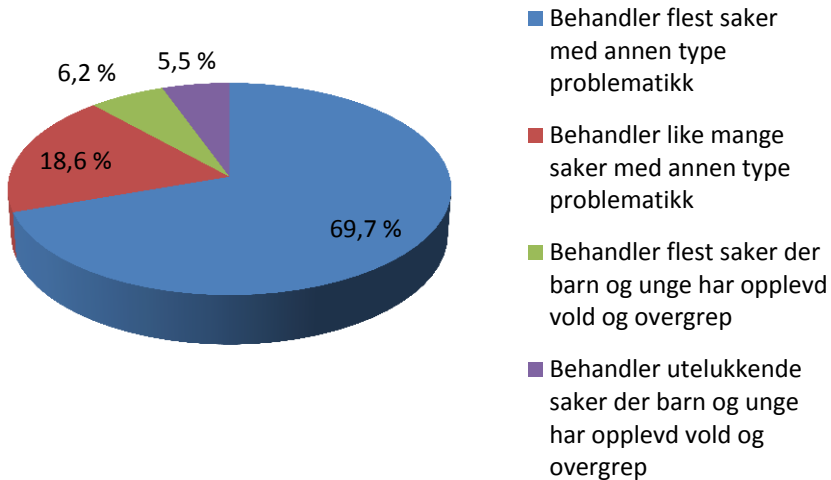
²² Som å slå, sparke, dytte, lugge og riste

²³ Som å true, skremme, ydmyke, isolere eller utnytte

²⁴ Som uønsket berøring eller påtvunget seksuell aktivitet

²⁵ Når barnets grunnleggende behov ikke blir møtt

Figur 3.3 Oversikt over hvorvidt behandlingstilbudet er spesifikt rettet mot barn og unge som har opplevd vold og overgrep (N=145)



Som det fremgår av diagrammet er det kun 12 % ($n = 17$) av behandlingsenhetene som kun eller i all hovedsak behandler saker der barn har opplevd vold og seksuelle overgrep, mens flertallet (70 %, $n = 101$) oppgir at de behandler flest saker med annen type problematikk. Dette tyder på at behandlingsenhetene i all hovedsak er brede tilbud som ikke primært retter seg mot volds- og overgrepsutsatte barn og ungdom. Det finnes imidlertid noen få spesialiserte enheter som behandler flest eller utelukkende saker hvor barn og unge har opplevd vold og overgrep, og disse fordeler seg over alle de fire landsregionene. Hovedvekten av disse enhetene består av barnehusene, som ikke er åpne tilbud for den generelle barnepopulasjonen.

Det at behandlingstilbudene oftest like mye, og kanskje mer, er rettet mot andre enn barn og unge utsatt for vold eller overgrep, støttes opp av svarene som viser hvor mange av barna med volds- og overgrepserfaringer som blir *henvist og tatt imot* ved de respektive klinikkene.

Tabell 3.2 Oversikt over hvor mange av de som har blitt henvist i 2014 som har vært barn utsatt for vold og overgrep (N=107)

Antall henviste saker	N (%)
Mellom 1 og 5 saker	38 (35,5)
Mellom 6 og 10 saker	30 (28)
Mellom 11 og 50 saker	26 (24,3)
Mellom 51 og 100 saker	3 (2,8)
Over 100 saker	10 (9,3)
Total	107 (100)

*vet-ikke-svar er ekskludert i denne oversikten

Mens det i 2014 blant praksisene som behandler utsatte barn og ungdom, i gjennomsnitt ble henvist i alt 296,9 ($SD = 453,2$, range = 0-2859, Mdn = 130,5) barn og ungdom, oppgir godt over halvparten (63,5 %) at det kun er mellom 1 og 10 av de henviste barna og ungdommene som har opplevd vold eller overgrep. Denne tendensen er den samme på tvers av alle enhetene som svarer på undersøkelsen. Det er verdt å merke seg at 27 respondenter svarer *vet ikke* på dette spørsmålet.

Det ble videre undersøkt hvorvidt det var de spesialiserte eller brede behandlingstilbudene som fikk henvist flest saker hvor barn hadde opplevd vold og seksuelle overgrep.

Tabell 3.3 Oversikt over antall henviste volds- og overgrepssaker fordelt på de brede og spesialiserte behandlingstilbudene

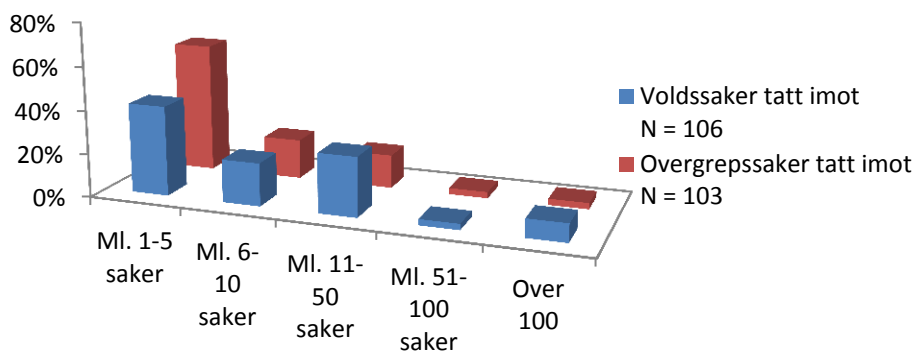
Antall henviste saker	Behandler utelukkende problematikken	Behandler flest saker med problematikken	Behandler like mange saker med annen problematikk	Behandler flest saker med annen type problematikk
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
MI.1-5	0 (0)	3 (33,3)	10 (50)	25 (35,7)
MI.6-10	0 (0)	2 (22,2)	3 (15)	25 (35,7)
MI.11-50	2 (28,6)	1 (11,1)	3 (15)	19 (27,1)
MI.11-50	0 (0)	0 (0)	2 (10)	1 (1,4)
Over 100	5 (71,4)	3 (33,3)	2 (10)	0 (0)
Total	7 (100)	9 (100)	20 (100)	70 (100)

Som en kan se av tabellen over, er det blant enhetene som behandler flest antall saker med annen problematikk mest vanlig å få henvist få saker, mens enhetene som utelukkende behandler problematikken får også henvist flest barn som har opplevd vold og seksuelle overgrep. Det er en signifikant sammenheng mellom antall

henviste klienter og hvor spesialisert behandlingstilbudene er; $\chi^2 (15) = 63,50$, $p < .001$. De 10 institusjonene som får henvist over 100 barn som har opplevd vold og seksuelle overgrep var 8 barnehus og 2 BUP-er.

Respondentene fikk videre spørsmål om hvor mange volds- og overgrepsutsatte barn og ungdom de har *tatt imot* til utredning eller behandling ved sin enhet i 2014, det vil si antallet som mottok et tilbud og ikke ble avvist.

Figur 3.4 Oversikt over hvor mange volds- og overgrepsutsatte barn som har blitt tatt imot til utredning eller behandling i 2014



*Stolpene representerer prosentinndeling innen mottatte voldssaker og mottatte overgrepssaker separat

Som vises av stolpediagrammet, svarer flesteparten ($n = 65$, 61,3 %) at de tar imot mellom 1-10 voldsutsatte barn eller ungdom, og det er også flest enheter ($n = 81$, 78,6 %) som oppgir at de tar inn mellom 1-10 saker hvor barn har opplevd seksuelle overgrep. Mange ledere ($n = 27$) svarer vet ikke på spørsmålet. Enhetene som behandler færrest saker hvor barn hadde opplevd vold og seksuelle overgrep er mest representert blant de brede behandlingstilbudene (tilbudene som behandlet flest antall saker med annen type problematikk), mens enhetene som behandler flest volds- og overgrepssaker er mest representert blant de spesialiserte tilbudene. Det er både en signifikant sammenheng mellom *antall voldssaker* som blir tatt i mot til utredning eller behandling og hvor spesialiserte behandlingstilbudene er ($\chi^2 (15) = 54,57$, $p < 0,001$) og *antall overgrepssaker* som blir tatt imot til utredning eller behandling og hvor spesialiserte tilbudene er ($\chi^2 (15) = 82,30$, $p < 0,001$).

Behandlingsenhetene ble også bedt om å anslå antall saker i løpet av 2014 hvor æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse hadde vært et tema.

Tabell 3.4 Oversikt over hvor mange saker i løpet av 2014 hvor æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse har vært et tema

	Æresrelatert vold	Tvangsekteskap	Kjønnslemlestelse
	N (%)	N (%)	N (%)
Ingen	70 (72,2)	83 (84,7)	88 (88,0)
1-5	23 (23,7)	12 (12,2)	11 (11,0)
6-10	1 (1,0)	2 (2,0)	1 (1,0)
11-50	2 (2,1)	1 (1,0)	0 (0)
Over 50	1 (1,0)	0 (0)	0 (0)
Total	97 (100)	98 (100)	100 (100)

*Vet-ikke svar er ekskludert i denne fremstillingen.

Som det fremgår av tabellen representerer alle disse relativt sjeldne problemstillinger. Av de tre, forekommer oftest saker med æresrelatert vold, selv om disse også utgjør et lavt antall saker. Også her er det verdt å merke seg at et betydelig antall behandlingsenheter svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. Videre var det ønskelig å se på om det var geografiske forskjeller når det kom til hvor ofte denne tematikken kommer opp. Som det fremgår av oversiktene i vedlegg 1, er antall saker relativt jevnt fordelt over de fire landsregionene, men det er noen flere saker i Sør-Øst. Når det gjelder æresrelatert vold er det også verdt å merke seg at én behandlingsenhet oppgir å ha fått inn over 50 saker med denne problematikken i 2014.

For å få mer oversikt over henvisnings- og inntaksrutiner, fikk behandlingsenhetene spørsmål om hvor de oftest får henvisning fra eller blir kontaktet av i saker hvor barn har blitt utsatt for vold eller overgrep.

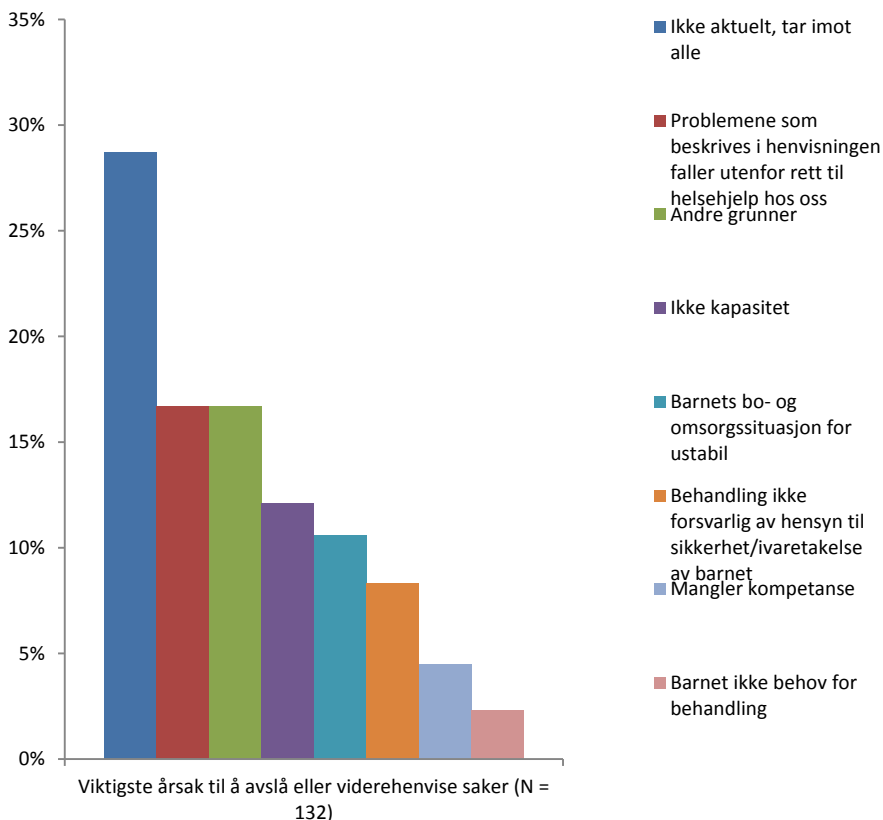
Tabell 3.5 Oversikt over hvor enhetene/praksisene oftest får henvisning fra/blir kontaktet av i saker hvor barn og ungdom har opplevd vold og overgrep (N=138)

Henvisende instans	N (%)
Fastlege	18 (13)
Barnevernstjenesten	86 (62,3)
Barnets/ ungdommens familie	9 (6,5)
Ungdommen selv	3 (2,2)
Helsestasjon	1 (0,7)
Politi og rettsvesen	9 (6,5)
BUP	6 (4,3)
Annen spesialisthelsetjeneste	3 (2,2)
Andre	3 (2,2)
Total	138 (100)

Flertallet (62,3 %) svarer at de oftest får henvisning fra barnevernstjenesten. Svarene varierer imidlertid noe fra enhet til enhet. Mens de fleste av BUP-ene (76,7 %) oppgir at henvisningene kommer fra barnevernstjenesten, svarer størsteparten av de privatpraktiserende (47,6 %) at de oftest får henvisninger fra fastlegen, og størsteparten av familievernkontorene (42,9 %) svarer at de oftest blir kontaktet av familien eller ungdommen selv. Dette er naturlig da familievern tjenesten, i motsetning til mange av de andre behandlingsenhetene, er et lavterskeltilbud hvor familiene har anledning til å henvende seg direkte til tjenestene uten henvisning fra andre instanser.

Til slutt ble respondentene stilt spørsmål om hva som er den viktigste årsaken til å avslå eller henvise videre saker der barn eller ungdom har opplevd vold eller overgrep.

Figur 3.5 Oversikt over enhetenes svar over hva som er viktigste årsak til å viderehenvise eller avslå saker der barn har opplevd vold eller overgrep (N=132)



* Vet-ikke svar er ekskludert i denne fremstillingen.

* Hver stolpe representerer prosentandel enheter som har besvart hver svarkategori.

Ved de fleste behandlingsenheter er ikke dette aktuelt, da respondentene svarer at de tar inn alle saker der barn eller ungdom har opplevd vold eller overgrep. Imidlertid oppgir mange ($n = 22$, 16,7 %) at den vanligste årsak til avslag eller viderehenvisning er at problemene som beskrives i henvisningen faller utenfor rett til helsehjelp ved den aktuelle institusjonen, og flere ($n = 16$, 12,1 %) formidler at institusjonen ikke har kapasitet. Mange ($n = 22$, 16,7 %) oppgir imidlertid at det hovedsakelig er andre årsaker til at institusjonen avslår eller viderehenviser disse sakene, først og fremst at det finnes andre instanser med mer kompetanse. Det er imidlertid interessante forskjeller mellom institusjonene i hva som oppgis som viktigste årsak til å avslå eller viderehenvise saker. Relativt mange av både BUP-ene ($n = 11$, 26,8 %) og familievernkontorene ($n = 6$, 28,6 %) har krysset av for at viktigste årsak til avslag eller viderehenvisning er at problemene som beskrives i henvisningen faller utenfor rett til helsehjelp²⁶, mens mange barnevernsinstitusjoner ($n = 8$, 50 %) oppgir at mangel på kapasitet er hovedgrunn til avslag eller viderehenvisning. Blant familievernkontorene oppgir også noen ($n = 4$, 19 %) at hovedgrunn til å avslå eller henvise videre er at de ikke har kompetanse på denne typen problematikk.

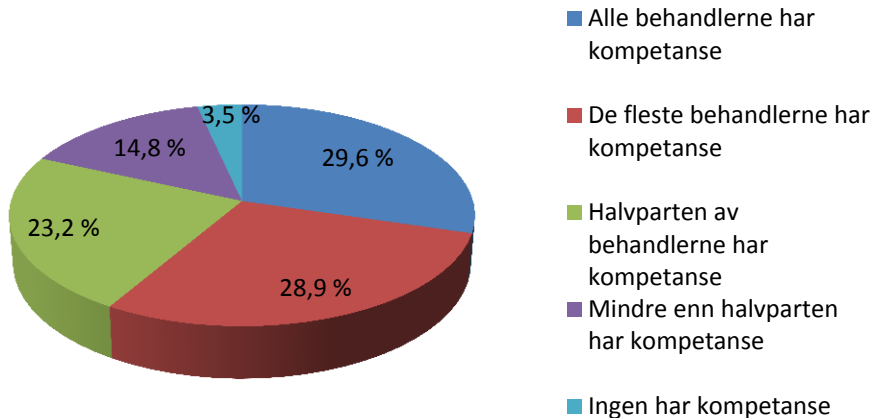
3.1.3 Terapeutenes bakgrunn og kompetanse

Resultatene viser at de fleste behandlingsenhetene har et tverrfaglig terapeutmiljø, hvor det er ansatt terapeuter med ulike profesjoner som psykologer, leger, sosionomer, barnevernspedagoger og pedagoger. I gjennomsnitt er det ansatt flest psykologer eller psykologspesialister ved behandlingsenhetene (5,8 psykologer per deltakende institusjon). Dette varierer imidlertid ved de ulike institusjonene. Mens BUP, familievern og ATV oppgir at de gjennomsnittlig har flest psykologer og psykologspesialister sett i forhold til andre profesjonsbakgrunner, formidler barnehusene at de har flest sosionomer, og barnevernsinstitusjonene rapporterer om flest barnevernspedagoger (se vedlegg 2 for mer detaljerte svar). Terapeutenes profesjonsbakgrunn er heller ikke jevnt fordelt på de ulike landsregionene. Mens det både i region Sør-Øst, region Vest og region Midt gjennomsnittlig er ansatt flest psykologer eller psykologspesialister, er det i region Nord gjennomsnittlig flest sykepleiere eller psykiatriske sykepleiere.

²⁶ I utgangspunktet var dette svaralternativet myntet på behandlingsenheter som er sortert under helselovgivningen og hvor ikke alle henvisninger vil tilfredsstille en formell rett til nødvendig helsehjelp (jf. prioriteringsveilederen i spesialisthelsetjenesten). Familievernkontorene har ikke en rettighetsbasert behandling slik som BUP. De kontorene som likevel har krysset av for dette svaralternativet har trolig ment at behandling av de aktuelle sakene faller utenfor deres behandlingsmandat.

Klinikkene fikk videre spørsmål om hvor mange av de ansatte terapeutene som har spesifikk kompetanse i å behandle barn og unge som har opplevd vold og overgrep.

Figur 3.6 Diagram med oversikt over hva enhetene har svart om andelen behandlerne som har kompetanse i å behandle barn utsatt for vold og overgrep (N=142)



Majoriteten (58,5 %) av behandlingsenheter eller praksiser oppgir at enten «*alle*» eller «*de fleste*» av terapeutene har kompetanse i å behandle utsatte barn og ungdom. Kun fem enheter (3,5 %) oppgir at ingen av deres behandlere har kompetanse i å behandle målgruppen. Det er imidlertid en større andel behandlingspraksiser som oppgir at «*alle*» eller «*de fleste*» av terapeutene har kompetanse blant barnehusene (100 %) og privatpraktiserende (91,3 %), enn blant barnevernsinstitusjoner (44,5 %), BUP (44,2 %) og familievernkontor (52,1 %). De fleste BUP-er (55,8 %) og familievernkontor (47,7 %) oppgir at «halvparten» eller «mindre enn halvparten» av terapeutene har kompetanse på å behandle vold og traumeutsatte barn og ungdom. Denne oversikten er basert på hva lederne selv oppgir at de har av kompetanse. Hva som ligger i begrepet kompetanse kan imidlertid ha blitt ulikt forstått av behandlingsenhetene/praksisene. Naturlig nok vil kompetansen være ulikt fordelt mellom ulike behandlingsenheter fordi behandlerne ved de ulike enhetene har ulike profesjonsbakgrunn. For eksempel har alle psykologer kompetanse i diagnostisering og behandling av alle lidelser og tilstander basert på ICD-10 (Helsedirektoratet, 2015a), noe som inkluderer de mest sannsynlige følgetilstandene etter traumer, som traumatiske reaksjoner, PTSD eller ulike typer tilpasningsforstyrrelser. Det ble likevel vurdert som relevant å inkludere behandlingsenhetenes vurdering av hva

slags kompetanse de hadde på å behandle barn og unge som hadde opplevd vold og overgrep.

En fullstendig oversikt over hvordan behandlingsenhetene ser på sin egen kompetanse fordelt på de ulike enhetene kan en finne i vedlegg 3.

Respondentene ble videre bedt om selv å beskrive videreutdanningen og kursene til terapeutene med kompetanse i å behandle barn og unge utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Det formidles her om alt fra kompetanse som terapeutene har fått gjennom sin grunn- og spesialistutdannelse, generelle tilnærminger som tilknytningsteori, kursing gjennom tryggere traumeterapeuter, til opplæring i mer spesifikke metoder som TF-CBT og EMDR. I tabellen under vises hva informantene har rapportert at behandlerne ved deres enhet/praksis har av videreutdanning i spesifikke behandlingsmetoder, andre videreutdanninger samt diverse kurs/opplæring som terapeutene har om barn som har opplevd vold og seksuelle overgrep. Noen informanter har spesifisert terapeutenes kompetanse mer enn andre.

Tabell 3.6 Videreutdanning og kurs/opplæring av terapeutene med kompetanse på å behandle barn og ungdom utsatt for vold og overgrep

Videreutdanning/ opplæring i spesifikke metoder:

- TF-CBT (28)²⁷
- EMDR (27)
- COS (Circle of Security) (9)
- Narrativ terapi/narrativ traumebehandling (4), Sensomotorisk psykoterapi (4) TFCO (2), MST (2), NMT (2), DBT Dialektisk atferdsterapi (1), Theraplay (1) KIDnet (1), IRRIT (Imagery Rescripting and Reprocessing Thereapy) (1)

Annen videreutdanning/fordypning:

- Videreutdanning i kognitiv terapi (13)
 - Videreutdanning i familieterapi (7), sexologi (1)
 - Masterutdanning, vold og traumer (2)
 - Fordypning, barneanalyse (1), gestaltterapi (1), leketerapi (1),
 - Videreutdanning i diverse uspesifiserte traumeutdanninger (19)
-

²⁷ Tallene i parentes representerer antall enheter som beskriver den spesifikke kompetansen eller utdanningen

Diverse kurs og opplæring:

- Diverse kurs om vold og overgrep, uspesifisert (29)
- Traumebevisst/traumebasert omsorg (8)
- Trygg Base (6)
- Tryggere traumeterapeuter (6)
- Traume ABC/ABC traumekurs (3)
- Kurs i traumeutredning, inkludert identifisering av triggere, stabilisering, desensitivisering/eksponering (5)
- Kurs i tryggere barndom (1) og traumesensitivt familievern (1)
- Psykologisk førstehjelp (1)
- Kurs om dissosiative lidelser, traumeforståelse og komplekse traumer (13)
- Opplæring om utviklingstraumer (3) og tilknytningsteori (2)
- Annen traumerelevant kompetanse og kompetanseheving, uspesifisert (5)
- «Bruk av manualen, «Tilbake til nåtid» (1)

Behandlingsenhetene ble også spurt om de hadde terapeuter med kompetanse på æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse.

Tabell 3.7 Andel terapeuter som har kompetanse på æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse

	Æresrelatert vold	Tvangsekteskap	Kjønnslemlestelse
	<u>N (%)</u>	<u>N (%)</u>	<u>N (%)</u>
Alle	5 (5,1)	5 (5,0)	3 (3,1)
De fleste	3 (3,1)	2 (2,0)	3 (3,1)
Halvparten	9 (9,2)	6 (6,0)	4 (4,1)
Mindre enn halvparten	30 (30,6)	34 (34,0)	32 (32,7)
Ingen	51 (52,0)	53 (53,0)	56 (57,1)
Total	98 (100)	100 (100)	98 (100)

*Vet-ikke svar er ekskludert i denne fremstillingen.

Det er en relativt stor andel av klinikkene hvor ingen av terapeutene har kompetanse på dette området. I tillegg svarer flere enheter at de ikke vet om terapeutene deres har kompetanse.

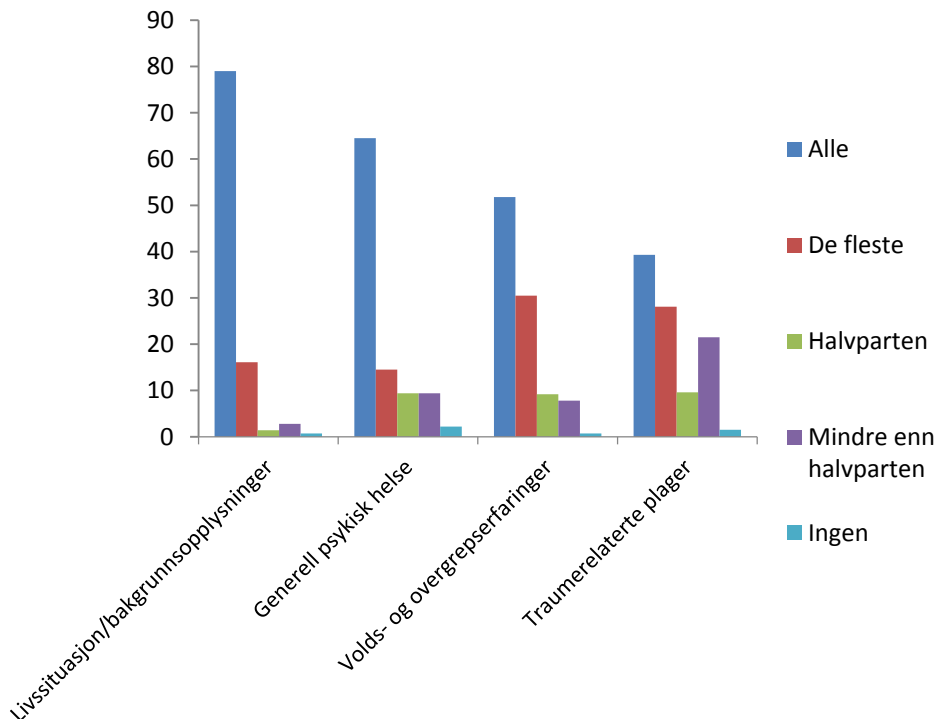
3.1.4 Kartlegging og kartleggingsrutiner

Alle behandlingsenhetene ble spurt om sine kartleggingsrutiner; både hva som inngår i kartleggingen, hvilke kartleggingsskjemaer som brukes, hvem som inkluderes i

kartleggingen (barna/ foreldrene/ andre), og eventuelle årsaker til ikke å kartlegge barna eller ungdommene for volds- og overgrepserfaringer og traumerelaterte plager.

Først fikk lederne spørsmål om hvorvidt og hvor mange av de som tas inn til utredning eller behandling som kartlegges for; 1) *livssituasjon og bakgrunnsopplysninger*, 2) *generell psykisk helse*, 3) *utsatthet for vold og overgrep*, og 4) *traumerelaterte plager*.

Figur 3.7 Kartlegging av livssituasjon/ bakgrunnsopplysninger, generell psykisk helse, utsatthet for vold og overgrep og traumerelaterte plager



*Stolpene viser prosentinnndelingen innen hver kartleggingskategori.

Stolpediagrammet viser at enhetene kartlegger flere for *livssituasjon/bakgrunnsopplysninger* og *generell psykisk helse* enn for *volds- og overgrepserfaringer* og *traumerelaterte vansker*. Om lag halvparten av enhetene (51,8 %) oppgir at *alle* barna og ungdommene kartlegges for volds- og overgrepserfaringer, og 30,5 % av enhetene svarer at *de fleste* klientene kartlegges for disse erfaringer. Omfanget av kartleggingen varierer imidlertid mellom de ulike behandlingseenhetene. Mens 58,1 % av BUP-ene oppgir at de kartlegger alle, svarer kun 13,6 % av familievernkontorene at *alle* blir kartlagt. Det er likevel få instanser

som ikke har fokus på kartlegging av volds- og overgrepserfaringer. Få rapporterer at «mindre enn halvparten» eller «ingen» av barna kartlegges for volds- og overgrepserfaringer, men dette varierer også mellom behandlingsenhetene. En oversikt over hva de ulike enhetene svarer om kartlegging vises i vedlegg 4.

Videre oppgir 86 (63,7 %) behandlingsenheter at de benytter spesifikke kartleggingsverktøy for å spørre om volds- og overgrepserfaringer eller om traumerelaterte vansker, mens 47 (34,8 %) svarer at de ikke bruker noen spesifikke verktøy. Fem enheter oppgir at de ikke vet om kartleggingsverktøy benyttes ved behandlingsenheten. De som oftes bruker konkrete kartleggingsverktøy er barnehusene, hvor alle benytter spesifikke kartleggingsverktøy, og BUP, hvor omtrent 95 % har kartleggingsverktøy de benytter. Ved familievernkontorene oppgir kun om lag 15 % at de benytter konkrete verktøy for å spørre om volds- og overgrepshendelser eller traumerelaterte vansker. Det som oppgis brukt av spesifikke kartleggingsverktøy for å oppdage volds- og overgrepserfaringer og traumerelaterte vansker presenteres i vedlegg 5.

Enhetene oppga også hvem som ble involvert i kartleggingen av barnet.

Tabell 3.8 Involvering i kartleggingen av volds- og overgrepserfaringer når barnet er under 12 år og når barnet er 12 år eller eldre

	Antall Ja (%)		Total N (%)
	Når barnet er under 12 år	Når barnet er 12 år eller eldre	
Foreldre/ omsorgsgivere	112 (76,2)	119 (81,0)	147 (100)
Barnet	109 (74,1)	131 (89,1)	147 (100)
Andre	71 (48,3)	77 (52,4)	147 (100)

Hovedtendensen, både når barnet er under 12 år og 12 år og eldre, er at både barnet og omsorgsgivere inkluderes i kartleggingen. Dette varierer på tvers av de ulike institusjonene. Både der barnet er yngre enn 12 år, eller 12 eller eldre, er det BUP, barnehus og familievernkontorene som har høyest andel av *foreldre* med i kartleggingen. De som minst involverer foreldrene, er privatpraktiserende og barnevernsinstitusjonene. *Mest involvering av barnet* skjer på BUP og barnehusene, familievernet følger deretter, og lavest inkludering av barnet skjer av de privatpraktiserende. Om lag 50 % oppgir at de også involverer «andre» i kartleggingen av barnet. Når informantene beskriver disse «andre», trekker mange frem barnevernstjenesten, i tillegg til samarbeidspartnere som fastlege, helsestasjon, ansatte i barnehagen, lærere på skolen, PPT, BUP, barnehus og politi samt andre

viktige voksne rundt barnet som øvrige familiemedlemmer, inkludert utvidet familie og slektninger, og familiens nettverk. Det er en svak tendens til at disse «*andre*» oftest involveres når barnet er 12 år eller eldre. Barnehuset involverer oftest *andre* i kartleggingen av barnet.

Den største andelen av informanter (50,4 %, $n = 68$) svarer at de har inntrykk av at terapeutene ved deres institusjon er komfortable med å spørre barn om utsatthet for vold og overgrep, 48,1 % ($n=65$) beskriver imidlertid at terapeutene er «delvis komfortable», to (1,5 %) svarer at terapeutene ikke er komfortable. Informantene får videre spørsmål om hva de tenker kan være viktigste årsaken til at terapeutene kan være ukomfortable. Svarene fordeler seg på de ulike svarkategoriene som følger:

Tabell 3.9 Mulige årsaker til at terapeutene kan være ukomfortable med å kartlegge for volds- og overgrepserfaringer

	Antall Ja (%)	Total N (%)
Vet ikke hvordan spørre/kartlegge	25 (17,0)	147 (100)
Opplever det som for sensitivt å spørre	38 (25,9)	147 (100)
Uetisk å spørre	4 (2,7)	147 (100)
Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen	19 (12,9)	147 (100)
Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen	19 (12,9)	147 (100)
Usikker på hva de skal gjøre hvis positivt svar	26 (17,7)	147 (100)
Ser ikke nytten	3 (2,0)	147 (100)
Andre grunner	8 (5,4)	147 (100)

På spørsmål om de opplever andre hindringer som gjør det vanskelig å kartlegge barn eller ungdom for vold og overgrep svarte 37 (25,1 %) behandlingsenheter bekreftende. Tre typer hindringer trekkes særlig frem.

- For det første trekkes det frem utfordringer og dilemmaer knyttet til selve kartleggingen. Informantene formidler at det er utfordrende når barna ikke ønsker å fortelle om det de har opplevd, og at barn som er traumatiserte trenger tid før de er klare til å snakke om sine opplevelser. Andre beskriver utfordringer når det er mistanke om at foreldre selv utsetter barna sine for vold og overgrep, eller der det er konflikt mellom foreldrene.
- Den andre kategorien av hindringer handler om de ytre rammene for arbeidet; først og fremst at behandlingsenhetene opplever et for stort tidspress, og at det er for ressurskrevende å gjennomføre en systematisk utredning av alle barn og ungdom.
- Til slutt trekker noen behandlingsenheter frem språklige utfordringer i de tilfellene der barna og familiene ikke snakker norsk.

På spørsmål om de har rutiner for når og hvordan de spør klientene sine om æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, svarer 17,8 % at de har rutiner for å spørre om æresrelatert vold, mens 82,2 % ikke har rutiner for å spørre om denne problematikken²⁸. Når det gjelder tvangsekteskap har 14,6 % av behandlingsenhetene rutiner for når og hvordan de spør klientene sine om dette, mens 85,4 % ikke har det²⁹. Til sist svarte 15 % av behandlingsenhetene at de hadde rutiner for når og hvordan de skulle spørre om kjønnslemlestelse, mens 85 % hadde ikke rutiner for dette³⁰. Igjen ser vi altså at det ser ut til å være relativt lite fokus på denne problematikken, men at æresrelatert vold ser ut til å ha mest fokus av de tre.

3.1.5 Innhold, form og lengde på behandlingen

Under følger en oversikt over hvilken type behandling de ulike behandlingsenhetene tilbyr barn og unge utsatt for vold og overgrep

Tabell 3.10 Oversikt over hva enhetene har svart at barna som har opplevd vold og overgrep får av behandling

	Tilbyr³¹	Tilbyr til alle³²	Tilbyr til minst halvparten³³	Totalt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Kognitiv terapi	84 (86,6)	9 (9,3)	57 (58,8)	97 (100)
Atferdsterapi	48 (64,0)	15 (20,0)	30 (40,0)	75 (100)
Psykodynamisk terapi	39 (54,9)	2 (2,8)	19 (26,8)	71 (100)
Systemisk terapi	73 (83,9)	15 (17,2)	45 (51,7)	87 (100)
Narrativ terapi	43 (67,2)	-	18 (28,1)	64 (100)
EMDR	48 (64,0)	2 (2,7)	19 (25,3)	75 (100)
TF-CBT	31 (46,3)	1 (1,5)	20 (29,9)	67 (100)
Annen traumespesifikk behandling	62 (80,5)	12 (15,6)	38 (49,4)	77 (100)
Akutt hjelp/krisehjelp	69 (84,1)	10 (12,2)	34 (41,5)	82 (100)
Kroppssorientert	19 (30,6)	-	2 (3,2)	62 (100)
Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening	74 (88,1)	10 (11,9)	53 (63,1)	84 (100)
Eklektisk terapi	42 (67,7)	6 (9,7)	22 (35,5)	62 (100)

²⁸ N = 107. Vet ikke-svar er tatt ut av oversikten.

²⁹ N = 103. Vet ikke-svar er tatt ut av oversikten.

³⁰ N = 100. Vet ikke-svar er tatt ut av oversikten.

³¹ Tallene gjenspeiler hvorvidt enheten i det hele tatt tilbyr behandlingen.

³² Tallene gjenspeiler hvor mange enheter som oppgir at alle klienter får behandlingen

³³ Tallene gjenspeiler hvor mange enheter som oppgir at minst halvparten av klientene får behandlingen

Emosjonsfokusert terapi	33 (51,6)	3 (4,7)	12 (18,8)	64 (100)
Dialektisk atferdsterapi	21 (33,9)	1 (1,6)	6 (9,7)	62 (100)
Medisinering	34 (55,7)	1 (1,6)	6 (9,8)	61 (100)

*vet ikke-svar er ekskludert i denne oversikten

Kognitiv terapi er den behandlingstilnærmingen som tilbys ved flest enheter. Til sammen 84 av de 97 enhetene som har besvart dette spørsmålet, tilbyr kognitiv terapi. Bruk av stabiliserings- og ferdighetsøvelser³⁴ er også utbredt, og tilbys ved 74 behandlingssenheter. Videre tilbyr 53 enheter stabiliserings- og ferdighetsøvelser til minst halvparten av de utsatte barna, og 57 tilbyr kognitiv terapi til minst halvparten av barna. Atferdsterapi og systemisk terapi er imidlertid den terapiformen som flest tilbyr *alle* volds- og overgrepssatte barn ($n=15$). Årsaken til at det er litt forskjellig profil på hva enhetene rapporterer at de tilbyr til alle, og hvorvidt de i det hele tatt tilbyr behandlingen eller ikke, er trolig at spesialiserte klinikker er forankret i noen spesifikke behandlingsmodeller. Både TF-CBT og EMDR, som er evidensbaserte metoder for behandling av traumerelaterte vansker, tilbys ved flere av behandlingssenheter. Det er imidlertid verdt å merke seg at mange behandlingssenheter svarer «vet ikke» eller hopper over spørsmålene om hvilke behandlingsmetoder som benyttes.

Vi undersøkte også behandlingen på tvers av de ulike instansene. Her kommer det frem at atferdsterapi først og fremst benyttes ved barnevernsinstitusjonene. Kognitiv terapi tilbys både ved BUP og barnevernsinstitusjoner. Ved familievernkontorene er det først og fremst systemisk terapi som tilbys for barn og ungdom som har opplevd vold og overgrep. De traumespesifikke metodene TF-CBT tilbys ved BUP og EMDR tilbys ved BUP og privatpraktiserende. Mer enn halvparten av BUP-ene oppgir at minst halvparten av barn har opplevd vold og overgrep får TF-CBT, og ca. 30 % oppgir at minst halvparten får EMDR. Halvparten av de privatpraktiserende oppgir at minst halvparten av barna får EMDR (for oversikt over hvordan svarene fordeler seg på de ulike institusjonene, se vedlegg 6).

De instansene som oppga at de brukte *andre* traumespesifikke metoder ble bedt om å spesifisere disse metodene, og da ble følgende metoder eller tilnærminger nevnt: Abuse clarification (1), COS (1), Treatment Foster Care Oregon (TFCO) (Bergström & Højman, 2015; TFCO Consultants Inc), KID-NET (1), NMT (1), Theraplay (1),

³⁴ Stabiliserings- og ferdighetsøvelser regnes ikke som en egen behandlingsmetode, men kan benyttes for at barna kan bedre ferdighetene for å håndtere sine vansker, at barna og ungdommene kan forstå hvordan vold og overgrep kan påvirke tanker, følelser og kropp. Det blir ofte benyttet avslapningsteknikker og pusteøvelser.

Traumefokusert leketerapi (1) og generelle tilnærminger som Traumebevisst omsorg (1) og Traumebevisst barnevern (1)

Enhetene ble også forespurt om lengden på behandlingen. I tabellen under følger en oversikt over svarene som oppgis.

Tabell 3.11 Oversikt over oppgitt lengde på behandlingene

	< 6 timer N (%)	6-10 timer N (%)	11-20 timer N (%)	>20 timer N (%)
Alle	4 (6,5)	1 (1,8)	3 (4,8)	16 (19,8)
De fleste	15 (24,2)	10 (17,5)	20 (31,7)	21 (25,9)
Halvparten	6 (8,7)	13 (22,8)	9 (14,3)	4 (4,9)
Mindre enn halvparten	22 (35,5)	24 (42,1)	19 (30,2)	26 (32,1)
Ingen	15 (24,2)	9 (15,8)	12 (19,0)	14 (17,3)
Total	62 (100)	57 (100)	63 (100)	81 (100)

*Vet ikke-svar ekskludert fra denne oversikten.

Mange behandlingssenheter svarer «*vet ikke*» eller hopper over det aktuelle spørsmålet. Blant de som svarer, oppgir mange enheter at de «*de fleste*» eller «*alle*» terapiene har en behandlingsslengde som er mellom 11-20 behandlingstimer (36,5 %) eller over 20 behandlingstimer (48,1 %). Nesten to tredjedeler av enhetene rapporterer at «*mindre enn halvparten*» eller «*ingen*» av terapiene tilbys i mindre enn seks behandlingstimer.

Behandlingssenheterne ble også bedt om å oppgi hvorvidt behandlingen blir gitt i gruppe eller individuelt.

Tabell 3.12 Oversikt over oppgitt form på behandlingen

	Individualterapi N (%)	Gruppeterapi N (%)	Familieterapi N (%)
Alle	31 (26,1)	-	18 (18,0)
De fleste	48 (40,3)	5 (6,1)	24 (24,0)
Halvparten	9 (7,6)	3 (3,7)	19 (19,0)
Mindre enn halvparten	23 (19,3)	18 (22,0)	32 (32,0)
Ingen	8 (6,7)	56 (68,3)	7 (7,0)
Total	119 (100)	82 (100)	100 (100)

*Vet ikke-svar ekskludert fra tabellen.

Det er også her mange respondenter som svarer «vet-ikke» eller hopper over svarene. Av de som har svart, oppgir imidlertid 79 behandlingsenheter (66,4 %) at «de fleste» eller «alle» klientene mottar individualterapi. Færre ($n=42$, 42 %) oppgir at «alle» eller «de fleste» av klientene får familierapi, mens kun fem enheter (6,1 %) besvarer at «de fleste» eller «alle» klientene får gruppeterapi. Det virker derfor som om det vanligste er å tilby individuell behandling når barn og ungdom har opplevd vold eller seksuelle overgrep. Tendensen til at individualterapi er det vanligste å tilby er noenlunde jevnt fordelt på de ulike institusjonstyper. Unntaket er familievernkontorene, hvor familierapi er det vanligste. Se vedlegg 7 for hva de ulike institusjonene har svart om formen på behandlingen.

Vi var også interessert i å få vite hvem som var involvert i behandlingen av barn og unge som har opplevd vold eller overgrep.

Tabell 3.13 Oversikt over hvem det er vanligst å involvere i behandlingen av barn og unge som har opplevd vold eller overgrep

	Når barnet er mellom 3 og 5 år <i>N (%)</i>	Når barnet er mellom 6 og 10 år <i>N (%)</i>	Når barnet er mellom 11 og 18 år <i>N (%)</i>
Hovedsakelig barna alene	2 (2,3)	3 (3,4)	38 (30,6)
Hovedsakelig omsorgsgivere alene	41 (47,7)	10 (11,2)	7 (5,7)
Hovedsakelig både barna og omsorgsgivere	43 (50,0)	76 (85,4)	79 (63,7)
Total	86 (100)	89 (100)	124 (100)

*Vet ikke-svar ekskludert fra oversikten.

Som en kan se i tabellen, varierer svarene i forhold til alderen på barnet. Det er også mange behandlingsenheter som svarer «vet-ikke» (38 instanser har svart dette på spørsmålet om hvem som er involvert i behandlingen når barnet er mellom 3 og 5 år). For de som har svart, er det i behandlingen av alle aldersgrupper imidlertid vanligst å involvere både barnet og omsorgsgiveren, mens det å arbeide med omsorgsgiveren alene blir mindre vanlig ettersom barnet eller ungdommen blir eldre.

3.1.6 Samarbeid med andre instanser rundt barn og unge som har opplevd vold og overgrep

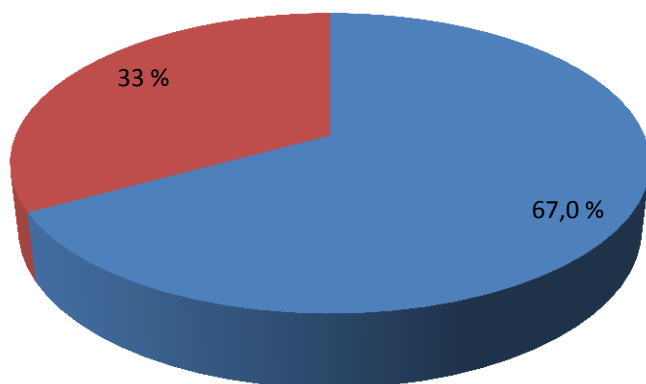
«den største barrieren er at BUP ikke vil starte behandlingen når omsorgsbasen er for ustabil, og dette på tross av at barneverntjenesten har ferdigstilt en undersøkelse og konkludert med at barnet bør bli boende»

Barn og ungdom som har opplevd vold og seksuelle overgrep, har ofte behov for oppfølging og hjelp på flere arenaer.

Figur 3.8 Rutiner for samarbeid rundt barn som er utsatt for vold og overgrep (N=140)

Rutiner for samarbeid rundt barn og unge utsatt for vold og overgrep (N = 140)

■ Har rutiner for samarbeid ■ Har ikke rutiner for samarbeid



Slik det fremgår av diagrammet, oppgir to tredjedeler av alle enhetene at de har rutiner for samarbeid rundt barn som har opplevd vold og overgrep, mens en tredjedel ikke har slike rutiner. De som svarer at de har rutiner for samarbeid, vurderer disse stort sett som gode, 79,2 % ($n = 76$) opplever rutineene som svært gode eller gode, mens 20,8 % ($n = 20$) oppgir at rutineene verken er gode eller dårlige. Ingen vurderer samarbeidsrutineene som dårlige.

Til slutt ble enhetene bedt om å beskrive hvem de samarbeider med i saker som omhandler æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

Tabell 3.14 Behandlingsenhetenes samarbeidspartnere i saker med æresrelatert vold/tvangsekteskap/kjønnslemlestelse

Æresrelatert vold	Tvangsekteskap	Kjønnslemlestelse
Barnevern (7)	Politi/påtalemynd. (6)	Barnevern (7)
Politi/påtalemyndighet (7)	Barnevern (5)	Politi/påtalemyndighet (4)
Kommunalt kompetanseteam (4)	Kommunalt kompetanseteam (2)	Sykehus/somatisk helsetjeneste (3)
Skole (3)	Skole (1)	Fastlege/primærhelsetj. (3)
BUP/Spesialisthelsetjeneste (2)	Andre enheter innenfor samme instans (1)	Skole (2)
RVTS (2)	Røde Kors (1)	nedslagsfesøster (2)
Krisesenter (2)	Asylmottak (1)	RVTS (1)
Andre enheter innenfor samme instans (2)	Fastlege (1)	Asylmottak (1)
NAV (2)	NAV (1)	NAV (1)
Fastlege (2)	RVTS (1)	
Helsesøster (1)	Spes.helsetj. (1)	
Asylmottak (1)		
Fosterhjem (1)		
Røde Kors (1)		
EMPO, flerkulturelt ressurssenter (1)		

*Tallene i parentes er antall enheter/informanter som svarer at de samarbeider med instansene.

Ved æresrelatert vold har behandlingsenhetene bredest samarbeidsflate. Videre ser vi igjen at barnevernstjenesten er en sentral samarbeidspartner, i tillegg til politi/påtalemyndighet.

For å kunne lære av behandlingsenhetenes egne erfaringer og vurderinger, ble behandlingsenhetene bedt om å beskrive hva de trenger for å oppnå et optimalt samarbeid rundt barn og unge som har opplevd vold og overgrep. De ulike beskrivelsene sentrerer seg rundt noen hovedområder.

Forbedring i rutiner og retningslinjer.

For det første er det mange behandlingsenheter (13)³⁵ som beskriver at de savner tydelige rutiner og retningslinjer for samarbeid, at rutiner blir skriftliggjort, at samarbeidsavtalene blir tydeligere, og at de blir godt implementert ved for eksempel

³⁵ Tallene i parentes representerer antall informanter/ behandlingsenheter

at nyansatte får god innføring i rutineene. Det er også flere (10) som trekker frem et ønske om at det bør være tydeligere ansvarsfordelinger i samarbeidsgrupper, og at ansvar skal være forpliktende uten mulighet for å fraskrive seg det.

Økt kunnskap og et ønske om en felles faglig plattform

Mange av informantene (22) etterlyser økt kompetanse og kunnskap hos alle som arbeider og hjelper barn som har opplevd vold og overgrep. De formidler et ønske om at alle samarbeidende personer har noe kunnskap om traumer, og de savner en felles faglig plattform i samarbeidet.

Større åpenhet, samarbeidsvilje og fleksibilitet

Åpenhet og samarbeidsvilje, ydmykhet og respekt for hverandres ståsted er også noe som trekkes frem av flere av informantene (11) for å oppnå et bedre samarbeid rundt utsatte barn og ungdom. Samtidig som noen behandlingsenheter etterlyser tydeligere rutiner og retningslinjer (se første kategori), ønsker andre informanter (5) større mulighet for fleksibilitet i samarbeidet, for eksempel mulighet for å arbeide mer utadrettet og ambulant.

Andre forslag til forbedringer

Det er mange behandlingsenheter som formidler konkrete forslag til forbedringer i samarbeidet rundt barn som har opplevd vold og overgrep. Ønske om flere felles fora for å drøfte samarbeid, utfordringer og behov (4), og ha anledning til å ha tettere kontakt i samarbeidsgrupper (7), spesielt i de vanskelige sakene, og spesielt i kontakten med kompetent personell, er noe som løftes frem av flere. Andre (5) trekker frem tidsaspektet, og viktigheten av å komme inn tidlig i saker der barn har opplevd vold og overgrep. Det beskrives at barn ofte kan trenge samtidig hjelp fra flere tjenester, og at det da kan være avgjørende at det finnes direktelinjer uten henvisning og ventetid. Det er også noen få informanter (2) som løfter frem at det burde være bedre rutiner for oppfølging etter avslutning av behandling, og i overgangsfaser av oppfølgingen.

Bedre samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten- den største utfordringen som løftes frem

Det er en rekke informanter som løfter frem utfordringer i samarbeidet med kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Flere (9) etterlyser en bedre lokal oppfølging og bedre rutiner i samarbeidet med kommunale tjenester, som barnevern og ressursteam i kommunen. Noen trekker frem at det burde vært en kommunal

ansvarlig eller kontaktperson som følger opp familien. Tre av informantene peker på utfordringer i spesialisthelsetjenester. Som innholdet i sitatet tidligere fremhever, formidles det at det er en utfordring når barna ikke får et behandlingstilbud på BUP fordi barnets omsorgssituasjon er for ustabil, eller at BUP avviser barnet og familien med begrunnelse i at «barnas atferd er for utagerende, og dette er et atferdsproblem»

Ytre rammer:

Det er flere informanter som beskriver at mer tid (6) og ressurser (7) ville kunne optimalisert samarbeidet rundt barn som har opplevd vold og overgrep. Det formidles et ønske om bedre økonomiske rammer, flere stillinger, og større mulighet for å jobbe flere sammen i flere saker.

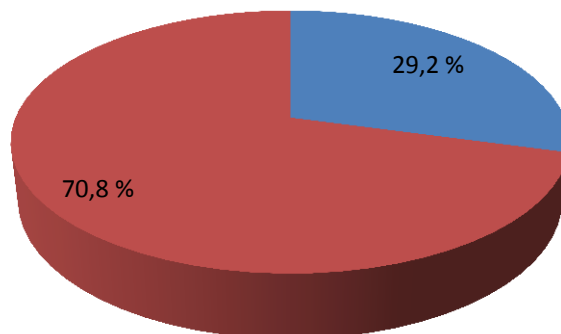
3.1.7 Synliggjøring av eget behandlingstilbud

Et viktig funn fra pilotundersøkelsen som ble utført forut for denne kartleggingen var at informasjonen som fremkom på nett, via hjemmesider og andre informasjonskilder, var mangelfull. Derfor ble noen spørsmål om behandlingssenheter har formidlet til verden utenfor, både via hjemmesider på internett og via samarbeidspartnere, at de har et behandlingstilbud til barn som har opplevd vold og overgrep.

Figur 3.9 Synliggjøring av behandlingstilbudet til barn utsatt for vold og overgrep (N=137)

Har synliggjort eget tilbud (N = 137)

- Har formidlet at vi tilbyr behandling til utsatte barn og ungdom
- Har ikke formidlet at vi tilbyr behandling til utsatte barn og ungdom



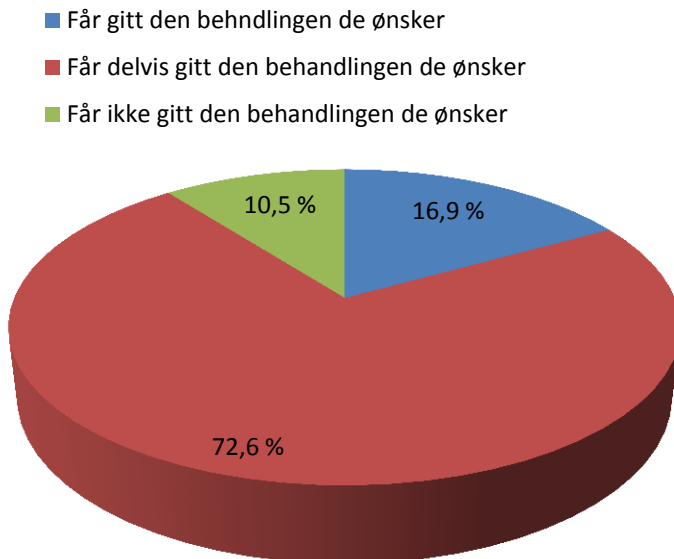
Majoriteten (70,8 %) oppgir at de ikke aktivt formidler til andre at de tilbyr behandling til barn og unge som har opplevd vold og overgrep, noe som også støtter funnene fra pilotundersøkelsen. Av de 40 som oppgir at de promoterer behandlingstilbudet til samarbeidspartnere eller på internett, svarer fem enheter (12,5 %) at de formidler tilbudet «i svært stor grad», 14 enheter (35 %) oppgir at de promoterer tilbudet «i ganske stor grad», 18 enheter (45 %) svarer «i hverken stor eller liten grad» og tre (7,5 %) oppgir at de gjør dette «i liten grad».

3.1.8 Andre utfordringer og behov

Opplevelse av å kunne gi et ønsket tilbud

Til tross for at de fleste behandlingsenhetene virker å ha en del kompetanse, og ikke minst fokus, både på kartlegging, og på å gi god behandling til utsatte barn, er det mange behandlingsenheter (83,1 %, $n = 103$) som rapporterer at de ikke, eller bare delvis, får gitt den behandlingen de ønsker til barn og unge som har opplevd vold og overgrep.

Figur 3.10 Hvorvidt behandlingsenhetene/ praksisene opplever at de får gitt den behandlingen de ønsker til barn utsatt for vold og overgrep ($N=124$)



De som ikke eller bare delvis opplever å få gitt den behandlingen de ønsker, fikk deretter spørsmål om hva som skulle til for at de skulle få gitt ønsket behandling.

Tabell 3.15 Oversikt over hva behandlingsenhetene trenger for å få gitt den behandlingen de ønsker (N=98)

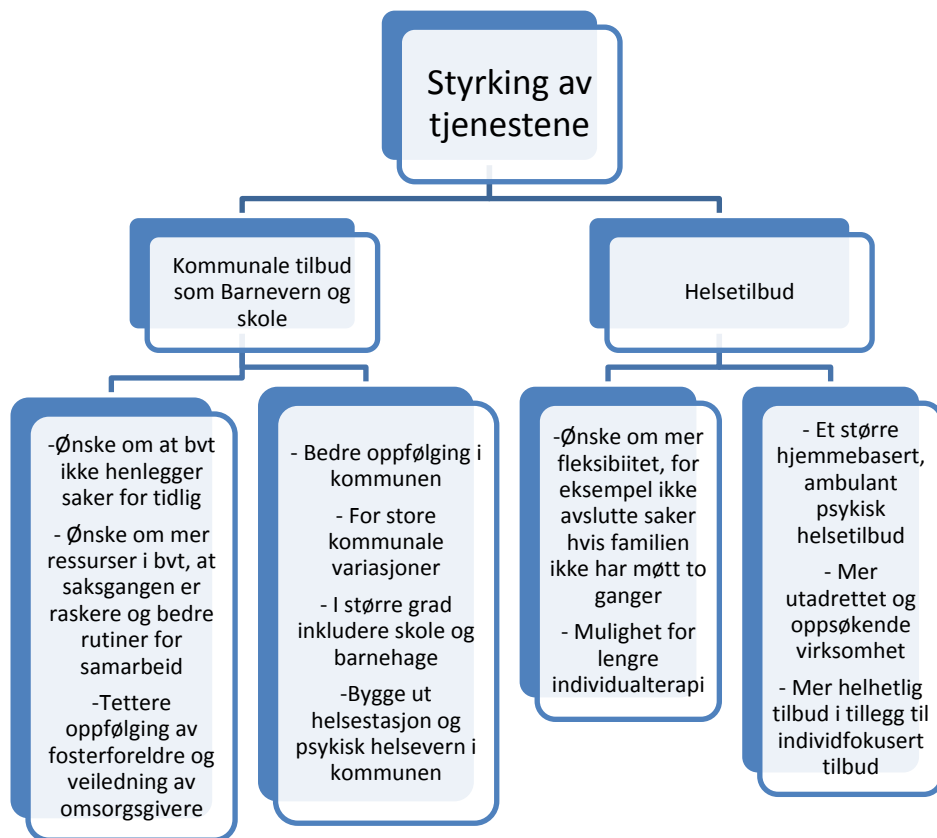
Behov	N (%)
Bedre kapasitet/ ressurser	35 (35,7)
Mer kompetanse	20 (20,4)
Bedre oppfølging/ samarbeid med andre instanser	38 (38,8)
Annet	5 (5,1)
Total	98 (100)

De fleste ($n = 38$, 38,8 %) krysset her av for at de har behov for en bedre oppfølging og samarbeid med andre instanser.

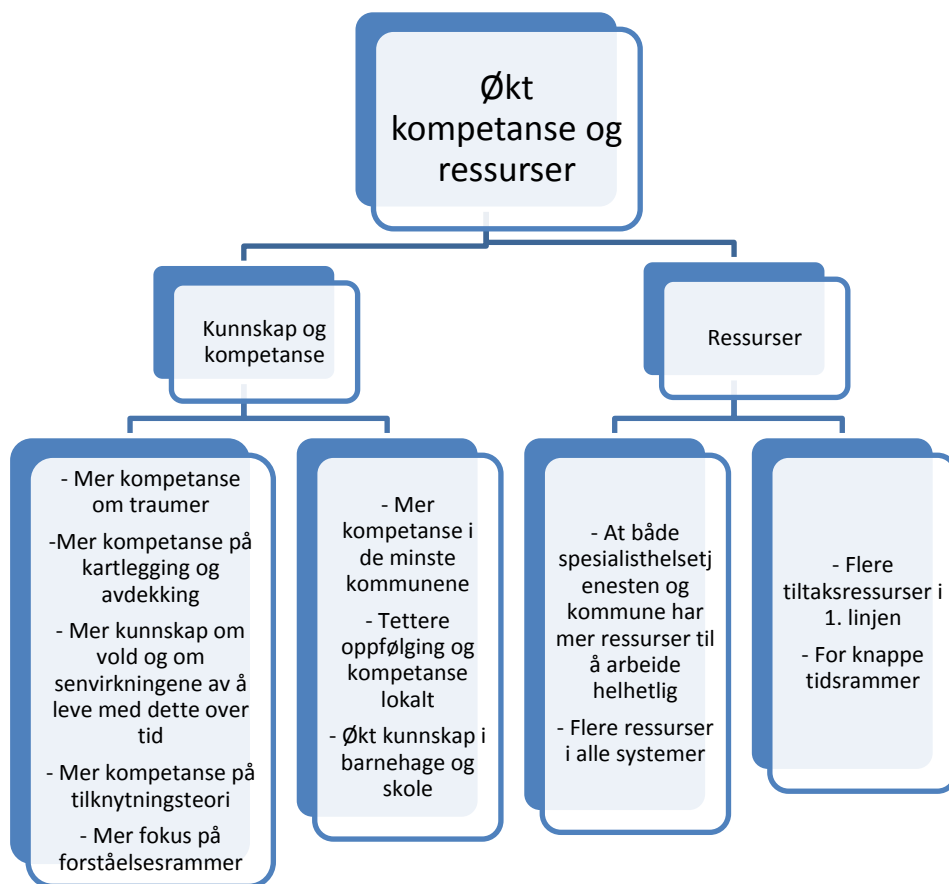
Bedre oppfølging også utenfor det aktuelle behandlingstilbudet

Til slutt fikk informantene spørsmål om hva de opplever mangler for at barn utsatt for vold og overgrep skal få en god oppfølging også utenfor behandlingstilbudet som informantene representerer. Disse beskrivelsene sentrerer seg rundt de tre forslagene 1) styrking av helsetilbud og kommunale tilbud som barnevern og skole, 2) økt kompetanse og ressurser, og 3) bedre samarbeid rundt de aktuelle barna og ungdommene. Disse utsagnene er plassert i figurene under.

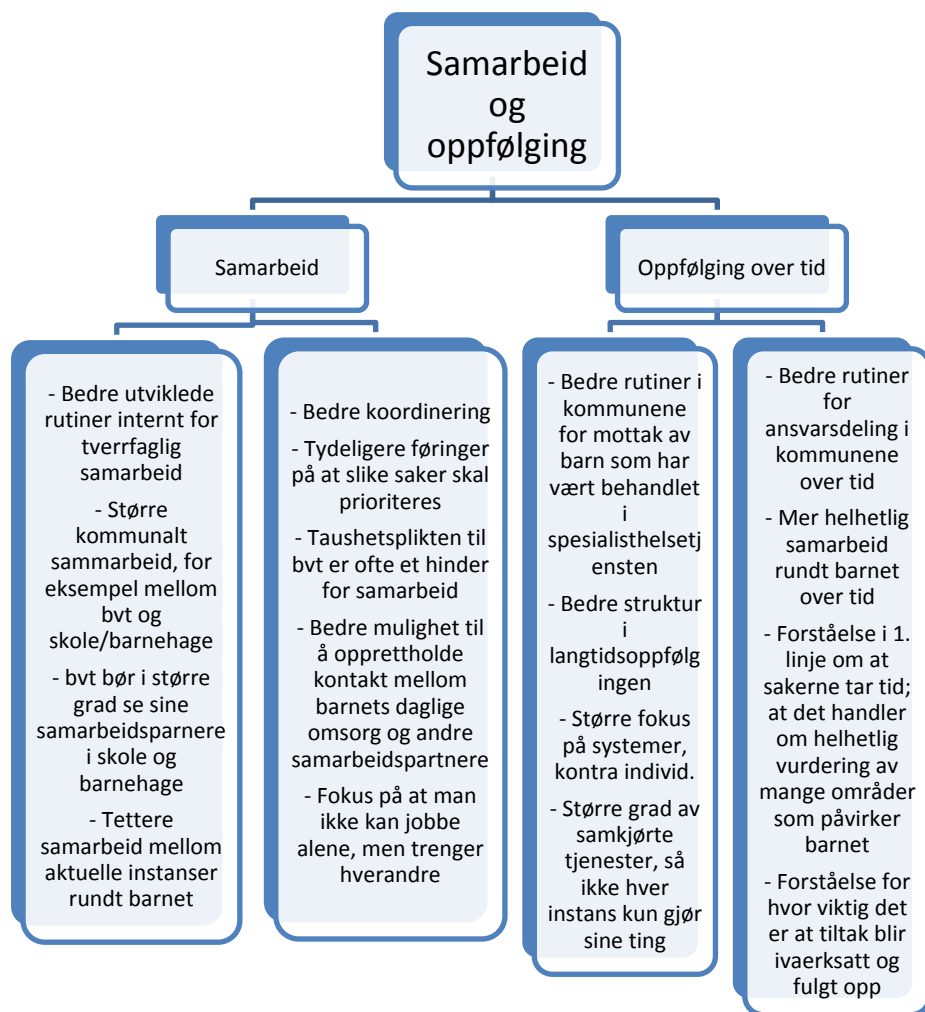
Figur 3.11 Styrking av helsetilbud og kommunale tilbud som barnevern og skole



Figur 3.12 Økt kompetanse og ressurser



Figur 3.13 Samarbeid og langtidsoppfølging



3.2 Oppsummering, behandlingstilbudet til barn og unge utsatt for vold og overgrep

- Totalt 147 behandlingsenheter/privatpraktiserende oppgir at de har et tilbud til barn og unge som hadde opplevd vold og seksuelle overgrep. Behandlingstilbudene finnes i alle landets regioner.
- De fleste enhetene eller privatpraktisene oppgir å behandle flest saker med annen type problematikk enn vold og overgrep, noe som tyder på at det finnes få spesialiserte behandlingstilbud til gruppen. Enhetene oppgir å ha relativt få volds- og overgrepssaker til behandling, de fleste mellom 1 og 10 saker i året.
- Flere behandlingstilbud avslår eller henviser videre volds- og overgrepsutsatte barn fordi sakene faller utenfor rett til helsehjelp eller på grunn av mangel på kapasitet.
- Fire femdel oppgir at minst halvparten av behandlerne ved deres enhet har kompetanse i å behandle barn og ungdom utsatt for vold og overgrep.
- Om lag halvparten av enhetene oppgir at de kartlegger alle for volds- og overgrepserfaringer, og hovedsakelig involveres både barn og foreldre i kartleggingen. Mange oppgir likevel at terapeutene kan oppleve det som for sensitivt å spørre om vold og overgrep.
- Det benyttes et bredt spekter av behandlinger, inkludert traumespesifikke behandlingsmetoder. De fleste enhetene tilbyr mest individualterapi.
- En tredjedel oppgir at de ikke har rutiner for samarbeid rundt barn utsatt for vold og overgrep. De som har rutiner for samarbeid, opplever disse som gode.
- Over fire femdel opplever at de ikke, eller bare delvis får gitt den behandlingen de ønsker, og som årsak til manglende tilbud, trekker de fleste frem mangel på kapasitet.
- Behandlingsenhetene har generelt få saker og liten kompetanse på æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemllestelse. Det forekommer imidlertid oftest saker med, og er knyttet mest kompetanse til, æresrelatert vold.

3.3 Behandlingstilbud til barn og unge som utøver vold

3.3.1 Ulike behandlingsinstanser og geografisk dekning

Utvalget i denne seksjonen er alle behandlingsenheter som svarte at de behandler barn og unge som utøver vold. Til sammen oppga 86 at de har et tilbud til unge med voldsproblematikk. Hva slags type behandlingsenhet/praksis disse behandlingstilbudene er, oppsummeres i tabellen under. Som det fremgår av tabellen utgjør BUP den største andelen av instansene som har et tilbud til barn og unge som utøver vold.

Tabell 3.16 Enheter som oppgir å ha et tilbud til barn og unge som utøver vold

Type behandlingsenhet	Svart på undersøkelsen	Behandler barn som utøver vold	% med tilbud i forhold til besvarte enheter
BUP-poliklinikk	45	36	80
Familievernkontor	31	7	22,6
Statens barnehus	9	3	33,3
Barnevernsinstitusjon	21	11	52,4
Privatpraktiserende	82	9	11
Alternativ til Vold	11	1	9,1
Annet ³⁶	35	19	54,3
Total	234	86	36,8

I tillegg til at det er relevant å kartlegge hvilke instanser som har et tilbud til denne gruppen, er det imidlertid også interessant å se på hvilke begrunnelser behandlingsenhetene som svarte nei på dette spørsmålet hadde for ikke å tilby behandling til barn som utøver vold. Her ble det tatt utgangspunkt i de behandlingsenhetene som oppgir å ha et tilbud til barn og unge utsatt for vold og overgrep. Det viste seg at behandling av voldsproblematikk faller utenfor mandatet til flere av disse enhetene, enten fordi de er spesialiserte på noe annet eller at fokuset er annerledes, for eksempel ved at man enten behandler barnas påførte traumer eller familier som en helhet, heller enn eventuell atferdsproblematikk. Flere oppga at de

³⁶ En stor andel av disse enhetene var MST-team (Multisystemisk terapi) og FFT-team (Funksjonell familieterapi), en døgnenhet for ungdom i regi av BUPA-systemet, et hjelpetilbud i regi av Barnevernstjenesten, en psykiatrisk poliklinikk som dekker hele aldersspekteret, et senter for foreldre og barn i regi av Bufetat, en Uteseksjon som driver oppsøkende sosialt arbeid blant ungdom i alderen 13 til 25 år, samt IKST er representert her.

mente at andre behandlingsinstitusjoner, fortrinnsvis BUP, var bedre rustet til å ta seg av denne problematikken enn det de var selv. Videre oppga også flere at de sjelden eller aldri får henvist saker hvor barn utøver vold og en informant svarte at de manglet kapasitet. Til sist hadde noen begrunnelser som gikk på utformingen av eget behandlingstilbud. For eksempel oppga en av enhetene at hvorvidt de tok i mot barn og unge med voldsproblematikk, var avhengig av de andre barna som var inne til behandling for øyeblikket³⁷. Dersom disse barna for eksempel hadde opplevd vold, ville man ikke ta inn andre barn som utøver vold. En enhet mente også at denne problematikken ikke blir kartlagt godt nok.

BUP-er utgjør den største andelen av behandlingsenhetene som har et tilbud til barn som utøver vold. Det viser seg imidlertid at ikke alle BUP-ene som har besvart undersøkelsen oppgir å ha et tilbud til barn med voldsproblematikk. Det er derfor relevant å se spesifikt på hvorfor enkelte BUP-er ikke behandler barn som utøver vold. For de fleste hang dette sammen med at de ikke hadde fått henvisninger knyttet til problematikken de siste årene, eller så lenge de kunne huske. Samtidig oppga også to at de hadde hatt noen få barn inne som utøver vold, men at fokus i behandlingen ikke lå aktivt på dette, men på å dempe eller redusere psykiske vansker. En respondent oppga også at mangelfull kartlegging var årsaken til at de ikke mente å ha et tilbud til barn og unge som utøver vold.

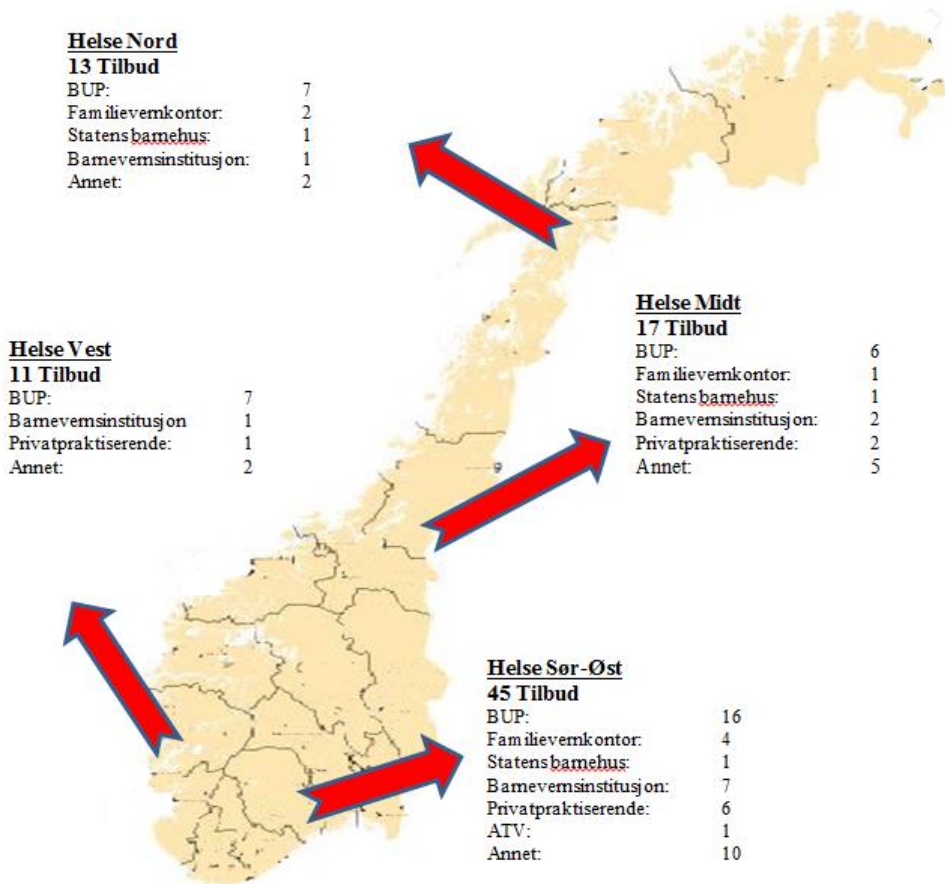
For å belyse den geografiske dekningen av behandlingstilbudet ble det også sett på hvordan de ulike instansene er fordelt på de ulike regionene i landet. På grunn av svarprosenten i denne undersøkelsen kan vi ikke dra slutninger når det kommer til det reelle antall behandlingstilbud i hvert enkelt helseforetak. Som det fremgår av illustrasjonen under er det imidlertid tilbud til barn som utøver vold i alle helseforetakene. Flest tilbud er det ikke overraskende i region Sør-Øst, som også er det største helseforetaket.

Enhetene som behandler barn og ungdom som utøver vold oppgir at de i gjennomsnitt får henvist 242,9 ($SD = 310,2$, range = 2-1761, Mdn = 116,5) barn og familier, og de har i gjennomsnitt 16,2 ($SD = 19,8$, range = 0-125, Mdn = 8,5) årsverk ved institusjonen eller praksisen. Av de store standardavvikene ser man imidlertid at det er en stor variasjon i antall henviste saker og antall årsverk totalt ved behandlingsenhetene/ praksisene som behandler barn som utøver vold.

³⁷ Enheten som oppga dette var en døgnenhet.

Hvordan gjennomsnittlig antall henviste barn og gjennomsnittlig antall årsverk fordelt seg på de ulike landsregionene fremgår av kartet under.

Figur 3.14 Kart over enhetene som oppgir at de behandler barn som utøver vold fordelt på de fire landsregionene (N=86)

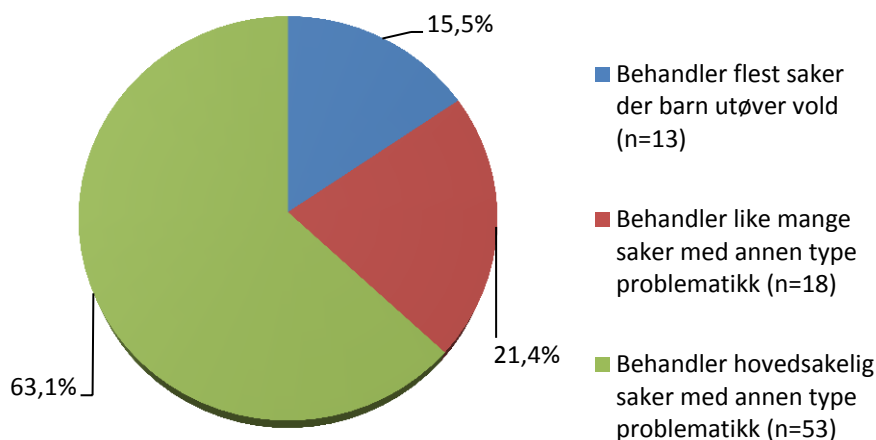


3.3.2 Tilbudenes «målrettethet» - henvisning og inntak

Av behandlingsenhetene som oppga at de hadde et tilbud til barn og unge som utøver vold rapporterte de fleste (63,1 %) at de hovedsakelig behandler saker med annen type problematikk. Kun 15,5 % av enhetene oppga at de behandler flest saker der barn utøver vold. Dette er litt høyere enn andelen av enheter som i all hovedsak

behandler saker hvor barn har vært utsatt for vold og overgrep³⁸, men samtidig ser vi at ingen av de forespurte behandlingsenhetene oppgir at de *utelukkende* behandler barn som utøver vold. De mer spesialiserte behandlingsenhetene fordeler seg på Helse Sør-Øst, Helse Midt og Helse Nord. Ingen av behandlingsenhetene i Helse Vest, som har besvart denne undersøkelsen, ser ut til å være spesialiserte på denne klientgruppen. Hovedvekten av informantene som har oppgitt at de behandler flest saker der barn utøver vold er MST-team.

Figur 3.15 Hvem behandlingstilbudet er rettet mot (N=84)

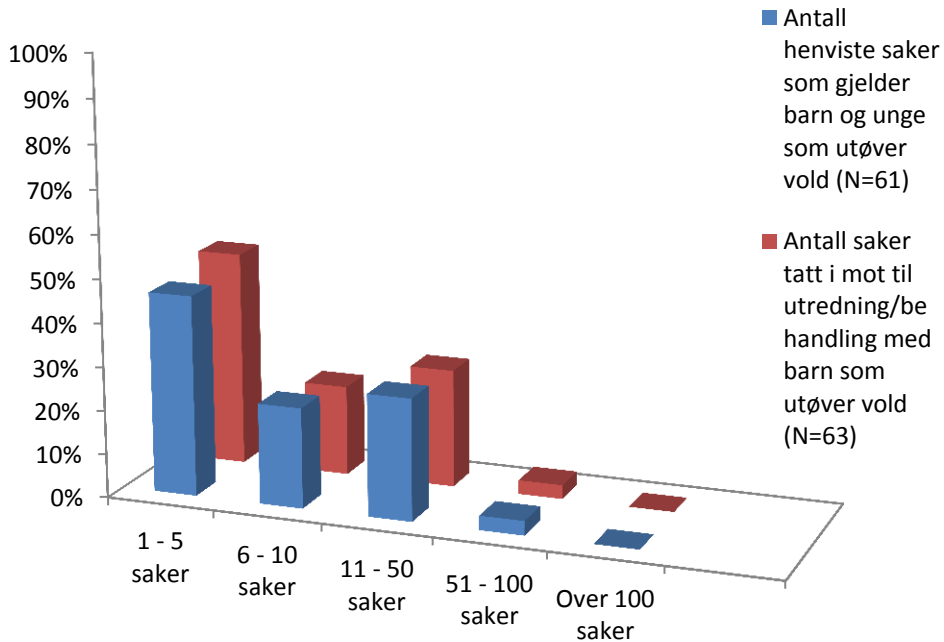


Det viser seg altså at de fleste behandlingsenhetene som har et tilbud til barn som utøver vold, ikke er spesialiserte på dette problemområdet, men er generelle tilbud. Barns voldsutøvelse ser ut til å være en lavfrekvent problemstilling for mange av behandlingsenhetene, både når det kommer til antall henviste saker og saker tatt i mot til utredning eller behandling. Det kom frem at 67,2 % ($n=41$) av enhetene, fikk henvist mellom en og 10 saker med denne problematikken i 2014. Det er imidlertid verdt å merke seg at mange ($n=18$) av de forespurte informantene, ikke visste hvor mange saker med denne problematikken de hadde fått henvist. Tilsvarende oppga 68,2 % ($n=43$) av de forespurte enhetene at de tar i mot mellom en til 10 saker til behandling eller utredning hvor barn utøver vold. Igjen ser vi imidlertid at en relativt

³⁸ 11,7 % av enhetene svarte at de behandlet flest eller utelukkende saker hvor barn var utsatt for vold eller overgrep.

stor andel, $n=17$, ikke vet hvor mange av klientene deres som har denne problematikken.

Figur 3.16 Oversikt over hvor mange barn med voldsproblematikk som har blitt henvist og tatt imot til utredning eller behandling i 2014



*Vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten

*Stolpene representerer prosentinndeling innen henviste saker og mottatte saker separat.

I tillegg til å kartlegge hvor mange som blir henvist og behandlet for problematikk knyttet til voldelig atferd, var det også interessant å se på hvem henvisningene oftest kommer fra. Som det fremgår av tabell 3.17 oppgir en stor andel av de forespurte enhetene at henvisningene oftest kommer fra barnevernstjenesten. Det samme gjaldt i saker hvor barn har blitt utsatt for vold eller overgrep, som utredet i kapittel 3.1.2.

Tabell 3.17 Oversikt over hvem henvisningen oftest kommer fra i saker hvor barn eller unge har utvist voldelig atferd (N=82)

	<i>N (%)</i>
Fastlege	11 (13,4)
Barnevernstjenesten	54 (65,9)
Barnets/ungdommens familie	6 (7,3)
Ungdommen selv	2 (2,4)
Politi og rettsvesen	4 (4,9)
BUP	4 (4,9)
Andre	1 (1,2)
Total	82 (100)

I tilknytning til dette ønsket vi også å se på hva som er den vanligste årsaken til at barn og unge som utøver vold blir henvist videre, eventuelt får henvisningen sin avslått. Som det fremgår av tabellen under oppga den største andelen av enhetene at de tar i mot alle. Den vanligste årsaken til å avslå henvisninger eller henvise saker videre er at problemene som beskrives i henvisningen faller utenfor enhetenes mandat. En andel av enhetene pekte også på ustabilitet i barnets bo- og omsorgssituasjon som en viktig årsak til å avvise henvisning.

Tabell 3.18 Vanligste årsaker til å avslå eller henvise videre saker der barn har utøvd vold (N=77)

	<i>N (%)</i>
Problemene som beskrives i henvisningen faller utenfor rett til helsehjelp hos oss ³⁹	20 (26)
Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil	13 (16,8)
Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretagelse av barnet	3 (3,9)
Ikke kapasitet	8 (10,4)
Mangler kompetanse på denne typen problematikk	1 (1,3)
Andre grunner	7 (9,1)
Ikke aktuelt, tar i mot alle	25 (32,5)
Total	77 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

³⁹ ³⁹ I utgangspunktet var dette svaralternativet myntet på behandlingsenheter som er sortert under helselovgivningen og hvor ikke alle henvisninger har en formell rett til nødvendig helsehjelp

3.3.3 Terapeutenes bakgrunn og kompetanse i å behandle barn og unge som utøver vold

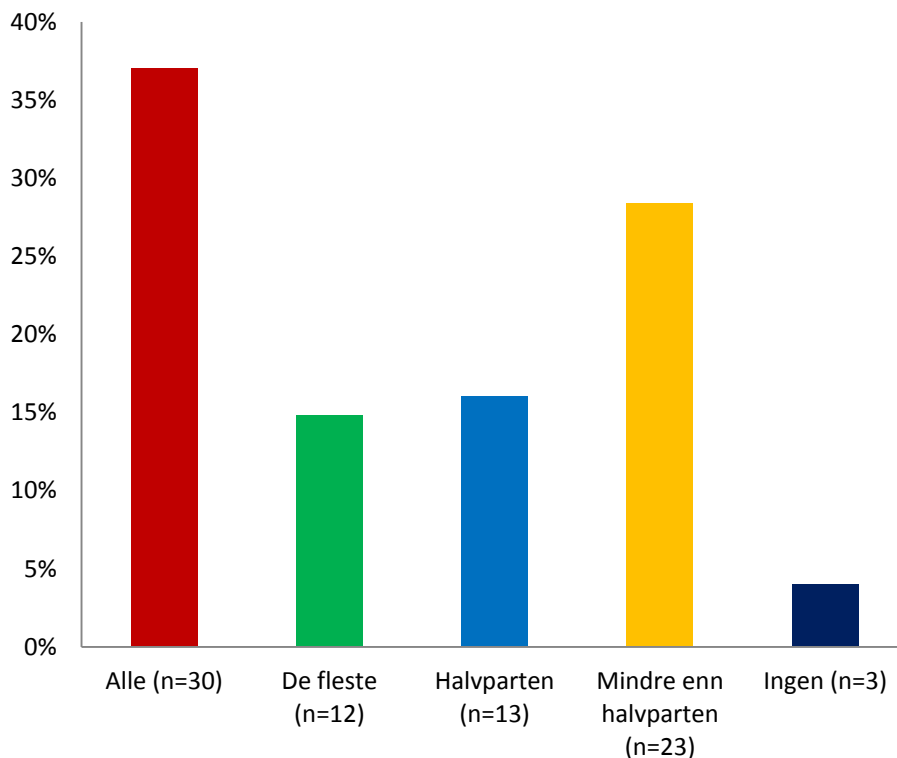
Terapeutenes faglige bakgrunn ble også kartlagt og psykologer og psykologspesialister er den vanligste yrkesgruppen ved behandlingsenhetene. Hver klinikk eller institusjon hadde i gjennomsnitt 7,46 psykologer eller psykologspesialister tilknyttet tjenesten. Samtidig ser vi imidlertid at det også er vanlig med yrkesgrupper som barnevernspedagoger, leger og psykiatere.

Tabell 3.19 Terapeutenes bakgrunn ved behandlingsenheter med tilbud til barn og unge som utøver vold

	Gj.sn (SD)
Psykologer/psykologspesialister (n = 63)	7,46 (13,08)
Leger/psykiatere (n = 44)	3,70 (5,21)
Sosionomer (n = 63)	3,25 (2,91)
Barnevernspedagoger (n = 58)	3,97 (7,35)
Sykepleiere/Psykiatriske sykepleier (n = 36)	2,22 (3,07)
Pedagoger/spesialpedagoger (n = 54)	3,22 (2,75)
Annet (n = 49)	4,20 (6,40)

I tillegg til å kjenne terapeutenes faglige bakgrunn er det også nyttig å få oversikt over hvilken kompetanse eller spesialkompetanse disse behandlerne besitter på det aktuelle problemområdet. Informantene ble derfor bedt om å oppgi hvor stor andel av terapeutene ved deres institusjon eller klinikk som har kompetanse i å behandle barn som utøver vold. Omtrent halvparten, 51,8 % av de forespurte enhetene oppga at alle eller de fleste av deres terapeuter hadde kompetanse på dette problemområdet, mens 32,4 % svarte at mindre enn halvparten eller ingen av terapeutene hadde kompetanse når det kom til å behandle barn som utøver vold.

Figur 3.17 Oversikt over hvor mange av terapeutene ved behandlingsenheten har kompetanse i å behandle barn som utøver vold (N=81)



*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

For å lære mer om hvor i hjelpeapparatet denne kunnskapen er lokalisert, så vi også på hvordan kompetansen fordelte seg på de ulike instansene. Tabell som oppsummerer dette finnes i vedlegg 9. Barnevernsinstitusjoner og ATV-kontoret ser ut til å ha mest jevnt fordelt kompetanse; hos samtlige barnevernsinstitusjoner har for eksempel alle, de fleste eller halvparten av terapeutene kompetanse i å behandle barn som utøver vold. Ved BUP og familievernkantorene er kompetansen mer ujevnt fordelt. Kun 15,6 % av BUP-ene oppgir at alle eller de fleste terapeutene har kompetanse på dette, mens 65,7 % oppgir at mindre enn halvparten eller ingen har kompetanse. Alle familievernkantorene som har besvart undersøkelsen har ansatte med kompetanse på barn som utøver vold, men det varierer om dette er alle, de fleste, halvparten eller færre enn halvparten.

Behandlingsenhetene ble også bedt om å beskrive hvilken kursing eller utdanning terapeutene med kompetanse hadde. Behandlingsenhetene beskrev en rekke relevante grunnutdanninger som de mente ga behandlerkompetanse for problematikken. Videre

ble også opplæringer i ART (5)⁴⁰, Brøset-modellen for ungdom (3) eller Circle of Security (COS) (3) oppgitt av flere. Kurs, opplæring og videreutdanning i MST (10) og i kognitiv terapi og kognitivt atferdsterapi/TF-CBT (12) ble også vurdert som relevant.

3.3.4 Kartlegging og kartleggingsrutiner

For å undersøke hvordan behandlingsenhetene fanger opp voldsutøvelse hos sine klienter er det sentralt å se på deres rutiner for kartlegging av klientene. Kartlegging ser ut til å være en prioritet for mange av behandlingsenhetene. En stor andel av enhetene (86,7 %, $n = 72$) oppga at de kartlegger alle når det gjelder livssituasjon og andre bakgrunnsopplysninger. Videre kartlegger også en relativt stor andel av enhetene alle klientene sine for utsatthet for vold og/eller overgrep, samt generell psykisk helse. Imidlertid er det under halvparten som kartlegger alle for egen voldsutøvelse (46,8 %, $n = 37$).

Tabell 3.20 Kartlegging av klienter – barn som utøver vold

	Livssit./ Bakgrsoppl.	Generell psykisk helse	Vold- og overgreps- erfaringer	Egen voldsutøvelse
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Alle	72 (86,7)	59 (72,8)	51 (61,4)	37 (46,8)
De fleste	9 (10,8)	10 (12,3)	22 (26,5)	11 (13,9)
Halvparten	1 (1,2)	5 (6,2)	7 (8,4)	10 (12,7)
Mindre enn halvparten	1 (1,2)	5 (6,2)	3 (3,6)	19 (24,1)
Ingen	-	2 (2,5)	-	2 (2,5)
Total	83 (100)	81 (100)	83 (100)	79 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Hvordan voldsutøvelse blir kartlagt varierer mellom de ulike instansene. Som det fremgår av tabellen under kartlegger en stor andel av barnevernsinstitusjonene alle eller de fleste av sine klienter for voldsutøvelse. Variasjonen er størst når det kommer til BUP, hvor 30 % oppgir at de kartlegger alle eller de fleste for dette, mens 30 % kartlegger mindre enn halvparten eller ingen. Flere BUP-er oppgir også at de ikke vet hvor mange som kartlegges for voldsutøvelse. Hvorvidt voldsutøvelse kartlegges ser altså ut til å være avhengig av rutinene ved den enkelte klinikk.

⁴⁰ Tallene i parentes viser til hvor mange enheter som nevnte den aktuelle metoden/modellen.

Tabell 3.21 Kartlegging av klienter for egen voldsutøvelse, fordelt på instans – barn som utøver vold

	Alle/De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten/Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern-kontor	3 (50)	1 (16,7)	2 (33,3)	6 (100)
BUP	12 (30)	6 (15)	12 (30)	40 (100)
Barnehus	-	-	3 (100)	3 (100)
Barneverns-institusjon	8 (72,7)	2 (18,2)	1 (9,1)	11(100)
Privat-praktiserende	7 (77,7)	-	2 (22,2)	9 (100)
ATV	1 (100)	-	-	1 (100)
Annet	16 (88,9)	1 (5,6)	1 (5,6)	18 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

I og med at de fleste behandlingsenhetene ikke kartlegger alle sine klienter for voldsutøvelse, ble de bedt om å beskrive *hvem* som kartlegges. Det viste seg at dette ofte ble avgjort på bakgrunn av indisier i henvisningen. Dette betød at kartleggingen ble gjennomført dersom voldsproblematikk allerede var avdekket ved plassering/henvisning eller at det var mistanke om dette. Noen av behandlingsenhetene pekte også på at problematikken kunne komme fram tidlig i saksgangen eller behandlingsløpet og deretter bli kartlagt. I tilknytning til dette forklarte også en informant at enkelte barn *ikke* blir kartlagt fordi det tidlig er klart at det ikke foreligger voldsproblematikk.

Andre enheter beskrev at kartlegging ble gjennomført dersom det forelå særskilte forhold som tilsa dette, for eksempel at man så et akutt behov for å kartlegge problematikken, at barnevernstjenesten spesifikt ba om at det ble gjort, eller dersom barnet/ungdommen allerede hadde vært inne til tilrettelagt avhør (ved et barnehus). Noen få behandlingsenheter oppga at alle barn med atferdsvansker eller alle barn med emosjonelle vansker blir kartlagt for voldsutøvelse. Tre av behandlingsenhetene pekte imidlertid på at klientene og/eller foresatte er med på å avgjøre hvilken behandling barnet skal få og at kartlegging av voldsproblematikk derfor avhenger av samtykke fra disse.

Det var også ønskelig å se på hvem som er involvert i kartlegging av barna og ungdommene som utøver vold. Det viser seg at det er en større grad av involvering av både barnet selv, foreldre/omsorgsgivere og andre aktuelle aktører, for barn som er 12 år eller eldre, enn for de yngre barna. Spesielt ser vi at barna selv sjeldnere er

involvert i kartleggingen dersom de er under 12 år. Mer detaljert informasjon om dette finnes i vedlegg 10.

De som svarte at andre var involverte i kartleggingen av barns voldsutøvelse, ble bedt om å beskrive hvem dette var. Skole og eventuelt barnehage for de aldersgruppene hvor dette er aktuelt, samt barnevernstjenesten fremstår som de to viktigste instansene som behandlingsenhetene snakker med i kartleggingen av barns voldsutøvelse. Samtidig nevner også mange av enhetene barnas uformelle nettverk, som for eksempel utvidet familie, vennernettverk, og trenere/ledere på barnas fritidsaktiviteter som viktige aktører i kartleggingen. En fullstendig oversikt over dette finnes i vedlegg 10.

Behandlingsenhetene ble også spurt om de brukte kartleggingsverktøy for å spørre om voldsutøvelse. Her svarte halvparten av enhetene (52,1 %, $n = 37$) at de brukte slike verktøy, mens de resterende (47,9 %, $n = 34$) ikke gjorde det⁴¹. De som oppga at de brukte slike kartleggingsverktøy ble så bedt om å beskrive hvilke de brukte. I motsetning til ved kartleggingen av barn utsatt for vold og overgrep, var det ikke et kartleggingsskjema som skilte seg ut ved at de fleste av behandlingsinstitusjonene benyttet dette for å kartlegge voldsutøvelse. I stedet varierer det hvilke verktøy som blir brukt. Rapporterte kartleggingsverktøy oppsummeres i vedlegg 11.

Mange (66,2 %, $n = 51$) av informantene hadde inntrykk av at terapeutene deres var komfortable med å spørre barna om de hadde utøvd vold. Samtidig mente 28,6% ($n = 22$) at terapeutene ved deres enhet var delvis komfortable med å spørre om dette, mens 5,2 % ($n = 4$) ikke mente at terapeutene deres var det. På spørsmål om mulige årsaker til at terapeutene er ukomfortable mente den største gruppen at dette kunne henge sammen med at man ikke visste hvordan man skulle spørre eller kartlegge (12,8 %). En del trodde også at terapeutene kunne bli ukomfortable fordi de opplever at det å spørre om voldsutøvelse kan ødelegge den terapeutiske relasjonen (11,6 %) eller fordi de er usikre på hva de skal gjøre dersom de får bekreftet at ungdommen utøver vold (10,5 %). Et ønske om ikke å mistenkeliggjøre noen kan også hindre terapeutene fra å spørre barn om voldsutøvelse (10,5 %).

⁴¹ Vet ikke-svar er tatt ut av oversikten.

Tabell 3.22 Mulige årsaker til at terapeutene er ukomfortable med å spørre barn om voldsutøvelse

	Antall Ja (%)	Total N (%)
Vet ikke hvordan spørre/kartlegge	11 (12,8)	86 (100)
Opplever det som for sensitivt å spørre	8 (9,3)	86 (100)
Uetisk å spørre	1 (1,2)	86 (100)
Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen	9 (10,5)	86 (100)
Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen	10 (11,6)	86 (100)
Usikker på hva de skal gjøre hvis positivt svar	9 (10,5)	86 (100)
Ser ikke nytten	0 (0)	86 (100)
Andre grunner	3 (3,5)	86 (100)

Videre ble også behandlingsenhetene spurt om de opplevde andre hindringer som gjør det utfordrende å kartlegge for voldsutøvelse blant klientene. De fleste av respondentene (82, 9 %, $n = 68$) oppga at de ikke opplevde andre hindringer, men 17,1 % ($n = 14$) oppga at de gjorde det. For noen var disse hindringene hovedsakelig knyttet til manglende fokus eller kompetanse på voldsutøvelse blant barn og unge, samt at de ikke opplevde å ha gode nok kartleggingsverktøy. I tilknytning til dette oppga også noen av enhetene at det enten kunne være vanskelig å fatte mistanke til at klienten utøvde vold eller at man fikk minimalt med opplysninger ved henvisning/plassering, noe som gjorde det utfordrende å fange opp voldelig atferd. En respondent oppga også at det opplevdes som problematisk å skulle innføre flere obligatoriske kartlegginger.

En annen hindring var knyttet til manglende tillitt til hjelpesystemet enten fra barna/ungdommene, eller blant foreldre/omsorgsgivere. Dette kunne for eksempel komme til uttrykk ved at foresatte unngår å rapportere voldelig atferd av frykt for hvilke konsekvenser det kan få dersom man opplyser om dette. En respondent pekte også på sammenhengen mellom manglende tillitt hos barna og lav motivasjon for behandlingen.

3.3.5 Innhold, form og lengde på behandlingen

For å fremskaffe en oversikt over behandlingen som blir gitt, ble informantene bedt om å oppgi hvilke behandlingsmodeller deres institusjon eller klinikk tilbyr til barn og unge med voldsproblematikk. Det viser seg at atferdsterapi, systemisk terapi, kognitiv terapi og stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening tilbys av flest behandlingsenheter med et tilbud til barn som utøver vold. Atferdsterapi og systemisk terapi er de behandlingsformene som flest tilbyr til alle sine klienter. Hvilke behandlingsmetoder som blir benyttet ved de ulike instansene presenteres i vedlegg 12.

Tabell 3.23 Behandlingsmodeller benyttet for barn som utøver vold

	Tilbyr⁴²	Tilbyr til alle⁴³	Tilbyr til minst halvparten⁴⁴	Totalt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Voldsspesifikke metoder	29 (67,4)	9 (20,9)	21 (48,8)	43 (100)
Kognitiv terapi	58 (92,1)	13 (20,6)	49 (77,8)	63 (100)
Atferdsterapi	48 (87,3)	16 (29,1)	35 (63,6)	55 (100)
Psykodynamisk terapi	13 (33,3)	2 (5,1)	6 (15,4)	39 (100)
Systemisk terapi	43 (91,5)	16 (34,0)	34 (72,3)	47 (100)
Narrativ terapi	25 (62,5)	-	7 (17,5)	40 (100)
EMDR	14 (35)	1 (2,5)	4 (10)	40 (100)
TF-CBT	11 (27,5)	1 (2,5)	5 (12,5)	40 (100)
Annen traumespesifikk behandling	23 (57,5)	2 (5)	11 (27,5)	40 (100)
Akutt hjelp/krisehjelp	28 (68,3)	2 (4,9)	13 (31,7)	41 (100)
Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening	40 (85,1)	8 (17)	27 (57,4)	47 (100)
Eklektisk terapi	19 (51,4)	4 (10,8)	14 (37,8)	37 (100)
Emosjonsfokusert terapi	18 (47,4)	-	6 (15,8)	38 (100)
Dialektisk atferdsterapi	9 (23,1)	1 (2,6)	5 (12,8)	39 (100)
Annen behandling	12 (36,4)	3 (9,1)	8 (24,2)	33(100)

*Vet ikke-svar er ekskludert i denne oversikten.

De som oppga at de benyttet voldsspesifikke metoder ble bedt om å beskrive hvilke modeller de brukte. Her forklarte tre informanter at de brukte ungdomsmanualen fra Brøset-modellen for sinnemestring. Tre oppga at de baserte seg på ATV's arbeid. En av disse brukte en kombinasjon av deler fra ATV og MST. To andre informanter oppga at de ved deres behandlingsenhet tok utgangspunkt i MSTs metoder for alvorlig atferdsproblematikk, ved behandling av barn som utøver vold.

I tillegg ble følgende nevnt: ART (2), traumeforståelse eller traumebevisst omsorg (2), Konfliktåndterning, sikkerhetsplanlegging, affektregulering (1), Aggresjonskontroll/sinnekontrolltrening/emosjonsregulering (3), Sikkerhetsplaner for å forebygge og trygge ungdommen og familien (1). Funksjonsanalyse for å

⁴² Tallene gjenspeiler hvorvidt enheten i det hele tall tilbyr behandlingen

⁴³ Tallene gjenspeiler hvor mange enheter som oppgir at alle klienter får behandlingen

⁴⁴ Tallene gjenspeiler hvor mange enheter som oppgir at minst halvparten av klientene får behandlingen

kartlegge utløsende og opprettholdende faktorer for volden (1), og foreldreveiledning (1).

Behandlingsenhetene ble også bedt om å rapportere hvor lange behandlinger de tilbyr. Lengre behandlingsløp viser seg å være mest vanlig for barn og unge som utøver vold. Samtidig er det viktig å merke seg at en stor andel av informantene enten ikke svarte på dette spørsmålet, eller svarte «*vet ikke*». Mer detaljert informasjon om behandlingens lengde i saker hvor barn utøver vold finnes i vedlegg 13.

Videre ble behandlingsenhetene også bedt om å oppgi formen på behandlingen, altså om den hovedsakelig foregår som familie-, gruppe- eller individualterapi. Som det fremgår av tabellen under, er gruppeterapi relativt sjeldent benyttet som terapiform for barn og unge som utøver vold. Tre fjerdedeler av respondentene oppgir at ingen av deres klienter får denne behandlingsformen. Familie- og individualterapi er de vanligste terapiformene, hvor henholdsvis 51,6 % og 54,1 % av informantene oppgir at alle eller de fleste får disse terapiformene.

Tabell 3.24 Formen på behandlingen til barn som utøver vold

	Individualterapi	Gruppeterapi	Familieterapi
	N (%)	N (%)	N (%)
Alle	16 (22,2)	1 (1,9)	17 (28,3)
De fleste	23 (31,9)	2 (3,9)	14 (23,3)
Halvparten	7 (9,7)	-	8 (13,3)
Mindre enn halvparten	20 (27,8)	10 (19,2)	15 (25)
Ingen	6 (8,3)	39 (75)	6 (10)
Total	72 (100)	52 (100)	60 (100)

*Vet ikke-svar er ekskludert i denne oversikten

Når det gjelder hvem som er involvert i behandlingen, ser det ut til å være ulike rutiner for yngre og eldre barn. For eldre barn og ungdommer oppgir en større andel at det hovedsakelig er barna som er involvert i behandlingen og det er mer uvanlig at det hovedsakelig er omsorgsgiverne som involveres. For begge gruppene oppgir imidlertid en større andel av informantene at *både* barna og omsorgsgiverne er involvert i behandlingen, se mer detaljerte svar i vedlegg 14. Det er verdt å merke seg at en relativt stor andel svarer at de ikke vet hvem som hovedsakelig er involvert i behandlingen, når barnet er mellom seks og 10 år.

3.3.6 Synliggjøring av eget behandlingstilbud

For at brukerne av tilbudet skal kunne navigere systemet og finne frem til de behandlingstilbudene de ønsker å benytte, er det viktig at behandlingsenhetene

synliggjør tilbudet sitt. Vi var derfor interessert i å kartlegge hvorvidt de forespurte enhetene synliggjorde seg selv, for eksempel via hjemmesider på internett eller gjennom samarbeidspartnere. Av enhetene var det 32,5 % ($n = 26$) som oppga at de formidlet informasjon om seg selv på denne måten, mens 67,5 % ($n = 54$) oppga at de ikke gjorde det⁴⁵. Av de som formidlet informasjon om tilbudet sitt ($n = 26$) oppga halvparten at de synliggjorde tilbudet sitt i svært stor grad. Samtidig svarte ingen at de formidlet informasjon om tilbudet sitt i liten grad.

Tabell 3.25 Synliggjøring av behandlingstilbudet til barn og unge som utøver vold (N=26)

	N (%)
I svært stor grad	13 (50)
I ganske stor grad	9 (34,6)
I verken stor eller liten grad	4 (15,4)
I liten grad	-

3.3.7 Samarbeid med andre instanser rundt barn og unge som utøver vold

Samarbeid på tvers av instanser er viktig for å kunne tilby et helhetlig behandlingstilbud. Majoriteten (67,1 %, $n = 55$) av behandlingsenhetene som besvarte denne undersøkelsen oppga at de hadde rutiner for samarbeid med andre instanser i saker hvor barn og ungdom utøver vold. En relativt stor andel av enhetene (32,9 %, $n = 27$) har imidlertid ikke slike rutiner. De som oppga å ha rutiner for samarbeid ble bedt om å vurdere kvaliteten på disse samarbeidsrutinene, og her oppga 14,5 % ($n = 8$) at de opplevde rutinene som svært gode, 63,6 % ($n = 35$) mente de var gode, mens 21,8 % ($n = 12$) var nøytrale. Ingen oppga at rutinene for samarbeid var dårlige.

Informantene ble også bedt om å beskrive med egne ord hva de trenger for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt barn og unge som utøver vold. Her så vi at svarene sentrerte seg omkring fire punkter:

- Kompetanseheving for å øke evnen til samarbeid
- Bedre samarbeidsmiljø på tvers av instanser
- Gode økonomiske rammer for samarbeid
- Formelle rutiner eller samarbeidsavtaler

⁴⁵ Vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Kompetanseheving

Kompetanseheving ved den enkelte instans ble fremhevet av flere som viktig for å få til et bedre samarbeid. Noen mente det viktigste var å heve kompetansen i førstelinjen, mens andre mente kompetanseheving, samt økt kapasitet, var nødvendig i alle ledd. Ikke alle informantene spesifiserte hvilket område de ønsket kompetanseheving på, men noen beskrev at det var særlig viktig med mer voldsspesifikk kunnskap, kjennskap til traumer og at flere i støtte- og hjelpeapparatet var villige til å se vold som et symptom.

Bedre samarbeidsmiljø på tvers av instanser

Når det gjaldt tiltak knyttet til samarbeidsmiljøet på tvers av instanser, fremhevet mange at det var viktig at de ulike instansene var lett tilgjengelige for hverandre og at man hadde tett kontakt. Informantene ønsket seg også et mer fleksibelt samarbeidsmiljø preget av åpenhet. Flere av respondentene pekte også på at det var viktig med en felles forståelse av voldsproblematikk og aktuelle terapitilbud til barn med slike utfordringer. Det ble for eksempel beskrevet at man opplevde at vold ofte blir avfeid som et atferdsproblem, som dermed ikke faller innunder mandatet til flere behandlingsinstitusjoner. Det ble også pekt på at det var viktig med tettere samarbeid om aspekter som for eksempel botilbud og tilrettelegging av skole. Flere av informantene mente det var viktig at man ble flinkere til å samle seg om et felles mål for behandlingen og støtten til barna/ungdommene, for derigjennom å kunne dra mer nytte av erfaringsutveksling, samhandling og samråd. Til slutt ble det også pekt på at det var viktig med øremerket tid til samarbeidet.

Økonomiske rammer

Noen av informantene var også opptatt av at romsligere økonomiske rammer var viktig for å få til et optimalt samarbeid. Enkelte av informantene spesifiserte ikke hva det var behov for økte bevilgninger til, men andre nevnte at mer ressurser til utadrettede tiltak rettet mot andre instanser var nødvendig. Dette kan knyttes til ønsket om mer tid til samarbeid som ble nevnt i forrige avsnitt. Det ble også påpekt at mer forutsigbar og tilstrekkelig finansiering var nødvendig slik at ikke den økonomiske evnen til hver enkelt familie eller barnevernets rammer, setter begrensninger for hvilken behandling som kan tilbys. Det ble understreket at saker hvor barn utøver vold, ofte er kostnadskrevenne saker, hvor barna også kan ha gått lenge uten å få hjelp. Behov for klarere rutiner og et tydeligere fokus på denne problematikken blir derfor ansett som nødvendig.

Formelle samarbeidsavtaler og rutiner

I tilknytning til punktet over etterlyste også flere av informantene tydeligere rutiner for det formelle samarbeidet. Her ble det pekt på at en tydeligere avklaring og formalisering av mandat og de ulike instansenes roller hadde vært nyttig. Flere etterlyste også flere forpliktende samarbeidsavtaler og oppfølging av disse. For enkelte var det mest sentralt å få slike avtaler på plass lokalt, for eksempel for tverretatlige samarbeid.

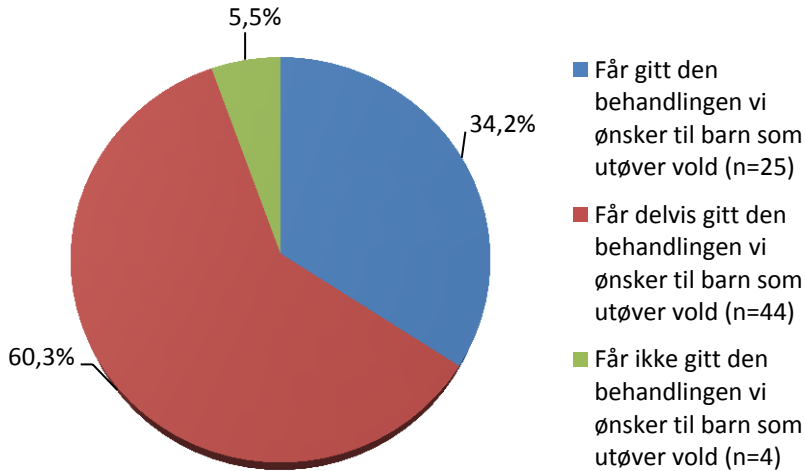
Enkelte av informantene så også på det som nyttig dersom de kunne dele mest mulig informasjon med samarbeidspartnere, for eksempel om årsaken til at barnet/ungdommen utøver vold. Avslutningsvis nevnte også flere at de ønsket seg fungerende samarbeidsfora hvor man kunne drøfte samarbeidet og felles løsninger. Bedre veiledning fra overordnet instans for å kunne definere hovedfokus og prioriteringer, ble også etterlyst.

3.3.8 Andre utfordringer og behov

Opplevelsen av å få gitt det behandlingstilbudet man ønsker

Til sist var det ønskelig å avklare om behandlingsenhetene hadde andre utfordringer eller behov knyttet til det å tilby behandling til barn som utøver vold. Først og fremst ble behandlingsenhetene spurt om de får gitt den behandlingen de ønsker til barn som utøver vold. Her oppgir en relativt stor andel av de forespurte at de delvis får gitt den hjelpen de ønsker.

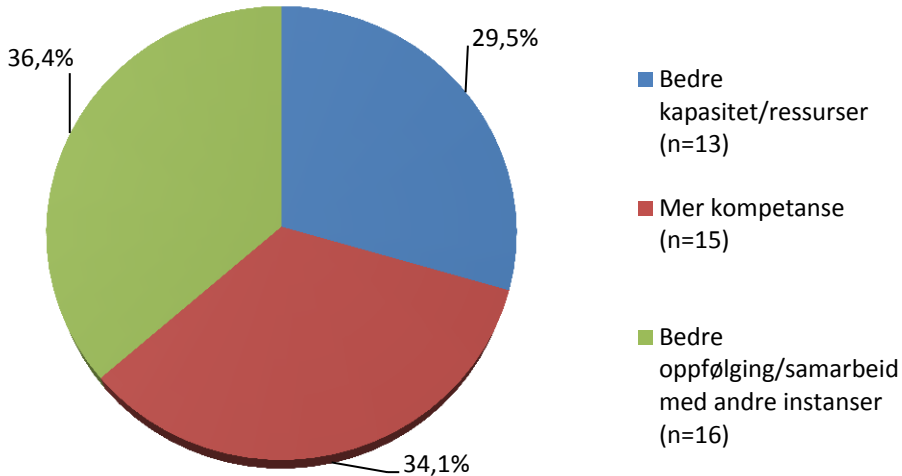
Figur 3.18 Hvorvidt behandlingsenhetene opplever at de får gitt den behandlingen de ønsker til barn som utøver vold (N=73)



*Vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Videre ble enhetene også spurt om hva de trenger for å kunne gi den behandlingen de ønsker. Her er det ikke ett behov som skiller seg spesielt ut, men vi ser i stedet at svarene fordeler seg relativt likt mellom de tre alternativene: bedre kapasitet og ressurser, mer kompetanse, og bedre oppfølging og samarbeid med andre instanser. Man må imidlertid merke seg at en relativt stor andel av de forespurte enhetene ikke har besvart dette spørsmålet.

Figur 3.19 Hva behandlingsenhetene trenger for å kunne gi den behandlingen de ønsker til barn som utøver vold (N = 44)



*Vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Bedre oppfølging utenfor det aktuelle behandlingstilbudet

Til sist ble enhetene spurt om hva de mener mangler for at barna skal få god og tilstrekkelig hjelp, også utenfor behandlingstilbudet de selv representerer. Her var det to temaer som gikk igjen blant svarene:

- Helhetlige hjelpetilbud.
- Stabilitet omkring barna.

Helhetlige hjelpetilbud

De av informantene som var opptatt av at hjelpetilbudet måtte bli mer helhetlig, etterlyste først og fremst bedre koordinering av den hjelpen som ytes til barn som utøver vold. Det ble blant annet nevnt at det kan være tidkrevende å opprette samarbeid med andre instanser, og at de ulike instansene noen ganger har forskjellig fokus og forståelse av situasjonen, noe som kan føre til at man ikke alltid jobber mot samme mål. Mer kompetanse og kontinuitet i tiltakskjeden ble derfor etterlyst av flere. Når det gjaldt kompetanse ble det både nevnt at en mer helhetlig forståelse av

hva som ligger bak voldsutøvelse, økt forståelse for at vold kan være en uttrykksform, samt økt bevissthet omkring problematikken, er nødvendig i deler av hjelpeapparatet. Samtidig ønsket noen at systemene rundt barna og ungdommene som utøver vold skulle bli mer fleksible, slik at en mer individuell oppfølging ble mulig. Det ble for eksempel fremmet som nyttig dersom man kunne gitt bedre opplysninger til andre instanser om hva som var bakgrunnen for barnet eller ungdommens voldelige atferd. Det ble også fremhevet at det var viktig at flere tiltak kom i gang samtidig og at man dro i samme retning.

Stabilitet rundt barna og ungdommene som utøver vold

Det andre punktet informantene fremhevet var at det er viktig med økt stabilitet rundt barna og ungdommene som utøver vold. Her ble ulike stabilitetsfremmende tiltak nevnt, for eksempel at man burde gi mer bistand til hjemmet eller andre steder der volden skjer, for eksempel ved å gi støtte over tid til foreldre og omsorgsgivere slik at de makter å stå i en vanskelig omsorgssituasjon. I tilknytning til dette ble det også nevnt at det er viktig at man har fokus på å «tåle» ungdommene i alle instanser, da fortrinnsvis i skoleverket. Dyktige og trygge folk i alle ledd i støtte- og behandlingsapparatet, som kan opprettholde et relasjonelt godt omsorgsklima ble fremhevet som viktig. Herunder ble det også nevnt at ungdommene gjerne burde få behandling av ambulerende team der de bor, fremfor å tas ut av hjemmemiljøet og sine vanlige rammer og plasseres på behandlingsinstitusjon. Her ble det også uttrykt et behov for at ambulerende team måtte rustes opp.

Det ble også påpekt at det er behov for tid og ressurser til å følge opp barn eller ungdommer som i utgangspunktet ikke ønsker behandling, og at man ikke må henlegge saker for raskt. En stabil hjemmesituasjon, en god skolehverdag og en meningsfylt fritid ble fremhevet som viktige faktorer for å skape en stabil situasjon rundt barna og ungdommene med behov for behandling for voldsutøvelse.

3.4 Oppsummering, behandlingstilbudet til unge som utøver vold

- Totalt 86 behandlingsenheter oppga at de har et tilbud til unge med voldsproblematikk. Disse er fordelt over alle helseforetakene og de fleste er generelle behandlingstilbud. Ingen av behandlingsenhetene oppgir at de *utelukkende* behandler barn som utøver vold, og kun noen få oppgir at de får inn *flest* saker hvor voldsproblematikk er fokus.

- Både når det gjelder antall henvisninger og saker som er inne til behandling eller utredning, rapporterer de fleste om få saker hvor barn og unge utøver vold.
- Rundt 65 % oppgir at minst halvparten av terapeutene ved den respektive enheten har kompetanse i å behandle barn som utøver vold. Mye av denne kompetansen ser imidlertid ut til å være sentrert rundt barnevernsinstitusjoner og ATV. Ved BUP og familievernkontorene er kompetansen mer ujevnt fordelt.
- Kartlegging av livssituasjon og andre bakgrunnsopplysninger ser ut til å være en prioritet for mange av behandlingsenhetene. Under halvparten av de forespurte enhetene oppgir imidlertid at de kartlegger alle sine klienter for voldsutøvelse, og det kommer frem at denne kartleggingen som regel gjøres på indisier.
- Selv om majoriteten av de forespurte enhetene oppgir at de har rutiner for samarbeid med andre instanser omkring barn som utøver vold, oppgir omtrent en tredjedel at de ikke har det. For å øke evnene til samarbeid beskriver instansene at de ønsker seg kompetanseheving, bedre samarbeidsmiljø på tvers av instanser, bedre økonomiske rammer for samarbeidet og formelle samarbeidsrutiner.
- Majoriteten av behandlingsenhetene opplever at de kun delvis får gitt den behandlingen de ønsker til barn som utøver vold. For at barna skal få bedre oppfølging utenfor det aktuelle behandlingstilbudet, mener enhetene at det er behov for mer helhetlige hjelpetilbud og mer stabilitet rundt de berørte barna.

3.5 Behandlingstilbud til barn og unge med problematisk seksuell atferd

3.5.1 Ulike behandlingsinstanser og geografisk dekning

Utvalget for denne delen av rapporten var alle behandlingsenheter som oppga at de behandler barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Totalt 71 behandlingsenheter svarte at de har et tilbud til denne gruppen. Dette er ikke overraskende det laveste antall enheter dersom man sammenligner tilbudet til de tre målgruppene undersøkt i denne kartleggingen. Den største andelen av disse enhetene var BUP-er, men i tillegg ser vi at en stor andel av behandlingsenhetene oppgir at de er en annen type institusjon enn de alternativene som fantes i spørreskjemaet.

Enheter som for eksempel V27, IKST og Kompetansesenter for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri Brøset, falt inn under den sistnevnte kategorien.

Tabell 3.26 Enheter som oppgir å ha et tilbud til barn og unge med skadelig eller problematisk seksuell atferd

Type behandlingsenhet	Svart på undersøkelsen	Behandler barn som begår seksuelle overgrep	% med tilbud i forhold til besvarte enheter
BUP-poliklinikk	45	36	80
Familievernkontor	31	3	9,7
Barnehus	9	6	66,7
Barnevernsinstitusjon	21	7	33,3
Privatpraktiserende	82	3	3,7
Annet ⁴⁶	35	16	45,7
Total	223	71	31,8

Også for denne gruppen er det interessant å se på begrunnelsene til de behandlingsenhetene som *ikke* har et tilbud. Her ble det tatt utgangspunkt i det utvalget som hadde oppgitt at de har et tilbud til barn og unge utsatt for vold og overgrep, for å se på deres begrunnelser for ikke å ha et tilbud til barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Det viste seg at en sentral årsak til ikke å ha et tilbud var manglende henvisninger hvor problematikken fremkom. Noen respondenter oppga manglende kompetanse som årsak til at de ikke ga behandling til barn med problematisk seksuell atferd. To av respondentene oppga at de ikke alltid kunne gi et tilbud til denne gruppen fordi man ikke ønsker å blande ulike klientgrupper ved enhetene, for eksempel barn og unge som har vært utsatt for vold og overgrep, og barn og unge med problematisk seksuell atferd. Flere av enhetene oppga også at behandling av denne problematikken ikke falt inn under deres mandat eller bedre kunne behandles ved en annen instans. For noen av enhetene⁴⁷ var problematisk eller skadelig seksuell atferd et eksklusjonskriterium. Flere nevnte imidlertid at de mente at denne problematikken best kunne behandles ved BUP. Som

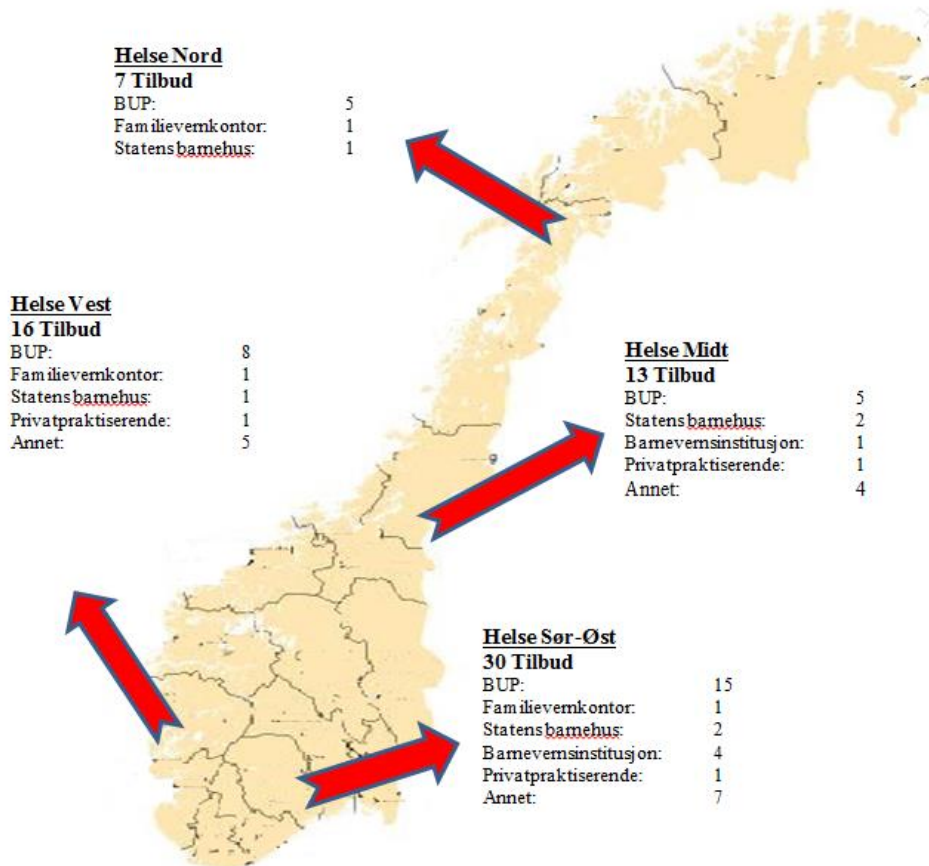
⁴⁶ Her inngikk flere MST-team, noen av dem hjemmebaserte, i tillegg til to FFT-team. Videre falt V27, en uteseksjon, to barnevernstiltak, et av dem privat, og IKST inn under denne kategorien. Et langtidstiltak på bestilling fra Kriminalomsorgen, samt Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Brøset inngikk også i denne kategorien.

⁴⁷ Hovedsakelig enheter med MST-behandling

det fremgår av tabellen utgjør BUP-er den største andelen av behandlingsenhetene som har et tilbud til barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Av totalt 45 BUP-er som besvarte undersøkelsen, oppga imidlertid kun 36 at de ga behandling til denne gruppen. Av BUP-ene som ikke behandler barn med problematisk seksuell atferd, så vi at den vanligste årsaken til dette var at det rett og slett ikke kommer henvisninger knyttet til problematikken. En BUP oppga også at de ikke hadde kompetanse på dette området.

Kartet under gir et bilde av den geografiske dekningen til behandlingstilbudet. Disse tallene gir ikke det fulle bildet når det gjelder antall behandlingsenheter i hvert helseforetak, da det naturlig nok vil være enheter som ikke har besvart denne undersøkelsen. Som det fremgår av kartet finnes det imidlertid flere behandlingstilbud til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd i alle landsregionene. Flest tilbud er det i den største landsregionen Sør-Øst. Man kan imidlertid ikke si om dette gjenspeiler den faktiske situasjonen i de fire landsregionene.

Figur 3.20 Kart over enhetene som oppgir at de behandler barn med problematisk seksuell atferd, fordelt på de ulike landsregionene (N= 71).

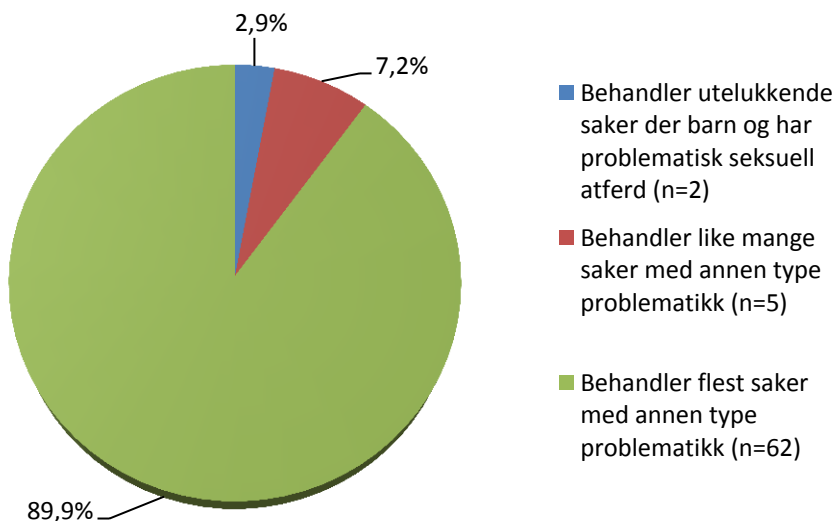


Enhetene som behandler barn og ungdom med problematisk eller skadelig seksuell atferd oppgir at de i gjennomsnitt får henvist 290,5 ($SD = 321,4$, range = 0-1751, $Mdn = 203$) barn og familier, og de har i gjennomsnitt 18,3 ($SD = 20,7$, range = 1-125, $Mdn = 12,5$) årsverk ved institusjonen eller praksisen. Hvordan gjennomsnittlig antall henviste barn og gjennomsnittlig antall årsverk fordelte seg på de ulike helseforetakene vises i kartet under. Av de store standardavvikene ser man imidlertid at det er en stor variasjon i antall henviste saker og antall årsverk totalt ved behandlingsenhetene/ praksisene som behandler barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd.

3.5.2 Tilbudenes «målrettethet» - henvisning og inntak

De færreste av behandlingsenhetene som oppga at de hadde et behandlingstilbud til barn og unge med problematisk og/eller skadelig seksuell atferd, fokuserte utelukkende på denne gruppen. Kun 2,9 % av respondentene oppga at de utelukkende behandlet saker knyttet til problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn og unge, mens 89,9 % av enhetene oppga at de hovedsakelig behandler saker med annen type problematikk. Dette viser altså at behandling av barn og unge med problematisk seksuell atferd hovedsakelig skjer i mer generelle behandlingstilbud.

Figur 3.21 Hvem behandlingstilbudet er rettet mot (N=69)

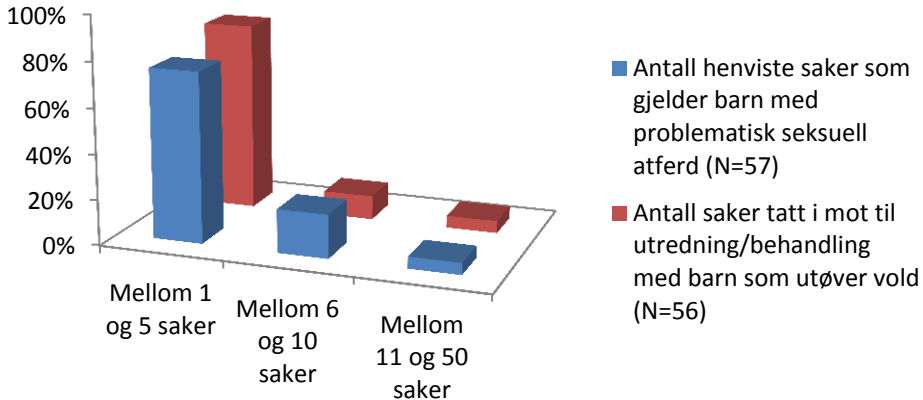


Dette funnet er ikke så overraskende gitt at de fleste behandlingsinstitusjonene fikk henvist mellom et og 10 barn med denne problematikken i 2014. Det er altså en relativt sjelden henvisningsårsak. Slik det fremgår av figur 3.19 oppga kun 3 behandlingsenheter (5,2 % av alle forespurte) at de hadde fått henvist mellom 11 og 50 barn med denne problematikken. Ti enheter oppga at de ikke visste hvor mange av barna henvist til dem som hadde denne problematikken.

Av de behandlingsenhetene som har svart på undersøkelsen og som utelukkende behandler saker hvor barn og unge har problematisk eller skadelig seksuell atferd, er én enhet lokalisert i Midt-Norge og én på Vestlandet. Den spesialiserte enheten på Vestlandet er Ressursenheten V27, ved Betanien BUP i Bergen. Den spesialiserte enheten i Midt-Norge er Kompetansesenteret for sikkerhets- fengsels- og

rettspsykiatri, Brøset. På Sør-Øst-landet og i Nord-Norge ser det ikke ut til å være spesialiserte tilbud til denne gruppen.

Figur 3.22 Oversikt over hvor mange barn med problematisk seksuell atferd som har blitt henvist og tatt imot til utredning eller behandling i 2014



*Stolpene representerer prosentinndeling innen henviste saker og mottatte saker separat

Behandlingsinstitusjonene ble også spurt om hvilken instans som *oftest* henviser klienter til dem i saker hvor barn har utvist problematisk seksuell atferd. De fleste enhetene oppga at barnevernstjenesten oftest sto for henvisningene.

Tabell 3.27 Hvem behandlingsinstitusjonen oftest får henvisning fra i saker som omhandler barn med problematisk seksuell atferd (N=68)

	N (%)
Fastlege	11 (16,2)
Barnevernstjenesten	48 (70,6)
Barnets/ungdommens familie	1 (1,5)
Skole/PPT	1 (1,5)
Politi og rettsvesen	4 (5,9)
Spesialisthelsetjenesten	1 (1,5)
BUP	1 (1,5)
Andre	1 (1,5)
Total	68 (100)

Til slutt var vi også interessert i hvilke begrunnelser enhetene hadde for eventuelt å avslå eller henvise videre saker der barn eller unge har uønsket seksuell atferd. Her er

det viktig å merke seg at den største andelen (38,1 %) av behandlingsenhetene svarte at dette ikke var en aktuell problemstilling for dem, da de tar i mot alle som blir henvist. Av de klinikkene og institusjonene som avslår henvisninger eller henviser saker videre, var den vanligste årsaken at problemene som beskrives i henvisningen faller utenfor rett til helsehjelp hos denne klinikken eller institusjonen⁴⁸.

Tabell 3.28 Den vanligste årsaken til å avslå eller henvise videre saker der barn har uønsket seksuell atferd (N=63)

	N (%)
Problemene som beskrives i henvisningen faller utenfor rett til helsehjelp hos oss	16 (25,4)
Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil	3 (4,8)
Vurdert at barnet ikke har behov for behandlingen	3 (4,8)
Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretagelse av barnet	1 (1,6)
Ikke kapasitet	5 (7,9)
Mangler kompetanse på denne typen problematikk	3 (4,8)
Andre grunner	8 (12,7)
Ikke aktuelt, tar i mot alle	24 (38,1)
Total	63 (100)

*Vet ikke-svar er ekskludert fra oversikten.

De enhetene som svarte at andre grunner var viktigste årsak til å avslå henvisninger eller henvise videre, ble bedt om å beskrive disse. Her forklarte den største andelen av informantene at det er eksklusjonskriteria ved deres behandlingsenhet dersom barnet/ungdommen som henvises har begått seksuelle overgrep. Noen av disse informantene nevnte også at barn og ungdom med problematisk seksuell atferd noen ganger likevel blir tatt inn til behandling hos dem, men at de i så fall må ha alvorlig problematferd på andre områder i tillegg. Videre ble det nevnt at barn og unge kunne få henvisningen avslått dersom de ikke hadde vært inne hos barnehuset for tilrettelagt avhør, dersom barnet eller ungdommen bor utenfor geografisk nedslagsfelt, eller dersom barnet selv og eventuelt omsorgsgivere benekter det som har skjedd. Noen informanter forklarte også at de ofte henviser slike saker videre, enten fordi de anser det som bedre å henvise barnet til en enhet med spesialkompetanse, eller fordi de selv ikke mottar finansiell støtte, noe som kan bety at de aktuelle barna ikke har mulighet til å benytte seg av tilbudet av økonomiske årsaker.

⁴⁸ I utgangspunktet var dette svaralternativet myntet på behandlingsenheter som er sortert under helselovgivningen. Det er imidlertid også behandlingsenheter som faller utenfor helselovgivningen som har krysset av for svaralternativet, og disse enhetene kan ha tolket alternativet som at behandling av de aktuelle sakene faller utenfor deres behandlingsmandat.

3.5.3 Terapeutenes bakgrunn og kompetanse i å behandle barn og unge med skadelig eller problematisk seksuell atferd

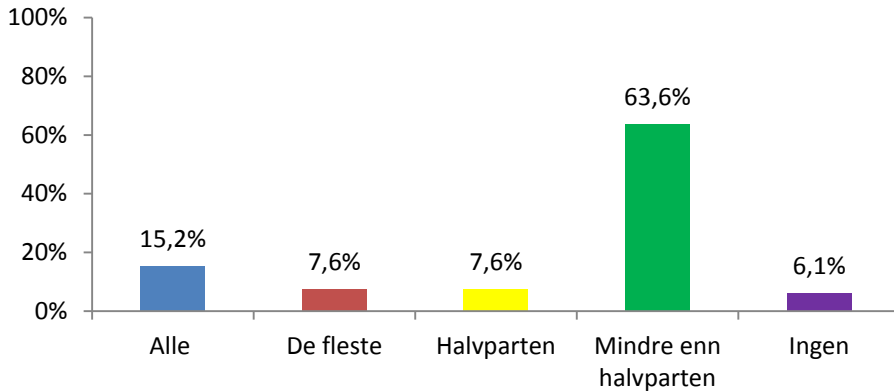
Det var også ønskelig å kartlegge hvilken faglig bakgrunn terapeutene ved de ulike behandlingsenhetene har. Slik det fremgår av tabellen under utgjør psykologer og psykologspesialister den største gruppen av terapeutene, og hver behandlingsenhet har i gjennomsnitt 8,53 psykologer eller psykologspesialister tilknyttet virksomheten. Andre sentrale yrkesgrupper er for eksempel leger/psykiatere, barnevernspedagoger, og pedagoger/spesialpedagoger.

Tabell 3.29 Terapeutenes bakgrunn

	Gj.sn (SD)
Psykologer/psykologspesialister (n = 57)	8,53 (13,59)
Leger/psykiatere (n = 41)	4,05 (5,32)
Sosionomer (n = 56)	3,32 (2,97)
Barnevernspedagoger (n = 50)	3,86 (7,84)
Sykepleiere/Psykiatriske sykepleier (n = 37)	1,59 (2,62)
Pedagoger/spesialpedagoger (n = 50)	3,44 (2,71)
Annet (n = 41)	4,34 (6,98)

I tillegg til terapeutenes faglige bakgrunn, ble behandlingsenhetene også spurt om hvorvidt terapeutene deres hadde kompetanse i å behandle barn med problematisk seksuell atferd. Som figuren under viser oppga 69,7 % av enhetene at mindre enn halvparten eller ingen av terapeutene har kompetanse på denne problematikken. På den andre siden oppga 15,2 % av enhetene at alle terapeutene ved deres klinikk har kompetanse i å behandle denne gruppen.

Figur 3.23 Oversikt over hvor mange av terapeutene som har kompetanse i å behandle barn som har problematisk seksuell atferd eller har begått seksuelle overgrep (N=66)



*vet ikke-svar er ekskludert fra denne oversikten.

I vedlegg 16 har vi sett nærmere på hvordan kompetansen fordeler seg på de ulike typene behandlingsinstitusjoner. Som vi ser er det hovedsakelig privatpraktiserende⁴⁹ og barnevernsinstitusjoner som oppgir at alle ansatte ved behandlingsenheten har kompetanse på dette området. En stor andel av BUP-er (82,4 %) og barnehusene (80 %) oppgir at mindre enn halvparten av terapeutene har spesialkompetanse på dette området. Av BUP-ene som oppga at de har et tilbud til barn med problematisk seksuell atferd, rapporterte 8,8 % at ingen av terapeutene deres hadde kompetanse på dette området.

De behandlingsenhetene som oppga at terapeutene hadde kompetanse ble også bedt om å beskrive hva slag type utdanning eller kursing disse terapeutene har. For de fleste dreide dette seg om diverse kurs og seminarer knyttet til tematikk omkring barn som begår seksuelle overgrep (13)⁵⁰. Opplæringen kunne også være myntet på bruk av spesifikke verktøy som ERASOR (5) eller ASAP (4). Noen nevnte også kurs eller veiledning fra V27 (4). Flere oppga også lang klinisk erfaring som grunnlag for kompetansen på området (4).

⁴⁹ Det er viktig å merke seg at kun tre privatpraktiserende har svart at enheten har et tilbud til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd.

⁵⁰ Tallene i parentes er absolutte tall som viser til hvor mange enheter som nevnte den aktuelle opplæringen.

3.5.4 Kartlegging og kartleggingsrutiner

Det var også ønskelig å undersøke hvilke rutiner behandlingsinstitusjonene hadde for å kartlegge sine klienter. Som vi ser fra tabell 3.30 svarte nesten alle de forespurte enhetene at de kartla livssituasjon og bakgrunnsopplysninger for alle eller de fleste av sine klienter. Mange oppga også at de kartla utsatthet for vold og/eller overgrep hos alle eller de fleste av sine klienter. Når det gjelder kartlegging av generell seksuell utvikling og atferd, samt problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep, oppga imidlertid henholdsvis 45,8 % og 52,5 % av klinikkene at de kartla mindre enn halvparten av sine klienter for denne tematikken.

Tabell 3.30 Kartlegging av klienter

N (%)	Livssit./ bakgrsoppl.	Generell psykisk helse	Volds- og overgrepserfaringer	Egen voldsutøvelse
Alle	60 (85,7)	51 (72,9)	44 (62,9)	27 (42,2)
De fleste	9 (12,9)	8 (11,4)	17 (24,3)	8 (12,5)
Halvparten	-	7 (10)	8 (11,4)	8 (12,5)
Mindre enn halvparten	1 (1,4)	2 (2,9)	1 (1,4)	19 (29,7)
Ingen	-	2 (2,9)	-	2 (3,1)
Total	70 (100)	70 (100)	70 (100)	64 (100)
	Generell seksuell utvikling og adferd		Problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep	
Alle	12 (20,3)		14 (23,7)	
De fleste	7 (11,9)		8 (13,6)	
Halvparten	9 (15,3)		5 (8,5)	
Mindre enn halvparten	27 (45,8)		31 (52,5)	
Ingen	4 (6,8)		1 (1,7)	
Total	59 (100)		59 (100)	

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

For denne delen av rapporten, var det spesielt relevant å se på kartleggingen av generell seksuell utvikling og atferd, samt problematisk seksuell atferd og utøvelse av overgrep. Vi ønsket derfor å se på dette på instansnivå, for å danne et bedre bilde av hvordan de ulike instansene arbeider med denne kartleggingen. Som man kan se av tabell 3.31 og 3.32 skiller barnevernsinstitusjonene seg ut ved at en større andel av dem oppgir at de kartlegger alle eller de fleste av sine klienter når det kommer til generell seksuell utvikling og atferd, samt problematisk seksuell adferd og utøvelse av overgrep.

Tabell 3.31 Kartlegging av generell seksuell utvikling og atferd, fordelt på type institusjon

N (%)	Alle/de fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten/Ingen	Total
Familievernkontor	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
BUP	7 (24,1)	7 (24,1)	15 (51,7)	29 (100)
Barnehus	-	-	5 (100)	5 (100)
Barnevernsinstitusjon	4 (66,7)	-	2 (33,3)	6 (100)
Privatpraktiserende	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Annet	7 (53,8)	-	6 (46,2)	13 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten

Tabell 3.32 Kartlegging av problematisk seksuell adferd eller utøvelse av seksuelle overgrep, fordelt på type institusjon

N (%)	Alle/De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten/Ingen	Total
Familievernkontor	-	-	3 (100)	3 (100)
BUP	7 (25)	5 (17,9)	16 (57,1)	28 (100)
Barnehus	1 (16,7)	-	5 (83,3)	6 (100)
Barnevernsinstitusjon	4 (66,7)	-	2 (33,3)	6 (100)
Privatpraktiserende	1 (33,3)	-	2 (66,7)	3 (100)
Annet	9 (75)	-	3 (25)	12 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Behandlingsenhetene ble også bedt om å beskrive hvem som kartlegges og hvorfor. Den største andelen av enhetene som svarte på dette oppga at de kartlegger dersom problematikk knyttet til skadelig seksuell atferd fremgår av bestilling, henvisning, er kjent fra tidligere, for eksempel fordi det foreligger en anmeldelse på et slikt forhold, eller ellers oppleves som aktuelt, for eksempel fordi problematikken fremkommer av annen kartlegging. Av de som oppga at kartlegging hovedsakelig forekommer ved indisier, presiserte imidlertid en informant at alle barna ved deres institusjon går i gjennom en risikovurdering. To andre understrekte at barna ved deres institusjon kartlegges bredt, for eksempel for problematferd generelt, og at de derfor mente det ville bli fanget opp dersom skadelig seksuell atferd er del av problematikken. En behandlingsenhet oppga også at barn med emosjonelle vansker i forhold til å regulere negativ atferd blir kartlagt hyppigere enn andre.

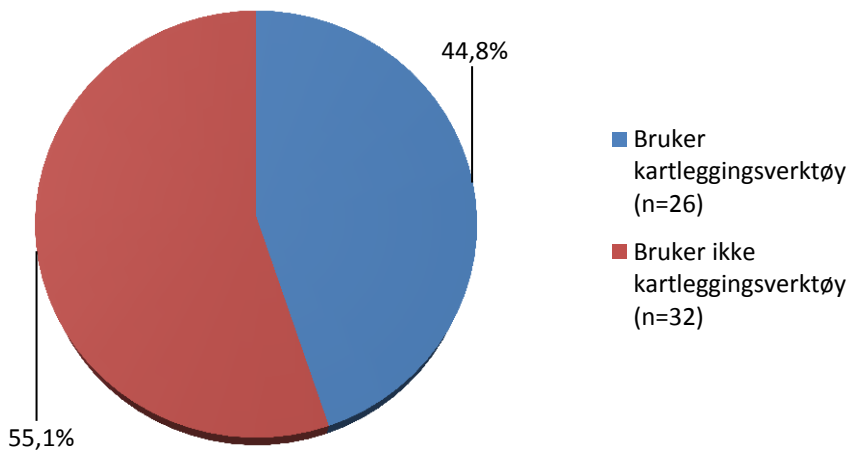
Tre behandlingsenheter oppga at alder var en avgjørende faktor for om klientene ble kartlagt for problematisk eller skadelig seksuell atferd. En informant oppga at hovedsakelig eldre barn blir kartlagt for denne tematikken, en annen oppga at barn over 6 år blir kartlagt, mens en tredje oppga at alle barn over ti år blir spurt noen få

spørsmål om tematikken, men muligens ikke nok til å kunne kalle dette en kartlegging. Til slutt oppga også en behandlingsenhet at ikke alle blir kartlagt for denne problematikken fordi man mangler gode kartleggingsverktøy. To enheter rapporterte at de ikke visste hvorfor ikke alle blir kartlagt, mens en svarte at dette ikke var aktuelt.

Videre ble institusjonene spurt om de registrerer antall seksuelle overgrep og krenkelser som er begått av klientene deres. Her svarte 27, 4 %, ($n = 17$) at de registrerte dette, mens 72,6 % ($n = 45$) ikke gjorde det⁵¹.

Når det gjaldt den spesifikke kartleggingen av problematisk seksuell adferd eller utøvelse av seksuelle overgrep, ble behandlingsenhetene spurt om de brukte kartleggingsverktøy for dette. Som man ser av diagrammet fordeler det seg relativt jevnt om enhetene bruker kartleggingsverktøy eller ikke. Det er imidlertid en overvekt av institusjoner (55,1 % av de forespurte enhetene) som ikke bruker spesifikke kartleggingsverktøy. Enkelte behandlingsenheter visste ikke om de brukte kartleggingsverktøy.

Figur 3.24 Hvorvidt enhetene/ praksisene bruker noen kartleggingsverktøy for å spørre om problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep (N=58)



*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

⁵¹ Vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

De behandlingsenhetene som oppga at de brukte kartleggingsverktøy ble bedt om å beskrive hvilke verktøy de brukte. En oversikt over skjemaene som blir benyttet finnes i vedlegg 18.

Videre ble behandlingsenhetene spurt om hvem som er involvert i kartleggingen. Her var det interessant å se på om det var forskjeller i kartleggingen av eldre og yngre barn med problematisk seksuell atferd. Enhetene oppgir at foreldre og omsorgsgivere er viktigst i kartleggingen når barna er under 12 år. For barn over 12 år, blir imidlertid barnet selv også mer sentral i kartleggingen, se vedlegg 17 for mer detaljert informasjon.

De som oppga at behandlerne snakket med andre under kartleggingen ble bedt om å spesifisere hvem disse var. For både yngre og eldre barn snakker behandlerne oftest med barnevernstjenesten og skole/barnehage i kartleggingen av problematisk seksuell atferd. Andre viktige var kontaktpunkter i kartleggingen er BUP, samt andre som kjenner barnet, for eksempel familie, støttekontakt, nettverk eller ledere ved barnets fritidsinteresser, se vedlegg 17 for mer informasjon.

Respondentene ble også spurt om de hadde inntrykk av at terapeutene ved deres institusjon var komfortable med å spørre om problematisk seksuell adferd eller utøvelse av seksuelle overgrep. Her oppga 37,7 % ($n = 23$) av respondentene at de mente at terapeutene ved deres institusjon eller klinikk var komfortable med å spørre om dette temaet. Vi ser at denne andelen er noe lavere enn ved spørsmålet om terapeutene er komfortable med å spørre om vold- og overgrepserfaringer, som utredet i kapittel 3.1.4. Videre oppga 49,2 % ($n = 30$) at de mente terapeutene var «delvis komfortable» med å spørre om dette temaet, mens 13,1 % ($n = 8$) mente terapeutene ved deres institusjon ikke var komfortable med å spørre. Sistnevnte står også i kontrast til informantenes svar om hvorvidt terapeutene er komfortable med å spørre om volds- og overgrepserfaringer. Slik vi så i kapittel 3.1.4, oppga ingen av informantene at terapeutene deres var ukomfortable med å spørre om barn hadde vært utsatt for vold eller overgrep.

Fordi det kan se ut til at terapeutene er mer ukomfortable med å spørre om skadelig seksuell atferd enn for eksempel vold- og overgrepserfaringer, er det sentralt å lære mer om hvorfor terapeutene er ukomfortable. Som det fremgår av tabellen under, går det oftest igjen at temaet oppleves som for sensitivt å spørre om, samt at terapeutene ikke vet hvordan de skal spørre eller kartlegge. En gruppe oppgir også at de tror terapeutene er usikre på hva de skal gjøre dersom de får positivt svar.

Tabell 3.33 Årsaker til at terapeutene er ukomfortable med å spørre om problematisk seksuell atferd

	Antall Ja N (%)	Total N (%)
Vet ikke hvordan spørre/kartlegge	21 (29,6)	71 (100)
Opplever det som for sensitivt å spørre	25 (35,2)	71 (100)
Uetisk å spørre	2 (2,8)	71 (100)
Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen	9 (12,9)	71 (100)
Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen	9 (12,7)	71 (100)
Usikker på hva de skal gjøre hvis positivt svar	12 (16,9)	71 (100)
Ser ikke nytten	1 (1,4)	71 (100)
Andre grunner	2 (2,8)	71 (100)
Total	81 (100)	71 (100)

Til sist ble informantene spurt om de opplevde andre hindringer som kan gjøre det vanskelig å kartlegge for problematisk seksuell atferd. Her oppga 19,7 % ($n = 13$) at de opplevde andre hindringer, mens 80,3 % ($n = 53$) ikke gjorde det. Da informantene ble bedt om å beskrive hvilke andre hindringer terapeutene deres møtte, viste det seg at de hadde ulike utfordringer. For det første beskrev flere at tematikken var utfordrende og at man kunne oppleve at barnet ikke ville snakke om temaet eller benekte at noe hadde skjedd. I tilknytning til dette beskrev også flere at relasjonen til foreldre eller omsorgsgivere kunne være utfordrende ved at disse benektet eller bagatelliserte det som hadde skjedd.

Når det gjaldt terapisisuasjonen ble det fremhevet som en potensiell hindring at institusjonen manglet kompetanse og egnede verktøy, eller at selve terapisisuasjonen gjorde det vanskelig å komme inn på temaet. Dette kunne for eksempel være fordi man hovedsakelig bedrev familieterapi, men så det som sentralt å ta opp temaer knyttet til problematisk eller skadelig seksuell atferd uten at barnets foresatte var til stede. Til sist fremhevet også noen av respondentene utfordringer knyttet til samarbeid med andre i hjelpeapparatet, enten fordi tematikken blir alvorliggjort i for liten grad, eller fordi man mangler en felles forståelse og/eller begrepsbruk. Vi vil gå nærmere inn på hvordan institusjonene opplever samarbeid med andre instanser i kapittel 3.5.7.

3.5.5 Innhold, form og lengde på behandlingen

Som vi allerede har vært inne på har det ikke blitt gjort lignende kartlegginger tidligere av behandlingstilbudet til barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Det var derfor interessant å se på hvilke behandlingsmodeller som benyttes i arbeid med denne gruppen. Det viser seg at kognitiv terapi, systemisk terapi og

atferdsterapi er de behandlingsmetodene som flest kan tilby til barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Spesifikke metoder for å behandle utøvelse av seksuelle overgrep, atferdsterapi, samt systemisk terapi er de behandlingsformene som flest behandlingsinstitusjoner oppgir å tilby til alle sine klienter med problematisk eller skadelig seksuell atferd. For en oversikt over hvilke metoder som tilbys ved spesifikke instanser vises det til vedlegg 19.

Tabell 3.34 Behandlingsmodeller for behandling av problematisk seksuell atferd

	Tilbyr⁵²	Tilbyr til alle⁵³	Tilbyr til minst halvparten⁵⁴	Totalt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Spesifikke metoder for å behandle utøvelse av seksuelle overgrep	25 (62,5)	9 (22,5)	18 (45)	40 (100)
Kognitiv terapi	35 (89,7)	6 (15,4)	27 (69,2)	39 (100)
Atferdsterapi	30 (83,3)	9 (15,4)	22 (61,1)	36 (100)
Psykodynamisk terapi	13 (41,9)	1 (3,2)	8 (25,8)	31 (100)
Systemisk terapi	33 (91,7)	9 (25)	23 (63,9)	36 (100)
Narrativ terapi	17 (85)	-	10 (50)	20 (100)
EMDR	11 (33,3)	3 (10)	5 (16,7)	30 (100)
TF-CBT	10 (35,7)	2 (7,1)	5 (17,9)	28 (100)
Annen traumespesifikk behandling	21 (67,7)	4 (12,9)	11 (35,5)	31 (100)
Akutt hjelp/krisehjelp	21 (67,7)	4 (12,4)	9 (29)	31 (100)
Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening	21 (70)	5 (16,7)	16 (53,3)	30 (100)
Eklektisk terapi	14 (48,2)	3 (10,3)	13 (44,8)	29 (100)
Emosjonsfokusert terapi	14 (45,2)	-	9 (29)	31 (100)
Dialektisk atferdsterapi	5 (20,8)	-	1 (4,2)	24 (100)
Annen behandling	5	2	3	15

*vet ikke-svar er ekskludert i denne oversikten.

Informantene fikk også muligheten til å utdype dersom de brukte en annen behandlingsmodell, eventuelt spesifikke metoder for å behandle utøvelse av seksuelle

⁵² Tallene gjenspeiler hvorvidt enhetene i det hele tatt tilbyr behandlingen

⁵³ Tallene gjenspeiler hvor mange enheter som oppgir at alle klienter får behandlingen

⁵⁴ Tallene gjenspeiler hvor mange enheter som oppgir at minst halvparten av klientene får behandlingen

overgrep, enn alternativene som fantes i spørreskjemaet. Her nevnte flere av informantene at de benyttet seg av metoder anbefalt av V-27 eller at de rådførte seg med dem, eventuelt med RVTS, i saker som omhandlet barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Av de som går inn på hvilke spesifikke metoder de har fått anbefalt nevner to G-MAP, en «Terapi for unge overgripere».

Tre informanter oppgir ERASOR (Worling & Curwen, 2001) på dette spørsmålet, en av dem spesifiserer at ERASOR brukes som kartleggingsskjema heller enn som en spesifikk behandlingsmodell, mens en annen oppgir at ERASOR brukes for å vurdere gjentakelsesfare. Tre av informantene nevner i tillegg at de bruker ASAP (van Outsem et al., 2006), mens en informant bruker AIM2 (AIM Project, n.d.) og også «Varig forandring» (Bullens & Hendriks, 1997).

To av informantene oppga at de benyttet en manualbasert behandling for barn som har utøvd seksuelle overgrep eller krenkelser mot andre, men spesifiserer ikke hvilken behandlingsmanual dette dreier seg om. En annen informant oppga at deres klinikk hadde en sexologisk tilnærming i tillegg til andre behandlingsmetoder, og at flere av terapeutene deres hadde karakteranalytisk utdanning. En tredje informant oppga at deres klinikk eller institusjon benytter mentalisering og motiverende intervju i arbeidet med disse barna. En informant forklarte at deres institusjon eller klinikk benytter Traumebevisst omsorg. To informanter svarte at de ikke hadde en spesiell behandlingsmodell for denne problematikken. En av informantene oppga imidlertid at de hadde en spesifikk metode for kartlegging, selv om de ikke hadde en spesifikk behandlingsmodell.

I tillegg til å se på hvilke behandlingsmodeller som benyttes er det imidlertid også viktig å se på varigheten av den behandlingen som tilbys. Det viste seg at det er relativt mange som ikke vet hvor lang behandlingstid som er vanlig for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Av de som svarer på spørsmålet, ser imidlertid lengre behandlingstid ut til å være det vanligste. Av enhetene som svarte på dette spørsmålet oppga 60,5 % at de fleste eller alle av klientene med skadelig eller problematisk seksuell atferd får over 20 timer med behandling, se mer detaljerte svar i vedlegg 20.

Videre var det også ønskelig å kartlegge hvilken form behandlingen har, altså om den gis som individual-, gruppe- eller familierapi. Her ser vi at gruppeterapi er en relativt lite brukt behandlingsform for barn og unge med problematisk seksuell atferd, og 85 % av informantene ($n = 34$) har oppgitt at ingen av deres klienter får behandling for denne problematikken i form av gruppeterapi. På den andre siden oppgir 63,3 % ($n = 38$) av informantene at alle eller de fleste av klientene ved deres

institusjon eller enhet får individualterapi ved problematikk knyttet til problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Tabell 3.35 Behandlingens form ved problematisk eller skadelig seksuell atferd

	Individualterapi	Gruppeterapi	Familieterapi
	N (%)	N (%)	N (%)
Alle	17 (28,3)	1 (2,5)	11 (22,9)
De fleste	21 (35)	1 (2,5)	11 (22,9)
Halvparten	8 (13,3)	1 (2,5)	8 (16,7)
Mindre enn halvparten	8 (13,3)	3 (7,5)	12 (25)
Ingen	6 (10)	34 (85)	6 (12,5)
Total	60 (100)	40 (100)	48 (100)

*vet ikke-svar er ekskludert fra denne oversikten

Som det også fremgår av denne tabellen tilbyr 45,8 % ($n = 22$) av de forespurte enhetene familieterapi til alle eller de fleste barna og ungdommene med problematisk eller skadelig seksuell atferd. I tilknytning til dette er det interessant å se på hvem som er involvert i behandlingen, og om dette varierer med barna eller ungdommenes alder.

Tabell 3.36 Hvem er involvert i behandlingen av barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd når barnet er mellom 6 og 10 år og når barnet er mellom 11 og 18 år.

	Når barnet er mellom 6 og 10 år	Når barnet er mellom 11 og 18 år
	N (%)	N (%)
Hovedsakelig barna alene	2 (3,9)	11 (17,5)
Hovedsakelig omsorgsgivere alene	9 (17,7)	4 (6,3)
Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne	40 (78,4)	48 (76,2)
Total	51 (100)	63 (100)

*vet ikke-svar er ekskludert fra denne oversikten

Som man kan se av tabellen er det vanligste, både ved behandling av yngre og eldre barn, at både barna og omsorgsgiverne er involvert i behandlingen. Man ser imidlertid at flere hovedsakelig involverer omsorgsgiverne når sakene gjelder yngre barn, mens flere hovedsakelig involverer barna når sakene gjelder eldre barn og ungdom. Det er samtidig et høyere antall informanter som svarer at de ikke vet hvem som hovedsakelig involveres i behandlingen, når spørsmålet gjelder barn i aldersgruppen seks til 10 år, enn når man spør om aldersgruppen 11 til 18 år.

3.5.6 Synliggjøring av eget behandlingstilbud

Som vi tidligere har vært inne på ble det avdekket i pilotundersøkelsen forut for denne kartleggingen at informasjon om ulike behandlingstilbud ikke var lett tilgjengelig for allmennheten (Moen et al., under publisering). Det var derfor ønskelig å kartlegge hvorvidt behandlingsenhetene oppgir at de gjør tilbudet kjent for publikum, for eksempel via hjemmesider på internett eller blant samarbeidspartnere, og i så fall i hvilken grad dette blir gjort. Tretten behandlingsinstitusjoner (21,3 % av enhetene) oppga at de synliggjorde eget behandlingstilbud på denne måten, mens 48 behandlingsenheter (78,7 %) oppga at de ikke gjorde det. Av de 13 enhetene som oppga at de promoterer behandlingstilbudet sitt fordelte det seg relativt jevnt hvorvidt dette ble gjort i stor eller liten grad.

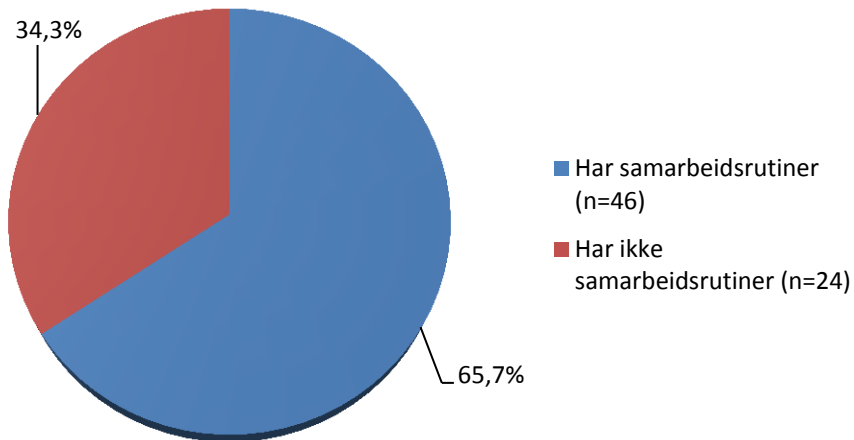
Tabell 3.37 I hvor stor eller liten grad behandlingstilbudene synliggjør seg selv (N=13)

	<i>N (%)</i>
I svært stor grad	4 (30,8)
I ganske stor grad	3 (23,1)
I verken stor eller liten grad	4 (30,8)
I liten grad	2 (15,4)
Total	13 (100)

3.5.7 Samarbeid med andre instanser rundt barn og unge med skadelig eller problematisk seksuell atferd

Som nevnt i innledningen til denne rapporten, har tidligere kartlegginger (Hjemdal, 2006) funnet at behandlingsenheter har opplevd samarbeid med instanser utenfor helsesektoren som utfordrende. Samtidig er slikt samarbeid avgjørende for at klientene skal få et godt og helhetlig helsetilbud. I dette delkapitlet vil vi derfor se på hvorvidt behandlingsenheter som har oppgitt at de har et tilbud til barn og unge med problematisk seksuell atferd, har rutiner for samarbeid med andre instanser. Som det fremgår av figur 3.22, oppgir omkring en tredjedel av de forespurte enhetene at de ikke har rutiner for samarbeid.

Figur 3.25 Hvorvidt behandlingseenhetene har rutiner for samarbeid med andre instanser i saker hvor barn har problematisk eller skadelig seksuell atferd (N=70)



*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten

De som oppga å ha rutiner for samarbeid ble bedt om å vurdere kvaliteten på disse samarbeidsrutinene, og her oppga 13 % ($n = 6$) at de opplevde rutinene som svært gode, 63,6 % ($n = 32$) mente de var gode, mens 17,4 % ($n = 8$) var nøytrale. Ingen oppga at rutinene for samarbeid var dårlige.

«Tid og ressurser, men mest av alt kompetanse»

Informantene ble også bedt om å beskrive hva de trenger for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt barn som har problematisk seksuell atferd, eller som har begått seksuelle overgrep. Svarene vi fikk fordelte seg hovedsakelig i tre kategorier. En mindre gruppe mente det først og fremst var behov for mer ressurser til samarbeidet. En annen, større gruppe etterlyste flere rutiner for samarbeidet. Den største gruppen var imidlertid opptatt av at kompetanseheving var det viktigste.

De informantene som etterlyste mer kompetanse, ønsket seg dette i to dimensjoner. For det første var flere opptatt av at det var behov for økt forståelse for problematikken, og at man trengte felles begrep, felles kunnskap og en felles plan for arbeidet med barn som har problematisk seksuell atferd, på tvers av ulike instanser. I tilknytning til dette ønsket også noen seg mer trening og erfaring, både når det kommer til å kartlegge og til å gi terapi til barn og ungdommer med problematisk seksuell atferd. For det andre ønsket flere av behandlingseenhetene seg mer kunnskap

når det kom til hvilke andre behandlingstilbud og instanser som er relevante for denne problemstillingen, samt hvilke resultater som foreligger av ulike behandlingsmetoder. En informant pekte på at dette fordrer mer åpenhet mellom de ulike instansene. Det ble også etterlyst mer tilgjengelig kompetanse som man kan søke råd hos, dersom man selv kommer til kort i møte med disse barna.

Den andre store gruppen av informanter etterlyste på ulike måter bedre rutiner for samarbeidet om barn med problematisk seksuell atferd. Her så vi at flere av informantene ønsket seg bedre samarbeidsrutiner, i tillegg til tydeligere avklaring av rollefordeling og ansvar. Noen av informantene etterlyste spesielt bedre rutiner for samarbeid mellom spesialist- og kommunalhelsetjeneste, og en informant hevdet at dette samarbeidet i for stor grad er personavhengig, slik det er lagt opp i dag. I tilknytning til dette uttrykte også flere ønsker om jevnlig samarbeidsmøter eller samarbeidsfora.

Det ble fremhevet av flere at det er behov for fleksibilitet og tett samarbeid mellom flere instanser i saker som omhandler barn med problematisk seksuell atferd og at det derfor er viktig at de ulike tjenestene kommer sammen for å yte best mulig støtte til barnet og familien. For lettere å få til dette ønsket noen av informantene seg mindre byråkrati i samarbeidsprosessen. En informant etterlyste lokale retningslinjer for samarbeidet. En annen informant ønsket seg også et klarere mandat om at Kompetansesentrene skal bistå med kompetansebygging, fagutvikling og forskning på dette området, samt bistå med behandlingstilbud til unge som er i Kriminalomsorgen og Konfliktrådene.

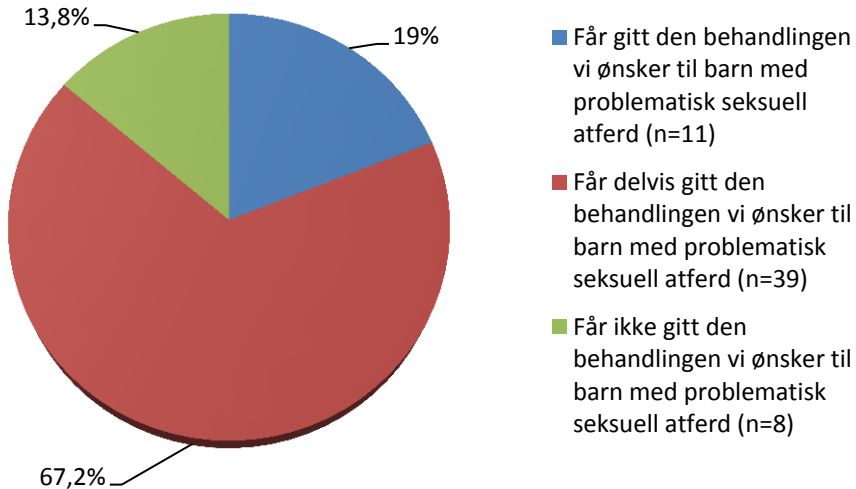
Til sist var det, som nevnt, noen informanter som etterlyste mer ressurser, da gjerne for å kunne bruke mer tid og bemanning på samarbeid.

3.5.8 Andre utfordringer og behov

Til sist ønsket vi å se på hvilke utfordringer og behov behandlingsenhetene selv opplever å ha, knyttet til det å skulle gi god behandling til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Opplevelsen av å få gitt det behandlingstilbudet man ønsker

Figur 3.26 Enhetenes opplevelse av å få gitt den behandlingen de ønsker til barn med problematisk seksuell atferd (N=58)

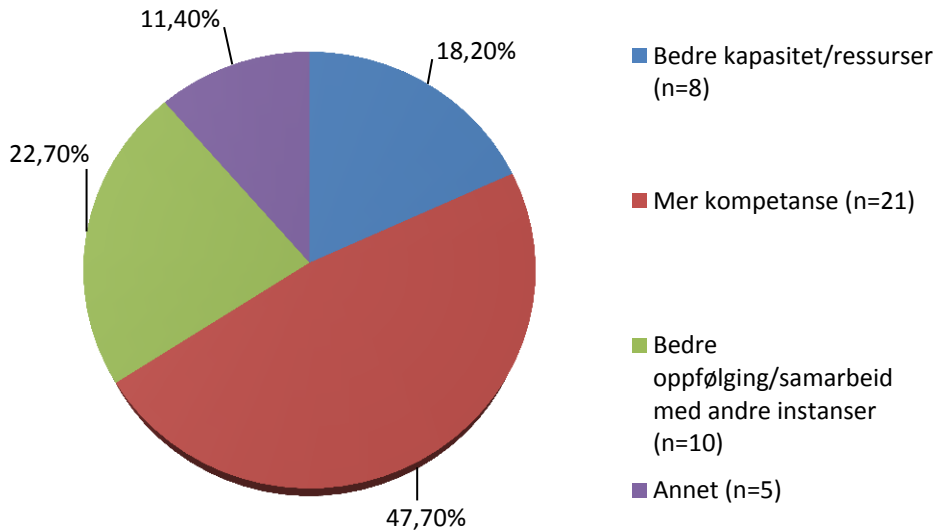


*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

På spørsmål om enhetene opplevde at de fikk gitt den behandlingen de ønsket til denne gruppen oppga en større andel av dem (67,2 %, $n = 39$) at de bare delvis fikk gitt den behandlingen de ønsket. Samtidig svarte 13,8 % av de forespurte enhetene ($n = 8$) at de ikke fikk gitt den behandlingen de ønsket. I tilknytning til dette var det derfor interessant å spørre om hva behandlingsenhetene trenger for å få gitt den behandlingen de ønsker.

Som det fremgår av figuren under etterlyser en stor andel av behandlingsenhetene mer kompetanse for å kunne møte barn og unge med problematisk seksuell atferd på en god måte. Som vi har vært inne på tidligere var kompetanseheving også et viktig punkt for mange av de forespurte enhetene, når det kom til å få til et bedre samarbeid med andre instanser.

Figur 3.27 Hva behandlingsenhetene behøver for å kunne tilby et bedre tilbud til barn og unge med skadelig seksuell atferd (N=44)



De som krysset av for «Annet» på dette spørsmålet ble bedt om å beskrive hva de behøvde. Her kom det frem at flere mente de hadde behov for bedring på flere av områdene, men at spørreskjemaet kun hadde gitt dem mulighet til å oppgi et behov. Andre fremmet behovet for et tydeligere mandat om å hjelpe denne gruppen, for å derigjennom kunne forsvare å bruke ressurser både på fagutvikling og oppfølging eller behandling. En informant oppga også at det var behov for flere henvisninger og mer erfaring med denne gruppen barn, mens annen mente at det viktigste var at barnet eller ungdommen var motivert for å motta behandling.

Bedre oppfølging utenfor det aktuelle behandlingstilbudet

Til sist ble behandlingsinstitusjonene bedt om å beskrive hva de mener mangler for at barna med skadelig eller problematisk seksuell atferd skal få god oppfølging også utenfor det tilbudet de selv kunne gi dem. Her så vi at svarene samlet seg omkring fire temaer:

- Økt kompetanse
- Bedre samarbeid
- Nedbryting av tabuer
- Økt fokus på sikkerhet.

Økt kompetanse

Flere av respondentene fremmet at det var behov for kompetanseheving for at barna og ungdommene med problematisk seksuell atferd skal få et godt tilbud. Det varierte imidlertid om informantene opplevde at det var behov for en generell kompetanseheving eller mer spisskompetanse enkelte steder. Noen av informantene var mest opptatt at det var behov for flere med spisskompetanse og at det var nyttig med kompetansesentra som man kunne henvende seg til for råd dersom man fikk slike saker, i og med at mange opplevde å ha relativt få saker med denne problematikken. Samarbeid med en enhet som V27, samt barnehus og BUP ble fremhevet som nyttig her.

Andre mente imidlertid at det var behov for en mer generell kompetanseheving i alle ledd. Noen svarte at det var behov for kompetanseheving og mer forståelse for disse barna, uten å konkretisere hvor i hjelpesystemet det var behov for denne kunnskapen. Andre spesifiserte at det var behov for kompetanseheving innenfor kommunale tjenester, som for eksempel blant helsesøstre og i barnevernstjenesten. Barnevernsinstitusjoner hvor barn med problematisk seksuell atferd bor, ble også fremhevet som en sentral målgruppe for kompetanseheving. Videre ble det også etterlyst mer kompetanse i spesialisthelsetjenesten, da hovedsakelig BUP. Til sist var det en gruppe informanter som ønsket mer kunnskap om denne problematikken på samfunnsnivå, både blant folk flest, fagfolk og omsorgsgivere som har det daglige ansvaret for disse barna.

I tilknytning til ønsket om mer kompetanse og kunnskap, som diskutert i det foregående, etterlyste flere informanter også et større fokus på barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Her ble det nevnt at mange hadde relativt lite erfaring med problematikken og det ble uttrykt et ønske om bedre rutiner for kartlegging, ressurser og retningslinjer for arbeidet med disse barna. Det ble påpekt at et økt fokus var sentralt fordi det er viktig at slik atferd blir oppdaget tidlig.

Bedre samarbeid

Mange av informantene var opptatt av at bedre samarbeid på tvers av ulike instanser er sentralt for at barna og ungdommene med problematisk seksuell atferd skal få et godt tilbud også utenfor behandlingstilbudet hver enkelt informant representerte. Her ble det nevnt at det var viktig at man samarbeidet hele veien og at de ulike instansene fulgte opp hverandre. I tilknytning til dette ble det for eksempel uttrykt et ønske om at barnevernstjenesten ikke må henlegge saker for tidlig. Informantene ønsket seg også tydeligere bestemmelser om hvem som har ansvar i saker hvor barn

har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd, samt at det må jobbes for felles nasjonale møtepunkt hvor man kan utarbeide konsensus og felles retningslinjer for hvordan man skal arbeide for å gi et godt tilbud til denne gruppen.

Nedbryting av tabuer

Enkelte av informantene mente også at et sentralt punkt for å kunne tilby bedre tilbud til barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, er at man må arbeide med tabuer på dette området. Enkelte hevdet at voksne, både innenfor hjelpesystemet, men også for eksempel omsorgspersoner, opplever det som ekkelt og vanskelig å ta opp tematikken. I hjelpeapparatet kan dette komme til uttrykk ved at problemområdet ofte viker for andre «enklere» tema, som for eksempel andre symptomuttrykk, og at tematikken derfor ikke blir tatt tak i på en god nok måte. En av informantene uttrykte: *«Her må vi tørre å sette ord på at det ikke er greit og sørge for at det stopper»*. En annen uttrykte at det var behov for *«et system som våger å se, våger å forstå disse barna, våger å bistå barn og familie»*.

Økt fokus på sikkerhet

Til slutt var også noen av informantene opptatt av at man måtte fokusere mer på sikkerhet omkring barna med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Her ble det nevnt at det var viktig med høyt tilsyn og gode rammer for å unngå eventuelle nye overgrep. Det ble også nevnt at det var viktig med kompetanse på sikkerhetsperspektivet hos de barnevernsinstitusjonene hvor noen av disse barna blir plassert. I tillegg ble det hevdet at det var behov for å ta innover seg at disse barna er en større gruppe enn tidligere antatt.

3.6 Oppsummering, behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd

- Totalt 71 behandlingssenheter oppga at de hadde et tilbud til barn med problematisk seksuell atferd. Det finnes behandlingstilbud til denne gruppen i alle de fire helseforetakene, men det er få spesialiserte tilbud. Om lag 90 % av enhetene oppga at de hovedsakelig behandler saker med annen type problematikk
- Saker hvor barn har problematisk seksuell atferd henvises oftest fra barnevernstjenesten. Den viktigste årsaken til å avslå eller henvise videre

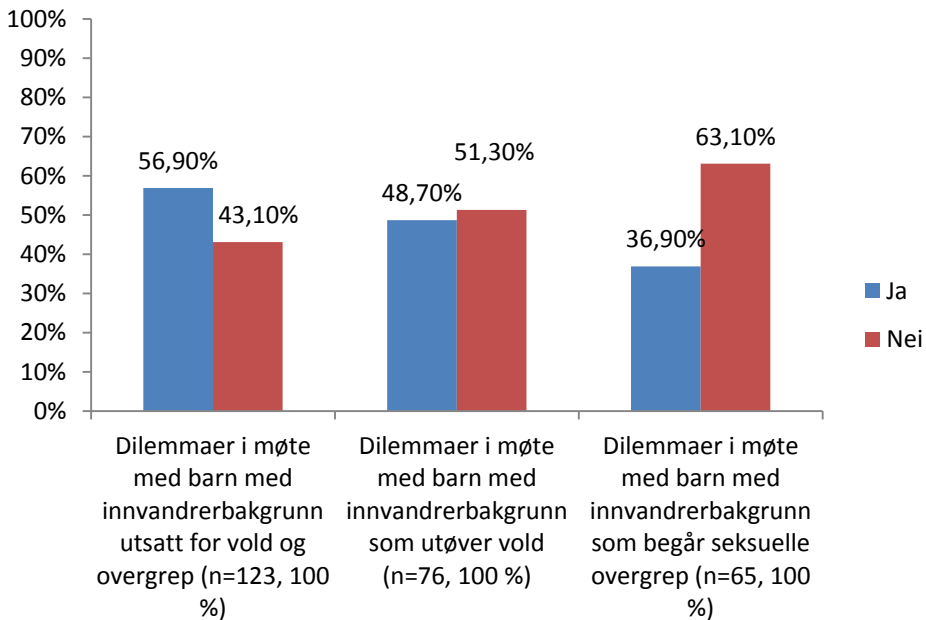
disse sakene, ser ut til å være at problemene som beskrives i henvisningen faller utenfor rett til helsehjelp ved den aktuelle institusjonen.

- De fleste informantene oppga at mindre enn halvparten av terapeutene ved deres enhet hadde kompetanse i å behandle barn med problematisk seksuell atferd. At alle ansatte har denne kompetansen er vanligst hos privatpraktiserende og barnevernsinstitusjoner, mens kompetansen er mer spredt ved for eksempel BUP og barnehusene.
- Kun 37,3 % oppgir at de kartlegger alle eller de fleste for problematisk seksuell atferd. Flere av enhetene beskriver at de kartlegger for dette dersom problematikken fremgår av henvisning eller er kjent fra tidligere.
- De to mest brukte kartleggingsverktøyene er ASAP og Eraser. Det er imidlertid en overvekt av institusjoner som ikke bruker spesifikke kartleggingsverktøy.
- Informantene oppgir at terapeutene er mindre komfortable med å spørre om overgrepssatferd enn utsatthet. Flere beskriver tematikken som utfordrende å arbeide med, både fordi barn eller foresatte ikke ønsker å snakke om temaet, eller fordi institusjonene opplever å mangle kompetanse eller egnede verktøy til å arbeide med problematikken.
- For behandling av unge med problematisk seksuell atferd er det ikke én behandlingsmetode som er fremtredende, i stedet beskriver behandlingsenhetene en rekke ulike tilnærminger som de benytter seg av.
- Omtrent en tredjedel av enhetene formidler at de ikke har rutiner for samarbeid med andre instanser i arbeid med barn med problematisk seksuell atferd. Enhetene beskriver at det først og fremst er behov for mer kompetanse om problematikken for å få til et bedre samarbeid med andre instanser.
- Mange opplever at de ikke, eller kun delvis, får gitt den behandlingen de ønsker til barn med problematisk seksuell atferd. Informantene etterlyser først og fremst mer kompetanse for å kunne gi et bedre tilbud.

3.7 Terapeutiske dilemmaer i møte med barn og ungdom med innvandrerbakgrunn

Et sentralt mål på om tjenester er likeverdige er hvorvidt de når ut til mangfoldet i befolkningen. Alle informantene ble derfor spurt om de opplever særskilte terapeutiske dilemmaer i møte med barn og unge med innvandrerbakgrunn. Som det fremgår av diagrammet under opplevde størst andel av behandlingssenhetene disse dilemmaene i møte med barn utsatt for vold og overgrep. Her svarte 56,9 % av informantene at de opplevde terapeutiske dilemmaer. Lavest andel av behandlingssenhetene rapporterte terapeutiske dilemmaer i møte med barn med innvandrerbakgrunn som har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Figur 3.28 Opplevelse av terapeutiske dilemmaer i møte barn med innvandrerbakgrunn som henholdsvis har opplevd vold og overgrep; som utøver vold; eller som begår seksuelle overgrep



*Stolpene viser prosentinn fordelingen innen hver gruppe for seg.

Videre ble enhetene bedt om å beskrive disse dilemmaene. Lignende tematikk gikk igjen i møte med både barn som har opplevd vold og overgrep, barn som utøver vold og barn med skadelig seksuell atferd. Hovedsakelig så vi at utfordringer knyttet til språk og kulturelle forskjeller gikk igjen blant respondentene. I tillegg formidlet også

flere utfordringer knyttet til familieforhold og samarbeid med barnets familie som et terapeutisk dilemma. Noen av informantene pekte også på at behandlingen kunne ta mer tid i møte med barn med innvandrerbakgrunn på grunn av disse utfordringene eller dilemmaene. Det ble også hevdet at det generelt var for lite kulturkompetanse.

Flere av de terapeutiske dilemmaene som beskrives her kan potensielt også være gjeldende i møte med barn og unge med majoritetsbakgrunn. Dette ble imidlertid ikke kartlagt i denne undersøkelsen, men lignende tematikk fremkom blant annet da informantene ble spurt om de opplevde hindringer i kartleggingsarbeid. Her ble det for eksempel forklart at man opplevde utfordringer knyttet til samarbeid med familie, gjerne ved at barnet selv eller de foresatte benektet eller ikke ønsket å snakke om det som hadde skjedd, eventuelt hadde manglende tiltro til hjelpeapparatet. Lignende terapeutiske dilemmaer dukker med andre ord opp både i arbeid med barn med minoritets- og majoritetsbakgrunn. I konteksten som presenteres i dette delkapitlet var imidlertid fokus på behandlingssenheterens opplevelser i arbeid med barn med innvandrerbakgrunn og særskilte utfordringer som enhetene knyttet til dette arbeidet.

Tabell 3.38 Terapeutiske dilemmaer i møte med barn og unge med innvandrerbakgrunn

Språk

Utfordringer som er felles for alle de tre gruppene:

- Kommunikasjonsvansker på grunn av språkbarrierer.
- Ansvar for å tilrettelegge kommunikasjon via kvalifiserte tolker, inkludert varierende kvalitet på tolkene, ytterligere utfordringer ved bruk av telefontolk, utfordringer knyttet til at tolk og pasient kjenner hverandre, samt behov for egen kompetanse i bruk av tolk. Utfordringer knyttet til tolkebruk forlenger tidsbruk og vanskeligjør noen av behandlingsmetodene.

Kultur

Utfordringer som er felles for alle de tre gruppene:

- Ulik forståelse av psykiske vansker/problemer.
- Ulik forståelse av behandling: Hva man kan forvente av terapien og hva man skal snakke om.
- Holdninger til hjelpeapparatet, finner for eksempel oftere frykt og mistro blant familiene for barnevernet eller øvrig hjelpeapparat.

- Behov for kulturkompetanse.

Særskilte utfordringer i arbeid med barn utsatt for vold og overgrep

- Ansvars- og skyldfølelser hos barna
- Andre grep kreves for å komme i god dialog med foreldre og barn, barna er mer utrygge, tar mer tid. Fokus på barns sikkerhet og hvem de eventuelt kan stå i lojalitet til.
- Andre holdninger til barnas status i familien/aksept for oppdragervold og ulike holdninger til hva som kan være skadelig for barnet.
- Barna må forholde seg til ulike kulturer og forventingssett på hjemmebane og i det norske samfunnet
- Tabu og skam knyttet til problematikken.
- Kan være utfordrende å få forståelse for den enkeltes kulturelle bakgrunn, må kjenne kulturen og konteksten volden skjer i.
- Foreldre kan oppleve det som uhyggelig å bli spurt om barnas volds-/overgrepserfaringer.

Særskilte utfordringer i arbeid med barn som utøver vold

- Ulike holdninger/normer når det kommer til bruk av vold og reaksjoner på voldsbruk: vold kan for eksempel være æresrelatert eller påvirket av patriarkalsk familiestruktur, sistnevnte kan komme til uttrykk ved at mannlig ungdom utøver vold mot kvinnelig omsorgsperson.
- Ulik omsorgssituasjon, ungdom blir tidligere ansett som «voksne».

Særskilte utfordringer i arbeid med barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd

- Kulturelle forskjeller på hvordan normal og avvikende seksualitet forstås og kan snakkes om.
- Skam og tabu knyttet til problematikken.
- Barnet/ungdommen er ukjent med norsk kultur og lovgivning.

Familieforhold og samarbeid med barnets familie

Utfordringer som er felles for de tre gruppene:

- Familien har et begrenset sosialt nettverk som vanskeliggjør å få på plass nok støtte rundt ungdommen og familien.

Særskilte utfordringer i arbeid med barn utsatt for vold og overgrep

- Vanskelig å engasjere pårørende, særlig fordi pårørende ofte kan være mistenkte.
- Fravær av nære omsorgspersoner, for eksempel fordi barnet/ungdommen har kommet som enslig mindreårig asylsøker.
- Dersom barnet skal fortsette å ha samvær med en forelder som har utøvd vold, kan dette være utfordrende.
- Kulturforskjeller når det gjelder hvor involverte foreldre er i behandlingen.

Særskilte utfordringer i arbeid med barn som utøver vold

- Vanskelig å få informasjon om hva som skjer i familien

Særskilte utfordringer i arbeid med barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd

- Omsorgssituasjonen og samarbeid med foreldre.
- Utfordringer knyttet til å involvere familien i behandlingen: Foreldre synes det er vanskelig å forholde seg til problematikken, ungdommen opplever det som vanskelig å snakke høyt om sammen med foreldre.
- Vanskelig å få korrekt informasjon fra familiene.

Andre utfordringer

- Kan være mindre interessert i å snakke om tema og gå til behandling (*Gjelder for barn utsatt for vold og overgrep, samt barn og unge med problematisk seksuell atferd*)
- Utfordringer knyttet til usikker status på barnets/ungdommens asylsøknad (*Gjelder for barn utsatt for vold og overgrep*)
- I arbeidet med enslige mindreårige flyktninger kan det være utfordrende å spørre om tidligere livsbelastninger (*Gjelder for barn utsatt for vold og overgrep*)
- Enkelte traumeutfordringer, som for eksempel krigs- og flukterfaringer, kan forekomme oftere hos minoriteter (*Gjelder barn og unge som utøver vold*)

4 Styrker og begrensninger ved undersøkelsen

Det er flere styrker ved undersøkelsen. Spørreskjemaet er ganske detaljert, og det ble gitt plass til åpne svar flere steder. Dette gjorde at informantene fikk mulighet til å utdype svarene sine, og de kunne legge vekt på det *de* synes var viktig eller manglet i behandlingstilbudet. Samtidig ga ikke spørreskjemaet mulighet for å følge opp de åpne svarene med nye spørsmål slik det er mulig å gjøre i kvalitative intervjuer. Det resulterte i at meningsinnholdet i noen av informantenes utsagn forble uklare. Det hadde vært nyttig å utforske noen av informantenes opplevelser nærmere i kvalitative intervjuer. En annen styrke ved undersøkelsen var at det var en tett oppfølging av alle behandlingsenhetene i forkant av at spørreskjemaet ble sendt ut, og de som ikke svarte ble fulgt opp med flere påminnelser om å svare. Forhåpentligvis bidro dette til flere innkomne svar enn hvis ikke alle hadde blitt kontaktet på forhånd.

Den største begrensningen ved undersøkelsen er at svarprosenten er lav, spesielt blant de privatpraktiserende. Vi forsøkte å komme en lav svarprosent i forkjøpet ved at vi forut for å sende ut skjemaet, kontaktet alle aktuelle institusjoner på telefon. Mer spesifikt var formålet med telefonkontakten å informere om undersøkelsen, sikre at spørreskjemaet ble sendt til riktig person, og motivere lederne til å svare. Det ble videre sendt ut påminnelse til enhetene om at de skulle svare på skjemaet, i alt fire ganger – to ganger mer enn opprinnelig planlagt.

Det er en svakhet ved nettbaserte undersøkelser at de kan oppleves som mindre forpliktende å delta i, og derfor gir de også lavere svarprosent enn andre typer undersøkelser. Like fullt er den lave svarprosenten en begrensning ved kartleggingen, og det finnes dessverre ikke informasjon om hvorvidt noen informanter har unnlatt å svare fordi de ikke har hatt et tilbud å rapportere om. Særlig kan en forestille seg at dette er aktuelt for de privatpraktiserende avtalespesialistene, som ikke ble kontaktet på telefon før utsendelse av skjema. En kan derfor ikke automatisk generalisere svarene fra de som har svart, til de som ikke har svart. En kan imidlertid anta at de behandlingsenhetene som *har* svart, har hatt et tilbud de ønsker å formidle, og at svarene samlet kan fortelle noe om innholdet i det norske behandlingstilbudet. Informantene har i tillegg til å krysse av på skjemaet kommet med åpne beskrivelser av enhetenes praksis. I tillegg baserte utsendelse av spørreskjemaet seg på et

nettbasert søk hvor aktuelle behandlingsenheter ble identifisert. Det vil si at en kan anse det som sannsynlig at enhetene som fikk skjemaet, med unntak av alle de privatpraktiserende, faktisk hadde et tilbud.

En annen begrensning ved undersøkelsen er at det tallmessige materialet baserer seg på svar fra lederne ved de ulike behandlingsenhetene, og ikke fra innsendte og faktiske tall. Det er all grunn til å tro at lederne er oppriktige og ærlige i sin rapportering. Respondenter er ledere som er tett på praksisen ved sin enhet, og det er valgt enhetsledere fremfor avdelingsledere. Videre har respondentene hatt anledning til å hoppe over eller krysse av for «vet ikke» på svarkategoriene, noe som trolig øker sannsynligheten for at svarene de faktisk har krysset av for, kan regnes som pålitelige. Likevel har vi ikke hatt anledning til å kvalitetssikre svarene mot faktiske forhold. For eksempel kan det i rapporteringen av hvor mange som kartlegges ved de respektive enhetene, være en over- eller underrapportering av den faktiske kartleggingsfrekvensen.

Alle behandlingsenhetene ble kontaktet per telefon. Dette gjaldt imidlertid ikke de privatpraktiserende, fordi det hadde blitt for ressurskrevende. En skjevhet i at de privatpraktiserende ikke ble kontaktet på forhånd, er en begrensning ved undersøkelsen. Undersøkelsen er også basert på et omfattende spørreskjema, og noen informanter ga tilbakemelding om at skjemaet var for detaljert. Samtidig ble det vurdert at det var nødvendig å ha såpass detaljerte spørsmål hvis en skulle fremskaffe verdifull informasjon om innholdet i og kvaliteten av behandlingstilbudene. Det gjorde imidlertid at noen spørsmål inneholdt mange «vet ikke»-svar. Til neste undersøkelse bør dette evalueres.

Informantene i kartleggingene var behandlingsinstanser og privatpraktiserende avtalespesialister. Det betyr at undersøkelsen ikke har informasjon om tjenestene sett fra brukernes ståsted. Siden de berørte familiene ikke er involvert som informanter, kan kartleggingen dermed ikke gi svar på hva det reelle behandlingsbehovet er for barna og familiene som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep, som har utøvd vold, eller som har begått seksuelle overgrep, og på bakgrunn av undersøkelsen kan en ikke gi svar på om behandlingstilbudet svarer til etterspørselen av behandling.

Tilbud innenfor rehabiliteringstjenester og kriminalomsorgen, akutte tjenester, og tilbud som primært retter seg mot psykose, rus- og avhengighet er ekskludert fra undersøkelsen fordi det ikke var mulig å inkludere disse innenfor undersøkelsens tidsrammer, og fordi disse er særegne tilbud, i motsetning til tilbud som er åpne for allmennheten. Mange av disse tilbudene tilbyr imidlertid behandling til ungdom som

kan være utsatthet for, eller som utøver vold eller seksuelle overgrep. Derfor er ikke denne kartleggingen en fullstendig kartlegging av behandlingstilbudet til disse gruppene i Norge, men alle behandlingstilbud som er åpne for allmennheten er inkludert i undersøkelsen. Videre undersøkelser bør kartlegge behandlingstilbudet til målgruppene innenfor kriminal- og rusomsorgen.

5 Diskusjon

Formålet med denne rapporten har vært å kartlegge det norske behandlingstilbudet til 1) barn og unge som har opplevd vold og overgrep, 2) barn og unge som utøver vold, og 3) barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. I dette kapitlet vil sentrale funn fra undersøkelsen bli diskutert i lys av tidligere kartlegginger og øvrig relevant litteratur. Vi vil drøfte om tilbudene sikrer likeverdig behandling til de berørte gruppene, om behandlingsenhetene får gitt et tilstrekkelig tilbud, hvilke fordeler og ulemper det er med generelle versus spesialiserte tilbud, viktigheten av å kartlegge utsatthet og utøvelse av vold og overgrep, samt innholdet i behandlingstilbudene. Deretter blir utfordringer knyttet til det å få til et fruktbart samarbeid på tvers av instanser løftet frem, og til sist vil behandlingstilbudet til utsatte for tvangsekteskap, æresrelatert vold og kjønnslemlestelse bli diskutert.

5.1 Likeverdige og tilgjengelige tjenester – geografisk dekning og synliggjøring av behandlingstilbudene

Et av målene med dette prosjektet har vært å undersøke om tilbudene sikrer likeverdig behandling for de berørte barna og deres familier. Likeverdige tilbud for alle betinger god tilgjengelighet, tilrettelegging, individuelle tilpasninger og at tilbudet når ut til mangfoldet i befolkningen. Dette er undersøkt ved å se nærmere på 1) tilbudenenes geografiske dekning, 2) om enhetene synliggjør sine behandlingstilbud på internett og til samarbeidspartnere, og 3) om informantene opplever særskilte terapeutiske dilemmaer i møte med barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn.

Behandlingstilbud til både barn som er utsatt for vold og overgrep, barn som utøver vold og barn med problematisk og skadelig seksuell atferd tilbys i alle de fire regionene i landet. Selv i landsregionen med færrest antall innbyggere er det relativt mange behandlingsenheter/ praksiser som behandler målgruppene. Nord-Norge har imidlertid en spredt bosetning og det er den landsregionen som har størst areal. Et høyt antall tilbud som er lokalisert flere steder, vil derfor sikre at de berørte barna og deres familier slipper å reise uforholdsmessig langt for å motta behandling. Samtidig vil det ikke være behov for at behandlingsenhetene i en landsregion med spredt

befolkning og et lavt antall innbyggere er så store. Dette støttes opp av resultatene i kartleggingen, som viser at behandlingsenhetene som har svart på undersøkelsen fra Nord-Norge i gjennomsnitt har færre årsverk tilknyttet sin virksomhet enn enhetene i regionen i landet med tettest bosetning, Sør-Øst-landet. Dette vurderes som en fordel fordi instansene da kan ta imot et større antall barn og familier som trenger behandling.

Resultatene viser videre at de *generelle* behandlingstilbudene er ganske jevnt fordelt utover alle landsregionene. Vi ønsket imidlertid også å se på hvorvidt det var noen geografiske forskjeller i de mer *spesialiserte* tilbudene. De spesialiserte enhetene som behandler barn som har opplevd vold og overgrep, fordeler seg på alle de fire regionene i landet, og det er hovedsakelig barnehusene, som kun har et tilbud til volds- og traumeutsatte barn som har vært til tilrettelagte avhør, som står for dette tilbudet. Når det gjelder enhetene som behandler flest saker der barn og unge utøver vold, består disse først og fremst av MST-tiltak. Disse tilbudene finnes i alle landsregionene utenom Vest-Norge. Videre er det kun to behandlingstilbud som utelukkende eller for det meste behandler barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. De befinner seg i Vest-Norge og i Midt-Norge, men ingen spesialiserte tilbud for unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd som har svart på denne undersøkelsen, er lokalisert i Sør-Øst-Norge eller i Nord-Norge. Samlet sett tyder disse resultatene på at det jevnt over er tilbud til alle de berørte gruppene, men at ikke alle regionene i landet har spesialiserte behandlingstilbud til utøvere av vold og seksuelle overgrep. Vi kan imidlertid ikke med sikkerhet si noe om hvorvidt det finnes spesialiserte behandlingsenheter som har unnlatt å svare på undersøkelsen.

I tillegg til å undersøke tilbudenes geografiske dekning ville det å undersøke hvorvidt de forespurte enhetene synliggjorde eget behandlingstilbud, for eksempel via hjemmesider på internett eller gjennom samarbeidspartnere, kunne si noe om tilbudenes tilgjengelighet. Dette følger også opp et viktig funn fra pilotundersøkelsen som ble gjennomført forut for den landsdekkende undersøkelsen. Denne viser at informasjonen som fremkom på internett, via hjemmesider og i andre informasjonskilder, var mangelfull (Moen et al., under publisering). Majoriteten av behandlingsenhetene, både til utsatte for og utøvere av vold og overgrep, oppgir at de *ikke* arbeider med å synliggjøre eget behandlingstilbud til de berørte gruppene. Av de få som promoterer tilbudet sitt til utenomverdenen, er det imidlertid rundt halvparten som oppgir at de gjør dette i stor eller svært stor grad. Å vise frem og synliggjøre eget behandlingstilbud er dermed ikke hovedtendensen for enhetene som deltok i denne undersøkelsen. Mangelfull og lite tilgjengelig informasjon står i kontrast til myndighetenes oppfordring til større brukervedvirkning og valgfrihet i psykisk

helsevern (Larsen, Nordal, & Aasheim, 2006). Selv om det ikke er slik at en skal forvente at barn og ungdom på egen hånd skal navigere seg frem til den hjelpen de trenger, vil det likevel være hensiktsmessig for berørte familier om det er mer transparens i hvilke tilbud som finnes. Det er også viktig at informasjonen finnes på mange språk slik at den er tilgjengelig for familier med begrensede norskkunnskaper. Ikke minst er dette viktig for at koordinerende personer som fastleger, som har en nøkkelrolle når det gjelder å henvise barna og familiene videre i behandlingssystemet, kan hjelpe familiene på en hensiktsmessig måte. Familier med barn som er utsatt for vold eller seksuelle overgrep, som utøver vold, eller som begår seksuelle overgrep, har også ofte vansker relatert til skam og skyld (Stuewig & McCloskey, 2005; Thoresen & Hjemdal, 2014; Wallace & Nosko, 2003), noe som kan gjøre det utfordrende å ta opp egne erfaringer med andre eller å henvende seg til relevante instanser. De aktuelle familiene kan også synes det er vanskelig å snakke med fastlegen. Dersom familiene kjenner til hvor de kan henvende seg for å få hjelpen de har behov for, kan dette bidra til å øke opplevelsen av mestring og kontroll, og de kan da også henvende seg til fastlegen med et informert ønske om hvor de kan få hjelp. Det finnes imidlertid veiledningstjenester og nettportaler som har til hensikt å orientere potensielle brukere om aktuelle behandlingstilbud. Et eksempel på en slik nettportal er «dinutvei.no». Slike tjenester gir lett tilgjengelig informasjon til hjelpetrequende og kan hjelpe familier med hvor de kan ta kontakt hvis de trenger hjelp.

Det ble også undersøkt om behandlingsenhetene opplever særskilte terapeutiske dilemmaer i arbeidet med barn med minoritetsbakgrunn. Resultatene viste at utfordringene som behandlingsenhetene opplever, er knyttet til tre overgripende områder: språk, kulturelle forskjeller samt familieforhold og samarbeid med barnets familie. Disse tre hovedområdene gikk igjen for alle de tre klientgruppene. Noen informanter pekte også på at behandlingen kunne ta lang tid i møte med barn med etnisk minoritetsbakgrunn på grunn av disse terapeutiske dilemmaene. Det kan altså kreve ekstra ressurser fra behandlingsenhetene å håndtere utfordringer som kommunikasjonsvansker og samarbeid med tolk, ulike forståelser av psykiske vansker og ulike forventninger til behandling, samt at familien til de berørte barna kan ha et begrenset nettverk rundt seg. Dette kan vanskeliggjøre det å sikre nok støtte omkring barna. Det ser generelt ut til å være mye bevissthet omkring disse potensielle utfordringene blant behandlingsenhetene. For at behandlingstilbudet skal favne mangfoldet i befolkningen, er det imidlertid sentralt at enhetene har tilgjengelige ressurser til å fortsette å arbeide med og imøtekomme disse utfordringene.

5.2 Får behandlingsenhetene gitt et tilstrekkelig tilbud til de berørte gruppene?

Resultatene viser at det finnes noe kompetanse i Norge, både når det gjelder behandling av barn og unge som har opplevd vold og overgrep, barn og unge som utøver vold, og barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. En hovedvekt av kompetansen ser imidlertid ut til å være sentrert rundt behandling av de utsatte barna. Det kan ha sammenheng med at det fra myndighetenes hold har vært et økende satsningsområde de siste årene på oppfølging og behandling av volds- og overgrepsutsatte barn og ungdom. Vi så at en større andel av de forespurte behandlingsenhetene oppga at minst halvparten av deres terapeuter har kompetanse på utsatte for vold og overgrep, enn hva som var tilfellet når det gjelder kompetanse på barn og unge som utøver vold, eller som har skadelig seksuell atferd⁵⁵. Det er klart minst kompetanse på barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Kompetanseheving peker seg derfor ut som et potensielt satsningsområde, spesielt når det gjelder behandling til den sistnevnte gruppen.

Som det fremgår i delkapitlet om behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, er kompetanseheving også et viktig stikkord når behandlingsenhetene selv får muligheten til å beskrive hvilke behov de har for å oppnå bedre samarbeid, men også for å kunne gi et bedre og mer helhetlig tilbud. Virksomhetene etterlyser kompetanseheving både generelt i behandlingsmiljøene, i spesialiserte sentre og på samfunnsnivå. Dette er en del av det som i dag er RVTS-enes mandatområde. På bakgrunn av dette er det ikke entydig om det er størst behov for en generell kompetanseheving i alle ledd, eller om man heller burde satse på å utvikle kompetansesentre med spisskompetanse som kan benyttes når man får inn saker med den aktuelle problematikken.

Det er mange av enhetene som opplever at de ikke, eller bare delvis, får gitt den behandlingen de ønsker til barn som er utsatt for vold og overgrep, barn som utøver vold, og barn med problematisk seksuell atferd⁵⁶. Mest misfornøyde virket

⁵⁵ Av de forespurte enhetene oppgir 82 % at alle, de fleste eller halvparten av deres terapeuter har kompetanse i å behandle barn og unge som er utsatt for vold og overgrep. Til sammenligning oppgir 67,8 % det samme når det gjelder barn som utøver vold, og kun 30,4 % når det gjelder barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd.

⁵⁶ Over 65 % av enhetene svarte dette for hver av de tre klientgruppene

respondentene å være med tilbudet til barn som har opplevd vold og overgrep. Her svarte 83 % av enhetene at de ikke, eller kun delvis, fikk gitt det behandlingstilbudet de ønsker. Slik det er gjort rede for i rapportens innledning, stilte Hjemdal (2006) et lignende spørsmål til sine informanter under kartleggingen av tilbudet til utsatte for vold og overgrep. Her så man at 81,5 % av alle BUP-poliklinikkene og 100 % av døgntilbudene oppga at de ikke eller bare delvis fikk gitt det tilbudet de ønsket. Som det fremgår av dette, har det altså ikke skjedd store endringer på ti år når det gjelder hvor fornøyde enhetene selv er med behandlingen de tilbyr utsatte for vold og overgrep. Når det gjelder barn som utøver vold, eller som har problematisk seksuell atferd, har vi ikke tilsvarende tall å sammenligne med. Et interessant funn er imidlertid at enhetene ser ut til å være minst fornøyde med behandlingen til den gruppen som de samtidig har mest kompetanse på. En mulig årsak her er at man med økt kompetanse også lettere ser feil og mangler ved tilbudet, samt har en økt forståelse for problemområdes kompleksitet. Samtidig må dette ses i sammenheng med antall saker hvor den aktuelle problematikken er gjeldende og hvor ofte terapeutene arbeider med problematikken. Alt dette kan potensielt påvirke enhetenes evaluering av egen innsats. En annen årsak kan være at det er krevende å være en del av behandlinger hvor barn har opplevd vold og overgrep. Behandlingene kan strekke ut i tid, og de er ofte følelsesmessig belastende, noe som kan gjøre at mange opplever at de ikke får gitt et optimalt behandlingstilbud.

Det varierte hva behandlingsenhetene rapporterte at de behøvde for å kunne gi et bedre tilbud. Når det gjaldt enhetene som behandlet barn utsatt for vold og overgrep, etterlyste de først og fremst mer kapasitet og ressurser, samt bedre oppfølging og samarbeid med andre instanser. Dette understreker hvor viktig det er å ha nok ressurser til å behandle volds- og overgrepsutsatte barn og ungdommer. Samtidig som dette er et særlig viktig satsningsområde med tanke på hvor mange som er utsatt, og hvor stort forebyggende potensial det er i denne behandlingen, er dette et tøft arbeid som krever gode terapeuter, tett veiledning, en oppdatert og faglig forankring, og et fagmiljø på arbeidsplassen å støtte seg til, samt tilstrekkelige rammer for å fullføre behandlingene. Når det gjaldt enhetene med et tilbud til barn med problematisk seksuell atferd, var imidlertid bildet et annet. Nesten halvparten etterlyste mer kompetanse for å kunne gi et bedre tilbud. Dette er ikke overraskende når man ser hvor få av terapeutene ved de fleste klinikkene som har kompetanse på dette området. Når det gjaldt behandlingstilbudene til barn som utøver vold, fordelte det seg relativt jevnt om enhetene hadde behov for bedre oppfølging og samarbeid med andre instanser, bedre kapasitet og ressurser, eller mer kompetanse for å kunne gi et bedre tilbud. Dette illustrerer imidlertid at det er behov for ulike typer tiltak for å sikre et godt behandlingstilbud til de tre gruppene. For behandling av de utsatte vil

det viktigste trolig være å sikre nok kapasitet og ressurser til å ta inn, kartlegge og behandle barna, mens i behandlingen av unge som begår seksuelle overgrep, vil kompetanse- og kunnskapsheving være et viktig satsningsområde.

Et annet spørsmål det er sentralt å løfte frem, er hvorvidt det norske behandlingstilbudet dekker behovet for behandling som barn som er utsatt for og utøvere av vold og overgrep, har. Mange barn og ungdommer har opplevd vold og overgrep i Norge. Som nevnt i innledningen har over en fjerdedel av voksne kvinner og en tredjedel av menn opplevd mindre alvorlig fysisk vold i barndommen, 5 % har blitt utsatt for alvorlig fysisk vold av foresatte, og 7,4 % av kvinnene og 2,1 % av mennene har blitt utsatt for et seksuelt overgrep før fylte 18 år (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 59-60). Dette er et høyt tall, og mange barn som opplever vold og overgrep, vil trenge hjelp til å behandle følgene av det de har opplevd. Det er også studier som viser at blant alle barn og ungdom som kommer til spesialisthelsetjenesten (BUP), er det et stort antall som har opplevd traumatiske hendelser, og som har plager knyttet til dette (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012; Reigstad, Jørgensen, & Wichstrøm, 2006). Videre er det studier som peker i retning av at antallet unge som begår seksuelle overgrep eller utøver vold, er høyt (Babchishin et al., 2012; Statistisk Sentralbyrå, 2015; Tully et al., 2013). At det er et stort behov for behandling for disse gruppene, er det derfor liten tvil om. Da kan det fremstå som noe overraskende at det store flertallet av enheter får henvist og behandler så få barn og ungdommer med den aktuelle problematikken. I denne undersøkelsen er det imidlertid ikke brukerne av tjenestene som er informanter, men tjenestene selv. Dermed kan en ikke si noe om hvorvidt behandlingstilbudet svarer til det behovet for behandling som barn som er utsatt for vold og overgrep, barn som utøver vold, eller barn som begår seksuelle overgrep, har. Likevel er det noen funn fra kartleggingen som peker i retning av at tjenester som en antar kunne ha tilbudt god behandling til de aktuelle barna, ikke tilbyr denne hjelpen.

Det første resultatet som kan tilsi dette, er at en del universelle tjenester, blant annet BUP, oppgir at de ikke behandler barn og ungdom som utøver vold eller som begår seksuelle overgrep. For det andre oppgir flere behandlingssenheter at de kan avslå eller henvise videre saker hvor barn enten er utsatt for eller utøver vold og overgrep. Som årsak til at de aktuelle tjenestene ikke har et behandlingstilbud til barn *som utøver vold eller som begår seksuelle overgrep*, oppgir forholdsvis mange at den aktuelle problematikken ligger utenfor deres behandlingsmandat. Andre beskriver at det finnes andre institusjoner som er bedre rustet til å behandle problematikken. Dersom barna blir ivaretatt av andre tjenester som innehar god kompetanse, er ikke dette et problem. En betenkelighet er imidlertid at noen behandlingssenheter oppgir manglende kompetanse som årsak til at de ikke tilbyr behandling til barn som utøver

vold, eller som har problematisk seksuell atferd. Dette kan tyde på at barn som har behov for behandling, i noen tilfeller avvises, ikke på bakgrunn av at det finnes bedre oppfølging andre steder, men fordi behandlingsenhetene ikke har tilstrekkelig kompetanse. For behandling av *utsatte* var det først og fremst mange av familievernkontorene blant de generelle tjenestene som svarte at de ikke behandlet gruppen. Hovedårsaken som ble trukket frem her, var at behandling av barn og ungdom lå utenfor deres mandat. Dette er ikke overaskende, da familievernkontorene først i den senere tiden har bygget opp kompetansen på å behandle barn og ungdom.

Flere behandlingsenheter oppgir at den viktigste årsaken til å avslå eller henvise saker videre er manglende kapasitet, eller at problemene som beskrives i henvisningen, faller utenfor rett til helsehjelp. Det er også behandlingsenheter som ikke faller inn under helselovgivningen som har krysset av for dette svaralternativet. Trolig har de her ment å uttrykke at de aktuelle sakene faller utenfor deres behandlingsmandat. Det fremgår av hovedmandatet til behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten, som BUP, at inntak til behandling forutsetter psykiske plager. Utsatthet for vold og overgrep, voldelig atferd og eventuelt skadelig seksuell atferd er ikke diagnoser i seg selv, men kan opptre sammen med, være en følge av eller være årsak til psykiske plager og lidelser. Utsattheten og utøvelsen kan imidlertid være en del av en av et annet symptomkompleks og bli behandlet som det. Innenfor spesialisthelsetjeneste gjøres det en vurdering om sakene kvalifiserer til rett til helsehjelp, i henhold til den nasjonale prioriteringsveilederen⁵⁷. I de tilfellene utsatthet for vold og overgrep og utøvelse av vold og overgrep ikke er direkte koblet opp mot spesifikke symptomer eller diagnoser, kan behandlingsenhetene ha tolket problematikken til å falle utenfor den problematikken som prioriteringsveilederen viser til. Dersom inntak hovedsakelig skjer på bakgrunn av diagnoser og symptomer, kan dette resultere i at noen av de berørte barna ikke får det behandlingstilbudet de har behov for. Det er ikke sikkert at alle barn med voldelig eller problematisk seksuell atferd, eller som er utsatt for vold og seksuelle overgrep, trenger behandling. Det er likevel viktig at alle fanges opp, og at behandlerne er kompetente til å kartlegge både risikofatferd og psykisk helse som er forbundet med atferden. Videre

⁵⁷ Helsedirektoratet er ansvarlig for Prioriteringsveilederen for spesialisthelsetjenesten (og dertil BUP). Tilstandene som omfattes i prioriteringsveilederen er de diagnostiske kategoriene i henhold til diagnosesystemet som brukes i Norge, ICD 10.

bør det sikres nok ressurser og kapasitet til å ta inn alle, slik at både utøvere og utsatte får nødvendig hjelp og ikke faller mellom stoler i behandlingssystemet.

Et viktig poeng her er også betydningen av at problematikk knyttet til utsatthet for vold og overgrep, samt voldsutøvelse og overgrepshandling, avdekkes så tidlig som mulig. Som diskutert i innledningen er det viktig med tidlig intervensjon for å forhindre ytterligere utvikling av psykiske plager og vansker forbundet med volds- eller overgrepserfaringer. Risikoen for å utvikle vansker øker dersom et barn er utsatt for vold og overgrep over tid, i nære relasjoner og spesielt i omsorgssituasjonen (Alisic et al., 2014; Annerbäck et al., 2012; Cook et al., 2005). Videre er det funnet sammenheng mellom det å bli utsatt for vold eller overgrep tidligere i livet, og egen utøvelse senere (Bendiksby, n.d.; Kruse, 2011; Mossige & Stefansen, 2007; D. K. Smith et al., 2006). Når det gjelder barna som utøver vold, refererer Bengtson et al. (2004) at mellom 80 % og 90 % av ungdommer med volds- og aggresjonsproblemer har vært vitne til vold i familien eller har selv vært utsatt for vold i nære relasjoner (s. 65). Det er derfor viktig å tilby behandling til denne gruppen, og det er grunn til å tro at disse barna ofte vil slite med psykiske plager, både relatert til egne opplevelser og egen atferd. Når det gjelder barna og ungdommene med problematisk eller skadelig seksuell atferd, er også lignende problematikk aktuell. Her kan også sikkerhetsperspektivet, som ble fremmet av enkelte av våre informanter, være et viktig aspekt. Noen av lederne ved behandlingsenhetene mente at man må legge vekt på sikkerhet i arbeid med enkelte barn og unge som har begått seksuelle overgrep, ved at de til en viss grad skjermes fra omverden. Å komme inn tidlig for å hjelpe vil altså ha stort potensial, og hjelpen vil ha implikasjoner både på samfunnsnivå, for den enkelte og i forebyggingsøyemed.

5.3 Generelle versus spesialiserte tilbud

Et annet viktig spørsmål når man skal kartlegge og vurdere de eksisterende behandlingstilbudene til barn som er utsatt for vold og overgrep, barn som utøver vold, samt barn med problematisk seksuell atferd er hvordan disse tilbudene er organisert. Et behandlingstilbud kan være unikt og spesifikt rettet mot en avgrenset målgruppe, eller det kan være mer generelt, altså at tilbudet til målgruppen kun er en del av det ordinære tilbudet ved den aktuelle virksomheten. Det er forskjell på tilbud som er helt spesialiserte, for eksempel Betanien V27 i Bergen, som kun behandler barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og tjenester som skal gi tilbud til en bredere befolkning med psykiske lidelser, som for eksempel BUP.

Det eksisterer både generelle og mer spesialiserte tilbud⁵⁸ til alle de tre klientgruppene som er omtalt i denne rapporten. Som det fremgår av resultatene, er det imidlertid lite vanlig i Norge med spesialiserte tilbud. For alle klientgruppene oppga den største andelen av enhetene at de behandlet flest saker med annen type problematikk enn den de ble spurt om. Det fremgår altså at mange av de generelle behandlingsenhetene har et tilbud til disse gruppene, men at de tar imot få saker i løpet av et år. Dette kan henge sammen med at barna som har denne problematikken ofte er henvist for helt andre grunner enn volds- og overgrepssatferd, og at andre problemer ofte kommer i tillegg. Når det gjelder behandlingstilbudene til ungdom som utøver vold eller som begår seksuelle overgrep, har også ofte få eller ingen av terapeutene kompetanse på problematikken. Videre så man at andelen behandlingsenheter som oppga at de behandlet *flest* saker med den aktuelle problematikken, var høyest blant tilbudene til barn som utøver vold⁵⁹. Samtidig var det ingen av disse behandlingstilbudene som oppga at de *utelukkende* behandler barn og unge med denne problematikken. Det er mulig at dette skyldes at de aktuelle behandlingsenhetene er spesialiserte når det gjelder behandling av voldsutøvelse, men at de ikke nødvendigvis kun har barn som klienter. Et eksempel kan være enkelte ATV-kontorer, som til tross for at de spesialiserer seg på behandling av voksne med voldsproblematikk, også i noen få tilfeller har tilbud til barn. Dette kan vi imidlertid ikke si sikkert på bakgrunn av denne undersøkelsen. Når det gjelder behandlingstilbudene til barn som er utsatt for vold og overgrep, samt barn og unge med problematisk seksuell atferd, oppga noen få⁶⁰ av behandlingsenhetene at de utelukkende behandler barn og unge med denne problematikken. Det totale bildet er imidlertid at andelen spesialiserte tilbud er lav for alle de tre gruppene. Et annet aspekt ved dette er at noen av de spesialiserte tilbudene er lukkede tilbud. Det vil si at behandlingen forutsetter at barna og ungdommene har kontakt med særskilte institusjoner som ikke alle utøvere og utsatte for vold og overgrep har tilgang til. Det er først og fremst barnehusene og noen barnevernsinstitusjoner som har spesialiserte tilbud til volds- og overgrepsutsatte barn og ungdommer. Disse tilbudene er ikke åpne for alle barn og ungdommer som har opplevd vold og overgrep, men fordrer enten at det foreligger en anmeldelse, eller at barnet eller ungdommen har kontakt med barnevernstjenesten.

⁵⁸ Spesialiserte tilbud må ikke forveksles med spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten kan det også finnes generelle tilbud.

⁵⁹ 15,5 % av de forespurte enhetene oppga dette

⁶⁰ Dette gjelder 6 % av tilbudene til barn og unge som er utsatt for vold og overgrep og 2,9 % av tilbudene til barn og unge med problematisk seksuell atferd.

En kan argumentere for at *utsatthet for vold og overgrep* blant barn og ungdom er så hyppig forekommende at det hovedsakelig er de brede tilbudene som bør ha ansvaret for denne behandlingen. Videre vil trolig de universelle behandlingstilbudene, som for eksempel BUP, ha den beste forutsetningen for å tilby god behandling til utsatte barn fordi de er i en posisjon hvor de møter mange av barna, og fordi de har mye spesialistkompetanse. Det har også vært en satsning på å ruste opp og å heve volds- og overgrepskompetansen i BUP, spesielt gjennom implementeringen av TF-CBT, som nevnt i innledningen.

Det finnes imidlertid ikke noe enkelt svar på hvordan behandlingstilbudene best kan organiseres for barn og unge som *utøver vold, og som har problematisk eller skadelig seksuell atferd*, og hvorvidt det her er mest fordelaktig med generelle eller spesialiserte behandlingstilbud. Organiseringen av tilbudene får imidlertid betydning for hvordan kompetanse og spisskompetanse fordeler seg i behandlingssystemet. Også i behandlingen av barn som utøver vold, eller som har problematisk seksuell atferd, kan BUP tilby behandling innenfor det de har av behandlingsrammer, spesielt der det finnes kompetansepersoner ved BUP-ene som har denne spisskompetansen. Samtidig kan et tilbud hvor kompetansen og ressursene er avhengig av enkeltpersoner, være sårbart fordi det da kan være utfordrende å skaffe seg oppdatert kompetanse og opprettholde denne over tid. Spesielt kan dette være tilfellet ved problemområder hvor man har relativt få saker per år. Trolig vil derfor en slik kompetanseforvaltning være sårbart for utskiftninger i personalgrupper, mens spesialiserte enheter eller team vil kunne sikre opprettholdelsen av kompetanse på en bedre måte (Moen et al., under publisering). Som det fremgikk av resultatene, oppgir behandlingsenhetene å få inn relativt få saker per år som gjelder barn som utøver vold, og barn og unge med problematisk seksuell atferd. Noen enheter oppgir derfor at de mangler erfaring med denne typen saker. Dette kan gjøre at terapeutene får lite mengdetrening i å behandle problematikken, noe som igjen kan få betydning for kompetansen behandlingsenhetene besitter. Det kan også få betydning for muligheten enhetene har til å øremerke tid og ressurser til kompetanseheving på området, i og med at terapeutene ved generelle behandlingstilbud skal ha kompetanse på en rekke områder. Spesialiserte behandlingsenheter eller kompetanseteam vil ha et fortrinn her ved at de sikrer og forvalter kunnskap og kompetanse over tid, og terapeutene får mengdetrening i å behandle den spesifikke problematikken. En kan også argumentere for at behandling av tilstander og problemområder som er lite kjent, eller som er i en tidlig kunnskapsutviklingsfase, kan dra nytte av spesialiserte tilbud fordi disse er i en unik posisjon når det gjelder å samle den kunnskap og erfaring som finnes. Spesialtilbudene kan da fungere som en kunnskapsbase som de generelle tjenestene kan rådføre seg med og drøfte saker med (Rådet for psykisk helse, 2008). Tilstander som det er særlig utfordrende å vurdere og behandle, kan også bli ivaretatt av

spesialiserte tilbud, og videre kan behandlingstilbud hvor sikkerhetshensyn gjør seg gjeldende, noe som kan være aktuelt i enkelte behandlinger av barn som utøver vold, eller som begår seksuelle overgrep, kreve et spesialisert tilbud med sikkerhetstiltak og spesielt kompetente ansatte (Rådet for psykisk helse, 2008).

Det finnes altså argumenter for å samle kunnskapen rundt en gruppe barn som det finnes få erfaringer med å behandle, og at kunnskapsutviklingen må foregå noen få steder før den kan spres videre. Samtidig bør også terapeutene ved de spesialiserte behandlingstilbudene ha et tydelig mål om å gjenetablere en rask tilknytning til dagligliv, nettverk og lokalsamfunn for de berørte barna (Rådet for psykisk helse, 2008). Videre bør de spesialiserte teamene eller enhetene være representert i alle regioner i landet, slik at en sikrer at god behandling er tilgjengelig for alle, uavhengig av hvor familiene bor i Norge. Et eksempel på et slikt spesialisert kompetanseteam er ressursenheten V27 ved Betanien BUP i Bergen. De utgjør det største spisskompetansemiljøet på barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd i Norge. Deres kliniske virksomhet retter seg først og fremst mot klienter i Helse Vest, men ressursenheten deler også kunnskapen sin gjennom konsultasjoner, veiledning og opplæring til alle behandlingsenheter i Norge som er interessert i å lære mer om, eller som i sitt kliniske virke møter, barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. I og med at deres nedslagsfelt først og fremst er Helse Vest, kunne opprettelse av tilsvarende eller lignende enheter i de andre helseforetakene vært fordelaktig.

En har likevel for lite kunnskap til å konkludere med om hvorvidt spesialisert organisering vil være det beste for utøvere av vold og seksuelle overgrep. Det mest sentrale i behandlingen av unge som utøver vold, eller som begår seksuelle overgrep, vil trolig være å gi bredde i vurdering og behandling. Både aggressiv atferd, voldelig atferd og problematisk seksuell atferd kan anses som et såpass omfattende problem blant barn og unge at kunnskapen om denne problematikken også bør finnes innen de generelle behandlingstilbudene. Fordelen med de generelle tilbudene er at de har en større kontaktflate ut mot berørte barn og unge, og at de dermed vil ha en større mulighet til å oppdage de aktuelle sakene og kunne tilby behandling raskt og der barna er. De vil være i en god posisjon til å komme inn med tiltak som kan hjelpe barnet så tidlig som mulig. De barna og ungdommene som har opplevd vold og seksuelle overgrep, som utøver vold, eller som har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd vil komme i kontakt med behandlingsenheter både i første- og andrelinjen, og de vil ofte ha sammensatte behov som krever oppfølging fra flere instanser. Uavhengig av hvordan behandlingstilbudet legges opp, vil det derfor være av verdi om alle de generelle tilbudene i spesialisthelsetjenesten, samt kommunale

tilbud, har kompetanse på og kunnskap om denne problematikken, både for å avdekke hendelser, kartlegge problematikk og utbredelse, og igangsette og gjennomføre virksomme tiltak.

5.4 Betydningen av en god kartlegging

En god kartlegging av volds- og overgrepserfaringer, traumerelaterte plager, og utøvelse av vold og seksuelle overgrep er viktig – både for å kunne stoppe eventuell pågående vold og for å kunne forstå barnets plager. Det siste er helt nødvendig for å kunne gi en god og tilpasset behandling som hjelper barna inn i et positivt utviklingsspor.

Når barn og ungdom opplever vold og overgrep, kan de utvikle både internaliserende vansker som engstelse og tristhet, og eksternaliserende vansker som sinne, irritasjon og manglende impulskontroll. Dersom behandlere ikke kjenner til at barnet har vært utsatt for vold eller overgrep, vil disse plagene lett kunne feiltolkes. Det er også slik at volds- og overgrepserfaringer ofte ikke nevnes i henvisningene. En norsk studie fra BUP viser at barn og ungdom som har opplevd alvorlige traumatiske erfaringer, inkludert volds- og overgrepserfaringer, og som har klinisk relevante plager knyttet til det de har opplevd, ofte blir henvist for andre ting enn volds- og traumeopplevelsene (Ormhaug et al., 2012). Uten en systematisk kartlegging risikerer vi derfor å overse alvorlige volds- og overgrepserfaringer, og vi fratar barnet og familien muligheten til å få den behandlingen de har behov for.

Mange av enhetene som behandler utsatte barn, oppgir at de har gode kartleggingsrutiner. Om lag fire av fem formidler at ved deres institusjon kartlegges «alle» eller «de fleste» av barna og ungdommene for volds- og overgrepserfaringer. Denne svarprosenten kan være et resultat av en økende satsning den siste tiden på å fange opp og hjelpe volds- og overgrepsutsatte barn, og rutinene ved BUP kan være ringvirkninger av TF-CBT-implementeringsprosjektet som ble beskrevet i innledningen, hvor et viktig premiss har vært at alle barna skal kartlegges for volds- og overgrepserfaringer. På samme tid er det om lag 50 % av enhetene som ikke kartlegger alle for volds- og overgrepserfaringer, hvilket tilsier at det fremdeles er et stykke igjen til målet om å kartlegge alle systematisk. Det er også stor variasjon i kartleggingsrutiner mellom de ulike institusjonene. Familievernkontorene kommer dårligst ut med færrest kartlagte. Det er også færre familievernkontor, i forhold til de andre institusjonene, som oppgir at de benytter spesifikke kartleggingsinstrumenter for å spørre om volds- og overgrepserfaringer.

Færre behandlingsenheter har rutiner for å kartlegge voldsutøvelse, seksuell utvikling og atferd, samt problematisk eller skadelig seksuell atferd enn de har for å kartlegge volds- og overgrepserfaringer og traumerelaterte vansker. Mens det er 82,3 % av enhetene som rapporterer at de kartlegger «alle» eller «de fleste» for utsatthet for vold og overgrep, er det 60,7 % av enhetene som rapporterer at de kartlegger «alle» eller «de fleste» for voldsutøvelse, og kun 37,3 % oppgir dette for skadelig seksuell atferd. Ved enhetene som behandler barn og ungdom som utøver vold, og som begår seksuelle overgrep, virker det derfor som om kartleggingsprosedyrer ikke er så godt implementert, og det kan tenkes at kartleggingen først og fremst gjøres på indisier. Det kan være noen problemer knyttet til dette. Voldsutøvelse eller det å begå seksuelle overgrep kan lett forbli skjult hvis det ikke etterspørres direkte. En manglende kartlegging kan også resultere i for mye vektlegging av atferdsvanskene og for lite av de psykiske vanskene eller overgrepserfaringene som disse barna kan slite med. For å kunne hjelpe barna med både å bearbeide egne traumer, behandle psykiske vansker og regulere atferd bør terapeutene spørre om voldsutøvelse, seksuell atferd og utvikling, ha et spesielt blikk på disse fenomenene, gjøre gode diagnostiske vurderinger og risikovurderinger om nødvendig, spørre om egne volds- og overgrepserfaringer, og trekke inn relevant kompetanse, både i vurderingen og behandlingen. Ved siden av at alle enhetene bør ha noe kunnskap om voldsutøvelse og skadelig seksuell atferd, bør behandlerne ha tilgjengelige utredningsverktøy som de kjenner til og har opplæring i. Implementering av gode kartleggingsverktøy for disse gruppene kan derfor være et første skritt for å heve kompetansen i klinikkene. Det kan også tenkes at det hadde vært nyttig å implementere noen få spørsmål om voldsutøvelse og problematisk seksuell atferd i en standardkartlegging av alle barn og ungdommer som kommer i behandling. Til tross for at treffprosenten kan bli lav for disse spørsmålene, vil gevinsten ved å oppdage barn som utvikler seg skjevt med tanke på seksuell og voldelig atferd, trolig være større enn ulempen og de ekstra ressursene det vil kreve å stille disse spørsmålene.

De ulike behandlingsenheter oppgir ulike årsaker til at behandlere ved sin enhet ikke er komfortable med å kartlegge for volds- og overgrepserfaringer samt voldelig og problematisk seksuell atferd. Flere formidler at årsaken til at terapeutene kan være ukomfortable, er at det er sensitivt å spørre om volds- og overgrepserfaringer og voldelig og seksuell atferd. Noen vurderer at terapeutene kan være usikre på hva de skal gjøre ved positivt svar, at terapeutene ikke vet hvordan de skal kartlegge, eller at de tror terapeuten ikke ønsker å mistenkeliggjøre noen eller ødelegge den terapeutiske relasjonen. Behandlingsenheter trekker også frem at det kan være utfordrende å kartlegge barna systematisk på grunn av foreldrenes innsynsrett, manglende kartleggingsverktøy eller fordi de mangler kompetanse på voldsutøvelse.

Noen informanter trekker også frem at det kan være utfordrende å kartlegge seksuell atferd når barnet ikke vil snakke om teamet eller benekter en slik atferd.

Det er viktig å ta behandlingsenhetenes vurdering av hvorfor terapeutene kan være ukomfortable på alvor. Ofte er det utfordrende dilemmaer i kartleggingssituasjonen, for eksempel der behandler er usikker på foreldrenes omsorgsevne, eller der det er stor konflikt mellom foreldrene. Det vil også være av betydning å sikre nok kompetanse og åpenhet ved de ulike behandlingsenhetene, slik at avdekking av volds- og overgrepserfaring og volds- og overgrepsutøvelse alltid følges opp med videre hjelp. Det er heller ikke uvanlig at barn kan bli urolige når de snakker om egne traumatiske erfaringer. Samtidig er det ingen studier som støtter opp om at en kartlegging som gjøres på en ivaretagende måte, er skadelig for barnet, eller at barn vil trenge lang tid før de kan snakke om volds- og overgrepserfaringer. T. K. Jensen (2012) refererer til tre norske studier i kapitlet «Intervjuer med barn og unge i spesielt vanskelige livssituasjoner – kan vi snakke med barn om alt?». Studiene har involvert barn og unge i vanskelige livssituasjoner, og erfaringene derfra gir ingen støtte til antakelsen om at det er skadelig å snakke med barna om traumatiske hendelser (T. K. Jensen, 2012).

En annen årsak som viser nødvendigheten av å spørre om vold og overgrep, er at få utsatte barn og ungdommer på egenhånd vil fortelle om volds- og overgrepserfaringer når de kommer i behandling, noe som støttes av studier som viser at mange voksne synes det er vanskelig å ta eget initiativ til å fortelle om sine barndomstraumer (Thoresen & Hjemdal, 2014). Forskning viser at både utsatthet for volds- og overgrepshendelser er forbundet med skyld og skam (Stuewig & McCloskey, 2005; Thoresen & Hjemdal, 2014; Wallace & Nosko, 2003), følelser som kan gjøre det vanskelig for barn å være åpne om det de har opplevd, eller om egen atferd. Barn kan også trenge bekreftelse fra voksne om at de har lov til å fortelle om det de har opplevd eller egen atferd, og mange har liten kunnskap eller uklare forventninger til hva som skal være innholdet i en psykologisk behandling. En god kartlegging av volds- og overgrepserfaringer, traumerelaterte plager, voldelig atferd og problematisk seksuell atferd vil signalisere til barnet at opplevelsene og atferden tas på alvor, og at barnet kan få hjelp til å snakke om disse problemene i behandling.

Utredning og kartlegging er allerede en integrert del av tilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge, og barn kartlegges både når det gjelder språkferdigheter, motorisk utvikling, sosiale relasjoner og skolefungering. Mange behandlere gjør også gode vurderinger når det gjelder utsatthet for og utøvelse av vold og overgrep. Likevel vil det være viktig at behandlingsenhetene legger til rette for, og fortsetter å legge til rette for, at terapeutene har rammer og anledning til å gjøre gode

kartlegginger og differensialdiagnostiske vurderinger. Dette vil være første skritt i å gi et spesifikt og tilrettelagt tilbud til all volds- og overgrepssproblematikk, både til de som utøver vold og overgrep, og til de som er utsatt. I et større perspektiv bør det å spørre om og oppdage overgrep starte allerede før barna kommer i behandling; på skolen, i barnehagen, hos fastlegen og på helsestasjon. Parallelt med å heve kompetansen ved de ulike behandlingsenhetene, er det derfor viktig også å heve kompetansen og dermed muligheten for å avdekke vold og overgrep ved alle arenaer der barnet befinner seg til daglig.

5.5 Et bredt spekter av behandlingsmetoder og tilnærminger

Behandlingsenhetene tilbyr et bredt spekter av terapiformer, fra avgrensede og definerte behandlingsmetoder til mer generelle behandlingstilnærminger, som psykodynamisk, systemisk og kognitiv terapi. Det er færre som benytter en psykodynamisk tilnærming enn kognitiv terapi og systemisk terapi. Flere enheter tar også i bruk spesifikke behandlingsmetoder for de berørte gruppene, først og fremst i behandlingen av barn og ungdom som er utsatt for vold og overgrep. En relativt stor andel av lederne svarer imidlertid at de ikke vet hva som spesifikt tilbys av behandling ved deres enhet. I det norske behandlingssystemet, kanskje særlig i BUP, er det vanlig å gi den enkelte behandler stort spillerom og mulighet for å basere tilbudet på egne faglige vurderinger. Det kan ha sine positive sider, men kan samtidig gjøre det vanskelig for lederne å være tett på den enkelte terapeut og sikre kvaliteten i behandlingen som gis.

Ungsinn er en kunnskapsdatabase som skal bidra til en kvalitetsheving av forebyggende og helsefremmende tiltak overfor barn og ungdom og deres foreldre (Eng, n.d.). Basert på internasjonale klassifiseringssystemer viser Ungsinn en modell med fire evidensnivåer. Nivåene er klassifisert fra det laveste evidensnivået, 1, til det høyeste evidensnivået, 4. På nivå 1, *potensielt virksomt tiltak*, ligger det et krav om at tiltaket skal ha en plausibel teori. På nivå 2, *sannsynlig virksomt tiltak*, er det et krav om det skal være demonstrert at tiltaket fører til måloppnåelse. På nivå 3, *funksjonelt virksomt tiltak*, skal det være dokumentert at det er en sammenheng mellom tiltaket og de resultatene som vises, og på nivå 4, *dokumentert virksomt tiltak*, skal det ha vært en replikasjon av funnene på nivå 3 av minst én uavhengig forsker og under naturlige betingelser (Eng, n.d.; Mørch, Neumer, Holth, & Martinussen, 2009). Flere enheter som behandler *utsatte barn og ungdommer*, rapporterer om bruk av traumespesifikke behandlingsmetoder som har knyttet til seg

evidens, spesielt TF-CBT og EMDR. Først og fremst var det privatpraktiserende og BUP som benyttet seg av disse metodene. TF-CBT har blitt klassifisert med evidensnivå 4 i Ungsinns klassifiseringssystem. EMDR har også vist positive effekter i behandling av unge som har opplevd traumatiske hendelser, men denne behandlingen har ennå ikke blitt inkludert i Ungsinns oversikt, trolig fordi metoden først ble benyttet i behandling av voksne.

I behandlingen av unge som utøver vold, oppgir behandlingsenhetene at de benytter litt ulike typer voldsspesifikke behandlinger. Få av disse har oppnådd nivå 3 eller 4 i Ungsinns klassifiseringssystem. Unntaket er MST, som blir tilbudt til unge som utøver vold flere steder i Norge, og som Ungsinn har klassifisert på evidensnivå 3. Videre oppgir noen at de benytter ungdomsmanualen fra Brøsets sinnemestringsmodell, andre baserer seg på behandlingsprinsipper fra ATV, og to nevner at de benytter ART. Noen formidler også at de legger vekt på sikkerhet og aggresjonskontroll, og andre oppgir at de har en traumebevisst tilnærming i arbeidet med unge som utøver vold. Selv om disse behandlingstilnærmingene ikke kan støtte seg på mye evidens, er ikke dette ensbetydende med at behandlingen ikke er virksom. I prinsipperklæringen om evidensbasert behandling, som vi viste til i innledningen, defineres forskningen som ligger til grunn for behandlingskunnskapen som genereres, i brede termer, fra randomiserte, kontrollerte studier til kvalitative studier (Holmén, 2009). Det legges videre vekt på at kunnskapen skal være relevant for den problemstillingen den skal rettes mot, og at intervensjoner og behandlingsmodeller som ennå ikke er studert, ikke bør avfeies som uvirksomme. I tillegg løftes det frem at terapeutens ekspertise og også pasientens egenskaper, verdier og kontekst skal tillegges stor betydning (Holmén, 2009).

For behandling av unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd var det ikke én behandlingsmetode eller tilnærming som var fremtredende. Flere enheter formidler at de rådfører seg med eller benytter seg av metoder anbefalt av V27 i aktuelle saker. To nevner at de benytter G-MAP, én «Terapi for unge overgripere», tre behandlingsenheter oppgir ERASOR (Worling & Curwen, 2001), kartleggingsskjema om gjentakelsesfare, tre oppgir at de bruker ASAP (van Outsem et al., 2006), én benytter «Varig forandring» (Bullens & Hendriks, 1997), og en annen benytter AIM2 (AIM Project, n.d.). I tillegg formidler én informant at de har en sexologisk tilnærming i møte med unge med problematisk seksuell atferd, og en siste enhet oppgir å benytte mentalisering og motiverende intervju i arbeidet med gruppen. Som en ser over, er det få som benytter spesifikke manualer eller programmer for behandling av unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og av de som oppgir dette, er det altså ikke én modell som skiller seg ut som mer brukt enn en annen. I den senere tiden har det blitt stilt spørsmål ved om det i Norge i

det hele tatt finnes et behandlingstilbud til barn og ungdom med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Flere har vist til Sverige, hvor det er etablert egne institusjoner hvor unge med skadelig seksuell atferd blir fulgt tett opp med et relativt strengt sikkerhetsregime 24 timer i døgnet. Slike spesialiserte sikkerhetsinstitusjoner for unge som begår seksuelle overgrep finnes ikke i Norge. Det er imidlertid ingen forskning som støtter opp om at institusjonelle tiltak har bedre effekt på ungdommenes atferd enn for eksempel polikliniske tiltak eller andre tiltak i barnets familie eller omsorgsmiljø. Tvert imot er intensive ambulante tiltak, som MST, det som til nå har vist seg å ha størst potensial for å hjelpe barn og ungdom med overgrepssproblematikk (Letourneau et al., 2009; Reitzel & Carbonell, 2006; Swenson & Letourneau, 2011). Her er det imidlertid vanskelig å gjøre gode sammenligninger, da det ofte er ungdom med den «mest ekstreme» atferden som følges opp på institusjon, mens ungdom med mindre skadelig atferd følges opp i familiebaserte tiltak. Videre finnes det generelt lite kunnskap som på en god måte dokumenterer effekten av spesifikke intervensjoner fremfor andre for barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd, og det anses som en fordel om det også i Norge satses på å evaluere og forske på gode modeller samtidig som disse spres og brukes ved norske behandlingsenheter.

I kartleggingen til Hjemdal (2006) kommer det frem at behandlingen til utsatte for vold og overgrep, både til barn og voksne, ofte er begrenset til kortvarige utredninger og behandlinger. Både utsatte for og utøvere av vold og seksuelle overgrep, er imidlertid grupper som det vil og bør settes av tilstrekkelig tid til å behandle, noe som støttes opp av resultatene fra denne kartleggingen. Blant de som svarer på dette spørsmålet, oppgir mange enheter at «de fleste» eller «alle» terapiene har en behandlingsslengde som er mellom 11 og 20 behandlingstimer eller over 20 behandlingstimer. Dette gjelder både for utsatte og utøvere av vold og overgrep. Nesten to tredjedeler av enhetene rapporterer at «mindre enn halvparten» eller «ingen» av terapiene tilbys i mindre enn seks behandlingstimer, noe som betyr at hovedtendensen er at det gis langvarige behandlinger. Videre var det mest vanlig å tilby individualterapi⁶¹. Færre enheter oppgir at «alle» eller «de fleste» av klientene får familierapi, mens kun noen få enheter besvarer at «de fleste» eller «alle» klientene får gruppeterapi. Det virker derfor som om det vanligste er å tilby individuell behandling, og dette gjelder både for utsatte og utøvere av vold og overgrep. Tendensen til at individualterapi er det vanligste å tilby, er også noenlunde jevnt fordelt på ulike institusjonstyper. Unntaket er familievernkontorene, hvor

⁶¹ Godt over halvparten av enhetene oppgir at «de fleste» eller «alle» klientene mottar individualterapi.

familieterapi er det vanligste. I de fleste tilfeller kan det være nødvendig å tilby behandling individuelt, spesielt der barn har behov for å bearbeide overgrepshistorier, eller at barnet eller ungdommen har følelser som vanskeliggjør deltakelse i en gruppe. På samme tid er det flere deler av behandlingen som kan la seg gjennomføre i grupper, blant annet det som handler om å lære om ulike reaksjoner og øve på ferdigheter som pust og avslapning. For mange utsatte og utøvere av vold kan gruppebehandlingen også gjøre at de kan føle seg mindre alene om egne erfaringer.

Behandlingsenhetene ble forespurt om hvem som ble involvert i behandlingen når barn var utsatt for eller utøvde vold og seksuelle overgrep. For alle aldersgrupper var det vanligst å involvere både barnet og omsorgsgiveren, mens det å arbeide med omsorgsgiveren alene ble mindre vanlig ettersom barnet eller ungdommen ble eldre. Dette gjelder behandlingstilbudet til alle de berørte gruppene. Det var imidlertid en svak tendens til at det var flere enheter som kun involverte omsorgsgiveren i behandlingen blant enhetene som behandler utøvere, versus de som behandler utsatte. De fleste studier har vist at involvering av omsorgspersoner vil ha positiv effekt på barnas bedring, spesielt for barn og unge med atferdsvansker (Dowell & Ogles, 2010). Derfor er det positivt at så mange behandlingsinstanser oppgir at omsorgsgiverne involveres i behandlingen. Da vil de kunne få hjelp til å forstå og arbeide med egne bekymringer, styrke egne foreldreferdigheter samt trygges i sin rolle som sentrale aktører i å gi barna verdifulle mestringsopplevelser og fremme barnas sosiale og emosjonelle utvikling. Omsorgsgivere spiller også en nøkkelrolle i å beskytte barna sine fra senere å bli utsatt for og utøve vold og overgrep.

Det er ofte ikke nok, i saker der barn og ungdom har opplevd vold eller seksuelle overgrep, der barn utøver vold, eller der barn har problematisk eller skadelig seksuell atferd, å hjelpe bare det enkelte barnet eller den enkelte familien. Barna må følges opp på flere arenaer, som barnehage, skole og fritidsaktiviteter, og ofte er også barnevernet involvert. Gode tiltak involverer et godt samarbeid og koordinering mellom ulike instanser, samt god oppfølging av barnet også utenfor terapirommet.

5.6 Samarbeid

Som vi allerede har vært inne på, vil det ofte være behov for tiltak fra ulike instanser for å kunne imøtekomme behovene til barn og unge som er utsatt for vold og overgrep, barn som utøver vold, samt barn med problematisk seksuell atferd. Samarbeid er altså viktig for å kunne tilby et godt og helhetlig behandlingstilbud. Et påfallende funn fra denne undersøkelsen er imidlertid at en relativt stor andel av de forespurte behandlingseenhetene, opp mot en tredjedel av respondentene i hver

gruppe, oppga at de *ikke* hadde rutiner for samarbeid omkring saker hvor barn og unge er utsatt for vold og overgrep, hvor barn og unge utøver vold, eller hvor barn og unge har problematisk seksuell atferd. Samtidig ser vi at de behandlingsenhetene som *har* samarbeidsrutiner, jevnt over vurderer disse som gode. Det er med andre ord et tosidig bilde som danner seg når vi ser på samarbeidsrutiner hos de ulike instansene. På den ene siden fungerer samarbeid jevnt over greit der rutinene er på plass, men på den andre siden mangler disse rutinene hos en betydelig andel av enhetene. Man har ikke klare svar, på bakgrunn av denne undersøkelsen, om hvorfor en så stor andel av enhetene mangler samarbeidsrutiner, men en mulig årsak kan være at implementering av samarbeidsrutiner og oppfølging av disse rutinene er tid- og ressurskrevende arbeid, som det ikke nødvendigvis er avsatt tilstrekkelig tid og midler til.

Flere av behandlingsenhetene som har et tilbud til barn som er utsatt for vold og overgrep, etterlyste bedre oppfølging og samarbeid med andre instanser for å kunne gi et tilfredsstillende tilbud til disse barna. Flere har tidligere påpekt at et godt samarbeid på tvers av instanser er avgjørende for å få til et godt helsetilbud for berørte av vold og traumer (Se for eksempel Bengtson et al., 2004; Hjemdal, 2006). Når det gjelder barn og ungdom som utøver vold, så vi i resultatene at stabilitet omkring disse barna samt et helhetlig hjelpetilbud ble vurdert som sentralt av informantene. For å få til dette er godt samarbeid på tvers av instanser viktig, for eksempel mellom behandlingsenheter som BUP, eventuell barnevernsinstitusjon hvor barnet bor, skole og så videre. Bengtson et al. (2004) skriver om saker hvor ungdom utøver vold, at hvert enkelt behandlingstilbud er en «brikke i [...] behandlingstilnærmingen» (s. 126–127). Dette illustrerer hvor viktig samspill og samarbeid mellom ulike behandlingsenheter og instanser er. Det samme vil også være gjeldende for behandling av barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. V27 har for eksempel påpekt at disse sakene krever samarbeid og samråd på tvers av etater og fagdisipliner (Kleive & Garbo, 2015). At så mange behandlingsenheter oppgir at de mangler rutiner for samarbeid, kan derfor være grunnlag for bekymring.

Som vi så i resultatene, beskrev informantene en rekke ulike behov og tiltak de mente kunne bedre samarbeidet på tvers av instanser, samt bidra til at de berørte gruppene får god behandling og oppfølging også utenfor det tilbudet hver enkelt behandlingsenhet kan tilby. Det ble for eksempel påpekt at de ulike instansene måtte dra i samme retning, at man måtte koordinere arbeidet, se verdien i hverandres arbeid og igangsette flere tiltak samtidig. Denne samhandlingen kan forringes dersom det ikke foreligger rutiner for samarbeid ved den enkelte instans, noe som også ble

antydning av enkelte av informantene i denne undersøkelsen. Manglende rutiner for samarbeid kan også gjøre det utfordrende å skape kontinuitet i samarbeidet, fordi man med manglende rutiner i større grad vil påvirkes av for eksempel utskiftninger i personalgruppen. Lite stabilitet og hyppige utskiftninger ved enkeltenheter kan også i seg selv hindre flyt i samarbeidet, og et viktig tiltak for å bedre samarbeidsmiljøet vil derfor også være å tilby kompetanseheving og støtte til terapeutene slik at de makter å stå i vanskelige saker.

Samtidig som rutinene må være på plass på den enkelte klinikk, er det imidlertid også viktig med overordnede rutiner som for eksempel sikrer at de ulike instansene er lett tilgjengelige for hverandre, samt at de har en felles forståelse av og kompetanse på den problematikken de arbeider med. Formelle samarbeidsavtaler og en tydeligere avklaring av ansvarsfordeling og mandat ble etterlyst av enkelte av våre informanter, både i saker hvor barn og unge er utsatt for vold og overgrep, og i saker hvor de utøver vold eller har problematisk eller skadelig seksuell atferd. Som allerede nevnt var noen av informantene opptatt av at arbeidet måtte koordineres bedre, og at det var behov for å identifisere felles mål for behandlingen. Individuell Plan er et sentralt verktøy for å bedre og koordinere samarbeidet, samt for å identifisere felles mål, i samråd med klienten og eventuelt pårørende. Dette verktøyet har som formål å sikre at pasienter eller brukere med behov for langvarige helse- og omsorgstjenester får et helhetlig hjelpetilbud og innebærer at representanter for alle de helse- og omsorgstjenestene som pasienten eller brukeren benytter er involvert i planarbeidet under ledelse av en koordinerende tjenesteyter (Helsedirektoratet, 2015b). Individuell Plan ble ikke nevnt av noen av informantene i denne undersøkelsen, men enkelte av dem etterlyste at noen tok det overordnede ansvaret for å avgjøre hvilken retning man skulle dra i når det gjaldt hvert enkelt barn. Resultatene fra denne undersøkelsen antyder derfor at det er behov for en bredere implementering av Individuell Plan blant behandlingsenhetene. Når det gjelder spørsmålet om hvem som bør ha det koordinerende ansvaret foreslår både Bengtson et al. (2004) og Kleive og Garbo (2015) at barnevernet bør ha det i saker hvor barn utøver vold eller har problematisk seksuell atferd. Dette kan også være gjeldende for barn utsatt for vold og overgrep. På grunn av sitt mandat kommer barnevernstjenesten ofte i kontakt med barn, både barn som har vært utsatt for vold og overgrep, og barn som har voldelig eller problematisk seksuell atferd. I en sammenfatning av egne erfaringer med telefonkonsultasjoner angående barn og unge med problematisk seksuell atferd oppgir også V27 at barnevernstjenesten er den instansen som hyppigst tar kontakt med dem (Kleive & Garbo, 2015). Det fremgikk også i denne kartleggingen at den største andelen av behandlingsenhetene oftest får henvisning fra barnevernstjenesten, både i saker som omhandler barn utsatt for vold og overgrep, barn som utøver vold og barn med problematisk seksuell atferd.

5.7 Behandlingstilbudet til utsatte for æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse

I tillegg til at vi har sett på behandlingstilbudet til barn som har opplevd vold og overgrep, og som utøver vold, eller som begår seksuelle overgrep, har vi i denne rapporten også sett nærmere på hvilken kunnskap som finnes i behandlingstilbudene når det gjelder kjønnslemlestelse, æresrelatert vold og tvangsekteskap. Dette har blitt behandlet som et undertema og er derfor ikke kartlagt like utfyllende som de andre tre temaene i denne rapporten. Det ble likevel ansett som relevant å se på hvor ofte klinikkene og institusjonene kommer i kontakt med denne problematikken, og hvordan de agerer. I denne delen vil vi kort diskutere funnene knyttet til behandlingstilbudet til utsatte for kjønnslemlestelse.

Som diskutert i innledningen til denne rapporten fant Jonassen og Saur (2011) at arbeidet med kjønnslemlestelse i Norge overveiende har vektlagt forebygging, også innenfor behandlingsinstitusjoner. Estimaten fra Ziyada et al. (2016) kan imidlertid tyde på at det lever mange jenter og kvinner i Norge som allerede har vært utsatt for kjønnslemlestelse før de kom til landet, og som dermed potensielt har et større behov for behandling og oppfølging enn for forebyggende tiltak. Hvor det tidligere har vært et sterkt fokus på å behandle de fysiske følgene av kjønnslemlestelse, har man nå også i økende grad blitt klar over at det kan finnes behov for psykisk helsehjelp blant mennesker som har blitt utsatt for dette, og også blant de som har blitt utsatt for æresrelatert vold og tvangsekteskap. Som vi tidligere har vært inne på, blir denne volden ofte utøvd av nære familiemedlemmer. Den kan derfor resultere i lignende ettervirkninger som det man ser etter andre former for vold i nære relasjoner. Det å bli utsatt for kjønnslemlestelse kan også potensielt være traumatiserende, og som diskutert i rapportens innledning har man funnet at jenter og kvinner som har blitt utsatt for kjønnslemlestelse, har større risiko for å utvikle angst, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Behrendt & Moritz, 2005) og depresjon, i tillegg til retraumatisering i forbindelse med seksuell debut, seksuell aktivitet, fødsel, gynekologisk undersøkelse og andre traumatiske hendelser (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress).

I likhet med barn og unge som utøver vold, samt barn og unge med problematisk seksuell atferd, får behandlingsapparatet kontakt med få klienter som har opplevd tvangsekteskap, kjønnslemlestelse eller æresrelatert vold. Når det gjelder kjønnslemlestelse, rapporterte alle behandlingsenhetene at de fikk inn fra 0 til 5

klienter med denne problematikken årlig. I tillegg var det mange enheter som ikke svarte på spørsmålet, eller som ikke visste hvor mange av deres klienter som var berørt av dette. Det er altså ansett som en lavfrekvent problematikk, men det er likevel viktig at det finnes kunnskap for å hjelpe de som kommer i kontakt med behandlingsenhetene. Vi så imidlertid at få av behandlingsenhetene hadde denne kompetansen ved sin klinikk. Av de forespurte lederne oppga 89,8 % at mindre enn halvparten eller ingen av terapeutene ved deres klinikk eller institusjon hadde kompetanse på behandling av utsatte for kjønnslemlestelse. I tillegg svarte flere av lederne at de ikke visste om noen av terapeutene ved deres behandlingsenhet hadde kompetanse på denne problematikken. Selv om problematikken er lavfrekvent, er dette lave kompetansetall.

6 anbefalinger

6.1 Barn utsatt for vold og overgrep

Det var flere positive aspekter ved det oppgitte behandlingstilbudet til volds- og overgrepsutsatte barn og ungdommer. I all hovedsak formidler enhetene at de har mange terapeuter med bred kompetanse og kunnskap, og selv om kun halvparten av enhetene systematisk oppgir at de spør alle barn og unge om volds- og overgrepserfaringer, formidler flere at de har implementert gode kartleggingsprosedyrer. Behandlingsenhetene oppgir videre at de benytter et stort spekter av behandlingstilnærminger og metoder, hvorav flere er evidensbaserte. Samtidig varierer kartleggingen og behandlingen fra institusjon til institusjon, og det er naturlig nok blant institusjonene som har et tydelig mandat på å behandle barn og ungdom, at fokuset på kartlegging og individuell behandling av volds- og overgrepsutsatte barn er sterkest. Det anbefales at nødvendige ressurser sikres, slik at fokus på positiv behandling fortsetter, men at også familievernkontorene, som begynner seg i en unik posisjon fordi de er i direkte kontakt med familier der vold er et tema, får et tydeligere mandat til å fange opp voldsutsatte barn og ungdommer.

Til tross for at utredningen viser noen positive resultater, er det likevel flere behandlingsenheter som oppgir at de ikke får gitt et tilstrekkelig tilbud til volds- og overgrepsutsatte barn og ungdommer. Som årsak til dette trekker enhetene særlig frem at det er for dårlig oppfølging og samarbeid med andre instanser, og det blir etterlyst mer kapasitet og flere ressurser. Det siste kan handle om at det er ressurskrevende å behandle en så sårbar gruppe, og at dette også kan være utfordrende emosjonelt, i og med at både det å lytte til og hjelpe barna inn i de traumatiske minnene kan være følelsesmessig belastende. Det blir derfor avgjørende å vie nok tid og kapasitet til disse prosessene, og å sikre et godt fagmiljø med kompetanse på behandling av vold og overgrep ved behandlingsenhetene. Det vil også være avgjørende å gi terapeutene støtte i vanskelige saker, og de vil få mulighet for å oppdatere seg på den best tilgjengelige kunnskapen på feltet. For å fremme og sikre god og nødvendig hjelp til volds- og overgrepsutsatte barn og ungdom anbefales det derfor at behandlingsenhetene sikres nok ressurser og kapasitet, samt at

det legges til rette for at terapeutene får veiledning, kurs og videre opplæring, sammen med mulighet for støtte i de tøffeste sakene.

Barn som har opplevd vold og overgrep, har ofte behov for oppfølging fra flere arenaer og instanser, og et samarbeid mellom disse er avgjørende for å kunne imøtekomme de utsatte barnas behov og tilby et godt og helhetlig behandlingstilbud. Derfor er det overraskende at opp mot en tredjedel av respondentene oppga at de *ikke* hadde rutiner for samarbeid omkring saker hvor barn og unge er utsatt for vold og overgrep. Samtidig er enhetene som *har* samarbeidsrutiner, fornøyd med disse. I tillegg til mangel på samarbeidsrutiner peker resultatene fra de åpne svarene på at enhetene etterlyser en felles faglig plattform i samarbeidet rundt disse barna, og flere peker på utfordringer i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene.

Kort oppsummert anbefales følgende:

- Det bør sikres nok kapasitet og ressurser slik at god kartlegging og behandling av volds- og overgrepsutsatte barn og ungdom tilbys ved behandlingsenhetene.
- Familievernet bør få et tydeligere mandat til å identifisere volds- og overgrepsutsatte barn og ungdom.
- Det bør legges til rette for at et godt samarbeid mellom instanser kan gjennomføres, og at gode samarbeidsprosedyrer implementeres.
- Det bør sikres at ansatte blir ivaretatt med god veiledning og god faglig og sosial støtte i de vanskelige sakene.

6.2 Barn og unge som utøver vold

Vold kan utelukkende bli fremstilt som et atferdsproblem. Når barnet blir stort nok, blir volden gjerne også oppfattet som et moralsk eller holdningsbasert problem og som en kriminell handling. I et bredere perspektiv bør vold også forstås som et uttrykk for underliggende psykologiske vansker og problematiske livsbetingelser. I møte med barn og unge som uttrykker aggresjon og vold, er det derfor viktig med en helhetlig vurdering av de individuelle, familiebaserte og sosiale og strukturelle forholdene rundt barnet eller ungdommen, og en nærmere undersøkelse av hva som ligger bak volden, og hva volden er et uttrykk for. Hvilken behandling som bør tilbys, vil være avhengig av hva som ligger til grunn for den voldelige atferden, og tiltakene bør avhenge av hvorvidt barnet har spesifikke plager, eller om den aggressive atferden først og fremst handler om betingelser rundt barnet. Generelt er det slik at barn som utvikler atferdsproblemer i tidlig alder, har en risiko for en

negativ utvikling i oppvekst og ungdomsalder. Det er derfor viktig at hjelpeapparatet kommer inn med tiltak som kan hjelpe barnet så tidlig som mulig. Det vil ikke bare hjelpe det enkelte barnet eller ungdommen til å få det bedre, men vil også virke preventivt med hensyn til voldsutøvelse i voksen alder.

Aggressiv atferd og vold er et omfattende problem blant barn og unge. Det betyr at kunnskapen om vold som problem bør finnes innen de generelle behandlingstilbudene til barn og unge. Resultatene i denne undersøkelsen viser imidlertid at det fremdeles er et stort behov for å bygge opp den generelle kompetansen på behandling av unge som utøver vold i det norske behandlingssystemet. Flertallet av enheter oppgir at minst halvparten av terapeutene ved de respektive enhetene har kompetanse i å behandle barn som utøver vold. Problemet er at mye av denne kompetansen ser ut til å være sentrert rundt barnevernsinstitusjoner, som ikke er et åpent tilbud for alle, og ATV, hvor kun noen få av kontorene har mandat for å behandle unge utøvere. Ved BUP og familievernkontorene er kompetansen mer ujevnt fordelt. Dette er problematisk sett i sammenheng med at både BUP og familievern er generelle behandlingstilbud som favner bredt.

Når det gjelder behandling av barn som utøver vold, rapporterte flere enheter at de benyttet metoder som retter seg mot foreldre og omsorgssituasjon innenfor en atferdsorientert tradisjon, som MST. I mange tilfeller vil dette arbeidet, som både har vist god effekt, og som vektlegger foreldre og omsorgssituasjonen barnet lever i, være viktig. Andre ganger kan det viktigste være at det innledes et samarbeid med barnevernet. Det vurderes også å være av betydning at behandlingen rommer noe mer enn en ren atferdsendring, og at den kun inkluderer hjelp til emosjonsregulering og utvikling av gode og hensiktsmessige løsningsstrategier for barnet eller ungdommen.

Denne undersøkelsen har avdekket et behov for at man i større grad legger vekt på kartlegging av barn og ungdoms voldsutøvelse. En femtedel av behandlingsenhetene vet ikke hvor mange barn og unge de får henvist eller har inne til utredning eller behandling, som utøver vold, og det er bekymringsfullt at så mange ikke har oversikt over dette. En relativt stor andel av enhetene oppgir også at de ikke benytter spesifikke kartleggingsverktøy, men at kartlegging ofte gjøres på bakgrunn av indiser eller mistanke. Utvikling og bruk av gode kartleggingsverktøy bør derfor være et satsningsområde. Det kom videre frem at enkelte behandlingsinstitusjoner avsto eller henviste videre barn som viste aggressiv og voldelig atferd. Det bør sikres at alle barn og ungdom med bekymringsfull atferd av denne typen sikres hjelp og ikke risikerer avslag på grunn av at tjenesten mangler kompetanse eller kapasitet.

Som tidligere forskning har avdekket, vil en del av barna som utøver vold, også selv ha vært utsatt for vold, overgrep eller andre store livsbelastninger. Vanskene deres vil dermed ofte være sammensatte, og det er da viktig å se behandling til disse barna og ungdommene i en større sammenheng hvor samarbeid på tvers av instanser blir sentralt. Det kom imidlertid frem i denne undersøkelsen at en relativt stor andel av behandlingsenhetene ikke har rutiner for samarbeid med andre instanser. Dette er bekymringsfullt i og med at vi vet at disse barna ofte vil trenge hjelp på flere ulike arenaer, både når det gjelder foreldre, skole, venner og kjærester. Vi anbefaler derfor at man i større grad legger vekt på samarbeid og samråd mellom ulike instanser.

Kort oppsummert anbefales følgende:

- Kompetansen i det generelle polikliniske tilbudet for unge som utøver vold, bør heves, slik at en sørger for å oppdage disse barna tidlig.
- Det bør vurderes å bygge ut noen få spesialiserte tilbud for ungdom som utøver vold. Dette gir også muligheten til å se utøvelse av vold i ungdomsalder og voksen alder i sammenheng.
- Det bør legges mer vekt på å kartlegge, fange opp problematikken og gjøre gode differensialdiagnostiske vurderinger som knyttes opp mot aggresjon og atferdsvansker, normalatferd og eventuelle egne traumeopplevelser og vanskelige livssituasjoner.
- Samarbeidsrutinene med andre instanser rundt barn og unge som utøver vold, bør forbedres.

6.3 Unge som begår seksuelle overgrep

Resultatene viser at de kartlagte tilbudene mangler kompetanse og kunnskap om behandling av barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Mangelen var fremtredende ved alle behandlingsinstitusjonene, og enhetene rapporterte både om at de hadde mangelfulle kartleggingsrutiner og få terapeuter med spesifikk kompetanse på problematikken.

De fleste med skadelig seksuell atferd vil trolig ha nytte av poliklinisk behandling, og BUP, som er en viktig aktør for behandling av psykiske lidelser i befolkningen, vil kunne ha en sentral rolle i den polikliniske oppfølgingen av denne gruppen. Ved BUP finnes spesialister og kompetanse på differensialdiagnostiske vurderinger, noe som er viktig med denne gruppen fordi problematikken er så mangefasettert. Dette er særlig viktig fordi det vil være ulike årsaker som ligger bak atferden, noe som igjen vil kunne utløse behov for ulike behandlingstilnærminger. Vi anbefaler derfor å ruste opp det polikliniske tilbudet med økt kompetanse i BUP til denne gruppen. Da kan

man anta at flere barn med skadelig seksuell atferd vil fanges opp tidligere, og da vil det også være anledning til å drive veiledning mot foreldre og familier, samt å gjennomføre familiebaserte tiltak der det er nødvendig. Hvordan dette gjøres rent praktisk, finnes det ikke noe enkelt svar på, men å etablere flere spesialteam tilknyttet en eller flere BUP-er i alle regioner, tilsvarende modellen som finnes i Region Vest, med V27, vil være en mulighet.

Barn og ungdom med problematisk eller skadelig seksuell atferd har, som barn flest, tilhørighet på flere arenaer, og det er flere profesjonelle hjelpere som vil kunne komme i kontakt med unge som har problematikken. Derav følger viktigheten av å bygge opp og styrke kompetansehevende tiltak på tvers av alle sektorer. I tillegg til å heve kunnskapen i behandlingstilbudene i helsesektoren blir det sentralt å tilføre kunnskap i omsorgssektoren, for eksempel gjennom kommunalt barnevern og veiledning til fosterhjem, i utdanningssektoren gjennom skoler og barnehager, i justissektoren gjennom politi, barnehus og straffetiltak for ungdom, og gjennom frivillige aktører som SMISO og hjelpetelefoner. Å bygge ut kompetanseteam i alle regioner som arbeider inn mot omsorgstjenester som barnevern og skoler, og som også kan drive koordinerende virksomhet, tilsvarende kompetanseteamet i Sør-Trøndelag (St. Olavs) og konsultasjonsteamet i Tromsø, kan være en god modell i så måte.

Noen av behandlingsenhetene i studien savner et tilbud til barn og ungdom som har høy risiko for å begå seksuelle overgrep mot andre. Det finnes faglige argumenter for at det er behov for døgnbehandling for en gruppe med høyrisikobarn hvor behandling i barnets omsorgssituasjon ikke lar seg gjennomføre, og hvor alternative behandlings- og omsorgstilbud er forsøkt. Det er imidlertid uklart hvor stort dette behovet er. Det anses også som sentralt, før det eventuelt bygges ut døgninstitusjoner, at det faglige innholdet ved slike institusjoner drøftes godt, at tilbudet ikke går på tvers av eller på bekostning av polikliniske tilbud, og at samarbeid og ansvarsfordeling med spesialisthelsetjenesten og eksisterende fagmiljøer klargjøres. Det anbefales også at vurderingene av barna forut for innleggelse ved eventuelle døgninstitusjoner legges til steder der det finnes spesialister og god differensialdiagnostisk kompetanse. Det vil også være av betydning at formålet med eventuell institusjonell behandling er tydelig. Dersom formålet med slike tiltak først og fremst er å sikre og skjerme ungdommene fra omverdenen, bør dette fremkomme, spesielt med tanke på at det per i dag ikke eksisterer forskning som støtter opp om at institusjonell behandling virker bedre på barnas tilheling enn sterke miljøbaserte og ambulante tiltak.

Hva som er det beste innholdet i behandlingen av barn og unge med skadelig seksuell atferd, finnes det ikke entydige svar på, først og fremst fordi det finnes lite forskning som viser at noen terapeutiske tiltak er bedre enn andre. For høyrisikogrupper har gruppebaserte og miljøbaserte tiltak som MST så langt mest evidens. For poliklinisk oppfølging inneholder AIM2 lovende verktøy og tiltak som kan være aktuelle å ta i bruk. I Storbritannia benyttes disse allerede i stor utstrekning. Verktøyene i AIM2 favner bredt og kan dessuten løfte kompetansen på tvers av instanser for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd i Norge. Ifølge V27 er dette det beste rammeverket for behandling av unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd som finnes per i dag. En mulighet er å satse på en implementering av dette rammeverket i Norge, parallelt med å legge opp til en studie hvor en måler effekten av tiltaket. I første omgang kan en se for seg en pilotstudie, hvor en samarbeider med noen klinikker i hvert regionale Helseforetak, legger opp til å måle effekten av tiltaket etter noen gitte kriterier samt studerer muligheten for å gjennomføre tiltaket i en norsk behandlingskontekst.

Kort oppsummert anbefales følgende:

- Kunnskapen og kompetansen i det polikliniske tilbudet til barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd bør bygges ut og heves.
- Det bør vurderes å opprette enheter med spesialkompetanse forankret i spesialisthelsetjenesten (BUP) ved alle de regionale helseforetakene samt egne terapeutiske tilbud for ungdommene med høyest risiko for å begå seksuelle overgrep.
- Det bør vurderes å ta i bruk et bredt program for oppfølging og behandling av barn og ungdom med problematisk og skadelig seksuell atferd (her anbefales det at man prøver ut AIM2), samtidig som det legges opp til at tiltaket evalueres, både når det gjelder effekt og om det er gjennomførbart for norske forhold og i en norsk behandlingskontekst.

Litteratur

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., & Øverlien, C. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge - definisjoner og typologisering. I C. Øverlien, M.-I. Hauge, & J.-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. (s. 265-280). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarts, M. (2000). *Marte Meo: basic manual*. Harderwijk: Aarts Productions.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- AIM Project. (n.d.). Background: AIM Project. Hentet 01.02.16, fra <http://aimproject.org.uk/>
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335–340. . doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227
- Annerbäck, E. M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G., & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden-Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 36(7-8), 585,595.
- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). Traumebehandling. Inspirasjon til boken. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 13-18). Oslo: Universitetsforlaget.
- Askeland, I. R., & Heir, T. (2014). Psychiatric disorders among men voluntarily in treatment for violent behaviour: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 4(4). doi: 10.1136/bmjopen-2013-004485
- Augimeri, L. K., Koegl, C. J., Webster, C. D., & Levene, K. (2001). Early assessment risklist for boys: EARL-20B, Version 2. Toronto, ON: Earls court Child and Family Centre.
- Babchishin, K. M., Blais, J., & Helmus, L. (2012). Do static risk factors predict differently for Aboriginal sex offenders? A multi-site comparison using the original and revised static-99 and static-2002 scales. . *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 54, 1-43.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). *En god barndom varer livet ut: Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Oslo: Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf.

- Barnett, G. D., Manderville-Norden, R., & Rakestrow, J. (2014). The good lives model or relapse prevention: what works better in facilitating change? . *Sexual Abuse*, 26, 3-33.
- Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1000-1002. doi: doi:10.1176/appi.ajp.162.5.1000
- Bellak, L., & Bellak, S. S. (1949). *Children's Apperception Test*. Oxford, England.
- Bendiksby, O. H. (n.d.). Om unge overgripere. Å forstå unge overgripere: tilknytningsstrategier og utviklingshistorie. Hentet 14.01.16, fra http://www.handle-kraft.no/pdf/om_unge_overgripere.pdf
- Bengtson, M., Steinsvåg, P. Ø., & Terland, H. (2004). *Ungdom bak volden. Forståelse og behandling av ungdom med volds-og aggresjonsproblemer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bergström, M., & Højman, L. (2015). Is multidimensional treatment foster care (MTFC) more effective than treatment as usual in a three-year follow-up? Results from MTFC in a Swedish setting. *European Journal of Social Work*. doi: 10.1080/13691457.2015.1030361
- Birkhaug, P., Mæhle, M., Nielsen, G. H., Ingnes, E. K., Kleive, H., & Solberg, Ø. (2005). Unge overgripere: En kartleggingsundersøkelse i Hordaland. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42, 987-993.
- Bjelland, A. (1998). *Perspektiver på barn og unges vold*. Oslo: ATV-Forlag.
- Björkly, S., Hartvig, P., Heggen, F. A., Brauer, H., & Moger, T. A. (2009). Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *European Psychiatry*, 24(6), 388-394. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.004
- Blaustein, M., & Kinniburgh, K. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. New York: Guilford Press.
- Borduin, C. M., Heiblum, N., Jones, M. R., & Grabe, S. A. (2000). Community-Based Treatments Of Serious Antisocial Behavior In Adolescents. I W. E. Martin & J. L. Swartz-Kulstad (Red.), *Person-Environment Psychology And Mental Health: Assessment And Intervention* (s. 113-141): Lawrence Erlbaum Associates.
- Borgen, G., Dyb, G., Hafstad, G., Jensen, T. K., Langballe, Å., Myhre, M., . . . Øverlien, C. (2011). *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge – kunnskapsstatus. Revidert 2011: Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.
- Borum, R. (2006). Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY). fra http://works.bepress.com/randy_borum/2/
- 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. (2015). Thematic analysis. *Qualitative research in clinical and health psychology*, 95, 113.
- Briere, J. (2005). Trauma symptom checklist for young children-TSCYC. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. .
- Briere, J. (2011). Trauma Symptom Checklist for Children–TSCC *Produktkatalog - Klinisk verksamhet* (s. 45): Hogrefe Psykologiförlaget AB.

- Brosnan, R., & Carr, A. (2000). Adolescent Conduct Problems. I A. Carr (Red.), *What works with children and adolescents?: A Critical Review Of Psychological Interventions With Children, Adolescents And Their Families* (s. 131-154): Taylor & Frances/Routledge.
- Bufdir. (2014). *Evaluering av omsorgsreformen for enslige mindreårige asylsøkere.* . Lastet ned fra <http://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002724>.
- Bufdir. (2015a). Æresrelatert vold. Hentet 12.02.16, fra http://www.bufdir.no/vold/Kunnskap_om_vold_i_nare_relasjoner/Aresrelatert_vold/
- Bufdir. (2015b). Tvangsekteskap. Hentet 12.02.16, fra http://www.bufdir.no/vold/Kunnskap_om_vold_i_nare_relasjoner/Tvangsekteskap/
- Bufdir. (2015c). Kjønnsmestelse. Hentet 12.02.16, fra http://www.bufdir.no/vold/Kunnskap_om_vold_i_nare_relasjoner/Kjonnsmestelse/
- Bufdir. (2015d). Kompetanseteam mot tvangsekteskap og kjønnsmestelse. Hentet 12.02.16, fra http://www.bufdir.no/vold/Krisesentre_incestsentre_og_botilbud_for_utsatt_ungdom/Tvangsekteskap_og_kjonnsmestelse/
- Bullens, R., & Hendriks, J. (1997). ”Varig forandring”. Behandlingsprogram for unge overgripere. Bergen: V27.
- Calam, R. M., Cox, A. D., Glasgow, D. V., Jimmieson, P., & Larsen, S. G. (2000). Assessment and therapy with children: Can computers help? . *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(3), 329-343. doi: 10.1177/1359104500005003004
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse.* . New York: Guilford.
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., . . . Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*: Guilford Publications.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Murray, L. K., & Igelman, R. (2006). Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence - Exposed Children. *Journal of Social Issues*, 62(4), 737-766. doi: 10.1111/j.1540-4560.2006.00485.x
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . van der Kolk, B. A. (2005). Complex Trauma in Children & Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Danielson, C. K., de Arellano, M. A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. S. (2005). Child maltreatment in depressed adolescents: differences in symptomatology based on history of abuse. *Child maltreatment*, 10(1), 37-48.

- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484. doi: 10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb
- DeRosa, R., Habib, M., Pelcovitz, D., Rathus, J., Ford, J., Sonnenklar, J., . . . Kaplan, S. (2006). Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress (SPARCS): A Trauma-focused Guide for Groups. Manhasset, NY: North Shore University Hospital.
- Di Nardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1993). Reliability of dsm-iii-r anxiety disorder categories: Using the anxiety disorders interview schedule—revised (adis-r). *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 251-256. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820160009001
- Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science, New Series*, 250, 1678-1683.
- Dodge, K. A., Lansford, J. E., Burks, V. S., Bates, J. E., Pettit, G. S., Fontaine, R., & Price, J. M. (2003). Peer rejection and social information - processing factors in the development of aggressive behavior problems in children. *Child Development*, 74(2), 374-393.
- Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010). The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(2), 151-162. doi: 0.1080/15374410903532585
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268-277. doi: 10.1016/S0091-7435(03)00123-3
- Dutton, D. G. (2000). Witnessing parental violence as a traumatic experience shaping the abusive personality. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 3(1), 59-67.
- Duwe, G. (2013). Can Circles of Support and Accountability (COSA) work in the United States? Preliminary results from a randomized experiment in Minnesota. *Sexual Abuse*, 25, 143-165.
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 741-753.
- Eng, H. (n.d.). Ungsinns vitenskapelige grunnlag fra https://www.ungsinn.no/post_artikkel/hvordan-fa-beskreivet-tiltak-i-ungsinn/
- Fanniff, A. M., & Becker, J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. *Aggression and violent behavior*, 11(3), 265-282.
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare. I E. V. C. P. R. Lanius (Red.), *The effects of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic* (s. 77-87). New York: Camebridge University Press.

- Ferdinand, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales Anxiety Problems and Affective Problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 126-134. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.008>
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 376-384.
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., & Frueh, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46, 545-552.
- Ford, J. D., & Ford, J. G. (2011). Trauma Affect Regulation/Guide for Education and Therapy (TARGET): A case study moving toward trauma-informed juvenile justice systems. Corrections and Mental Health. fra <http://community.nicic.gov/blogs/mentalhealth/archive/2011/03/11/trauma-affect-regulation-guide-for-education-and-therapy-target-a-case-study-of-moving-toward-trauma-informed-juvenile-justice-systems.aspx>
- Friedman, A. S., & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] instrument). *Journal of drug education*, 19(4), 285-312.
- Gifford-Smith, M. E., & Rabiner, D. L. (2004). Social information processing and children's social adjustment. I J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Red.), *Decade of behavior. Children's peer relations: From development to intervention* Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gilbert, R., Spatz-Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Child maltreatment: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68-81.
- Goldbech, L., & Berliner, L. (2015). Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). fra <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktøy/>
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (2000). ART. *Aggression Replacement Training. En multimodal metod för att ge aggressiva barn och ungdomar sociala alternativ*. Malmö: Team Offset & Media.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345. doi: 10.1097=00004583- 200111000-00015
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and Initial Validation of an Integrated Assessment of Child and Adolescent Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(5), 645-655.
- Google Search Console Help. (2015). How Google Search Works. Hentet 20.01.2016, fra https://support.google.com/webmasters/answer/70897?hl=en&ref_topic=4558960
- Griffin, H. L., Beech, A., Print, B., Bradshaw, H., & Quale, J. (2008). The development and initial testing of the AIM2 framework to assess risk and strengths in young people who sexually offend. *Journal of Sexual Aggression*, 14, 211-225.

- Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 348-362.
- Helland, H. (1998). Forebygging av problematferd blant ungdom: En litteraturstudie (Vol. 17/98). Oslo: NOVA.
- Helsedirektoratet. (2012). *Alfabetisk oversikt over samordnede begreper*. Lastet ned fra http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_2084.aspx.
- Helsedirektoratet. (2014). Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017 (Vol. IS-2182, s. 29). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015a). ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/icd-10-den-internasjonale-statistiskeklassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015>
- Helsedirektoratet. (2015b). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet 31.05.16, fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=individuell-plan-og-koordinator-6935>
- Hembree-Kigin, T., & McNeil, C. B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy. Manuals for detailed implementation of the treatment program, coding of sessions, and handouts*. New York: Plenum.
- Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., Schoenwald, S. K., & Brondino, M. J. (1996). Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of Adolescence*, 19, 47-61.
- Hjemdal, O. K. (2006). *Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre*, : Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74, 1017-1026. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1017
- Holmén, A. (2009). Evidens og praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(10), 938-939.
- Hundeide, K. (2001). *Ledet samspill fra spedbarn til skolealder. Håndbok til ICDPs sensitiviseringsprogram [Guided interaction from infancy to school age. Handbook to ICDP'sensitivity programme]*. Oslo: Vett og Viten.
- Ingnes, E. K., & Kleive, H. (2011). *I Møte med unge overgripere*. Oslo: Gyldendal.
- Ingnes, E. K., Kleive, H., & Garbo, E. (2009). Unge overgripere: V 27 2004-2008 (Vol. 01/2009). Bergen: Hospitalet Betanien.
- Institutt for klinisk sexologi og terapi. (2015). Behandling. Hentet 08.08.2015, fra <https://www.sexologi.no/behandling>
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Jensen, M., Garbo, E., Kleive, H., Grov, Ø., & Hysing, M. (2016). Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*(366-375).
- Jensen, T. K. (2012). Intervjuer med barn og unge i spesielt vanskelige livssituasjoner. Kan vi snakke med barn om alt? I E. B.-H. I. Frønes (Red.), *Metoder og*

- perspektiver i barne- og ungdomsforskning* (s. 95-120). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., . . . Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369.
- Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). Behandling av barn og ungdom som har erfart traumer. I C. Øverlien, M.-I. Hauge, & J.-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jonassen, W., & Paulsen, M. (2007). *Hjelp og behandling til personer med volds- og aggresjonsproblemer : en nasjonal kartlegging av tilbud*, (Vol. 1/2007): Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.
- Jonassen, W., & Saur, R. (2011). Arbeid med kjønnslemlestelse i Norge. En kartlegging. (Vol. 1/2011). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. doi: doi:10.1097/00004583-199707000-00021
- 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.
- Kjellgren, C. (2009). *Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome*. (PhD), Lund University, Lund.
- Kleive, H., & Garbo, E. (2015). Barn og unge med upassende seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep. Telefonkonsultasjoner med behandlingsapparatet: V27s erfaringer gjennom 9 år (Vol. 01/2015). Bergen: Hospitalet Betanien.
- Kobayashi, J., Sales, B. D., Becker, J. V., Figueredo, A. J., & Kaplan, M. S. (1995). Perceived parental deviance, parent-child bonding, child abuse, and child sexual aggression. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 7(1), 25-44. doi: 10.1007/BF02254872
- Koehler, J. A., Lösel, f., Akoensi, T. D., & Humphreys, D. K. (2013). A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology*, 9(1), 19-43.
- Kolko, D. J., Brown, E. J., Shaver, M. E., Herschell, A. D., & Baumann, B. L. (2011). *Alternatives for Families: A Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT) Session Guide* (3rd edition; November 1, 2011). Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh School of Medicine.
- Kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. (2015). IMDi arbeid mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet. Oslo: IMDi.
- Kornør, H., & Johansen, S. (2015). Måleegenskaper ved den norske versjonen av European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD). *PsykTestBarn*, 2(1).

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Lastet ned fra <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>.
- Kruse, A. E. (2011). Unge som begår seksuelle overgrep. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2.utg.)*. Oslo: Gyldendahl Akademisk.
- Larsen, E., Nordal, A., & Aasheim, F. (2006). Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet : mål, anbefalinger, og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse (Vol. IS-1315, s. 8-11). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 89-102. doi: 10.1037/a001435
- Levene, K. S., Augimeri, L. K., Pepler, D. J., Walsh, M. M., Webster, C. D., & Koegl, C. J. (2001). *Early assessment risk list for girls EARL-21G version 1-consultation edition*. Toronto: Earls Court Child and Family Center.
- Lidén, H., & Berntzen, T. (2008). Kjønnslemlestelse i Norge. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2004). Don't hit my mommy: A manual for child parent psychotherapy with young witnesses of family violence. Washington, D.C: Zero to Three Press.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., & Stouthamer-Loeber, M. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Developmental Psychopathology*, 5, 103-133.
- Lossius, K. B., Munch, M., Lien, S., & Salole, L. (2011). Ikke bare tvangsekteskap. En artikkelsamling. Sluttrapport fra IMDi's arbeid med handlingsplan mot tvangsekteskap 2008-2011. Oslo: IMDi.
- Loukas, A., Fitzgerald, H. E., Zucker, R. A., & von Eye, A. (2001). Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 91-106.
- Långström, N., Jacobsen, S., & Berg, N. (2015). Kunskapsöversikt om behandling mot sexuella övergrepp mot barn (Preventing sexual abuse of children: risk assessment and interventions for adults at risk of offending). Stockholm: FORTE: Swedish Research Council for Health, Working Life and Welfare.
- Magdol, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Developmental antecedents of partner abuse: A prospective-longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 375-389.
- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The Effects of Family and Community Violence on Children *Annual review of psychology* (Vol. 51, s. 445-479).
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., & Nixon, R. D. V. (2009). Development and validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 432-440. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01995.x

- Mihalic, S., Irwin, K., Elliott, D., Fagan, A., & Hansen, D. (2001). Blueprints for Violence Prevention. *Juvenile Justice Bulletin: US Department of Justice: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*.
- Moen, L. H., Askeland, I. R., & Holt, T. (under publisering). Behandlingstilbudet til utsatte og utøvere av vold og seksuelle overgrep. En pilotstudie om tilbudet til barn og voksne i fire norske fylker. Oslo: NKVTS.
- Moodie, K., Vaswani, N., Shaw, J., Morton, P., Orr, D., Allardyce, S., & Connelly, G. (2015). Working with young people who offend: An examination of the literature regarding violence, substance misuse and harmful sexual behavior: Centre for youth & criminal justice.
- Mossige, S., Ainsaar, M., & Svendin, C. G. (2007). The Baltic Sea Regional Study on Adolescents' Sexuality (Vol. 18/2007). Oslo: NOVA.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge : en selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skoleNOVA-rapport (online) (Vol. 20/2007). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Myhre, M., Borchgrevink, C., & Sommerfeldt, M. B. (2015). Oversikt over rutineguider og kartleggingsverktøy for avdekking av vold i nære relasjoner (Vol. 4/2015). Oslo: NKVTS.
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer (Vol. 1/2015). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Mørch, W., Neumer, S., Holth, P., & Martinussen, M. (2009). Ungsinn - en kunnskapsbase over virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(10), 19-23.
- Naglieri, J. A., & Das, J. P. (1997). *Cognitive Assessment System. Administration and scoring manual. Interpretive handbook*. Itasca, IL: Riverside.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2013). *Slik oppsummerer vi forskning: håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. (3.2 utg.). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Veiviser om kjønnslemlestelse. fra <https://www.nkvts.no/sites/Veiviser-KL/Pages/default.aspx>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2015). Kartlegging av traumeerfaringer, KATE-Barn. fra <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktoy/>
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative Exposure Therapy for the Treatment of Traumatized Children and Adolescents (KidNET): From Neurocognitive Theory to Field Intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 3(641-664).
- NICE. (2005). NICE clinical guideline on post-traumatic stress disorder. Hentet 08.08, 2015, fra <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG26>
- O' Reilly, G. (2014). Assessment and Intervention with Young People who Sexually Offend. I D. S. Bromberg & W. T. O' Donohue (Red.), *Toolkit for Working with Juvenile Sex Offenders*. London: Academic Press.

- Onyskiw, J. E. (2003). Domestic violence and children's adjustment: A review of research. I R. Geffner, R. S. Igelman, & J. Zellner (Red.), *The effects of intimate partner violence on children*. New York: Haworth Press. .
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn - blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(3), 234-240.
- Palmstierna, T., Haugan, G., Jarwson, S., Rasmussen, K., & Nøttestad, J. A. (2012). Cognitive-behaviour group therapy for men voluntary seeking help for intimate partner violence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 360-365.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2014). *The Circle of Security Intervention: Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships*. New York: The Guilford Press.
- Print, B. (2008). *The G-Map group treatment programme handbook*. . Manchester: G-MAP 2008.
- Raphael, B., Lundin, T., & Weisæth, L. (1989). A Research Method for the Study of Psychological and Psychiatric Aspects of Disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80(353).
- Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalence and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 58-66.
- Reitzel-Jaffe, D., & Wolfe, D. A. (2001). Predictors of relationship abuse among young men. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 99-115.
- Reitzel, L. R., & Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: a meta-analysis. *Sexual Abuse*, 18(4), 401-421.
- Righthand, S., & Welch, C. (2004). Characteristics of Youth Who Sexually Offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 15-32.
- Riley-Tillman, T. C., Chafouleas, S. M., Sassu, K. A., Chanese, J. A., & Glazer, A. D. (2008). Examining the agreement of direct behavior ratings and systematic direct observation data for on-task and disruptive behavior. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 10(2), 136-143.
- RVTS Nord. (n.d.). Veiledning. Hentet 20.05.16, fra <http://rvtsnord.no/veiledning/>
- RVTS Sør. (n.d.). Barns utvikling og traumer. Hentet 22.03.16, fra <http://www.handle-kraft.no/pdf/traumeguiden.pdf>
- Rådet for psykisk helse. (2008). Spesialisthelsetjeneste på brukernes arena. En utvalgsrapport til Rådet for psykisk helse.
- Saur, R., Hustad, A. E., & Heir, T. (2011). Voldsforebygging i Norge : aktiviteter og tiltak mot vold i nære relasjoner (Vol. 3/2011). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Schaeffer, C. M., & Borduin, C. M. (2005). Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Offenders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 445-453.

- Schmidt, F., Hoge, R. D., & Gomes, L. (2005). Reliability and Validity Analyses of the Youth Level of Service/Case Management Inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 32(3), 329-344. doi: 10.1177/0093854804274373
- Schou, L., Dyb, G., & Graff-Iversen, S. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge - resultater fra helseundersøkelser i seks fylker (Vol. 2007: 8). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI) & Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Scott, E. S., & Steinberg, L. D. (2008). *Rethinking juvenile justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Seto, M. C., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G., & Långström, N. (2010). Sexual Coercion Experience and Sexually Coercive Behavior: A Population Study of Swedish and Norwegian Male Youth. *Child maltreatment*, 15(3), 219-228.
- Shapiro, F. (2001). Trauma and adaptive information-processing: EMDR's dynamic and behavioral interface. I M. F. Solomon, R. J. Neborsky, L. McCullough, M. Alpert, F. Shapiro, & D. Malan (Red.), *Short-term therapy for long-term change* (s. 112-129). New York, NY W W Norton & Co.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonara, L. I., . . . Dunbar, G. C. (1997). Reliability and Validity of the M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Shumaker, D. M., & McGee, G. R. (2001). Characteristics of homicidal and violent juveniles. *Violence and victims*, 16, 401-409.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183. doi: 10.1080/15374410701818293
- Sinnemestring - Brøset. (n.d.). Sinnemestring - Brøsetmodellen. Hentet 22.03.16, fra www.sinnemestring.no
- Smith, C., Lazenbatt, A., Bradbury-Jones, C., & Taylor, J. (2013). Provision for young people who have displayed harmful sexual behaviour (Full report): The University of Edinburgh/NSPCC Child Protection Research Centre.
- Smith, D. K., Leve, L. D., & Chamberlain, P. (2006). Adolescent girls' offending and health-risking sexual behavior: the predictive role of trauma. *Child maltreatment*, 11(4), 346-353.
- Smith, S. R., & Carlson, E. B. (1996). Reliability and validity of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 9(2), 125-129.
- Snoek, J. E. (2010). Barn som utøver vold i Veileder i BUP. Hentet 22.03.16, fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten*. (IS-1457). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, Lastet ned fra

- <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/637/Overgrepsmottak-veileder-for-helsetjenesten-IS-1457.pdf>.
- Statistisk Sentralbyrå. (2015). Tabell 7, siktelsler mot personer, etter kjønn, alder og type lovbrudd. Absolutte tall. Hentet 18.01.16, 2016, fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/lovbrudde/aar/2015-10-29?fane=tabell#content>
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current Psychiatry Reports*, 6, 96-100.
- Steinberg, L., Albert, D., Cauffman, E., Banich, M., Graham, S., & Woolard, J. (2008). Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexes by behavior and self-report: Evidence for a dual systems model. *Developmental Psychology*, 44(6), 1764-1778.
- Steine, I. M., Harvey, A. G., Krystal, J. H., Milde, A. M., Grønli, J., Bjorvatn, B., . . . Pallesen, S. (2012). Sleep disturbances in sexual abuse victims: A systematic review. *Sleep medicine reviews*, 16(1), 15-25.
- Stolbach, B. C. (1997). *The Children's Dissociative Experiences Scale and Posttraumatic Symptom Inventory: rationale, development, and validation of a self-report measure* (PhD), University of Colorado.
- Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency. *Child maltreatment*, 10, 324-336.
- Swenson, C. C., & Letourneau, E. J. (2011). Multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. I B. K. Schwartz (Red.), *Handbook of Sex Offender Treatment*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- TFCO Consultants Inc. What is TFCO? TFCO Program Overview. Hentet 22.03.16, fra <http://www.tfcOregon.com/what-is-tfco/>
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv: NKVTS: Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Tully, R. J., Chou, S., & Browne, K. D. (2013). A systematic review on the effectiveness of sex offender risk assessment tools in predicting sexual recidivism of adult male sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 33, 287-316.
- Ulvlund, S. E., & Eng, H. (2012). Beskrivelse og vurdering av tiltaket Circle of Security (COS) Virginia – Familiemodellen. fra https://www.ungsinn.no/post_tiltak/circle-of-security-cos-virginia-familiemodellen/
- van der Merwe, A., & Dawes, A. (2012). Interventions for young offenders: What we know about what 'works' in diversion programmes. I C. L. Ward, A. van der Merwe, & A. Dawes (Red.), *Sources and Solutions in South Africa* (s. 347-371). Claremont: UCT Press.
- van Outsem, R., Beckett, R., Bullens, R., Vermeiren, R., van Horn, J., & Doreleijers, T. (2006). The adolescent sexual abuser project (ASAP) assessment measures—Dutch revised version: A comparison of personality characteristics between

- juvenile sex offenders, juvenile perpetrators of non-sexual violent offences and non-delinquent youth in the Netherlands. *Journal of Sexual Aggression*, 12(2), 127-141.
- Verdens helseorganisasjon. (2016). Female genital mutilation. Hentet 12.02.16, fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>
- Wallace, R., & Nosko, A. (2003). Shame in Male Spouse Abusers and Its Treatment in Group Therapy. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 7(1-2), 47-74.
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behaviour*, 12(87-107).
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. I J. W. T. M. Keane (Red.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (s. 399-411). New York: Guildford.
- Worling, J. R., & Curwen, T. (2001). Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (Version 2.0: The "ERASOR"). I M. C. Calder (Red.), *Juveniles and children who sexually abuse: Frameworks for assessment* (s. 372-397). Lyme Regis, Dorset: Russel House Publishing.
- Worling, J. R., & Langton, C. M. (2012). Assessment and treatment of adolescents who sexually offend. Clinical Issues and Implications for Secure Settings. *Criminal Justice and Behavior*, 39(6), 814-841.
- Ziyada, M. M., Norberg-Schulz, M., & Johansen, R. E. B. (2016). Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. *BMC Public Health*, 16(1), 1-12. doi: 10.1186/s12889-016-2794-6
- Øia, T. (2007). Ung i Oslo – levekår og sosiale forskjeller (Vol. 6/07). Oslo: NOVA.
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet : barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Antall saker per landsregion: æresrelatert vold, kjønnslemlestelse og tvangsekteskap

Æresrelatert vold (n=97)

	Sør-Øst	Midt	Vest	Nord
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ingen	33 (67,3)	14 (77,8)	11 (68,8)	12 (85,7)
1-5	13 (26,5)	4 (22,2)	4 (25,0)	2 (14,3)
6-10	0 (0)	0 (0)	1 (6,3)	0 (0)
11-50	2 (4,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Over 50	1 (2,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	49 (100)	18 (100)	16 (100)	14 (100)

*Vet ikke-svar er ekskludert i denne fremstillingen.

Kjønnslemlestelse (n=100)

	Sør-Øst	Midt	Vest	Nord
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ingen	44 (88,0)	15 (83,3)	17 (94,4)	12 (85,7)
1-5	5 (10,0)	3 (16,7)	1 (7,1)	2 (14,3)
6-10	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
11-50	1 (2,0)	0 (0)	0 (5,6)	0 (0)
Total	50 (100)	18 (100)	18 (100)	14 (100)

*Vet ikke-svar er ekskludert i denne fremstillingen.

Tvangsekteskap (n=98)

	Sør-Øst	Midt	Vest	Nord
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ingen	41 (82,0)	15 (83,3)	15 (88,2)	12 (92,3)
1-5	6 (12,0)	3 (16,7)	2 (11,8)	1 (7,7)
6-10	2 (4,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
11-50	1 (2,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	50 (100)	18 (100)	17 (100)	13 (100)

*Vet ikke-svar er ekskludert i denne fremstillingen.

Vedlegg 2: Oversikt over terapeutenes faglige bakgrunn (profesjon) fordelt på de ulike institusjonene

BUP

Terapeutenes bakgrunn	Gj.sn (SD)
Psykologer/psykologspesialister (n = 43)	10,8 (15,0)
Leger/ psykiatere (n = 42)	4,2 (5,2)
Sosionomer (n = 43)	3,0 (2,4)
Barnevernspedagoger (n = 31)	2,9 (4,4)
Sykepleiere/ Psykiatriske sykepleiere (n = 29)	1,9 (3,4)
Pedagoger/ spesialpedagoger (n = 42)	3,3 (2,3)
Annet (n = 28)	3,7 (4,7)

Familievern

Terapeutenes bakgrunn	Gj.sn (SD)
Psykologer/psykologspesialister (n = 19)	3,1 (2,2)
Leger/ psykiatere (n = 6)	0,2 (0,4)
Sosionomer (n = 22)	3,1 (1,9)
Barnevernspedagoger (n = 18)	1,7 (1,2)
Sykepleiere/ Psykiatriske sykepleiere (n = 6)	1,0 (0,6)
Pedagoger/ spesialpedagoger (n = 9)	1,2 (1,0)
Annet (n = 18)	1,9 (1,2)

Barnehus

Terapeutenes bakgrunn	Gj.sn (SD)
Psykologer/psykologspesialister (n = 7)	1,7 (1,3)
Leger/ psykiatere (n = 2)	0,5 (0,7)
Sosionomer (n = 7)	2,3 (1,8)
Barnevernspedagoger (n = 8)	1,9 (0,6)
Sykepleiere/ Psykiatriske sykepleiere (n = 4)	0,8 (0,5)
Pedagoger/ spesialpedagoger (n = 4)	1,0 (0,0)
Annet (n = 6)	1,0 (0,0)

Barnevernsinstitusjon

Terapeutenes bakgrunn	Gj.sn (SD)
Psykologer/psykologspesialister (n = 4)	2,8 (1,3)
Leger/ psykiatere (n = 3)	0,3 (0,6)
Sosionomer (n = 15)	4,2 (4,2)
Barnevernspedagoger (n = 18)	6,7 (11,9)
Sykepleiere/ Psykiatriske sykepleiere (n = 8)	3,4 (3,9)
Pedagoger/ spesialpedagoger (n = 11)	3,4 (4,2)
Annet (n = 18)	6,2 (9,2)

Privatpraktiserende

Terapeutenes bakgrunn	Gj.sn (SD)
Psykologer/psykologspesialister (n = 15)	1,0 (0,0)
Leger/ psykiatere (n = 6)	1,0 (0,0)
Sosionomer (n = 1)	2,0 (-)
Barnevernspedagoger (n = 1)	4,0 (-)
Sykepleiere/ Psykiatriske sykepleiere (n = 0)	-
Pedagoger/ spesialpedagoger (n = 1)	4,0 (-)
Annet (n = 1)	4,0 (-)

Alternativ til Vold

Terapeutenes bakgrunn	Gj.sn (SD)
Psykologer/psykologspesialister (n = 3)	4,0 (1,7)
Leger/ psykiatere (n = 0)	-
Sosionomer (n = 1)	1,0 (-)
Barnevernspedagoger (n = 1)	2,0 (-)
Sykepleiere/ Psykiatriske sykepleiere (n = 0)	-
Pedagoger/ spesialpedagoger (n = 0)	-
Annet (n = 0)	-

Vedlegg 3: Antall behandlere som har kompetanse i å behandle barn utsatt for vold og overgrep fordelt på de ulike institusjonene

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	3 (13)	9 (39,1)	7 (30,4)	3 (13)	1 (4,3)	23 (100)
BUP	1 (2,3)	18 (41,9)	12 (27,9)	12 (27,9)	-	43 (100)
Barnehus	7 (77,8)	2 (22,2)	-	-	-	9 (100)
Barnevernsinst.	3 (16,7)	5 (27,8)	8 (44,4)	1 (5,6)	1 (5,6)	18 (100)
Privatprakt.	20 (87)	1 (4,3)	1 (4,3)	-	1 (4,3)	23 (100)
ATV	2 (66,7)	1 (33,3)	-	-	-	3 (100)
Annet	6 (26,1)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)	2 (8,7)	23 (100)
Total	42 (29,6)	41 (28,9)	33 (23,2)	21 (14,8)	5 (3,5)	142 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Vedlegg 4: Kartlegging og kartleggingsprosedyrer fordelt på institusjon – saker hvor barn har opplevd vold og overgrep

Livssituasjon/bakgrunnsopplysninger

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	10 (43,4)	10 (43,4)	-	2 (8,7)	1 (4,3)	23 (100)
BUP	37 (88,1)	5 (11,9)	-	-	-	42 (100)
Barnehus	3 (33,3)	4 (44,4)	-	2 (22,2)	-	9 (100)
Barnevernsinst.	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	-	-	19 (100)
Privatprakt.	24 (96,0)	1 (4,0)	-	-	-	25 (100)
ATV	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	-	-	3 (100)
Annet	22 (100)	-	-	-	-	22 (100)
Total	113 (79,0)	23 (16,1)	2 (1,4)	4 (2,8)	1 (0,7)	143 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Generell psykisk helse

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	1 (4,8)	6 (28,6)	5 (23,8)	7 (33,3)	2 (9,5)	21 (100)
BUP	36 (85,7)	5 (11,9)	1 (2,4)	-	-	42 (100)
Barnehus	1 (11,1)	3 (33,3)	3 (33,3)	2 (22,2)	-	9 (100)
Barnevernsinst.	10 (55,6)	4 (22,2)	2 (11,1)	2 (11,1)	-	18 (100)
Privatprakt.	23 (95,8)	1 (4,2)	-	-	-	24 (100)
ATV	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	-	-	3 (100)
Annet	17 (81,0)	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)	21 (100)
Total	89 (64,5)	21 (15,2)	13 (9,4)	12 (8,7)	3 (2,2)	138 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Volds- og overgrepserfaringer

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	3 (13,6)	11 (50,0)	1 (4,5)	6 (27,3)	1 (4,5)	22 (100)
BUP	25 (58,1)	13 (30,2)	5 (11,6)	-	-	43 (100)
Barnehus	5 (55,6)	2 (22,2)	-	2 (22,2)	-	9 (100)
Barnevernsinst.	10 (55,8)	2 (11,8)	3 (17,6)	2 (11,8)	-	17 (100)
Privatprakt.	13 (54,2)	9 (37,5)	1 (4,2)	1 (4,2)	-	24 (100)
ATV	2 (66,7)	-	1 (33,3)	-	-	3 (100)
Annet	15 (65,2)	6 (26,1)	2 (8,7)	-	-	23 (100)
Total	73 (51,8)	43 (30,5)	13 (9,2)	11 (7,8)	1 (0,7)	141 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Traumerelaterte plager

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	4 (20,0)	2 (10,0)	12 (60,0)	2 (10,0)	20 (100)
BUP	19 (44,2)	15 (34,9)	7 (16,3)	2 (4,7)	-	43 (100)
Barnehus	-	5 (62,5)	-	3 (37,5)	-	8 (100)
Barnevernsinst.	9 (52,9)	3 (17,6)	1 (5,9)	4 (23,5)	-	17 (100)
Privatprakt.	13 (59,1)	6 (27,3)	2 (9,0)	1 (4,5)	-	22 (100)
ATV	1 (33,3)	-	-	2 (66,7)	-	3 (100)
Annet	11 (50,0)	5 (22,7)	1 (4,5)	5 (22,7)	-	22 (100)
Total	53 (39,3)	38 (28,1)	13 (9,6)	29 (21,5)	2 (1,5)	135 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Vedlegg 5: Spesifikke og generelle kartleggingsverktøy

Spesifikke kartleggingsverktøy som benyttes av enhetene for å fange opp volds- og overgrepserfaringer og traumerelaterte vansker.

Antall som bruker skjema	Skjema	Formål
44	Kartlegging av traumatiske erfaringer (KATE) ¹	Spørsmål om ulike potensielt traumatiske hendelser, inkludert volds- og overgrepserfaringer.
12	CATS ²	Kartlegging av PTSD, brukes sammen med KATE og CPSS
7	The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) ³	Kartlegging av PTSD, brukes sammen med KATE
8	Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) ⁴	For ungdom i alderen 12-20 år. Kartlegger fysisk og psykisk helse, utdanning/arbeid/økonomi, rus, familiehistorie, og kriminalitet.
4	Trauma Reminders Inventory (UCLA) ⁵	Sorgskala som anbefales brukt til kartlegging av flyktningbarn
3	The Child Dissociative Experience Scale and Post-Traumatic Stress Inventory (CDES-PTSI) ⁶	Selvrapportering av dissosiasjon og posttraumatisk lidelsestrykk
3	Trauma Symptom Checklist for Children (TSCYS) ⁷	Spørreskjema som anvendes for å måle et bredt spekter av akutte eller kroniske posttraumatiske symptomer hos barn (3-11 år) som har opplevd traumatiske hendelser.
2	Kartleggings- og oppfølgingsplan for enslige mindreårige	Innhenting av faktaopplysninger, og kartlegging av barnets ressurser og behov. Brukes som verktøy for oppfølging av barn som bor på omsorgssentre

	asylsøkere (KOPP) ⁸	
1	Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) ⁹	Beregnet på barn og ungdom. Kartlegger dissosiativ amnesi, derealisasjon, depersonalisering, imaginær involvering.
1	Child Post- Traumatic Cognitions Inventory (Cptci) ¹⁰	Kartlegger tanker og følelser barn kan få etter skremmende hendelser, og består av en liste med utsagn, hvor barna skal besvares om de er enig eller uenig
1	Children's Apperception Test (CAT) ¹¹	For proaktiv vurdering av et barns (3-10 år) personlighetstrekk. Består av 10 bilder med dyr i sosiale sammenhenger som involverer barnet i konflikt, identitet, roller (o.l.)
1	Egne skjemaer for evalueringsamta le i familievernet	For barn i alderen 7-18 år om vold mellom foreldre. Forutsetter at barnets sikkerhet er vurdert (Ressurshåndbok for familievernet i arbeid med voldssaker, 2008)
1	Impact of event scale (IES) ¹²	Spørreskjema som benyttes i forbindelse med traumatiske hendelser.
1	In my shoes ¹³	Program for kartlegging av barns opplevelse i familien. Programmet hjelper barn, psykisk utviklingshemmede og psykisk skadde voksne til å formidle sine følelser, historier og relasjoner
1	Posttraumatisk symptomskala- 10 (PTSS-10) ¹⁴	Kartlegger krisereaksjoner og posttraumatiske stressreaksjoner. Formålet er å identifisere personer som er i ferd med å utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD).
1	Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) ¹⁵	Kartlegger PTSD med kognitiv unngåelse, nummenhet, mareritt, intrusjonspreget tenkning, depresjon, angst, sinne, dissosiasjon og seksuelle bekymringer. 12-18 år.
1	Traumeguiden (RVTS) ¹⁶	Viser normalutvikling og utslag når utviklingsoppgaver forstyrres, og hensiktsmessige tilnærminger til hjelp i ulike aldergrupper. Egnet for barne- og familierettede tjenester. Supplement til standardiserte instrumenter.

¹ Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2015) ² Goldbech og Berliner (2015) ³ Foa, Johnson, Feeny og Treadwell (2001); (2015) ⁴ Friedman og Utada (1989) ⁵ A. M. Steinberg, Brymer, Decker og Pynoos (2004) ⁶ Stolbach (1997) ⁷ Briere (2005) ⁸ Bufdir (2014) ⁹ S. R. Smith og Carlson (1996) ¹⁰ Meiser-Stedman et al. (2009) ¹¹ Bellak og Bellak (1949) ¹² Weiss og Marmar (1996) ¹³ Calam, Cox, Glasgow, Jimmieson og Larsen (2000) ¹⁴ Raphael, Lundin og Weisæth (1989) ¹⁵ Briere (2011) ¹⁶ RVTS Sør (n.d.)

Generelle kartleggingsverktøy som benyttes av enhetene for å fange opp volds- og overgrepserfaringer og traumerelaterte vansker.

Antall som benytter skjemaet	Skjema	Formål
7	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) ¹	Et semistrukturert diagnostisk intervju utformet for å vurdere nåværende og tidligere episoder av psykopatologi hos barn og ungdom i henhold til DSM-III-R and DSM-IV kriterier. 6-16 år, intervju både for foreldre og barn.
5	The Development and Well-Being Assessment (DAWBA) ²	Intervju og spørreskjema rettet mot foreldre, ungdom og lærere. Utformet i henhold til ICD-10 og DSM-IV kriterier. Dekker emosjonelle, atferds- og oppmerksomhetsproblemer. Kartlegger også bakgrunnsinformasjon og sterke sider hos barnet (5-17 år).
2	The Achenbach System of Empirically Based Assessment (Achenbach/Aseba) ³	Bred kartleggingsskjemaer for symptom- og atferdsprofil. Omhandler beskrivelse av barnet, og er delt inn i internaliserende og eksternaliserende atferd.
2	Cognitive Assessment System (CAS) ⁴	Kartlegger barnets oppmerksomhets-, planleggings-, simultane- og sekvensielle prosesser.
1	Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini) ⁵	Forkortet diagnostisk intervju utviklet for utredning av psykiske lidelser (i alt 16 moduler, 26 ved Mini Plus, inkludert suicidalitet) i henhold til diagnosesystemet DSM-IV.
1	Strenght and Difficulty Questionnaire (SDQ) ⁶	Screeninginstrument for vurdering av mental helse hos barn som dekker områdene emosjonelle symptomer, atferds- og oppmerksomhetsproblemer, sosial- og prososial atferd. Skjemaet er for ulike informanter (ungdom, foreldre og lærere).

¹ Goodman, Ford, Richards, Gatward og Meltzer (2000) ² Kaufman et al. (1997) ³ Achenbach og Rescorla (2000); Achenbach og Rescorla (2001) ⁴ Naglieri og Das (1997) ⁵ Goodman (2001) ⁶ Sheehan et al. (1997)

Vedlegg 6: Behandlingsmetoder fordelt på institusjon – barn utsatt for vold og overgrep

Kognitiv terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (6,7)	2 (13,3)	8 (53,3)	4 (26,7)	15 (100)
BUP	1 (3,3)	9 (30)	9 (30)	10 (33,3)	1 (3,3)	30 (100)
Barnehus	-	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,6)	-	6 (100)
Barnevernsinst.	2 (14,3)	7 (50)	2 (14,3)	2 (14,3)	1 (7,1)	14 (100)
Privatprakt.	1 (7,7)	4 (30,8)	4 (30,8)	1 (7,7)	3 (23)	13 (100)
ATV	-	-	1 (100)	-	-	1 (100)
Annet	5 (27,8)	3 (16,7)	4 (22,2)	2 (11,1)	4 (22,2)	18 (100)
Total	9 (9,3)	25 (25,8)	23 (23,7)	27 (27,8)	13 (13,4)	97 (100)

Metakognitiv terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	1 (10)	9 (90)	10 (100)
BUP	-	-	-	8 (36,4)	14 (63,6)	22 (100)
Barnehus	-	-	-	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	1 (25)	3 (75)	4 (100)
Privatprakt.	1 (9,1)	1 (9,1)	2 (18,2)	1 (9,1)	6 (54,5)	11 (100)
ATV	-	-	1 (100)	-	-	1 (100)
Annet	-	1 (10)	-	-	9 (90)	10 (100)
Total	1 (1,6)	2 (3,3)	3 (4,9)	13 (21,3)	42 (68,9)	61 (100)

Atferdsterapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	1 (8,3)	1 (8,3)	10 (83,3)	12 (100)
BUP	-	1 (4,7)	2 (9,5)	9 (42,9)	9 (42,9)	21 (100)
Barnehus	-	-	-	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)
Barnevernsinst.	6 (46,1)	3 (23,1)	1 (7,7)	3 (23,1)	-	13 (100)
Privatprakt.	1 (9,1)	1 (9,1)	1 (9,1)	2 (18,2)	6 (54,5)	11 (100)
ATV	-	-	1 (100)	-	-	1 (100)
Annet	8 (57,1)	2 (14,3)	2 (14,3)	1 (7,1)	1 (7,1)	14 (100)
Total	15 (20)	7 (9,3)	8 (10,7)	18 (24)	27 (36)	75 (100)

Psykodynamisk terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (7,7)	1 (7,7)	2 (15,4)	9 (69,2)	13 (100)
BUP	-	2 (8,7)	4 (17,4)	12 (52,2)	5 (21,7)	23 (100)
Barnehus	-	-	-	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)
Barnevernsinst.	-	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (25)	4 (50)	8 (100)
Privatprakt.	2 (16,7)	5 (41,6)	1 (8,3)	2 (16,7)	2 (16,7)	12 (100)
ATV	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	-	1 (9,1)	-	-	10 (90,9)	11 (100)
Total	2 (2,8)	10 (14,1)	7 (9,8)	20 (28,2)	32 (45,1)	71 (100)

Systemisk terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	5 (27,8)	5 (27,8)	7 (38,9)	1 (5,5)	18 (100)
BUP	-	2 (8,7)	4 (17,4)	12 (52,2)	5 (21,7)	23 (100)
Barnehus	-	-1 (16,7)	-	5 (83,3)	-	6 (100)
Barnevernsinst.	3 (33,3)	1 (11,1)	2 (22,2)	1 (11,1)	2 (22,2)	9 (100)
Privatprakt.	1 (7,1)	4 (28,6)	2 (14,3)	1 (7,1)	6 (42,9)	14 (100)
ATV	-	-	1 (100)	-	-	1 (100)
Annet	11 (68,8)	3 (18,8)	-	2 (12,5)	-	16 (100)
Total	15 (17,2)	16 (18,4)	14 (16,1)	28 (32,2)	14 (16,1)	87 (100)

Narrativ terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	2 (14,3)	4 (28,6)	6 (42,8)	2 (14,3)	14 (100)
BUP	-	2 (9,5)	2 (9,5)	13 (61,9)	4 (19,1)	21 (100)
Barnehus	-	--	-	4 (100)	-	4 (100)
Barnevernsinst.	-	-	2 (40)	1 (20)	2 (40)	5 (100)
Privatprakt.	-	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	5 (62,5)	8 (100)
ATV	-	-	2 (100)	-	-	2 (100)
Annet	-	-	2 (20)	-	8 (80)	10 (100)
Total	0	5 (7,8)	13 (20,3)	25 (39,1)	21 (32,8)	64 (100)

Mindfulness terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	5 (50)	5 (50)	10 (100)
BUP	-	1 (4,8)	3 (14,3)	10 (47,6)	7 (33,3)	21 (100)
Barnehus	-	-	-	4 (100)	-	4 (100)
Barnevernsinst.	-	-	2 (28,4)	-	5 (71,4)	7 (100)
Privatprakt.	-	2 (22,2)	1 (11,1)	2 (22,2)	4 (44,4)	9 (100)
ATV	-	-	1 (50)	1 (50)	-	2 (100)
Annet	-	1 (9,1)	1 (9,1)	1 (9,1)	8 (72,7)	11 (100)
Total	0	4 (6,3)	8 (12,5)	23 (35,9)	29 (45,3)	64 (100)

EMDR

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (100)
BUP	1 (3,2)	6 (19,4)	5 (16,1)	15 (48,4)	4 (12,9)	31 (100)
Barnehus	-	-	-	4 (100)	-	4 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	-	5 (100)	5 (100)
Privatprakt.	1 (8,3)	3 (25)	2 (16,7)	2 (16,7)	4 (33,3)	12 (100)
ATV	-	-	1 (50)	1 (50)	-	2 (100)
Annet	-	-	-	3 (30)	7 (70)	10 (100)
Total	2 (2,7)	9 (12)	8 (10,6)	29 (38,7)	27 (36)	75 (100)

TF-CBT

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	-	-	-	9 (100)	9 (100)
BUP	1 (3,1)	10 (31,3)	6 (18,7)	9 (28,1)	6 (18,8)	32 (100)
Barnehus	-	-	1 (25)	2 (50)	1 (25)	4 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	-	5 (100)	5 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	7 (100)	7 (100)
ATV	-	-	1 (100)	-	-	1 (100)
Annet	-	1 (11,1)	-	-	8 (88,9)	9 (100)
Total	1 (1,5)	11 (16,4)	8 (11,9)	11 (16,4)	36 (53,7)	67 (100)

Annen traumespesifikk behandling

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	3 (27,3)	2 (18,1)	3 (27,3)	3 (27,3)	11 (100)
BUP	-	2 (9,1)	9 (40,9)	9 (40,9)	2 (9,1)	22 (100)
Barnehus	-	--	-	5 (100)	-	5 (100)
Barnevernsinst.	4 (36,4)	2 (18,1)	-	5 (45,5)	-	11 (100)
Privatprakt.	5 (41,7)	2 (16,7)	-	1 (8,3)	4 (33,3)	12 (100)
ATV	-	1 (33,3)	2 (66,7)	-	-	3 (100)
Annet	3 (23,1)	1 (7,7)	2 (15,4)	1 (7,7)	6 (46,1)	13 (100)
Total	12(15,5)	11 (14,3)	15 (19,5)	24 (31,2)	15 (19,5)	77 (100)

Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	3 (25)	1 (8,3)	4 (33,3)	4 (33,3)	12 (100)
BUP	1 (3,6)	14 (50)	4 (14,3)	8 (28,6)	1 (3,6)	28 (100)
Barnehus	-	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50)	-	6 (100)
Barnevernsinst.	3 (27,3)	6 (54,5)	-	-	2 (18,2)	11 (100)
Privatprakt.	4 (33,3)	2 (16,7)	2 (16,7)	2 (16,7)	2 (16,7)	12 (100)
ATV	-	1 (50)	1 (50)	-	-	2 (100)
Annet	2 (15,4)	5 (38,5)	1 (7,7)	4 (30,8)	1 (7,7)	13 (100)
Total	10(11,9)	33 (39,3)	10 (11,9)	21 (25)	10 (11,9)	84 (100)

Akutt hjelp/krisehjelp

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	3 (25)	1 (8,3)	1 (8,3)	5 (41,7)	2 (16,7)	12 (100)
BUP	1 (3,2)	3 (9,7)	4 (12,9)	20 (64,5)	3 (9,7)	31 (100)
Barnehus	-	30 (50)	-	3 (50)	-	6 (100)
Barnevernsinst.	2 (18,2)	3 (27,3)	3 (27,3)	2 (18,2)	1 (9,1)	11 (100)
Privatprakt.	2 (16,7)	2 (16,7)	2 (16,7)	3 (25)	3 (16,7)	12 (100)
ATV	-	-	1 (100)	-	-	1 (100)
Annet	2 (22,2)	-	1 (11,1)	2 (22,2)	4 (44,4)	9 (100)
Total	10(12,2)	12 (14,6)	12 (14,6)	35 (42,7)	13 (15,9)	82 (100)

Kroppssorientert terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	-	-	2 (20)	8 (80)	10 (100)
BUP	-	-	-	9 (37,5)	15 (62,5)	24 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (100)
Privatprakt.	-	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	5 (62,5)	8 (100)
ATV	-	-	-	1 (100)	-	1 (100)
Annet	-	-	-	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (100)
Total	0	1 (1,6)	1 (1,6)	17 (27,4)	43 (69,4)	62 (100)

Hypnose/hypnoterapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	-	-	-	10 (100)	10 (100)
BUP	-	-	-	6 (26,1)	17 (73,9)	23 (100)
Barnehus	-	-	-	-	3 (100)	3 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	-	8 (100)	8 (100)
Privatprakt.	-	-	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	7 (100)
ATV	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	-	-	-	-	10 (100)	10 (100)
Total	0	0	1 (1,6)	8 (12,9)	53 (85,5)	62 (100)

Eklektisk terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	1 (8,3)	-	3 (25)	4 (33,3)	4 (33,3)	12 (100)
BUP	-	3 (13,6)	6 (27,3)	10 (45,5)	3 (13,6)	22 (100)
Barnehus	-	--	-	3 (100)	-	3 (100)
Barnevernsinst.	-	1 (16,7)	-	1 (16,7)	4 (66,7)	6 (100)
Privatprakt.	3 (33,3)	2 (22,2)	-	1 (11,1)	3 (33,3)	9 (100)
ATV	2 (100)	-	-	-	-	2 (100)
Annet	-	-	1 (12,5)	1 (12,5)	6 (75)	8 (100)
Total	6 (9,7)	6 (9,7)	10 (16,1)	20 (32,3)	20 (32,3)	62 (100)

Emosjonsfokuset terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	1 (10)	5 (50)	4 (40)	10 (100)
BUP	-	-	2 (9,5)	9 (42,9)	10 (47,6)	21 (100)
Barnehus	-	-	-	2 (50)	2 (50)	4 (100)
Barnevernsinst.	2 (22,2)	2 (22,2)	-	-	5 (55,5)	9 (100)
Privatprakt.	1 (10)	2 (20)	1 (10)	3 (30)	3 (30)	10 (100)
ATV	-	-	-	2 (100)	-	2 (100)
Annet	-	1 (12,5)	-	-	7 (87,5)	8 (100)
Total	3 (4,7)	5 (7,8)	4 (6,3)	21 (32,8)	31 (48,4)	64 (100)

Dialektisk atferdsterapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	9 (100)	9 (100)
BUP	1 (4)	-	1 (4)	11 (44)	12 (48)	25 (100)
Barnehus	-	--	-	-	3 (100)	3 (100)
Barnevernsinst.	-	-	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	7 (100)
Privatprakt.	-	-	2 (22,2)	1 (11,1)	6 (66,6)	9 (100)
ATV	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	-	-	1 (12,5)	1 (12,5)	6 (75)	8 (100)
Total	1 (1,6)	0	5 (8,1)	15 (24,2)	41 (66,1)	62 (100)

Medisinering

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	10 (100)	10 (100)
BUP	-	-	1 (5,6)	15 (83,3)	2 (11,1)	18 (100)
Barnehus	-	--	-	-	4 (100)	4 (100)
Barnevernsinst.	-	1 (10)	1 (10)	7 (70)	1 (10)	10 (100)
Privatprakt.	1 (9,1)	1 (9,1)	-	4 (36,4)	5 (45,4)	11 (100)
ATV	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	-	-	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	7 (100)
Total	1 (1,6)	2 (3,3)	3 (4,9)	28 (45,9)	27 (44,3)	61 (100)

Annen behandling

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (100)
BUP	-	-	1 (12,5)	4 (50)	3 (37,5)	8 (100)
Barnehus	-	-	-	2 (100)	-	2 (100)
Barnevernsinst.	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	-	2 (33,3)	6 (100)
Privatprakt.	1 (16,7)	-	-	-	5 (83,3)	6 (100)
ATV	1 (100)	-	-	-	-	1 (100)
Annet	3 (37,5)	-	1 (12,5)	2 (25)	2 (25)	8 (100)
Total	7 (18,4)	1 (2,6)	3 (7,9)	12 (31,6)	15 (39,5)	38 (100)

*vet ikke-svar er ekskludert fra disse oversiktene.

Vedlegg 7: Formen på behandling (gruppe, individ, familie) fordelt på institusjon

Individualterapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	7 (43,8)	3 (18,8)	4 (25)	2 (12,5)	16 (100)
BUP	9 (24,3)	24 (64,9)	2 (5,4)	12 (5,4)	-	37 (100)
Barnehus	-	2 (25)	-	6 (75)	-	8 (100)
Barnevernsinst.	7 (43,7)	2 (12,5)	3 (18,8)	2 (12,5)	2 (12,5)	16 (100)
Privatprakt.	13 (65)	6 (30)	-	-	1 (5)	20 (100)
ATV	-	2 (66,7)	-	1 (33,3)	-	3 (100)
Annet	2 (10,5)	5 (26,3)	1 (5,3)	8 (42,1)	3 (15,8)	19 (100)
Total	31(26,1)	48 (40,3)	9 (7,6)	23 (19,3)	8 (6,7)	119(100)

Gruppeterapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	1 (10)	1 (10)	-	8 (80)	10 (100)
BUP	-	-	-	8 (25)	24 (75)	32 (100)
Barnehus	-	-	-	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100)
Barnevernsinst.	-	1 (10)	1 (10)	4 (40)	4 (40)	10 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	8 (100)	8 (100)
ATV	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	-	3 (100)
Annet	-	3 (23,1)	-	-	10 (76,9)	13 (100)
Total	0	5 (6,1)	3 (3,7)	18 (21,9)	56 (68,3)	82 (100)

Familieterapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	7 (41,2)	5 (29,4)	5 (29,4)	-	17 (100)
BUP	3 (9,1)	6 (18,2)	11 (33,3)	12 (36,4)	1 (3)	33 (100)
Barnehus	-	-	1 (14,3)	5 (71,4)	1 (14,3)	7 (100)
Barnevernsinst.	3 (37,5)	1 (12,5)	-	3 (37,5)	1 (12,5)	8 (100)
Privatprakt.	1 (7,1)	5 (35,7)	2 (14,3)	4 (28,6)	2 (14,3)	14 (100)
ATV	-	-	-	3 (100)	-	3 (100)
Annet	11(61,1)	5 (27,8)	-	-	2 (11,1)	18 (100)
Total	18 (18)	24 (24)	19 (19)	32 (32)	7 (7)	100(100)

Vedlegg 8: Henvisninger, fordelt på institusjon – saker hvor barn er utsatt for vold og overgrep

Hvem kommer henvisning/kontakt oftest fra?

	Familievern	BUP	Barnehus	Barnevernsinst.	Privatprakt.	ATV	Annet
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Fastlege	-	8 (18,6)	-	-	10 (47,6)	-	-
Barnevem	8 (38,1)	33 (76,7)	1 (11,1)	18 (94,7)	6 (28,6)	2 (66,7)	18 (81,8)
Ungd./Barnets familie	9 (42,9)	-	-	-	-	-	-
Ungdommen selv	2 (9,5)	-	-	-	-	-	1 (4,5)
Helsestasjon	-	-	-	-	1 (4,8)	-	-
Politi og rettsvesen	-	-	8 (88,9)	-	1 (4,8)	-	-
Spes. helsetjeneste	-	-	-	-	2 (9,5)	-	1 (4,5)
BUP	1 (4,8)	2 (4,7)	-	-	1 (4,8)	1 (33,3)	1 (4,5)
Andre	1 (4,8)	-	-	1 (5,3)	-	-	1 (4,5)
Total	21 (100)	43 (100)	9 (100)	19 (100)	21 (100)	3 (100)	22 (100)

Hva er den viktigste årsaken til å avslå eller henvise videre saker der barn har vært utsatt for vold og overgrep?

	Familievern	BUP	Barnehus	Barnevernsinst.	Privatprakt.	ATV	Annet	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Problemene som beskrives i henvisningen faller utenfor rett til behandling hos oss.	6 (28,6)	11 (26,8)	-	1 (6,3)	-	-	4 (19)	22 (17,1)
Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil	-	6 (14,6)	-	1 (6,3)	3 (16,7)	-	3 (14,3)	13 (10,1)
Vurdert at barnet ikke har behov for behandling	-	1 (2,4)	2 (22,2)	-	-	-	-	3 (2,3)
Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretagelse av barnet	1 (4,8)	4 (9,8)	1 (11,1)	-	2 (11,1)	-	3 (14,3)	11 (8,5)
Ikke kapasitet	1 (4,8)	1 (2,4)	1 (11,1)	8 (50)	3 (16,7)	1 (33,3)	1 (4,8)	16 (12,4)
Ikke kompetanse på denne typen problematikk	4 (19)	-	-	1 (6,3)	-	-	1 (4,8)	6 (4,7)
Andre grunner	4 (19)	2 (4,9)	2 (22,2)	3 (18,8)	3 (16,7)	2 (66,7)	5 (23,8)	21 (16,3)
Ikke aktuelt, tar inn alle	5 (23,8)	16 (39)	3 (33,3)	2 (12,5)	7 (38,9)	-	4 (19)	37 (28,7)
Total	21 (100)	41 (100)	9 (100)	16 (100)	18 (100)	3 (100)	21 (100)	129 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Vedlegg 9: Antall terapeuter som har kompetanse i å behandle barn som utøver vold – fordelt på type behandlingsenhet

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	2 (28,6)	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (28,6)	-
BUP	1 (3,1)	4 (12,5)	6 (18,8)	19 (59,4)	2 (6,3)
Barnehus	1 (33,3)	-	1 (33,3)	1 (33,3)	-
Barnevernsinst.	4 (36,4)	4 (36,4)	3 (27,3)	-	-
Privatprakt.	7 (87,5)	1 (12,5)	-	-	-
ATV	1 (100)	-	-	-	-
Annet	14 (73,7)	1 (5,3)	2 (10,5)	1 (5,3)	1 (5,3)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Vedlegg 10: Kartlegging av barn som utøver vold

Hvem snakker behandlerne med i kartleggingen.

Involverte	Når barnet er under 12 år		Når barnet er 12 år eller eldre	
	N (%)	Total	N (%)	Total
Foreldre/oms.giv	68 (79,1)	86 (100)	72 (83,7)	86 (100)
Barnet	60 (69,8)	86 (100)	78 (90,7)	86 (100)
Andre	43 (50)	86 (100)	55 (64)	86 (100)

Hvem andre snakker behandlerne med i kartlegging av barn som utøver vold.

Når barnet er under 12 år (n)	Når barnet er 12 år eller eldre (n)
Skole/Barnehage (33)	Skole (39)
Barnevern (24)	Barnevern (32)
Andre som kjenner barnet, for eksempel familie, vennenettverk eller ledere ved barnets fritidsaktiviteter (14)	Andre som kjenner barnet, for eksempel familie, vennenettverk eller ledere ved barnets fritidsaktiviteter (19)
PPT (12)	BUP (15)
BUP (11)	Politi/advokater (14)
Politi/Jurist (8)	PPT (13)
Andre aktuelle instanser som er involvert i saken eller institusjoner som tidligere har hatt med barnet å gjøre (6)	Helsesøster (6)
Helsesøster (6)	Fastlegen (4)
Fastlege (4)	Andre aktuelle instanser som er involvert i saken eller institusjoner som tidligere har hatt med barnet å gjøre (4)
Barnehus (2)	Barnehus (2)
BUPA (1)	BUPA (1)
Førstelinje, uspesifisert (1)	Ungdomskontakt (1)
Henviser (1)	Førstelinje, uspesifisert (1)
Alle som vurderes som relevante (1)	Henviser (1)
	Alle som vurderes som relevante (1)
	Ansatte der volden utøves (1)

*Tallene i parentes representerer antall enheter som har oppgitt dette.

Vedlegg 11: Kartleggingsverktøy – voldsutøvelse

Antall som benytter verktøy	Verktøy	Formål
8	MSTs kartleggingsskjema ¹	Kartlegge hyppigheten av verbal og fysisk aggresjon.
6	ADAD/Euro-ADAD ²	I utgangspunktet et verktøy for å kartlegge utfordringer og behov blant ungdom i alderen 12-24 år med rusproblematikk (Kornør & Johansen, 2015).
5	YLS/CMI ³	Voldsrisikovurderingsskjema.
4	Aseba (CBCL/YSR) ⁴	Bred kartlegging av symptom- og atferdsprofil. Er delt inn i internalisert og eksternalisert atferd med mål av problemer, evner og tilpasningsfunksjoner i alderen 1,5 - 5 år.
3	Dawba ⁵	Intervju, spørreskjema og vurderingsteknikker rettet mot foreldre, ungdom og lærere om lidelser og forstyrrelser, i tillegg til kartlegging av bakgrunnsinformasjon og sterke sider hos barnet (5-17 år).
3	Kiddie Sads (K-SADS-PL) ⁶	Et semistrukturert diagnostisk intervju utformet for å vurdere nåværende og tidligere episoder av psykopatologi hos barn og ungdom i henhold til DSM-III-R and DSM-IV kriterier.
2	Kartleggingsskjema utviklet etter Brøset-modellen ⁷	Kombinert individuell kartlegging og innføring i behandlingsmetoden, før klienter eventuelt går videre med behandling i gruppeterapi.
2	Klinisk intervju	
2	Funksjons- og/eller sekvensanalyser	Brukes underveis i behandlingen for å kartlegge ungdom eller foreldre, samt enkeltepisoder med voldsutøvelse.

1	CAS ⁸	Kartlegger oppmerksomhets-, planleggings-, simultane- og sekvensielle prosesser.
1	Kate ⁹	Spørsmål om ulike potensielt traumatiske hendelser, inkludert volds- og overgrepserfaringer.
1	V-RISK-10 ¹⁰	Voldsrisikovurderingsskjema.
1	Selvurderingsskjema for aggresjonskontroll	
1	DBRS ¹¹	Direct Behaviour Rating. Vurdering av atferd i en fastsatt tidsperiode, gjerne brukt i klasseromsituasjoner. Danner grunnlag for eventuelle videre intervensjoner.
1	Globalt intervju	
1	ART ¹²	Kartlegging som del av metoden ART (Aggression Replacement Training), en forskningsbasert metode som består av sosial ferdighetstrening, aggresjonsreducerende tiltak og moraltrening.
1	‘In my shoes’ ¹³	Et dataprogram som i form av en semistrukturert samtale kartlegger barns opplevelse i familien. Programmet hjelper barn, psykisk utviklingshemmede og psykisk skadde voksne til å formidle sine følelser, historier og relasjon til personer i deres nettverk

¹Henggeler, Cunningham, Pickrel, Schoenwald og Brondino (1996), ²Friedman og Utada (1989), ³Schmidt, Hoge og Gomes (2005), ⁴Achenbach og Rescorla (2000); Achenbach og Rescorla (2001), ⁵Goodman et al. (2000), ⁶Kaufman et al. (1997), ⁷Sinnemestring - Brøset (n.d.), ⁸Naglieri og Das (1997), ⁹Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2015), ¹⁰Bjorkly, Hartvig, Heggen, Brauer og Moger (2009), ¹¹Riley-Tillman, Chafouleas, Sassu, Chanese og Glazer (2008), ¹²Goldstein et al. (2000), ¹³Calam et al. (2000).

Vedlegg 12: Behandlingsmetoder fordelt på institusjon – barn som utøver vold

Voldsspesifikke metoder

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	2 (40)	1 (20)	1 (20)	1 (20)	5 (100)
BUP	-	3 (20)	1 (6,7)	4 (26,7)	7(46,7)	15 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	2 (33,3)	2(33,3)	-	1 (16,7)	1 (16,7)	6 (100)
Privatprakt.	2 (40)	2 (40)	-	-	1 (20)	5 (100)
ATV	1(100)	-	-	-	-	1 (100)
Annet	4 (44,4)	1 (11,1)	-	1 (11,1)	3 (33,3)	9 (100)
Total	9 (20,9)	10 (23,3)	2 (4,6)	8 (18,6)	14 (32,6)	43 (100)

Kognitiv terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	3 (60)	2 (40)	-	-	5 (100)
BUP	3 (13,6)	6 (27,3)	8 (36,4)	3 (13,6)	2 (9,1)	22 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	2 (22,2)	4 (44,4)	-	2 (22,2)	1 (11,1)	9 (100)
Privatprakt.	1 (14,3)	4 (57,1)	1 (14,3)	-	1 (14,3)	7 (100)
ATV	-	1(100)	-	-	-	1 (100)
Annet	7 (41,2)	1 (5,9)	6 (35,3)	3 (17,6)	-	17 (100)
Total	13 (20,6)	19 (30,2)	17 (27)	9 (14,3)	5 (7,9)	63 (100)

Metakognitiv terapi

<i>N (%)</i>	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
BUP	-	-	1 (9,1)	1 (9,1)	9 (81,8)	11 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	1 (20)	4 (80)	5 (100)
Privatprakt.	-	1 (25)	1 (25)	-	2 (50)	4 (100)
ATV	-	-	-	1(100)	-	1 (100)
Annet	-	1 (14,3)	-	-	6 (85,7)	7 (100)
Total	0	2 (6,1)	2 (6,1)	5 (15,1)	24(72,7)	33 (100)

Atferdsterapi

<i>N (%)</i>	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	-	-	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)
BUP	1 (5,6)	5 (27,8)	4 (22,2)	5 (27,8)	3 (16,6)	18 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	5 (55,5)	3 (33,3)	-	1 (11,1)	-	9 (100)
Privatprakt.	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	6 (100)
ATV	-	-	-	1(100)	-	1 (100)
Annet	9 (56,2)	4 (25)	1 (6,3)	2 (12,5)	-	16 (100)
Total	16 (29,1)	13 (23,6)	6 (10,9)	13 (23,6)	7 (12,7)	55 (100)

Psykodynamisk terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
BUP	-	-	-	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	-	1 (20)	-	-	4 (80)	5 (100)
Privatprakt.	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	-	2 (33,3)	6 (100)
ATV	-	-	-	-	1(100)	1 (100)
Annet	-	1 (9,1)	-	-	10 (90,9)	11 (100)
Total	2 (5,1)	3 (7,7)	1 (2,6)	7 (17,9)	26 (66,7)	39 (100)

Systemisk terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	4 (80)	1 (20)	-	-	5 (100)
BUP	-	2 (18,2)	1 (9,1)	6 (54,5)	2 (18,2)	11 (100)
Barnehus	-	1(50)	-	1 (50)	-	2 (100)
Barnevernsinst.	4 (57,1)	1 (14,3)	1 (14,3)	-	1 (14,3)	7 (100)
Privatprakt.	1 16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	1 (16,7)	6 (100)
ATV	-	-	1(100)	-	-	1 (100)
Annet	11(73,3)	4 (26,7)	-	-	-	15 (100)
Total	16 (34)	13 (27,7)	5 (10,6)	9 (19,1)	4 (8,5)	47 (100)

Mindfulness terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (25)	-	1 (25)	2 (50)	4 (100)
BUP	-	-	-	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	1 (20)	4 (80)	5 (100)
Privatprakt.	-	1 (25)	-	1 (25)	2 (50)	4 (100)
ATV	-	-	-	-	1(100)	1 (100)
Annet	-	-	-	1 (10)	9 (90)	10 (100)
Total	0	2 (5,4)	0	9 (24,3)	26 (70,3)	37 (100)

Kroppssorientert terapi

N (%)	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (25)	-	-	3 (75)	4 (100)
BUP	-	-	1 (6,7)	3 (20)	11 (73,3)	15 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	1 (20)	4 (80)	5 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	3(100)	3 (100)
ATV	-	-	-	-	1(100)	1 (100)
Annet	-	-	-	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100)
Total	0	1 (2,4)	1 (2,4)	6 (14,6)	33 (80,5)	41 (100)

EMDR

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (20)	-	1 (20)	3 (60)	5 (100)
BUP	1 (6,7)	-	1 (6,7)	5 (33,3)	8 (53,3)	15 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	-	4 (100)	4 (100)
Privatprakt.	-	1 (33,3)	-	-	2 (66,7)	3 (100)
ATV	-	-	-	1(100)	-	1 (100)
Annet	-	-	-	2 (20)	8 (80)	10 (100)
Total	1(2,5)	2 (5)	1 (2,5)	10 (25)	26 (65)	40 (100)

TF-CBT

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	3 (100)	3 (100)
BUP	1 (5,9)	-	4 (23,5)	4 (23,5)	8 (47)	17 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	-	4 (100)	4 (100)
Privatprakt.	-	-	-	1 (25)	3 (75)	4 (100)
ATV	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	-	-	-	-	9 (100)	9 (100)
Total	1 (2,5)	0	4 (10)	6 (15)	29 (72,5)	40 (100)

Annen traumespesifikk behandling

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (25)	-	2 (50)	1 (25)	4 (100)
BUP	-	1 (7,7)	3 (23)	4 (30,8)	5 (38,5)	13 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	2 (28,6)	1 (14,2)	-	2 (28,6)	2 (28,6)	7 (100)
Privatprakt.	-	-	-	1 (25)	3 (75)	4 (100)
ATV	-	-	-	1(100)	-	1 (100)
Annet	-	2 (22,2)	1 (11,1)	1 (11,1)	5 (55,5)	9 (100)
Total	2 (5)	5 (12,5)	4 (10)	12 (30)	17 (42,5)	40 (100)

Akutt hjelp/krisehjelp

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1(25)	-	2 (50)	1 (25)	4 (100)
BUP	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	8 (50)	5 (31,3)	16 (100)
Barnehus	-	2(100)	-	-	-	2 (100)
Barnevernsinst.	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	6 (100)
Privatprakt.	-	1 (25)	1 (25)	-	2 (50)	4 (100)
ATV	-	-	-	1(100)	-	1 (100)
Annet	-	2 (25)	-	3 (37,5)	3 (37,5)	8 (100)
Total	2 (4,9)	8 (19,5)	3 (7,3)	15 (36,6)	13 (31,7)	41 (100)

Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (25)	1 (25)	1 (25)	1 (25)	4 (100)
BUP	1 (5,6)	4 (22,2)	4 (22,2)	8 (44,4)	1 (5,6)	18 (100)
Barnehus	-	2(100)	-	-	-	2 (100)
Barnevernsinst.	2 (33,3)	-	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	6 (100)
Privatprakt.	-	1 (33,3)	-	-	2 (66,7)	3 (100)
ATV	-	-	1(100)	-	-	1 (100)
Annet	5 (38,5)	2 (15,4)	2 (15,4)	3 (23,1)	1 (7,7)	13 (100)
Total	8 (17)	10 (21,3)	9 (19,1)	13 (27,7)	7 (14,9)	47 (100)

Eklektisk terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	-	-	3 (100)
BUP	1 (6,6)	4 (26,7)	3 (20)	4 (26,7)	3 (20)	15 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	1(20)	-	1 (20)	-	3 (60)	5 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	3(100)	3 (100)
ATV	1(100)	-	-	-	-	1 (100)
Annet	-	-	-	-	8 (100)	8 (100)
Total	4 (10,8)	5 (13,5)	5 (13,5)	5 (13,5)	18 (48,6)	37 (100)

Emosjonsfokusetert terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	3(100)	3(100)
BUP	-	1 (5,9)	3 (17,6)	3 (17,6)	10 (58,8)	17(100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2(100)
Barnevernsinst.	-	-	-	-	4 (100)	4 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	3 (100)	3 (100)
ATV	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	-	-	-	-	8 (100)	8 (100)
Total	0	1 (2,6)	3 (7,7)	4 (10,3)	30 (76,9)	38 (100)

Medisinering

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	3 (100)	3 (100)
BUP	-	-	2 (15,4)	7 (53,8)	4 (30,8)	13 (100)
Barnehus	-	-	-	-	2 (100)	2 (100)
Barnevernsinst.	-	-	1 (14,3)	3 (42,8)	3 (42,8)	7 (100)
Privatprakt.	1 (20)	1 (20)	-	1 (20)	2 (40)	5 (100)
ATV	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	-	-	2 (20)	4 (40)	4 (40)	10 (100)
Total	1 (2,4)	1 (2,4)	5 (12,2)	15 (36,6)	19 (46,3)	41 (100)

Annen behandling

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	3 (100)	3 (100)
BUP	-	1 (20)	-	2 (40)	2 (40)	5 (100)
Barnehus	-	-	-	-	2 (100)	2 (100)
Barnevernsinst.	1 (25)	1 (25)	1(25)	-	1 (25)	4 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	3 (100)	3 (100)
ATV	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	2 (18,2)	-	2 (18,2)	2 (18,2)	5 (45,4)	11 (100)
Total	3 (10,3)	2 (6,9)	3 (10,3)	4 (13,8)	17 (58,6)	29 (100)

Vedlegg 13: Lengde på behandlingen for barn som utøver vold

	< 6 timer <i>N (%)</i>	6-10 timer <i>N (%)</i>	11-20 timer <i>N (%)</i>	>20 timer <i>N (%)</i>
Alle	5 (16,7)	2 (7,1)	2 (6,3)	15 (31,9)
De fleste	3 (10)	9 (32,1)	11 (34,4)	13 (27,7)
Halvparten	1 (3,3)	3 (10,7)	5 (15,6)	2 (4,3)
Mindre enn halvparten	12 (40)	10 (35,7)	8 (25)	13 (27,7)
Ingen	9 (30)	4 (14,3)	6 (18,8)	4 (8,5)
Total	30 (100)	28 (100)	32 (100)	47 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten

Vedlegg 14: Hvem involveres i behandlingen av barn og unge som utøver vold

	Når barnet er mellom 6 og 10 år N (%)	Når barnet er mellom 11 og 18 år N (%)
Hovedsakelig barna	3 (5,6)	17 (22,7)
Hovedsakelig omsorgsgivere	10 (18,5)	3 (4)
Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne	41 (75,9)	55 (73,3)
Total	54 (100)	75 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten

Vedlegg 15: Henvisninger fordelt på institusjon – saker hvor barn utøver vold

Hvem kommer henvisning/kontakt oftest fra?

	Familievern	BUP	Barnehus	Barnevernsinst.	Privatprakt.	ATV	Annet
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Fastlege	-	9 (27,3)	-	-	2 (22,2)	-	-
Barnevem	-	21 (63,6)	1 (33,3)	11 (100)	3 (33,3)	1 (100)	17 (89,5)
Ungd./Barnets familie	5 (83,3)	-	-	-	1 (11,1)	-	-
Ungdommen selv	-	1 (3)	-	-	1 (11,1)	-	-
Politi og rettsvesen	-	-	2 (66,7)	-	1 (11,1)	-	1 (5,3)
BUP	1 (16,7)	1 (3)	-	-	1 (11,1)	-	1 (5,3)
Andre	-	1 (3)	-	-	-	-	-
Total	6 (100)	33 (100)	3 (100)	11 (100)	9 (100)	1 (100)	19 (100)

Hva er den viktigste årsaken til å avslå eller henvide videre saker hvor barn utøver vold?

	Familievern	BUP	Barnehus	Barnevernsinst.	Privatprakt.	ATV	Annet
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Problemene som beskrives i henvisningen faller utenfor rett til behandling hos oss.	2 (33,3)	13 (41,9)	1 (33,3)	1 (10)	-	-	3 (16,7)
Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil	-	7 (22,6)	-	1 (10)	1 (12,5)	-	4 (22,2)
Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretagelse av barnet	-	-	-	1 (10)	-	-	2 (11,1)
Ikke kapasitet	-	-	-	5 (50)	2 (25)	-	1 (5,6)
Ikke kompetanse på denne typen problematikk	1 (16,7)	-	-	-	-	-	-
Andre grunner	1 (16,7)	2 (6,5)	-	-	1 (12,5)	1 (100)	2 (11,1)
Ikke aktuelt, tar inn alle	2 (33,3)	9 (29)	2 (66,7)	2 (20)	4 (50)	-	6 (33,3)
Total	6 (100)	31 (100)	3 (100)	10 (100)	8 (100)	1 (100)	18 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Vedlegg 16: Antall terapeuter som har kompetanse i å behandle barn og unge med problematisk seksuell atferd, fordelt på institusjonstype

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Familievern	-	-	-	3 (100)	-
BUP	1 (2,9)	2 (5,9)	-	28 (82,4)	3 (8,8)
Barnehus	-	-	1 (20)	4 (80)	-
Barnevernsinst.	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (28,6)	2 (28,6)	-
Privatprakt.	3 (100)	-	-	-	-
Annet	3 (23,1)	2 (15,4)	2 (15,4)	5 (38,5)	1 (7,7)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Vedlegg 17: Kartlegging av barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd

Hvem snakker behandlerne med i kartleggingen?

Involverte	Når barnet er under 12 år		Når barnet er 12 år eller eldre	
	N (%)	Total	N (%)	Total
Foreldre/oms.giv	57 (80,3)	71 (100)	58 (81,7)	71 (100)
Barnet	48 (67,6)	71 (100)	61 (85,9)	71 (100)
Andre	36 (50,7)	71 (100)	40 (56,3)	71 (100)

Hvem andre snakker behandlerne med i kartleggingen av barn med problematisk seksuell atferd?

Når barnet er under 12 år (n)	Når barnet er 12 år eller eldre (n)
Barnevern (22)	Barnevern (23)
Skole/Barnehage (18)	Skole (19)
BUP (10)	Andre som kjenner barnet, for eksempel familie, støttekontakt/avlaster, venner, nettverk eller ledere ved barnets fritidsaktiviteter (10)
Andre som kjenner barnet, for eksempel familie, støttekontakt/avlaster, venner, nettverk eller ledere ved barnets fritidsaktiviteter (8)	BUP (9)
PPT (5)	Politi/advokater (7)
Helsesøster/helsestasjon (5)	PPT (5)
Alle som vurderes som relevante (4)	Helsesøster (5)
Andre aktuelle instanser som er involvert i saken eller institusjoner som tidligere har hatt med barnet å gjøre (4)	Andre aktuelle instanser som er involvert i saken eller institusjoner som tidligere har hatt med barnet å gjøre (5)
Fastlege (3)	Alle som vurderes som relevante (4)
Barnehus (3)	Barnehus (4)
Politi (3)	Samarbeidspartnere, uspesifisert (4)
Samarbeidspartnere, uspesifisert (2)	Konfliktråd (2)
	Henviser (2)

BUPA (1)
Førstelinje (1)
Bufetat (1)
Henviser (1)

BUPA (2)
Fastlegen (2)
Førstelinje (1)
Bufetat (1)
Kriminalomsorgen (1)
Vitner i retten (1)

*Tallene i parentes representerer antall enheter som har oppgitt dette.

Vedlegg 18: Kartleggingsverktøy – problematisk eller skadelig seksuell atferd

Ant. som benytter skjemaet	Skjema	Formål
9	ASAP ¹	Adolescent Sexual Abuser Program. Kartleggingsprogram som brukes til å evaluere barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, både når det gjelder sosial fungering og også når det kommer til problemer spesifikt knyttet til overgrepssatferd (Myhre, Borchgrevink, & Sommerfeldt, 2015, s. 62-63). Kartleggingsverktøyet er utviklet i England, men oversatt og tilpasset til bruk i Norge av Betanien BUP, V27.
9	ERASOR/Dash-13 ²	Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism. Kartleggingsverktøy som brukes for å anslå risikoen for gjentakelse hos ungdom som allerede har utvist overgrepssatferd (Myhre, Borchgrevink, et al., 2015, s. 62).
2	ADAD/Euro-ADAD ³	Verktøy for utredning av ungdom (12-20 år), for behandlingsplanlegging, evaluering og forskning. Kartlegger fysisk og psykisk helse, utdanning/arbeid/økonomi, rus, familiehistorie, og kriminalitet.
2	Baseline/MST's verktøy ⁴	Kartlegger hyppigheten av verbal og fysisk aggresjon
2	Kiddie SADS (K-SADS-PL) ⁵	Et semistrukturert diagnostisk intervju utformet for å vurdere nåværende og tidligere episoder av psykopatologi hos barn og ungdom i henhold til DSM-III-R and DSM-IV kriterier.
1	AIM2 ⁶	Kartleggings- og oppfølgingsprogram basert på en forståelse om at unge mennesker som begår seksuelle overgrep mot andre ofte har betydelige egne behov, men at det også er en risiko for at de skal kunne begå nye overgrep. AIM2 inneholder en rekke spesifikke manualer og veiledere, blant annet en manual for utredning og sikkerhetsvurdering.

1	ADIS ⁷	Kartleggingsskjema for angstlidelser
1	Kate ⁸	Spørsmål om ulike potensielt traumatiske hendelser, inkludert volds- og overgrepserfaringer.
1	Aseba (CBCL/YSR) ⁹	Bred kartlegging av symptom- og atferdsprofil. Skjemaene omhandler beskrivelse av barnet, og er delt inn i internalisert og eksternalisert atferd med mål av problemer, evner og tilpasningsfunksjoner i alderen et og et halvt til fem år.

¹van Outsem et al. (2006), ²Worling og Curwen (2001), ³Friedman og Utada (1989), ⁴Letourneau et al. (2009), ⁵Kaufman et al. (1997), ⁶AIM Project (n.d.), ⁷Di Nardo, Moras, Barlow, Rapee og Brown (1993), ⁸Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2015), ⁹Ferdinand (2008).

Vedlegg 19: Behandlingsmetoder, fordelt på institusjon – saker hvor barn har problematisk eller skadelig seksuell atferd

Spesifikke metoder for å behandle utøvelse av seksuelle overgrep

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	2 (100)	-	2 (100)
BUP	2 (12,5)	2 (12,5)	4(25)	2 (12,5)	6 (37,5)	16 (100)
Barnehus	1 (25)	1 (25)	-	1 (25)	1 (25)	4 (100)
Barnevernsinst.	2 (28,6)	2 (28,6)	-	1 (14,2)	2 (28,6)	7 (100)
Privatprakt.	1 (50)	-	-	1 (50)	-	2 (100)
Annet	3 (33,3)	-	-	-	6 (66,7)	9 (100)
Total	9 (22,5)	5 (12,5)	4 (10)	7 (17,5)	15 (37,5)	40 (100)

Kognitiv terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	2 (100)	-	2 (100)
BUP	2 (12,5)	2 (12,5)	4 (25)	2 (12,5)	6 (37,5)	16 (100)
Barnehus	1 (25)	1 (25)	-	1 (25)	1 (25)	4 (100)
Barnevernsinst.	2 (28,6)	2 (28,6)	-	1 (14,3)	2 (28,6)	7 (100)
Privatprakt.	1 (50)	-	-	1 (50)	-	2 (100)
Annet	3 (33,3)	-	-	-	6 (66,7)	9 (100)
Total	9 (22,5)	5 (12,5)	4 (10)	7 (17,5)	15 (37,5)	40 (100)

Metakognitiv terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	1(100)	1 (100)
BUP	-	-	1 (9,1)	2 (18,2)	8 (72,7)	11 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Barnevernsinst.	-	-	1 (33,3)	-	2 (66,7)	3 (100)
Privatprakt.	-	1 (33,3)	1 (33,3)	-	1 (33,3)	3 (100)
Annet	-	1 (12,5)	-	-	7 (87,5)	8 (100)
Total	0	2 (6,9)	3 (10,3)	3 (10,3)	21 (72,4)	29 (100)

Atferdsterapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	1(100)	1 (100)
BUP	1 (7,7)	4 (30,7)	2 (15,4)	4 (30,7)	2 (15,4)	13 (100)
Barnehus	-	1 (33,3)	-	1(33,3)	1 (33,3)	3 (100)
Barnevernsinst.	3 (60)	1 (20)	-	1 (20)	-	5 (100)
Privatprakt.	-	-	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (100)
Annet	5 (45,4)	4 (36,4)	-	1 (9,1)	1 (9,1)	11 (100)
Total	2(5,3)	25 (65,8)	3 (7,9)	5 (13,1)	3 (7,9)	38 (100)

Psykodynamisk terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-		-	-	1(100)	1 (100)
BUP	-	1 (7,1)	4 (28,6)	3 (21,4)	6 (42,9)	14 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Barnevernsinst.	-	-	1 (33,3)	-	2 (66,7)	3 (100)
Privatprakt.	-	-	1(50)	1 (50)	-	2 (100)
Annet	1 (12,5)	-	-	-	7 (87,5)	8 (100)
Total	1 (3,2)	1 (3,2)	6 (19,4)	5 (16,1)	18 (58,1)	31 (100)

Systemisk terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	1 (50)	1 (50)	-	2 (100)
BUP	-	3 (21,4)	4 (28,6)	5 (35,7)	2 (14,3)	14 (100)
Barnehus	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	-	3 (100)
Barnevernsinst	2 (50)	-	1 (25)	-	1 (25)	4 (100)
Privatprakt.	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	-	3 (100)
Annet	7 (70)	2 (20)	1 (10)	-	-	10 (100)
Total	9 (25)	5 (13,9)	9 (25)	10 (27,8)	3 (8,3)	36 (100)

Narrativ terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	-	3 (100)
BUP	-	-	1 (11,1)	4 (44,4)	4 (44,4)	9 (100)
Barnehus	-	1(33,3)	-	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (100)
Barnevernsinst	-	1 (33,3)	-	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (100)
Privatprakt.	-	-	2(100)	-	-	2 (100)
Annet	-	-	3 (33,3)	-	6 (66,7)	9 (100)
Total		0 3 (10,3)	7 (24,1)	7 (24,1)	12 (41,4)	29 (100)

Mindfulness terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (50)	-	-	1 (50)	2 (100)
BUP	1 (9,1)	1 (9,1)	1 (9,1)	2 (18,2)	6 (54,5)	11 (100)
Barnehus	-	1 (33,3)	-	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (100)
Barnevernsinst	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	2 (100)	2 (100)
Annet	-	-	-	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (100)
Total	1 (3,3)	3 (10)	1 (3,3)	6 (20)	19 (63,3)	30 (100)

EMDR

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (33,3)	-	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (100)
BUP	3 (27,3)	-	-	2 (18,2)	6 (54,5)	11 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Barnevernsinst	-	-	-	-	2 (100)	2 (100)
Privatprakt.	-	-	1 (50)	-	1 (50)	2 (100)
Annet	-	-	-	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (100)
Total	3 (10)	1 (3,3)	1 (3,3)	6 (20)	19 (63,3)	30 (100)

TF-CBT

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	1(100)	1 (100)
BUP	2 (18,2)	-	2 (18,2)	3 (27,3)	4 (36,3)	11 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Barnevernsinst	-	-	-	-	2 (100)	2 (100)
Privatprakt.	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Annet	-	-	1 (12,5)	-	7 (87,5)	8 (100)
Total	2 (7,1)	0	3 (10,7)	5 (17,9)	18 (64,3)	28 (100)

Annen traumespesifikk behandling

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (33,3)	-	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (100)
BUP	1 (11,1)	1 (11,1)	2 (22,2)	2 (22,2)	3 (33,3)	9 (100)
Barnehus	-	-	-	3 (100)	-	3 (100)
Barnevernsinst	1 (25)	1 (25)	-	1 (25)	1 (25)	4 (100)
Privatprakt.	-	-	-	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)
Annet	2 (22,2)	-	2 (22,2)	1 (11,1)	4 (44,4)	9 (100)
Total	4 (12,9)	3 (9,6)	4 (12,9)	10 (32,3)	10 (32,3)	31 (100)

Akutt hjelp/krisehjelp

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
BUP	2 (16,7)	-	1 (8,3)	7 (58,3)	2 (16,7)	12 (100)
Barnehus	1 (33,3)	1 (33,3)	-	1 (33,3)	-	3 (100)
Barnevernsinst.	-	1 (25)	1 (25)	1 (25)	1 (25)	4 (100)
Privatprakt.	-	-	1 (50)	1 (50)	-	2 (100)
Annet	1 (12,5)	-	-	1 (12,5)	6 (75)	8 (100)
Total	4 (12,9)	2 (6,5)	3 (9,7)	12 (38,7)	10 (32,2)	31 (100)

Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	1 (50)	-	-	1 (50)	2 (100)
BUP	1 (10)	2 (20)	3 (30)	2 (20)	2 (20)	10 (100)
Barnehus	-	-	1 (50)	1 (50)	-	2 (100)
Barnevernsinst	1 (25)	-	1 (25)	1 (25)	1 (25)	4 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	2(100)	2 (100)
Annet	3 (30)	3 (30)	-	1 (10)	3 (30)	10 (100)
Total	5 (16,7)	6 (20)	5 (16,7)	5 (16,7)	9 (30)	30 (100)

Eklektisk terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
BUP	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)	1 (9,1)	4 (36,3)	11 (100)
Barnehus	-	1 (33,3)	1 (33,3)	-	1 (33,3)	3 (100)
Barnevernsinst.	1 (25)	1 (25)	1 (25)	-	1 (25)	4 (100)
Privatprakt.	-	-	1 (50)	-	1 (50)	2 (100)
Annet	-	-	1 (12,5)	-	7 (87,5)	8 (100)
Total	3 (10,3)	4 (13,8)	6 (20,7)	1 (3,4)	15 (51,7)	29 (100)

Emosjonsfokusert terapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
BUP	-	2 (15,4)	2 (15,4)	2 (15,4)	7 (53,8)	13 (100)
Barnehus	-	1 (50)	-	1 (50)	-	2 (100)
Barnevernsinst	-	1 (33,3)	-	-	2 (66,7)	3 (100)
Privatprakt.	-	-	1 (50)	1 (50)	-	2 (100)
Annet	-	2 (20)	-	1 (10)	7 (70)	10 (100)
Total	0	6 (19,4)	3 (9,7)	5 (16,1)	17 (54,8)	31 (100)

Dialektisk atferdsterapi

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	2 (100)	2 (100)
BUP	-	-	1 (12,5)	1 (12,5)	6 (75)	8 (100)
Barnehus	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	-	-	-	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (100)
Total	0	0	1 (4,2)	4 (16,7)	19 (79,1)	24 (100)

Medisinering

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	2 (100)	2 (100)
BUP	-	-	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50)	8 (100)
Barnehus	-	-	-	-	2 (100)	2 (100)
Barnevernsinst.	-	-	-	-	3 (100)	3 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	-	-	1 (11,1)	2 (22,2)	6 (66,7)	9 (100)
Total	0	0	2 (8)	5 (20)	18 (72)	25 (100)

Annen behandling

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familievern	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
BUP	-	-	-	-	2 (100)	2 (100)
Barnehus	-	-	-	2(100)	-	2 (100)
Barnevernsinst.	1 (50)	-	-	-	1 (50)	2 (100)
Privatprakt.	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
Annet	1 (14,3)	-	1 (14,3)	-	5 (71,4)	7 (100)
Total	2 (13,3)	0	1 (6,7)	2 (13,3)	10 (66,7)	15 (100)

Vedlegg 20: Lengde på behandlingen for barn med problematisk seksuell atferd

	< 6 timer	6-10 timer	11-20 timer	>20 timer
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Alle	5 (19,2)	2 (8)	1 (3,3)	11 (28,9)
De fleste	1 (3,8)	4 (16)	5 (16,7)	12 (31,6)
Halvparten	1 (3,8)	4 (16)	8 (26,7)	2 (5,3)
Mindre enn halvparten	10 (38,5)	8 (32)	11 (36,7)	10 (26,3)
Ingen	9 (34,6)	7 (28)	5 (16,7)	3 (7,9)
Total	26 (100)	25 (100)	30 (100)	38 (100)

*vet ikke-svar er ekskludert fra denne oversikten

Vedlegg 21: Henvisninger, fordelt på institusjon – saker hvor barn har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd

Hvem kommer henvisning/kontakt oftest fra?

	Familievern	BUP	Barnehus	Barnevernsinst.	Privatprakt.	Annet
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Fastlege	-	10 (28,6)	-	-	1 (33,3)	-
Barnvern	1 (33,3)	24 (68,6)	1 (20)	7 (100)	1 (33,3)	14 (93,3)
Ungd./Barnets familie	1 (33,3)	-	-	-	-	-
Skole/PPT	-	-	-	-	1 (33,3)	-
Politi og rettsvesen	-	-	4 (80)	-	-	-
Spes. Helsetj.	1 (33,3)	-	-	-	-	-
BUP	-	1 (2,9)	-	-	-	-
Andre	-	-	-	-	-	1 (6,7)
Total	3 (100)	35 (100)	5 (100)	7 (100)	3 (100)	15 (100)

Hva er den vanligste årsaken til å henvise videre saker hvor barn har problematisk eller skadelig seksuell atferd?

	Familievern	BUP	Barnehus	Barnevernsinst.	Privatprakt.	Annet
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Problemene som beskrives i henvisningen faller utenfor rett til behandling hos oss.	-	10 (31,3)	-	1 (14,3)	-	5 (35,7)
Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil	-	2 (6,3)	-	-	-	1 (7,1)
Vurdert at barnet ikke har behov for behandling	-	3 (9,4)	-	-	-	-
Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretagelse av barnet	-	-	-	-	-	1 (7,1)
Ikke kapasitet	-	-	-	3 (42,9)	1 (33,3)	1 (7,1)
Ikke kompetanse på denne typen problematikk	1 (50)	1 (3,1)	-	1 (14,3)	-	-
Andre grunner	-	2 (6,3)	2 (40)	1 (14,3)	1 (33,3)	2 (14,3)
Ikke aktuelt, tar inn alle	1 (50)	14 (43,8)	3 (60)	1 (14,3)	1 (33,3)	4 (28,6)
Total	2 (100)	32 (100)	5 (100)	7 (100)	3 (100)	14 (100)

*vet ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.

Vedlegg 22: Spørreskjemaet

EN NASJONAL KARTLEGGING AV BEHANDLINGSTILBUDET FOR

- 1) BARN OG UNGDOM SOM ER UTSATT FOR VOLD OG/ELLER SEKSUELLE OVERGREP
- 2) UNGE SOM UTØVER VOLD
- 3) UNGE MED UØNSKET SEKSUELL ATFERD/ SOM HAR BEGÅTT SEKSUELLE OVERGREP
- 4) VOKSNE SOM UTØVER VOLD

Vi ønsker at dette spørreskjemaet fylles ut av leder eller en annen person som kjenner behandlingstilbudet godt. Vi vet at en del av tallene vi etterspør er vanskelige å gi. Vi forventer ikke at du skal gjøre et omfattende opptellingsarbeid, men ber om at antall blir anslått så godt som mulig.

Hvis du har årsrapport eller årsmelding tilgjengelig, vil det ta ca 20-25 minutter å svare på alle spørsmålene i undersøkelsen.

Hvis du går ut av spørreskjema, vil du komme inn igjen der du sist besvarte spørsmål.

Ved spørsmål kontakt:

Tonje Holt (Psykolog/Forsker II), tonje.holt@nkvts.no, tlf 924 06 404, eller Ingunn Rangul Askeland (Psykolog/Forsker II), i.r.askeland@nkvts.no, tlf 901 66 952, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Takk for at du deltar på undersøkelsen.

Hvilket fylke tilhører dere?

- ☐ Akershus
- ☐ Aust-Agder
- ☐ Buskerud
- ☐ Finnmark
- ☐ Hedmark
- ☐ Hordaland
- ☐ Møre og Romsdal
- ☐ Nordland
- ☐ Nord-Trøndelag
- ☐ Oppland
- ☐ Oslo
- ☐ Rogaland
- ☐ Sogn og Fjordane
- ☐ Sør-Trøndelag
- ☐ Telemark
- ☐ Troms
- ☐ Vest-Agder
- ☐ Vestfold
- ☐ Østfold

Hva slags institusjon er dere?

- ☐ DPS-poliklinikk
- ☐ DPS-døgnavdeling
- ☐ Familievern
- ☐ BUP Barnehus
- ☐ Barnevernsinstitusjon
- ☐ Privatpraktiserende
- ☐ Sinnemestring, Brøset
- ☐ Alternativ til Vold
- ☐ Annet

Vennligst beskriv:

Hvor mange klienter er henvist til/tatt kontakt med dere i 2014?

Vennligst noter antall:

Hvor mange klienter har dere hatt inne til minst en konsultasjon i løpet av 2014?

Vennligst noter antall

Hvor mange hele årsverk har dere?

Gjelder alle ansatte

Vennligst noter antall:

Hvilken bakgrunn har terapeutene som er ansatt hos dere?

Oppgi antall personer i de ulike kategoriene

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| Psykologer/ psykologspesialister | <input type="text"/> |
| Leger/ psykiatere | <input type="text"/> |
| Sosionomer | <input type="text"/> |
| Barnevernspedagoger | <input type="text"/> |
| Sykepleiere/ Psykiatrisk sykepleiere | <input type="text"/> |
| Pedagoger/spesialpedagoger | <input type="text"/> |
| Annet | <input type="text"/> |

Hvor stor andel av alle klientene som dere tar imot, gjennomgår en kartlegging av:

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Livssituasjon/bakgrunnsopplysninger	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utsatthet for vold og/eller overgrep	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Generell psykisk helse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Traumerelaterte plager (for eksempel PTSD og dissosiasjon)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Egen voldsutøvelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Generell seksuell utvikling og adferd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Problematisk seksuell adferd eller utøvelse av seksuell overgrep	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Har dere rutiner for samarbeid med andre instanser for å ivareta alle i familien der det har vært vold eller overgrep?

- ☐ Ja
☐ Nei
☐ Vet ikke

Vurder kvaliteten på disse samarbeidsrutinene.

- ☐ Svært god
☐ God
☐ Nøytral
☐ Lite god
☐ Dårlig

Spørres det vanligvis om vold i meklingssaker?

- ☐ Ja

Vennligst beskriv

- ☐ Nei
☐ Vet ikke

Du vil først få en rekke spørsmål om behandlingstilbudet dere gir til barn utsatt for vold og overgrep

Vi bruker betegnelsen "barn" om alle barn og unge under 18 år, og "vold og overgrep" om vold og/eller seksuelle overgrep

Behandler dere barn som har opplevd:

Kan krysse av for flere

- ☐ Fysisk vold (som å bli slått, sparket, dyttet, lugget og ristet)
- ☐ Psykologisk vold (som å bli truet, skremt, ydmyket, isolert eller utnyttet)
- ☐ Seksualisert vold (som uønsket berøring eller påtvunget seksuell aktivitet)
- ☐ Omsorgssvikt (når barnets grunnleggende behov ikke blir møtt)
- ☐ Annen type vold

Vennligst beskriv annen type vold:

- ☐ Nei, ingen av disse

SPESIALKOMPETANSE

Hvem er deres behandlingstilbud rettet mot?

- ☐ Vi behandler utelukkende saker der barn har opplevd vold og overgrep
- ☐ Vi behandler flest saker der barn har opplevd vold og overgrep
- ☐ Vi behandler like mange saker med annen type problematikk
- ☐ Vi behandler flest saker med annen type problematikk

Hvor mange av terapeutene har kompetanse i å behandle barn som har opplevd vold og overgrep?

Oppgi ca. andel

- ☐ Alle
- ☐ De fleste
- ☐ Halvparten
- ☐ Mindre enn halvparten
- ☐ Ingen
- ☐ Vet ikke

Hvor mange av de som har blitt *henvist* til dere i 2014, har vært barn utsatt for vold og overgrep?

Angi ca. antall

- ☐ 1 – 5
☐ 6 – 10
☐ 11 – 50
☐ 51 – 100
☐ over 100
☐ alle

ca. antall

- ☐ vet ikke
-

Hvor mange av de dere har *tatt imot* til utredning eller behandling i 2014, har vært barn som har opplevd seksuelle overgrep:

Angi ca. antall

- ☐ 1 – 5
☐ 6 – 10
☐ 11 – 50
☐ 51 – 100
☐ over 100
☐ alle

ca. antall

- ☐ vet ikke
-

Hvor mange av de dere har *tatt imot* til utredning eller behandling i 2014, har vært barn som har opplevd vold:

Angi ca. antall

- ☐ 1 – 5
☐ 6 – 10
☐ 11 – 50
☐ 51 – 100
☐ over 100
☐ alle

ca. antall

- ☐ vet ikke

Hva er den viktigste årsaken til å avslå eller henvise videre saker der barn har vært utsatt for vold og overgrep?

- ☐ Problemene som beskrives i henvisningen faller uten for rett til helsehjelp hos oss
- ☐ Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil
- ☐ Vurdert at barnet ikke har behov for behandling
- ☐ Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretagelse av barnet
- ☐ Ikke kapasitet
- ☐ Ikke kompetanse på denne typen problematikk
- ☐ Andre grunner

Hvilke andre grunner

- ☐ Ikke aktuelt, tar inn alle
- ☐ Vet ikke

UTREDNING

Du har tidligere svart at ikke alle barna kartlegges for volds- og overgrepserfaringer.
Beskriv hvem som kartlegges og hvorfor:

Vennligst beskriv

Hvis barnet er under 12 år, hvem snakker behandlerne med i kartleggingen av volds- og overgrepserfaringer?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
- ☐ Barnet
- ☐ Andre

Beskriv hvem andre

- ☐ Vet ikke

Hvis barnet er 12 år eller eldre, hvem snakker behandlerne med i kartleggingen av volds- og overgrepserfaringer?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
☐ Barnet/ungdommen
☐ Andre

Beskriv hvem andre:

- ☐ Vet ikke

Bruker dere noen kartleggingsverktøy for å spørre barna om volds- og overgrepserfaringer og traumerelaterte vansker?

- ☒ Ja

Hvilke(t) kartleggingsskjema brukes?

- ☐ Nei
☐ Vet ikke

Har dere rutiner for når i behandlingen dere spør om barna har opplevd vold og overgrep?

- ☒ Ja
☐ Nei
☐ Vet ikke

Har du inntrykk av at terapeutene er komfortable med å spørre barna om vold og overgrep?

- ☒ Ja
☐ Delvis
☐ Nei
☐ Vet ikke
-

Hva tror du er de viktigste grunnene til at terapeuter er ukomfortable?

Kan krysse av for flere

- ☐ Vet ikke hvordan spørre/kartlegge
- ☐ Opplever det som for sensitivt å spørre
- ☐ Opplever det som uetisk å spørre
- ☐ Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen
- ☐ Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen
- ☐ Usikre på hva de skal gjøre hvis positivt svar
- ☐ Ser ikke nytten
- ☐ Andre grunner

Hvilke(n) andre grunn(er)?

- ☐ Vet ikke

Opplever du eventuelt andre hindringer som gjør det vanskelig å kartlegge for vold og overgrep?

- ☒ Ja

Vennligst beskriv

- ☐ Nei
-

BEHANDLINGSTILBUDET: Innhold, form og samarbeid med andre instanser

Hvor mange av barna som har opplevd vold og overgrep får følgende behandling?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Kognitiv terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Metakognitiv terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atferdsterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykodynamisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Systemisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Narrativ terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mindfulness terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EMDR	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TF-CBT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annen traumespesifikk behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Akutt hjelp/krisehjelp	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kroppssorientert terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hypnose/hypnoterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eklektisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Emosjonsfokuset terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dialektisk atferdsterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medisinering	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annen behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvis annen behandling/annen traumespesifikk behandling, hvilke(n) behandling(er)?

Vennligst beskriv:

Hvor mange av barna som har opplevd vold og overgrep får:

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Indivualterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gruppeterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familieterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvor mange av barna som har opplevd vold og overgrep får følgende lengde på behandlingen?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
< 6 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 - 10 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 - 20 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
>20 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Når barna er mellom 3 og 5 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ☐ Hovedsakelig barna
☐ Hovedsakelig omsorgsgiverne
☐ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
☐ Vet ikke

Når barna er mellom 6 og 10 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ☐ Hovedsakelig barna
☐ Hovedsakelig omsorgsgiverne
☐ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
☐ Vet ikke

Når barna er mellom 11 og 18 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ☐ Hovedsakelig barna
☐ Hovedsakelig omsorgsgiverne
☐ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
☐ Vet ikke

Opplever dere særskilte terapeutiske dilemmaer i møte med barn med etnisk minoritetsbakgrunn utsatt for vold og overgrep?

- ☐ Ja

Vennligst beskriv

- ☐ Nei

Hvis samarbeid med andre instanser rundt barn utsatt for vold og overgrep: hvor fornøyd eller misfornøyd er du med dette samarbeidet?

	Svært fornøyd	Fornøyd	Nøytral	Lite fornøyd	Misfornøyd	Ikke aktuelt
Fastlege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykisk helsevern i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familievern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnevern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skole/PPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnehage	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Helsestasjon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Somatisk spesialisthelsetjeneste	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Politi og rettsvesen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnehus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konfliktrådet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Advokater	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krisesentre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Støttesenter mot incest	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spesialisthelsetjenesten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annet psykisk helsevern	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hva trenger dere for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt barn utsatt for vold og overgrep?

Beskriv hva dere trenger:

Får dere gitt den behandlingen dere ønsker til barn som har opplevd vold og overgrep?

- ☐ Ja
☐ Delvis
☐ Nei
☐ Vet ikke

Hva trenger dere for å kunne gi den behandlingen dere ønsker til barn som har opplevd vold og overgrep?

- ☐ Bedre kapasitet/ressurser
- ☐ Mer kompetanse
- ☐ Bedre oppfølging/samarbeid med andre instanser
- ☐ Annet

Vennligst beskriv

- ☐ Vet ikke

Hva opplever dere mangler for at barn utsatt for vold og overgrep skal få god oppfølging også utenfor dette behandlingstilbudet?

Vennligst beskriv:

Hva er grunnen til dette?

Vennligst beskriv:

2. Du vil nå få spørsmål om behandlingstilbudet dere gir til barn som utøver vold

Vi bruker betegnelsen "barn" om alle barn og unge under 18 år.

Behandler dere barn som utøver vold?

Gjelder både fysisk og psykisk vold, men ikke barn som begår seksuelle overgrep.

- ☐ Ja
- ☐ Nei

SPESIALKOMPETANSE

Hvem er deres behandlingstilbud rettet mot?

- ☐ Vi behandler utelukkende saker der barn utøver vold
- ☐ Vi behandler flest saker der barn utøver vold
- ☐ Vi behandler like mange saker med annen type problematikk
- ☐ Vi behandler flest saker med annen type problematikk

Hvor mange av terapeutene har kompetanse i å behandle barn som utøver vold?

Angi ca. andel

- ☐ Alle
- ☐ De fleste
- ☐ Halvparten
- ☐ Mindre enn halvparten
- ☐ Ingen
- ☐ Vet ikke

Hvilken opplæring har terapeutene som har kompetanse i å behandle barn som utøver vold

Vennligst beskriv:

Har dere eksplisitt formidlet, for eksempel via hjemmesider på internett og via samarbeidspartnere, at dere tilbyr hjelp til barn som utøver vold?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

I hvor stor eller liten grad har dere eksplisitt formidlet dette?

- ☐ I svært stor grad
 - ☐ I ganske stor grad
 - ☐ I verken stor eller liten grad
 - ☐ I liten grad
 - ☐ Vi formidler ikke dette eksplisitt
-

HENVISNING OG INNTAK

I saker hvor barn utøver vold, hvem får dere oftest henvisning fra eller blir dere kontaktet av?

- ☐ Fastlege
- ☐ Barnevernstjenesten
- ☐ Barnets/ungdommens familie
- ☐ Ungdommen selv
- ☐ Annen behandler eller behandlingsinstitusjon
- ☐ Helsestasjon
- ☐ Skole/PPT
- ☐ Politi og rettsvesen
- ☐ Spesialisthelsetjenesten
- ☐ BUP
- ☐ Andre

Hvor mange av de som har blitt *henvist* til dere i 2014, har vært barn som har utøvd vold?

Angi ca. antall

- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ alle

ca. antall

- ☐ vet ikke

Hvor mange av de dere har *tatt imot* til utredning eller behandling i 2014, har vært barn som har utøvd vold:

Angi ca. antall

- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ alle

ca. antall

- ☐ vet ikke

Hva er den vanligste årsaken til å avslå eller henvise videre saker der barn har utøvd vold?

- ☐ Problemene som beskrives i henvisningen faller uten for rett til helsehjelp hos oss
- ☐ Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil
- ☐ Vurdert at barnet ikke har behov for behandling
- ☐ Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretagelse av barnet
- ☐ Ikke kapasitet
- ☐ Ikke kompetanse på denne typen problematikk
- ☐ Andre grunner

Hvilke andre grunner?

- ☐ Ikke aktuelt, tar imot alle
- ☐ Vet ikke

UTREDNING

Du har tidligere svart at ikke alle barna kartlegges for voldsutøvelse. Beskriv hvem som kartlegges og hvorfor:

Vennligst beskriv:

Hvis barnet er under 12 år, hvem snakker behandlerne med i kartleggingen av barnets voldsutøvelse?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
- ☐ Barnet
- ☐ Andre

Beskriv hvem andre

- ☐ Vet ikke

Hvis barnet er 12 år eller eldre, hvem snakker behandlerne med i kartleggingen av barnets voldsutøvelse?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
☐ Barnet/ungdommen
☐ Andre

Beskriv hvem andre

☐ Vet ikke

Bruker dere noen kartleggingsverktøy for å spørre om barna har utøvd vold?

☐ Ja

Hvilke(t) kartleggingsskjema brukes?

☐ Nei

☐ Vet ikke

Har dere rutiner for når i behandlingen dere spør om barna utøver vold?

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ikke

Har du inntrykk av at terapeutene er komfortable med å spørre barna om de har utøvd vold?

☐ Ja

☐ Delvis

☐ Nei

☐ Vet ikke

Hva tror du er de viktigste grunnene til at terapeuter er ukomfortable?

Kan krysse av flere

- ☐ Vet ikke hvordan spørre/kartlegge
- ☐ Opplever det som for sensitivt å spørre
- ☐ Opplever det som uetisk å spørre
- ☐ Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen
- ☐ Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen
- ☐ Usikre på hva de skal gjøre hvis positivt svar
- ☐ Ser ikke nytten
- ☐ Andre grunner

Hvilke(n) annen grunn(er)?

- ☐ Vet ikke

Opplever du eventuelt andre hindringer som gjør det vanskelig å kartlegge for voldsutøvelse?

- ☒ Ja

Beskriv:

- ☐ Nei
-

BEHANDLINGSTILBUDET: Innhold, form og samarbeid med andre instanser

Hvor mange av barna som utøver vold får følgende behandling?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvpart en	Mindre enn halvpart en	Ingen	Vet ikke
Voldsspesifikke metoder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kognitiv terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Metakognitiv terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atferdsterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykodynamisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Systemisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Narrativ terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mindfulness terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kropporientert terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EMDR	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TF-CBT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annen traumespesifikk behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Akutt hjelp/krisehjelp	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eklektisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Emosjonsfokuset terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dialektisk atferdsterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medisinering	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annen behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvis voldsspesifikke metoder, hvilke(n) metode(r)?

Vennligst beskriv:

Hvor mange av barna som utøver vold får:

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Individuallterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gruppeterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familieterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvor mange av barna som utøver vold får følgende lengde på behandlingen?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
< 6 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6-10 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11-20 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 20 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Når barna er mellom 6 og 10 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ☐ Hovedsakelig barna
☐ Hovedsakelig omsorgsgiverne
☐ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
☐ Vet ikke

Når barna er mellom 11 og 18 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ☐ Hovedsakelig barna
☐ Hovedsakelig omsorgsgiverne
☐ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
☐ Vet ikke

Opplever dere særskilte terapeutiske dilemmaer i møte med barn med etnisk minoritetsbakgrunn som har utøvd vold?

- ☐ Ja

Vennligst beskriv:

- ☐ Nei

Hvis samarbeid med andre instanser rundt barn som utøver vold: hvor fornøyd eller misfornøyd er du med dette samarbeidet?

	svært fornøyd	fornøyd	nøytral	lite fornøyd	misfornøyd	ikke aktuelt
Fastlege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykisk helsevern i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familievern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnevern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skole/PPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnehage	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Helsestasjon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Somatisk spesialisthelsetjeneste	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Politi og rettsvesen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnehus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konfliktrådet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Advokater	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krisesentre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Støttesenter mot incest	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spesialisthelsetjenesten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annet psykisk helsevern	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hva trenger dere for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt barn som utøver vold?

Beskriv hva dere trenger:

Får dere gitt den behandlingen dere ønsker til barn som utøver vold?

- ☐ Ja
 - ☐ Delvis
 - ☐ Nei
 - ☐ Vet ikke
-

Hva trenger dere for å kunne gi den behandlingen dere ønsker til barn som utøver vold?

- ☐ Bedre kapasitet/ressurser
☐ Mer kompetanse
☐ Bedre oppfølging/samarbeid med andre instanser
☐ Annet

Vennligst beskriv:

- ☐ Vet ikke

Hva opplever dere mangler for at barn som utøver vold skal få god oppfølging også utenfor dette behandlingstilbudet?

Vennligst beskriv:

Hva er grunnen til dette?

Vennligst beskriv:

3. Du vil nå få spørsmål om behandlingstilbudet dere gir til barn som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep

*Vi bruker betegnelsen "barn" om alle barn og unge under 18 år.
Med problematisk seksuell atferd menes seksuell atferd som er problematisk/upassende i forhold til situasjon, kulturelle normer eller barnets alder.*

Behandler dere barn som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

- ☐ Ja
☐ Nei
-

SPESIALKOMPETANSE

Hvem er deres behandlingstilbud rettet mot?

- ☐ Vi behandler utelukkende saker der barn har problematisk seksuell atferd/har begått seksuelle overgrep
- ☐ Vi behandler flest saker der barn har problematisk seksuell atferd/har begått seksuelle overgrep
- ☐ Vi behandler like mange saker med annen type problematikk
- ☐ Vi behandler flest saker med annen type problematikk

Hvor mange av terapeutene har kompetanse i å behandle barn som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

- ☐ Alle
- ☐ De fleste
- ☐ Halvparten
- ☐ Mindre enn halvparten
- ☐ Ingen
- ☐ Vet ikke

Hvilken opplæring har terapeutene som har kompetanse i å behandle barn med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

Vennligst beskriv:

Har dere eksplisitt formidlet, for eksempel via hjemmesider på internett og via samarbeidspartnere, at dere tilbyr hjelp til barn med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

I hvor stor eller liten grad har dere eksplisitt formidlet dette?

- ☐ I svært stor grad
- ☐ I ganske stor grad
- ☐ I verken stor eller liten grad
- ☐ I liten grad
- ☐ Vi formidler ikke dette eksplisitt

HENVISNING OG INNTAK

I saker hvor barn har problematisk seksuell atferd eller har begått seksuelle overgrep, hvem får dere oftest henvisning fra eller blir dere kontaktet av?

- ☐ Fastlege
- ☐ Barnevernstjenesten
- ☐ Barnets/ungdommens familie
- ☐ Ungdommen selv
- ☐ Annen behandler eller behandlingsinstitusjon
- ☐ Helsestasjon
- ☐ Skole/PPT
- ☐ Politi og rettsvesen
- ☐ Spesialisthelsetjenesten
- ☐ BUP
- ☐ Andre

Hvor mange av de som har blitt *henvist* til dere i 2014, har vært barn med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

Angi ca. antall

- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ alle

ca. antall

- ☐ vet ikke

Hvor mange av de dere har *tatt imot* til utredning eller behandling i 2014, har vært barn med seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep:

Angi ca. antall.

- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ alle

ca. antall

- ☐ vet ikke

Hva er den vanligste årsaken til å avslå eller henvise videre saker der barn har uønsket seksuell atferd eller har begått seksuelle overgrep?

- ☐ Problemene som beskrives i henvisningen faller uten for rett til helsehjelp hos oss
- ☐ Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil
- ☐ Vurdert at barnet ikke har behov for behandling
- ☐ Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretagelse av barnet
- ☐ Ikke kapasitet
- ☐ Ikke kompetanse på denne typen problematikk
- ☐ Andre grunner

Hvilke andre grunner?

- ☐ Ikke aktuelt, tar imot alle
- ☐ Vet ikke

UTREDNING

Du har tidligere svart at ikke alle barna kartlegges for seksuell problematisk atferd eller for å ha begått seksuelle overgrep. Beskriv hvem som kartlegges og hvorfor:

Vennligst beskriv:

Hvis barnet er under 12 år, hvem snakker behandlerne med når det kartlegges for problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
- ☐ Barnet
- ☐ Andre

Beskriv hvem andre:

- ☐ Vet ikke

Hvis barnet er 12 år eller eldre, hvem snakker behandlerne med når det kartlegges for problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
☐ Barna
☐ Andre

Beskriv hvem andre:

☐ Vet ikke

Bruker dere noen kartleggingsverktøy for å spørre om problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep?

☐ Ja

Hvilke(t) kartleggingsskjema brukes?

☐ Nei

☐ Vet ikke

Har dere rutiner for når i behandlingen dere spør barna om problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuell overgrep?

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ikke

Har du inntrykk av at terapeutene er komfortable med å spørre om problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep?

☐ Ja

☐ Delvis

☐ Nei

☐ Vet ikke

Har tror du er de viktigste grunnene til at terapeuter er ukomfortable?

Kan krysse for av flere

- ☐ Vet ikke hvordan spørre/kartlegge
- ☐ Opplever det som for sensitivt å spørre om
- ☐ Opplever det som uetisk å spørre
- ☐ Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen
- ☐ Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen
- ☐ Usikre på hva de skal gjøre hvis positivt svar
- ☐ Ser ikke nytten
- ☐ Andre grunner

Hvilke(n) annen grunn(er)?

- ☐ Vet ikke

Opplever du eventuelt andre hindringer som gjør det vanskelig å kartlegge for problematisk seksuell adferd eller utøvelse av seksuelle overgrep?

- ☒ Ja

Beskriv:

- ☐ Nei

Registrerer dere antall seksuelle krenkelser og overgrep som har blitt begått av klientene hos dere?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

BEHANDLINGSTILBUDET: Innhold, form og samarbeid med andre instanser

Hvor mange av barna med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep, får følgende behandling?

(kryss av for hver kategori)

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Spesifikke metoder for å behandle utøvelse av seksuelle overgrep	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kognitiv terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Metakognitiv terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atferdsterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykodynamisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Systemisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Narrativ terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mindfulness terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kropporientert terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kropporientert terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EMDR	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TF-CBT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annen traumespesifikk behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Akutt hjelp/ krisehjelp	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eklektisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Emosjonsfokuset terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dialektisk atferdsterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medisinering	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annen behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvis bruk av spesifikke metoder for å behandle utøvelse av seksuelle overgrep, hvilke(n) metode(r)?

Vennligst beskriv:

Hvor mange av barna med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep får:

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Individuallterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gruppeterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familieterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvor mange av barna som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep får følgende lengde på behandlingen?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
< 6 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 - 10 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 - 20 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
>20 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Når barna er mellom 6 og 10 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ☐ Hovedsakelig barna
 - ☐ Hovedsakelig omsorgsgiverne
 - ☐ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
 - ☐ Vet ikke
-

Når barna er mellom 11 og 18 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ☐ Hovedsakelig barna
 - ☐ Hovedsakelig omsorgsgiverne
 - ☐ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
 - ☐ Vet ikke
-

Opplever dere særskilte terapeutiske dilemmaer i møte med barn med etnisk minoritetsbakgrunn som har problematisk seksuell atferd eller har begått seksuelle overgrep?

- ☐ Ja

Vennligst beskriv

- ☐ Nei
-

Hvis samarbeid med andre instanser rundt barn som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep: hvor fornøyd eller misfornøyd er du med dette samarbeidet?

	svært fornøyd	fornøyd	nøytral	lite fornøyd	misfornøyd	ikke aktuelt
Fastlege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykisk helsevern i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familievern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnevern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skole/PPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnehage	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Helsestasjon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Somatisk spesialisthelsetjeneste	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Politi og rettsvesen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnehus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konfliktrådet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Advokater	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krisesentre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Støttesenter mot incest	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spesialisthelsetjenesten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annet psykisk helsevern	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hva trenger dere for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt barn som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

Beskriv hva dere trenger:

Får dere gitt den behandlingen dere ønsker til barn med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

- ☐ Ja
☐ Delvis
☐ Nei
☐ Vet ikke

Hva trenger dere for å kunne gi den behandlingen dere ønsker til barn med problematisk seksuell adferd/som har begått seksuelle overgrep?

- ☐ Bedre kapasitet/ressurser
- ☐ Mer kompetanse
- ☐ Bedre oppfølging/samarbeid med andre instanser
- ☐ Annet

Vennligst beskriv

- ☐ Vet ikke

Hva opplever dere mangler for at barn med problematisk seksuell atferd eller som begår seksuelle overgrep skal få god oppfølging også utenfor dette behandlingstilbudet?

Vennligst beskriv:

Hva er grunnen til dette?

Vennligst beskriv:

4. Du vil nå få spørsmål om behandlingstilbudet dere gir til voksne som utøver vold

Voksne er alle personer som er 18 år og eldre

Behandler dere voksne som utøver:

Kan krysse av for flere

- ☐ Fysisk vold (som å bli slått, sparket, dyttet, lugget og ristet)
- ☐ Psykologisk vold (som å bli truet, skremt, ydmyket, isolert eller utnyttet)
- ☐ Seksualisert vold (som uønsket berøring eller påtvunget seksuell aktivitet)
- ☐ Omsorgssvikt (når barnets grunnleggende behov ikke blir møtt)
- ☐ Annen type vold

Vennligst beskriv type vold:

☐ Ingen av disse

Når dere har et par i terapi (ikke mekling), og det foreligger eller er mistanke om vold, har dere mulighet for å tilby individualsamtaler med:

Kan krysse av for flere

- ☐ Den som utøver
- ☐ Den som utsettes
- ☐ Eventuelle barn

I hvilke(n) relasjoner skjer volden dere behandler?

Kan krysse av for flere

- ☐ I parforholdet
- ☐ Mot barn
- ☐ Voksne barn mot foreldre
- ☐ Mot voksne der flere i familien er delaktige eller medvirkende til utøvelse av volden
- ☐ Mot barn der flere i familien er delaktige eller medvirkende til utøvelse av volden

Er det noen typer vold som faller utenfor deres behandlingstilbud?

☐ Ja

Beskriv

☐ Nei

Hvis det er noen typer vold som faller utenfor deres behandlingstilbud, henvises disse klientene videre?

☐ Ja

Til hvilke instanser?

☐ Nei

☐ Vet ikke

Hva er den vanligste grunnen til å avslå/viderehenvise?

Vennligst beskriv

Spesialkompetanse

Hvem er deres behandlingstilbud rettet mot?

- ☐ Vi behandler utelukkende saker der voksne utøver vold
 - ☐ Vi behandler flest saker der voksne utøver vold
 - ☐ Vi behandler like mange saker med annen type problematikk
 - ☐ Vi behandler flest saker med annen type problematikk
-

Hvor mange av terapeutene har kompetanse i å behandle voksne som utøver vold?

- ☐ Alle
 - ☐ De fleste
 - ☐ Halvparten
 - ☐ Mindre enn halvparten
 - ☐ Ingen
 - ☐ Vet ikke
-

Hvilken opplæring har terapeutene msom har kompetanse i å behandle voksne som utøver vold?

Beskriv:

Har dere eksplisitt formidlet, for eksempel via hjemmesider på internett og via samarbeidspartnere, at dere tilbyr hjelp til voksne som utøver vold?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

I hvor stor eller liten grad har dere eksplisitt formidlet dette?

- ☐ I svært stor grad
- ☐ I ganske stor grad
- ☐ I verken stor eller liten grad
- ☐ I liten grad
- ☐ Vi formidler ikke dette eksplisitt

Kontakt/Henvisning

I saker hvor voksne utøver vold, hvem får dere oftest henvisning fra eller blir kontaktet av?

- ☐ Utøver selv
- ☐ Annen familie, inkl. voldsutsatt
- ☐ Fastlege
- ☐ Annen behandler Politi og rettsvesen
- ☐ Barnevernstjenesten
- ☐ Spesialisthelsetjenesten
- ☐ BUP
- ☐ Andre

Hvem er oftest primærklient i behandlingen?

- ☐ Hovedsakelig den som utøver vold
- ☐ Hovedsakelig den/de som er utsatt for vold
- ☐ Som oftest både utøvere og utsatte

Hvor mange av de som har blitt henvist eller tatt kontakt i løpet av 2014, har vært menn som har utøvd vold?

- ☐ ingen
 - ☐ 1 – 5
 - ☐ 6 – 10
 - ☐ 11 – 50
 - ☐ 51 – 100
 - ☐ 101- 200
 - ☐ over 200
 - ☐ over 200
-

Der menn har utøvd vold, hvem er volden vanligvis rettet mot?

- ☐ Mot partner
 - ☐ Mot barn
 - ☐ Mot både partner og barn
 - ☐ Mot andre i familien
 - ☐ Mot andre utenfor familien
-

Hvor mange av de som har blitt henvist eller tatt kontakt i 2014, har vært kvinner som har utøvd vold?

- ☐ ingen
 - ☐ 1 – 5
 - ☐ 6 – 10
 - ☐ 11 – 50
 - ☐ 51 – 100
 - ☐ 101 - 200
 - ☐ over 200
 - ☐ vet ikke
-

Der kvinner har utøvd vold, hvem er volden vanligvis rettet mot?

- ☐ Mot partner
 - ☐ Mot barn
 - ☐ Mot både partner og barn
 - ☐ Mot andre i familien
 - ☐ Mot andre utenfor familien
-

I hvor mange av sakene som har fått tilbud om behandling for utøvelse av vold i løpet av 2014, har volden skjedd i likekjønnede parforhold?

Vennligst oppgi i hele tall:

Innholdet i utredningen/behandlingstilbudet

Du har tidligere svart at ikke alle kartlegges for voldsutøvelse. Beskriv hvem som kartlegges og hvorfor:

Vennligst beskriv:

Hvilke(n) type(r) verktøy brukes for å kartlegge voldsutøvelse?

Vennligst beskriv:

Hvis det spørres om utøvelse av vold, hvem snakker behandlerne rutinemessig med?

Kan krysse av for flere

- ☐ Klienten selv
- ☐ Partner
- ☐ Barn
- ☐ Andre

Beskriv hvem andre:

☐ Vet ikke

Har dere rutiner for når i behandlingen dere spør voksne om de har utøvd vold?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Har du inntrykk av at terapeutene er komfortable med å spørre om vold?

- ☐ Ja
☐ Delvis
☐ Nei
☐ Vet ikke
-

Har tror du er de viktigste grunnene til at terapeuter er ukomfortable?

Kan krysse av for flere

- ☐ Vet ikke hvordan spørre/ kartlegge
☐ Opplever det som for sensitivt å spørre om
☐ Opplever det som uetisk å spørre
☐ Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen
☐ Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen
☐ Usikre på hva de skal gjøre hvis positivt svar
☐ Ser ikke nytten
☐ Andre grunner

Hvilke andre grunner

- ☐ Vet ikke
-

Opplever du eventuelt andre hindringer som gjør det vanskelig å kartlegge for voldsutøvelse?

- ☐ Ja

Beskriv:

- ☐ Nei
-

Hvor mange av de voksne som utøver vold får følgende behandling?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Voldsspesifikke metoder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kognitiv terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Metakognitiv terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atferdsterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykodynamisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Systemisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Narrativ terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mindfulness terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kroppssorientert terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EMDR	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TF-CBT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annen traumespesifikk behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eklektisk terapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Akutt hjelp/krisehjelp	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medisinering	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annen behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvis voldsspesifikke metoder, hvilke(n) metode(r)?

Vennligst beskriv:

Hvor mange av de som utøver vold får:

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Indivualterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gruppeterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Parterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familieterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Har dere et tilbud til storfamilier?

Der det er flere som er delaktige eller medvirkende til utøvelse av volden.

- ☐ Ja
☐ Nei
☐ Vet ikke

Hvor mange av de som utøver vold får følgende lengde på behandlingen?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
< 6 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 - 10 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 - 20 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
>20 timer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Opplever dere spesielle terapeutiske dilemmaer i møte med voksne med etnisk minoritetsbakgrunn som utøver vold?

- ☐ Nei
☐ Ja

Vennligst beskriv:

Hvis samarbeid med andre instanser rundt voksne som utøver vold, hvordan fornøyd eller misfornøyd er du med dette samarbeidet:

	svært fornøyd	fornøyd	nøytral	lite fornøyd	misfornøyd	ikke aktuelt
Fastlege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykisk helsevern i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
NAV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familievern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnevern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rusbehandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Somatisk spesialisthelsetjeneste	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Politi og rettsvesen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Barnehus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konfliktrådet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rådgivningskontor for kriminalofre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Advokater Krisesentre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Støttesenter mot incest	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spesialisthelsetjenesten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annet psykisk helsevern	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hva trenger dere for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt voksne som utøver vold?

Beskriv hva dere trenger:

Får dere gitt den behandlingen dere ønsker til voksne som utøver vold?

- ☐ Ja
- ☐ Delvis
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Hva trenger dere for å kunne gi den behandlingen dere ønsker til voksne som utøver vold?

- ☐ Bedre kapasitet/ressurser
- ☐ Mer kompetanse
- ☐ Bedre oppfølging/samarbeid med andre instanser
- ☐ Annet

Vennligst beskriv:

- ☐ Vet ikke

Hva opplever dere mangler for at voksne som utøver vold skal få god oppfølging også utenfor dette behandlingstilbudet?

Vennligst beskriv:

Hva er grunnen til dette?

Vennligst beskriv

Æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

«Æresrelatert vold» er en form for vold som utøves for å beskytte familiens ære og blir ofte utøvet av flere enn en person (Bufdir).

«Tvangsekteskap» er et ekteskap der minst en av ektefellene har samtykket til ekteskap etter sterkt press, trusler eller annen psykisk eller fysisk vold (Bufdir).

«Kjønnslemlestelse» betegner prosedyrer som innebærer delvis eller fullstendig fjerning av de ytre kvinnelige kjønnsorganer eller annen skade på kvinners kjønnsorganer uten medisinsk begrunnelse (Bufdir).

Har dere rutiner for når og hvordan spørre om:

	Ja	Nei	Vet ikke
Æresrelatert vold	☐	☐	☐
Tvangsekteskap	☐	☐	☐
Kjønnslemlestelse	☐	☐	☐

Har dere terapeuter med kompetanse på:

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Æresrelatert vold	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tvangsekteskap	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kjønnslemlestelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anslagsvis, i hvor mange saker i løpet av 2014 har følgende vært et tema:

	Ingen	1-5	6-10	11-50	Over 50	Vet ikke
Æresrelatert vold	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tvangsekteskap	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kjønnslemlestelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvilke instanser samarbeider dere med i disse sakene?

~~Æresrelatert~~ vold:

Hvilke instanser samarbeider dere med i disse sakene?

Tvangsekteskap:

Hvilke instanser samarbeider dere med i disse sakene?

Kjønnslemlestelse:

Er det noe annet du ønsker å formidle?

Vennligst beskriv:

Takk for at du deltok på undersøkelsen.

Vedlegg 23: Informasjonsskriv

Nasjonalt kunnskapssenter

om vold og traumatisk stress 

Postadr.: Pb 181 Nydalen,
N-0409 Oslo
Besøksadr.: Gullhaugveien 1-3, Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
e-post: postmottak@nkvt.s.unirand.no
Org.nr. 986 304 096

Kartlegging av behandlingstilbud for barn og unge utsatt for vold og seksuelle overgrep, barn og unge som utover vold og seksuelle overgrep og voksne som utover vold

På oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFdir) og Helsedirektoratet (Hdir) gjennomfører Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) en nasjonal web-basert spørreundersøkelse som skal kartlegge:

- Behandlingstilbudet til barn og unge som har opplevd vold og/eller seksuelle overgrep
- Behandlingstilbudet til barn og unge som utover vold og/eller seksuelle overgrep
- Behandlingstilbudet til voksne som utover vold

Prosjektet inngår som en del av regjeringens handlingsplan mot vold i mere relasjoner og tiltaksplanen for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge- *En god barndom varer livet ut*. Samtlige institusjoner som behandler noen av de overnevnte gruppene i Norge vil bli bedt om å svare på spørreundersøkelsen.

Dagens behandlingstilbud: Hva finnes og hva trengs?

Det har i økende grad blitt satt fokus på de samfunnsmessige konsekvensene av vold og overgrep i mere relasjoner. Et tiltak for å forebygge vold, samt å begrense de negative konsekvensene av vold, er å tilby behandling til personer som utover vold og overgrep og til de som blir utsatt. God behandling av vold og seksuelle overgrepserfaringer er samtidig et satsningsområde for mange behandlingsinstitusjoner.

Det er derfor sentralt å ha god oversikt over hvilke behandlingstilbud som finnes og kvaliteten på disse. En kartleggingsundersøkelse gir også behandlingsinstitusjonene mulighet til å fortelle om hva de trenger for å kunne tilby den hjelpen og oppfølgingen de opplever at det er behov for.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi ønsker at ledere ved behandlingsinstitusjonene (eller andre som kjenner institusjonen godt) fyller ut et spørreskjema om deres behandlingstilbud knyttet til de overnevnte temaene. Det web-baserte spørreskjemaet blir tilsendt på mail og er beregnet å ta 20-25 minutter å besvare, avhengig av hvor mange spørsmål som er relevante for institusjonen. Kunnskapen vi får gjennom den enkeltes deltakelse er viktig i

www.n 

kartleggingen av behandlingstilbudet til barn og unge utsatt for vold og overgrep, barn og unge som utøver vold og overgrep og voksne som utøver vold.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke bli registrert navn på deltagere, kun navn på institusjonen som deltar. I rapporten som sammenfatter resultatene vil det ikke være mulig å spore tilbake til institusjonen.

Datainnsamlingen gjennomføres i løpet av siste uke i november og hele desember. Prosjektet skal etter planen avsluttes 31. mars 2016. Alle spørreskjemaer kommer da til å slettes. Prosjektledere Tonje Holt, psykolog og PhD, og Ingunn Askeland, psykolog og PhD, samt prosjektmedarbeidere Lisa Govasli Nilsen og Linda Holen Moen, har tilgang på svar fra spørreskjemaene frem til denne datoen. Resultatene fra studien vil resultere i to rapporter. Dere vil få tilsendt elektronisk versjon av disse rapportene så snart de foreligger.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger du har gitt, bli slettet. Ta kontakt med prosjektleder Tonje Holt på mail: tonje.holt@nkvts.no om du, etter du har svart på spørreskjemaet, ønsker å trekke deg eller har spørsmål vedrørende studien.

Vi håper alle som mottar mail og informasjonsskriv ønsker å delta i undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Ingunn Rangul Askeland
Prosjektleder

Tonje Holt
Prosjektleder

Solveig Bergman
Seksjonsleder

Vedlegg 24: Ringeinstruks

Ringeinstruks for kontakt med behandlingsinstanser

Presentasjon:

- Presenter deg og si hvor du ringer fra/
 - o eks. Jeg heter ...
 - o Jeg ringer fra Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS)
- Si at du skal gi litt kort informasjon om en undersøkelse vi skal gjøre
- Passer det at jeg informerer deg om dette nå?
- Hvis det ikke passer, avtal et tidspunkt for når det eventuelt passer å ringe tilbake.

Bakgrunn:

- Vold og seksuelle overgrep har blitt et stort nytt satsningsområde for alle behandlingsinstitusjoner over hele landet.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) og helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vil at det skal kartlegges hvordan dette tilbudet er organisert for både barn og voksne som har opplevd vold eller overgrep eller utøver vold og overgrep.
- Jeg ringer deg fordi vi nå er i ferd med å sende ut et spørreskjema som vi ønsker at du skal svare på.

Hvorfor er deres svar viktig:

- Vi, sammen med BLD og HOD oppfordrer dere til å komme med deres svar.
- Dette er også en mulighet til å få sagt noe om hva dere trenger i praksisfeltet for å kunne tilby den hjelpen og oppfølgingen dere opplever at det er behov for på dette området
- Det er dere som sitter med kunnskapen om behandlingstilbudene. Så det er viktig at vi får svarene deres.

Om undersøkelsen

- Selve undersøkelsen vil bli sendt til dere på mail i løpet av en uke.
- Det er en nettbasert undersøkelse, og det vil ta ca. 25 minutter å svare på alle spørsmålene i undersøkelsen, avhengig av hvor mange deler av spørreskjemaet som bør besvares.
- Linken til undersøkelsen vil komme i en mail fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Mailadresse:

- Innhent informasjon om **mailadresse** og **navn** til den personen mailen skal sendes til.

Takker for samtalen og positiv respons

Vedlegg 25: Loggføring

Tabellene er inndelt etter de fem første delene for søkestrategien beskrevet i figur 2.2 i piloten (Moen et al., under publisering). Ved søk på fylker var det følgende rekkefølge som ble benyttet: Hedmark, Hordaland, Møre og Romsdal, Østfold, Buskerud, Nordland, Rogaland, Troms, Akershus, Aust-Agder, Nord-Trøndelag, Oppland, Telemark, Vest-Agder, Vestfold, Oslo, Sør-Trøndelag, Sogn og Fjordane og Finnmark. Databasen som ble benyttet var Google, og dato for søkene var 20.03.15, 26.10.15, 27.10.15. Totalt ble 131 referanser innhentet med utgangspunkt i søkestrategien.

Søkestrategi del 1

	Søkehistorie	Antall treff	Innhentet referanser
	Behandlingstilbud + vold + (fylkene)	23.800/25.900/6.070/164.000/23 800/23 300/7 640/99 800 / 25.300/ 4 510/6 410/21 600/13 600/4 480/11 100/25.500/ 7.850/ 7.700/ 84.600	41
	Behandlingstilbud + fysisk vold + (fylkene)	35.800/24.600/10.600/44 700/17 700/44 100/28 500/35 000 / 23.600/ 13 900/39 900/39 400/19 800/5 300/18 100/28.700/ 19.700/14.900/24.500	18
	Behandlingstilbud + seksuell vold+ (fylkene)	29.100/23.700/11.900/35 200/12 200/35 700/22 700/27 000 / 18 600/ 1 590/29 100/ 30 200/13 300/1 850/40 000/23.500/3.250/13.00/19.800	17
	Behandlingstilbud + psykisk vold + (fylkene)	17.300/19.300/4.160/45 500/20 200/36 800/20 100/39 900 / 21 700/ 4 140/ 25 000/ 18 500/24 800/6 410/22 200/36.200/5.800/8.000/25.500	18
	Hjelpetilbud+ vold + (fylkene)	6,580/9,230/4.180/6680/5 650/11 600/5 370/4 760 / 8 190/ 2 970 / 3 220 /4 770/4 510/3 030/4 230/23.600/ 5.850/ 5.580/ 9.460	31
	Hjelpetilbud + fysisk vold + (fylkene)	26.100/14.500/7.820/ 34 700/50 400/32 400/18 500/ 26 300 / 5 930/ 13 200 /33 000/30 500/32 800/12 400/36 100/9.910/19.500/3.420/13.700	0
	Hjelpetilbud + seksuell vold + (fylkene)	3910/6.680/ 2750/ 8 060/8 640/7 440/7 890/3 750 / 10 500/ 3 260/3 390/6 990/ 7 310/3 270/4 550/15.500/3.580/6.690/3.760	0
	Hjelpetilbud + psyksik vold + (fylkene)	4960/6170/3570/5310/6 350/4 460/5 090/4 390 / 7 080 / 2 820/ 4 200/4 810/4 000/2 880/5 120/ 17.700/5.160/5.130/6.580	4
Notat	Ved de fem første søketrådene ble 125 søketreff. Ved sjette og syvende søketråd ble ingen nye treff funnet. Det var tilsvarende treff fra søketråd 1. Det ble forsøkt ulike kombinasjoner for å få nye søketreff, som søk uten kombinasjonsord og trunkering, med kombinasjonsord «og» og «+» uten nye søketreff.		
Totalt	129 innhentet resultater		

Søkestrategi del 2

	Søkehistorie	Antall treff	Innhentet referanser
	Behandlings-tilbud + voldsutøver + (fylkene)	1.130/1.490/424/1. 670/1.630/2.290/2.580/2.990/3.200 /15.000/ 1.500/1.410/3.670/549/3.750/6.850/764/ 793/8.580	0
	Hjelpetilbud + voldsutøver + (fylkene)	2.010/ 5.760/711/ 7.890/8.180/5.500/5.730/6.690/6.430 /2.290/ 2.850/6 870/5.370/ 2.210/5.490/5.670/665/3.330/9.820	2
	Behandlings-tilbud + overgriper + (fylkene)	4.130/5.120/ 2.140/ 5.520/5.920/10.900/5.530/5.210/12.600/ 640 / 1.160/ 6.580/9.810/733/2.350/7.280/5.310/3.290/5.820	0
	Hjelpetilbud + overgriper + (fylkene)	44.900/14.100/6940/ 2 490/2 520/1 570/15 000/18 300/6 110 / 4 890/ 5 990/8 790/6 710/4 350/9 100/24.000/8.140/5.800/7.160	0
	Behandlings-tilbud + utøver av vold + (fylkene)	10.200/9380/1.170/ 5 050/5220/ 12 400/8 670/8 730/5 550/1 680/10 500/14 000/8 800/3 230/5 160/13.600/10.800/6.530/10.200	0
	Hjelpetilbud + utøver av vold + (fylkene)	7 040/3 650/4 710/5 950/5 100/2 260 6 510/6 940/ 11 200/13 700/6 510/14 200/11.400/11.900/5.360/9.040	0
	Behandlings-tilbud + seksualforbryter + (fylkene)	8 980/9 920/6 150/6 330/7 560/7 630/ 15 700/ 2 730/ 2 390/4 060/398/9 710/63.400/26.300/10.800/9.300	0
	Hjelpetilbud + seksualforbryter + (fylkene)	10 500/11 500/7 460/9 980/10 800/11 600/2 880/4 910/3 530/6 450/6 620/12 300/26.400/10.400/5.130/5.330	0
	Behandlingstilbud + omsorgssvikt + (fylkene)	7 240/3 670/4 630/5 240/8 680/11 500/19 200/13 000/9 520/13 400/13 100/10 800/29.800/6.970/5.020/9.320	0
	Hjelpetilbud + omsorgssvikt + (fylkene)	9 640/8900/5 680/6 120/6 610/8 770/ 19 100/6 560/7 440/9 510/5 470/10 600/25.00/4.070/544/6.550	0
Notat	Det var få nye treff ved søkestrategi del 2. Det ble forsøkt ulike kombinasjoner for å få nye søketreff, som søk uten kombinasjonsord og trunkering, med kombinasjonsord «og» og «+» uten nye søketreff.		
Totalt	2 innhentet resultat		

Søkestrategi del 3

	Søkehistorie	Antall treff	Innhentet referanser
	Behandlingstilbud + voldsutøver + barn + unge + (fylkene)	1340/8290/6 310/1 340/2 040/1 640/6 950/ 4 990/ 1 220/ 8 320/4 020/8 230/4.550/1.150/752/2.690	0
	Hjelpetilbud+volds utøver+ barn +unge+ (fylkene)	5 250/3 290/4 520/1 340/7 000/5 300 / 1 970/ 2 810/ 5 100/3 460/1 840/2 900/5.470/4.800/3.630/3.870	0
	Behandlingstilbud +overgriper+ barn +unge+ (fylkene)	1900/2780/3510/2 180/4 070/2 270/ 2 760/ 1 140/ 1 590/4 210/852/1 990/6.080/1.700/1.820/4.070	0
	Hjelpetilbud+overgriper+ barn +unge+ (fylkene)	5 400/6 100/3 990/2 180/8 100/6 130/3 030/ 4 260/5 210/6 880/3 010/5 780/14.400/6.060/3.980/5.360	0
	Behandlingstilbud +utøver av vold+ barn +unge+ (fylkene)	4800/4 980/7 150/4 590/7 570/4 230/ 1 230/ 3 950/ 5 060/ 6 150/2 720/3 460/12.600/13.200/7000/10.500	0
	Hjelpetilbud +utøver av vold+ barn +unge+ (fylkene)	8 660/8 590/6 640/4 590/10 300/7 270/ 3 610/ 5 310/ 7 370/ 9 570/4 010/8 210/23.200/11.200/6.940/8.670	0
	Behandlingstilbud +seksualforbryter+ (fylkene)	8 130/8 470/4 050/6 080/8 360/9 130 / 4 660/ 4 790/7 730/9 220/415/3 630/63.400/26.300/10.800/9.300	0
	Hjelpetilbud +seksualforbryter+ (fylkene)	2 970/3230/2 110/6 080/6 190/3 470/ 1 960/ 2 760/2 920/29/3 040/3 040/5 400/26.400/10.400/5.130/5.330	0
	Behandlingstilbud +omsorgssvikt+ (fylkene)	13 900/14 800/8 320/9 030/15 500/15 600 / 6 810/7 420/12 900/13 200/6 450/14 400/29.800/6.970/5.020/9.320	0
	Hjelpetilbud+ omsorgssvikt+ (fylkene)	6 980/7990/4 850/9 030/8 100/8 200 / 1 890/ 4 940/6 750/8 760/3 730/7 530/25.000/4.070/544/6.550	0
Notat	Det var få nye treff ved søkestrategi del 3. Det ble forsøkt med en rekke ulike kombinasjoner av de overnevnte ord for å få opp nye treff. Det ble gjort søk uten kombinasjonsord og trunkering, med kombinasjonsord «og», med kombinasjonsord «+». Dette ga ingen nye søketreff.		
Totalt	0 innhentet resultat		

Søkestrategi del 4

	Søkehistorie	Antall treff	Innhentet referanser
	Behandlingstilbud+barn+ unge+ utsatt for vold+(fylkene)	22 400/ 9240/25 600/16 800/26 500/9 790 / 2 640/ 4 150/21 900/11 100/3 190/25 300	0
	Behandlingstilbud+barn+ unge+ utsatt for overgrep+ (fylkene)	10 100/10 500/5 210/4 350/13 500/8 790 / 2 380 / 9 310/ 13 700/6 810/2 720/17 200	0
	Hjelpetilbud+barn+unge+ utsatt for vold+(fylkene)	4 530/5 770/4 960/13 700/9 160/5 600 / 1 090/ 18 000/4 570/19 00/1 050/22 100	0
	Hjelpetilbud+barn+unge+ utsatt for overgrep+ (fylkene)	8 880/9 420/7 280/7 490/12 700/5 040 / 4 360 / 6 350/11 700/6 330/4 440/14 200	0
	Behandlingstilbud+barn+ unge+ traumeutsatt+ (fylkene)	107/111/118/17/151/114/ 34 / 59/ 15/19/13/18	0
	Hjelpetilbud+barn+unge+ traumeutsatt+(fylkene)	12/19/15/12/18/2 810/6/2 310/2 330/15/9/12	0
	Behandlingstilbud+barn+ unge+ voldsofre+ (fylkene)	8 450/8 560/4 270/5 660/7 870/9 640/ 4 800/4 800/8 140/8 610/4 150/9 150	0
	Hjelpetilbud+barn+unge+ voldsofre +(fylkene) ⁶²	3 220/3 370/2 160/2 540/2 970/3 780 /1 730/ 2 810 /3 200/3 490/2 080/3 670	0
	Behandlingstilbud+barn+ unge+ opplevd vold+ (fylkene)	31 300/33 400/25 300/21 800/34 100/37 000/2 870/22 400/30 100/35 400/3 360/42 800	0
	Hjelpetilbud+barn+unge+ opplevd vold + (fylkene)	30 200/30 400/24 200/20 100/31 000/33 200/ 10 700/ 19 200 /27 600/31 800/12 100/40 200	0
Notat	Det var få nye treff ved søkestrategi del 4. Det ble forsøkt ulike kombinasjoner for å få nye søketreff, som søk uten kombinasjonsord og trunkering, med kombinasjonsord «og» og «+» uten nye søketreff.		
Totalt	0 innhentet resultat		

⁶² Vi har valgt å benytte begrepet «offer» på lik linje med «utsatt», selv om «offer» betegnes som et «utdatert» begrep. Dette fordi det fortsatt antas å være aktuell informasjon om behandlingstilbud på internett tilknyttet begrepet «offer».

Søkestrategi del 5

	Søkehistorie	Antall treff	Innhentet referanser
	Voldsutøver+ barn og ungdom utsatt for vold+(fylkene)	5 910/5 610/9 420/6 020/11 000/5 680/1 400 / 2 160/ 5 580/6 380/3 180/5 340/17.300/ 2.750/ 1.900/11.500	0
	Voldsutøver+ barn og ungdom utsatt for overgrep+ (fylkene)	4 710/4 700/6 560/4 940/9 650/4 840/998/1 600 /4 550/5 200/3 320/7 490/54.500/10.500/6.960/11.900	0
	Voldsutøver+ traumeutsatte barn og unge+ (fylkene)	11/11/15/10/15/13/12/13/12/15/11/13/5.230 /1.710/886/851	0
	Voldsutøver+ barn og unge voldsofre+ (fylkene)	2 350/ 2 430/3 270/1 780/4 090/2 330/1020/1 110/2 150/2 690/2 480/4 870/7.140/1.520/656/1.200	0
	Voldsutøver+ barn opplevd vold+ (fylkene)	4 610/4 390/6 270/4 570/9 380/4 500/1 210/2 270/3 710/3 910/2 870/4 580/21400/4510/18100/17800	0
	Overgriper+ barn og ungdom utsatt for vold+(fylkene)	9 550/11 300/11 400/9 800/17 200/11 300/3 890/3 780/8 420/7 410/5 200/5 300/26700/4060/2760/9700	0
	Overgriper+ barn og ungdom utsatt for overgrep+ (fylkene)	11 800/13 600/13 600/12 100/19 500/9 220/2 860/3 080/ 11 000/14 200/5 410/6 840 / 32100/ 5420/ 9170/ 12000	0
	Overgriper+ traumeutsatte barn og unge+ (fylkene)	23/13/17/13/15/2 700/1 200/ 1670 /13 /18/11/16/10700/4470/1190/1380	0
	Overgriper+ barn og unge voldsofre+ (fylkene)	4 180/3 870/4 680/3 050/6 020/4 230/1 730/2 490/ 3 740/4 230/3 510/4 440/5220/1570/1860/2420	0
	Overgriper+ barn opplevd vold+ (fylkene)	44 200/48 100/35 700/29 000/19 600/50 200/15 800/27 300/29 800/33 700/5 010/42 00/ 29500/ 4790/ 18600/ 12000	0
	Utøver av vold+ barn og ungdom utsatt for vold+(fylkene)	38 800/43 000/48 100/15 800/50 400/43 900/7 170/29 000/35 600/41 800/9 360/36 900/ 94.200/ 9.820/ 1800/38200	0
	Utøver av vold+ barn og ungdom utsatt for overgrep+ (fylkene)	15 900/15 600/15 700/15 700/41 800/15 700/6 240/9 270/15 200/19 600/6 540/20 800/ 61.700/ 5.630/ 8.570/15.300	0
	Utøver av vold+ traumeutsatte barn og unge+ (fylkene)	16/17/15/16/20/18/15/18/15/78/14/17/20.30 0/10.100/4.050/4.010	0
	Utøver av vold+ barn og unge voldsofre+ (fylkene)	1 920/1 820/5 230/6 570/6 620/7 220/2 680/4 200/6 090/6 780/2 880/9 320/20.800/9.060/4.800/1.510	0
	Utøver av vold+ barn opplevd vold+ (fylkene)	38 600/35 200/20 700/37 800/69 000/39 500/10 200/41 900/49 300/34 400/17 300/57 200/37.00/14.600/26.800/44.600	0
	Seksualforbryter+ barn og ungdom utsatt for vold+(fylkene)	6 260/5 580/5 980/5 370/8 960/5 760/1 930/2 850/4 660/6 260/1 440/2 960/49.400/13.700/8.710/10.300	0

	Seksualforbryter+ barn og ungdom utsatt for overgrep+ (fylkene)	6 840/6 280/6 600/6 210/9 670/6 470/ 2 300/2 220/5 570/7 430/1 780/3 540/57.300/9.380/6.590/11.200	0
	Seksualforbryter+ traumeutsatte barn og unge+ (fylkene)	7/7/10/10/10/11/8/11/8/11/10/8/6.120/2.230 /9/9	0
	Seksualforbryter+ barn og unge voldsofre+ (fylkene)	2 980/2 770/1 940/2 100/2 900/2 850/1 220/1 740/2 510/3 130/1 770/4 360/8.260/1.290/545/1.650	0
	Seksualforbryter+ barn opplevd vold+ (fylkene)	7 010/6 290/6800/6 690/10 400/5 370/1 810/2 640/ 4 630/6 410/2 030/2 460/104.000/46.400/17.600/19.900.	0
	Omsorgssvikt+ barn og ungdom utsatt for vold+ (fylkene)	8 590/16 900/17 200/12 000/15 300/15 700/4 390 / 4 940/ 13 000/19 100/4 630/12 400/ 30.400/ 7.960/7.930/19.400	0
	Omsorgssvikt+ barn og ungdom utsatt for overgrep+ (fylkene)	9 740/18 200/12 300/13 100/6 370/18 300/4 340/2 710/ 14 000/20 500/3 530/13 500/30.600/8.700/8.540/15.700	0
	Omsorgssvikt+ traumeutsatte barn og unge+ (fylkene)	17/19/14/15/75/112/36/58/17/18/17/17/13.0 00/5.660/2.020/2.390	0
	Omsorgssvikt +barn og unge voldsofre+ (fylkene)	5 000/5 320/2 930/3 500/4 550/5 560/2 550/3 090/4 710/5 220/2 390/5 580/8/6/5/6	0
	Omsorgssvikt +barn opplevd vold+ (fylkene)	14 800/17 800/17 900/18 500/23 400/15 500/ 4 550/ 6 160/11 800/18 400/4 430/11 100/10/8/6/8	0
Notat	Det var få nye treff ved søkestrategi del 5. Det ble forsøkt ulike kombinasjoner for å få nye søketreff, som søk uten kombinasjonsord og trunkering, med kombinasjonsord «og» og «+» uten nye søketreff.		
Totalt	0 innhentet resultat		

En betydelig andel barn og ungdom blir utsatt for vold eller seksuelle overgrep i løpet av oppveksten. I økende grad har man blitt oppmerksom på at barn og unge også utøver vold eller begår seksuelle overgrep. Et viktig tiltak for å forebygge vold samt å begrense de negative konsekvensene av volden, har vært å tilby psykologisk behandling. Formålet med denne undersøkelsen har vært å kartlegge det norske behandlingstilbudet, både til utsatte for og utøvere av vold og seksuelle overgrep.

I undersøkelsen har ledere ved 149 behandlingssenheter eller praksiser svart på et nettbasert kartleggingsskjema om behandlingen de gir til gruppene. Resultatene viser at det finnes behandlingstilbud til målgruppene i alle de fire landsregionene, men at det er få spesialiserte tilbud. Det kommer videre frem at kompetanse og behandlingssinnhold varierer ut fra målgruppe og på tvers av de ulike behandlingssenheterne. Det finnes mer kompetanse når det gjelder behandling av barn som har opplevd vold og overgrep, enn hva tilfellet er for behandling av barn som utøver vold, eller som har skadelig seksuell atferd. Det er mange behandlingssenheter som opplever at de ikke, eller bare delvis, får gitt det behandlingstilbudet de ønsker til alle gruppene. De som behandler utsatte barn etterlyser først og fremst mer kapasitet og ressurser samt bedre oppfølging og samarbeid med andre instanser for å få gitt et bedre tilbud, mens enhetene som behandler unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd etterlyser mer kunnskap og kompetanse. En tredjedel av behandlingssenheterne oppgir at de ikke har nødvendige samarbeidsrutiner på plass for å hjelpe barna og ungdommene som er utsatt for, eller som utøver vold og seksuelle overgrep.

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 978-82-8122-103-1 (trykk)

ISBN 978-82-8122-104-8 (PDF)

ISSN 0809-9103

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