

A photograph showing the backs of four children walking away from the camera. They are wearing backpacks of various colors (blue, green, black, and beige). The background is a brick wall.

**NASJONALT KUNNSKAPSSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS**

Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd

- kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia
- forslag til en landsdekkende struktur

Skrevet av Ingunn Rangul Askeland, Monica Jensen og Linda Holen Moen

Rapport nr. 1 2017

NKVTS.NO

Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd

- kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia
- forslag til en landsdekkende struktur

Ingunn Rangul Askeland, Monica Jensen og Linda Holen Moen

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) utvikler og formidler kunnskap om vold og traumatisk stress.

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene:

- vold og overgrep
- katastrofer, terror og stressmestring
- tvungen migrasjon og flyktninghelse

Målet er å forebygge og redusere de helsemessige og sosiale konsekvensene som vold og traumatisk stress kan medføre. Vår visjon er et bedre liv for berørte av vold og traumer.

NKVTS ble stiftet 17. november 2003. Selskapet er et datterselskap av UNIRAND AS, som er heleid av Universitetet i Oslo.

Bak driften av senteret står: Barne-, og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Senteret gjennomfører prosjekter som er finansiert av departementer og direktorater, Norges forskningsråd, frivillige organisasjoner og andre.

ISBN 978-82-8122-112-3

ISBN 978-82-8122-113-0

ISSN 0809-9103

Alle rapporter og notater fra senteret er tilgjengelige i fulltekst på våre hjemmesider www.nkvts.no under “publikasjoner”.

Forord

På oppdrag fra Barne- og likstillingsdepartementet har Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fått i oppgave å kartlegge behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep, jf. tiltak 35 i tiltaksplanen *En god barndom varer livet ut*. Som svar på dette oppdraget lanserte NKVTS i juni 2016 rapporten: *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep* (Holt, Nilsen, Moen, & Askeland, 2016). Barne- og likestillingsdepartementet innvilget i juni 2016 midler til et tilleggsoppdrag som var knyttet til kartleggingen av behandlingstilbudet til barn som utøver seksuelle overgrep. Formålet med oppdraget har vært å få en oversikt over behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig atferd i de andre nordiske landene Danmark, Sverige, Finland og Island samt Storbritannia og Nederland og si noe om hvilke muligheter som finnes for å videreutvikle behandlingstilbudet for denne gruppen i Norge.

Denne rapporten er resultatet av dette tilleggsoppdraget. Rapporten gir en oversikt over sentrale behandlingstilbud for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd i de ovennevnte landene, sentral faglitteratur og gjeldende standarder og retningslinjer på feltet. På bakgrunn av dette vil det bli presentert ulike muligheter for å videreutvikle behandlingstilbudet for denne gruppen i Norge.

Tusen takk til alle som har bidratt med sin kunnskap. Takk til deltakerne i ressursgruppene: Atle Austad, Bernadette Christensen, Nina Christine Dahl, Are Evang, Pål Grøndal, Mette Hvalstad, Thore Langfeldt, Øyvind Heen Ottesen, Ani Elise Pilavian, Marita Sandvik, Vibeke Silseth og Dagfinn Sørensen.

Takk til deltakerne på nasjonalt nettverksmøte med nettverksgruppen for kompetanseheving om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Vi vil også takke RVTS Midt ved Oddfrid Skorpe Tennfjord og representanter fra Statens barnehus og RVTS i de ulike regionene samt Helle Kleive og Øystein Grov ved den kliniske ressursenheten V27, Betanien Bergen for faglig bidrag inn i prosessen.

Takk til alle som tok imot oss på arbeidsplassene sine i Storbritannia og Sverige: Julian Dunn, Christine Roe og Mette Whittaker ved SWAAY, Moira Lamond og Stacy Miller ved Brandon Centre, Steve Bloor og Julie Postlethwaite ved Youth

Offending Team og Laura Wylie, Sharon Leeson og Mark Adshead ved G-map, Anette Birgersson Thell og Annika Wassberg ved Off.Clinic i Sverige, universitetslektor Cecilia Kjellgren og Kerstin Völker, Martina Andersson og Beata Malmgren ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) Elefanten.

Tusen takk til Anja E. Kruse og Oddfrid Tennfjord Skorpe, som har lest utkast og kommet med innspill og hjelp underveis i skrivearbeidet.

Forfatterne har på hver sin måte bidratt i prosessen med å ferdigstille denne rapporten. Ingunn Rangul Askeland har ledet prosjektet og skrevet store deler av rapporten. Monica Jensen har vært en viktig medarbeider i prosjektet med en bred kompetanse og kunnskap fra BUP og sitt arbeid ved V27 med barn og ungdom med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Monica Jensen har skrevet store deler av innledningen og diskusjonen. Linda Holen Moen har skrevet store deler av resultatene og metodedelen. Til slutt ønsker vi å takke kolleger ved NKVTS og seksjonsleder Solveig Bergman for verdifulle tilbakemeldinger.

Innhold

Forord	3
Innhold	5
Tabelloversikt	7
Figuroversikt	8
Liste over forkortelser	9
Sammendrag	11
Summary	13
1 Innledning	17
1.1 Oppdraget og problemstillinger	18
1.2 Omfang og kjennetegn	18
1.3 Historisk utvikling	22
1.4 Definisjoner	25
1.4.1 Barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd	25
1.4.2 Behandlingsbegrepet	28
2 Metode	29
2.1 Prosedyre	29
2.2 Møter med nettverk og ressursgrupper	30
2.3 Relevante behandlingsenheter	31
2.4 Søk etter litteratur og gjeldende retningslinjer på feltet	33
3 Resultater	34
3.1 Møter med ressurspersoner	34
3.1.1 Organisering av behandlingstilbudet til barn og unge med SSA	34
3.1.2 Tilbud til barn og unge med SSA: Instanser som bør involveres	36
3.1.3 Risikovurdering, utredning og behandling	39
3.1.4 Behandling	40
3.2 Oppsøkende virksomhet	41
3.2.1 Social work for abused and abusing youth	41
3.2.2 The Brandon Centre	43
3.2.3 Youth Offending Team – Wigan	45
3.2.4 G-map	47

3.2.5	Off.Clinic	48
3.2.6	BUP Elefanten	50
3.2.7	JanusCentret	52
3.2.8	V27 Betanien BUP	54
3.3	Litteratur og gjeldende retningslinjer	55
3.4	Oppsummering	59
4	Diskusjon: Mulig utvikling av behandlingstilbudet i Norge	62
4.1	Nivåddifferensiering av tiltak – verktøy for risikovurdering, utredning og behandling	64
4.2	Sunn til problematisk seksuell atferd	67
4.3	Problematisk til skadelig seksuell atferd	68
4.4	Ulike faginstansers ansvar	72
4.4.1	Kommunalt barnevern	73
4.4.2	BUP – poliklinikker i helseforetakene	74
4.4.3	Barne-, ungdoms- og familieetaten	78
4.4.4	Statens barnehus	81
4.4.5	Habiliteringstjenesten	84
4.4.6	Konfliktråd og politi	86
4.4.7	De regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging — RVTS	88
5	Oppsummering	90
6	Forslag til landsdekkende strukturer	93
6.1	Nasjonalt kompetansenettverk	93
6.2	Nasjonalt klinisk nettverk	94
6.3	Regionale kompetanse- og konsultasjonsteam	95
6.4	Regionale kliniske behandlingssenheter	95
6.5	Regionale og lokale tverretatlige samarbeidsteam	97
6.6	Statens barnehus	97
6.7	Habiliteringstjenesten	98
6.8	Konfliktråd og politi	98
6.9	Plassering utenfor hjemmet for barn med SSA	99
6.10	Ivaretagelse av fagpersoner	100
	Litteratur	101
Vedlegg 1	Spørreskjema	114
Vedlegg 2	Definisjonskontinuum	122
Vedlegg 3	Eksempler på programmer og forebyggende tiltak	123

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Sentrale behandlingstilbud til barn og unge med SSA i de nordiske landene og Storbritannia der det ble gjennomført studiebesøk.....	33
Tabell 6.1 Eksempler på opplæringsprogrammer for barnehager og skoler	123

Figuroversikt

Figur 2.1 Flytskjema for undersøkelsens prosedyre.....	29
Figur 4.1 Tiltak basert på nivåddifferensiering av seksuell atferd hos barn og ungdom.....	67
Figur 6.1 Seksuell atferd – definisjonskontinuum.....	122

Liste over forkortelser

AIM2: Assessment Intervention Moving on 2

ASAP: Adolescent Sexual Abuser Project

ATSA: Association for the Treatment of Sexual Abusers

BLD: Barne- og likestillingsdepartementet

BUP: Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

BUPA: Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling

Buudir: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

CBC: Child Behaviour Checklist

CAMHS: Child and adolescent mental health services

CSBI: Child Sexual Behaviour Inventory

DBT: Dialektisk atferdsterapi

DUÅ: De utrolige årene

ERASOR: Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism

GLM: The Good Lives Model

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet

IATSO: International Association for the Treatment of Sexual Offenders

IKST: Institutt for klinisk sexologi og terapi

JD: Justis- og beredskapsdepartementet

KAT: Kognitiv atferdsterapi

MST: Multisystemisk terapi

MST-PSB: Multisystemisk terapi for problematisk seksuell atferd

MSO: Medisinernes seksualopplysning

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NKVTS: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

NOVA: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

NCATS: National Clinical Assessment and Treatment Service

NSPCC: National Society for the Prevention of Cruelty to Children

PMTO: Parent Management Training- Oregon

REBESSA: Ressursteam for bekymringsfull og skadelig seksuell atferd

RVTS: Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

SIFER: Nasjonalt kompetansesenter i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SMISO: Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep

SSA: Problematiske eller skadelige seksuelle atferd

SWAAY: Social work for abused and abusing youth

TBO: Traumebevisst omsorg og behandling

TF-CBT: Traumefokusert kognitiv atferdsterapi

TVERS: Et tverretattlig behandlingstilbud for familier som har opplevd seksuelle overgrep eller vold i familien

YOT: Youth Offending Team

Sammendrag

Denne rapporten gir en oversikt over eksisterende behandlingstilbud til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA) og hvordan tilbudene er organisert i de nordiske landene Danmark, Sverige, Finland og Island samt Storbritannia. Prosjektgruppen gjennomførte studiebesøk ved syv sentrale behandlingstilbud i Norden og Storbritannia.

Ingen av landene som har inngått i denne undersøkelsen, har lyktes med å etablere offentlige landsdekkende strukturer for å sikre likeverdig behandling til barn og unge med SSA. Storbritannia har imidlertid gjort en betydelig innsats på dette feltet blant annet gjennom AIM-prosjektets satsing og utviklingen av de felles retningslinjene, NICE og NSPCC, for opplæring og tjenester til barn og unge med SSA.

SSA må sees i sammenheng med barnets alder, utvikling, fungering og konteksten den opptrer i. Den seksuelle atferden må settes inn i et kontinuum fra *normal*, til *problematisk* til *skadelig seksuell* atferd, og krever et kontinuum av responser.

De mest sentrale verktøyene for å vurdere risiko og gjentakelsesfare er Trafikklyset, ERASOR og AIM2. Verktøyene er i hovedsak normert for gutter i alderen 12 til 18 år som tidligere har begått et seksuelt overgrep. AIM2-rammeverket er det mest oppdaterte, evidensbaserte og brede kartleggingsverktøyet som er tilgjengelig på dette feltet per i dag, og kan brukes for å vurdere tiltak og terapeutiske behov. I arbeid med personer med psykisk utviklingshemming og SSA blir det blant annet anbefalt å bruke verktøyene AIM2, Static-99R, RRASOR og ARMIDILO-S for å vurdere risiko og gjentakelsesfare. Vurderinger av risiko bør aldri være basert på verktøy alene.

For å få tak i behovene det enkelte barn eller ungdom har, er det nødvendig med en bred kartlegging som inkluderer barnets psykologiske fungering, det som ligger til grunn for handlingen, barnets livssituasjon, ressurser, sterke sider og beskyttende faktorer. Utredningen må ha som mål å forstå barnets atferd ut ifra dets miljømessige og kulturelle kontekst. Verktøyene og den brede utredningen bør danne grunnlaget for videre avgjørelser om hvilke typer tiltak og behandling som behøves.

Arbeidet med barn og unge med SSA krever samarbeid på tvers av fag og instanser. Den største gruppen av barn og unge med SSA vil trenge poliklinisk oppfølging. Der

omsorgssituasjonen i hjemmet ikke er god nok vil det være behov for plassering i spesialiserte fosterhjem. For en mindre gruppe barn og unge med svært alvorlig og skadelig SSA samt en omsorgssituasjon som ikke er tilstrekkelig, vil det være nødvendig med oppfølging i en spesielt tilrettelagt institusjon.

For å sikre at barn og unge med SSA tilbys en koordinert og konsistent tilnærming som anerkjenner både barnas behov og den risiko de kan utgjøre for seg selv og andre, foreslås følgende mulige overordnet helhetlig struktur:

- En opprettholdelse av det *nasjonale kompetansenettverket* for å sikre at alle regioner har høy kompetanse om forebygging, risikovurdering, utredning og behandling av barn med SSA, og at denne blir holdt ved like.
- Helseforetakene har fått i oppdrag av HOD å opprette et *nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med SSA*. Det skal legges vekt på tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Hovedformålet med nettverket bør være å koordinere det kliniske arbeidet relatert til behandling av barn og unge med SSA knyttet til BUP nasjonalt.
- RVTS-ene bør ha et overordnet ansvar for etablering og opprettholdelse av *regionale kompetanse- og konsultasjonsteam* på SSA. Koordineringen av teamene kan overlates til andre faginstanser.
- For å sikre et likeverdig tilbud bør det etableres *egne regionale kliniske behandlingssenheter* knyttet til spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom med SSA.
- Det bør sikres at SSA-saker drøftes eller tas opp til konsultasjon i *regionale og lokale tverretatlige samarbeidsteam*. Det bør alltid etableres et tverretatlig og tverrfaglig samarbeid rundt de alvorlige SSA-sakene.
- Barn og unge mistenkt for SSA bør få tilbud om tilrettelagt avhør og oppfølging ved *Statens barnehus*. Dette bør også gjelde for psykisk utviklingshemmede med SSA.
- Ansatte i de kommunale koordineringsenhetene og *barne- og voksenhabiliteringen* bør ha grunnleggende opplæring om psykisk utviklingshemmede med SSA. Disse etatene bør samarbeide i disse sakene.
- Det må utvikles gode rutiner for henvisning og samarbeid mellom *politi, konfliktrådene og barnevern* som sikrer at barnet eller den unge følges opp.
- Det bør vurderes en modell med *forsterkede fosterhjem* med spesifikk SSA-kompetanse i de saker der barnet eller ungdommen ikke kan bo hjemme. *Offentlige institusjoner*, spesifikt for ungdom med SSA, bør etableres i samarbeid med de nasjonale og regionale fagmiljøene.
- Det er viktig å etablere strukturer for å *ivareta fagpersoner* som arbeider på feltet, slik at de klarer å opprettholde arbeidet med denne problematikken over tid.

Summary

This report provides an overview of existing treatment programs for children and adolescents with problematic or harmful sexual behaviour (HSB) and how treatment for this group is provided and organized in the Nordic countries Denmark, Sweden, Finland and Iceland and Britain. The project conducted a study visit at seven central treatment facilities in Scandinavia and the UK.

None of the countries included in this study have succeeded in establishing a public nationwide structure to ensure equal treatment for children and adolescents with HSB. Britain has made a significant contribution in this field, including the AIM-project and development of the common policies, NICE and NSPCC.

HSB must be seen in the context of the child's age, development, functioning and the context of the behaviour. The sexual behaviour must be considered in a continuum from normal to problematic and harmful sexual behaviour, and requires a continuum of responses.

The central tools to categorize sexual behaviour and for risk assessment is the Sexual Behaviours Traffic Light Tool, ERASOR and AIM2. The tools are mainly standardized for boys aged 12 to 18 years who have previously committed a sexual assault. The AIM2-framework is the most current and evidence-based tool that is available in this field, and can be used to evaluate interventions and therapeutic needs. Working with people with mental disabilities and SSA, it is recommended to use the tools like AIM2, Static-99R, RRASOR and ARMIDILO-S to assess risk. Risk assessments should never be based on tools alone.

It is necessary to have a broad assessment that includes the child's psychological functioning, the underlying reasons for the HSB, the child's life-circumstances, resources, strengths and protective factors. The evaluation must aim to understand the child's behaviour on the basis of the child's environmental and cultural context. The tools and the broad evaluation should form the basis for further decisions on the types of interventions and treatment that is needed.

The work with children and young people with HSB requires collaboration across disciplines and agencies. The majority of the children and young people with HSB will need outpatient care. In situations where the care at home is not adequate, there

will be a need for placement in a specialized foster care. For a smaller group of children and young people with very severe and harmful HSB, and the family cannot provide sufficient care, it will be necessary to place the child in a specialized institution.

To ensure that children and young people with HSB are offered a coordinated and consistent approach that recognizes both the needs of children and the risks they may pose to themselves and others, we propose the following possible overall coherent structure:

- Maintaining the *national competence network* to ensure that all regions have high expertise on prevention, risk assessment, evaluation and treatment of children with HSB.
- The Regional Health Authorities have been commissioned by the Ministry of Health and Care Services to create a *national clinical network* for the treatment of children and adolescents with HSB. The main purpose of the network should be to coordinate clinical work related to the treatment of children and adolescents with HSB, associated with the CAMHS.
- The regional resource centres for violence, traumatic stress and suicide preventions (RVTS) should have an overall responsibility for the establishment and maintenance of *regional expertise and consultation team* on HSB. The coordination of the teams may be transferred to other services.
- To ensure a coordinated and consistent treatment for children with HSB it should be established specialized *HSB-Regional clinical treatment units* linked to the child and adolescent mental health services.
- It should be ensured that cases of children with HSB are discussed in *regional and local interdepartmental cooperation team*. It should always be established such interdisciplinary collaboration in connection with the severe HSB-cases.
- Children and young people suspected of HSB should be offered specialized child-informed interviews at the *National Children's Houses*. This should also apply to mentally disabled children, adolescents and adults with HSB.
- Employees of the *municipal coordination units* and the *habilitation service* for mentally disabled should have basic training in mental disabilities with HSB. These agencies should cooperate in these matters.
- It must be developed good procedures for referral and collaboration between *law enforcement, restorative justice services and child protective services* that ensures that the child or adolescent are getting proper assistance and care.

- A model with *reinforced foster care* with specific HSB expertise should be considered in those matters where the child or adolescent cannot stay home. *Public institutions*, specifically for youth with HSB, should be established in cooperation with the national and regional networks.
- It is important to establish structures to *ensure that professionals* working in the field in order to manage well so that they can maintain this type of work over time.

1 Innledning

En nasjonal kartlegging av behandlingstilbudet til blant annet barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA)¹, som er gjennomført av NKVTS, viste at det finnes få spesialiserte tilbud til denne gruppen i Norge i dag (Holt et al., 2016). Selv om 71 av 223 behandlingssenheter i denne studien oppga at de hadde tilbud til denne gruppen, kom det frem at majoriteten av terapeutene mangler kompetanse og kunnskap om behandling av barn og unge med SSA. Det kom også frem at enhetene stort sett mangler rutiner og verktøy for å kartlegge denne type problemer. Flere beskriver tematikken som utfordrende å arbeide med, og mange opplever at terapeutene er mindre komfortable med å spørre om overgrepssatferd enn utsatthet (ibid.).

Barn og unge med SSA har i de siste årene fått økende oppmerksomhet i klinisk arbeid, forskningslitteraturen og blant beslutningstakere. Vi har fått kunnskap om at det er en betydelig andel barn og unge som utøver denne type atferd mot andre barn. En stor andel av dem har vokst opp i familier med omsorgssvikt, seksuelle overgrep og fysisk og psykologisk vold. Kunnskapen om denne gruppen viser at de ofte har komplekse og sammensatte vansker, og mange av disse barna vil trenge en form for behandling. I et fåtall av sakene som blir avdekket er det jenter som har utøvd SSA. En konsekvens av dette er at verktøy og tilnærminger i hovedsak er tilpasset gutter.

Med bakgrunn i kunnskapen om disse barn og unge og det vi vet om dagens til dels manglende behandlingstilbud, blir det viktig å undersøke hvordan denne gruppen kan hjelpes på bedre og mer systematiske måter fremover. Barne- og likestillingsdepartementet bevilget i juni 2016 midler til et oppdrag for å undersøke ulike behandlingstilbud til denne gruppen barn og unge i de andre nordiske landene samt Storbritannia og Nederland. Formålet med denne kartleggingen har vært å få en oversikt over hvordan dette tilbudet er utformet i de respektive landene, oppsummere gjeldende kunnskap og praksis på området og ut fra dette komme med en vurdering av mulige måter å videreutvikle behandlingstilbud på for denne gruppen i Norge.

¹ Forkortelsen SSA har blitt foreslått som norsk forkortelse for «problematisk eller skadelig seksuell atferd». I engelsk litteratur brukes begrepskontinuumet «healthy» - «inappropriate» - «problematic» - «harmful sexual behaviour». Begrepet vil bli nærmere forklart under punkt 1.4.1.

1.1 Oppdraget og problemstillinger

Denne rapporten gir en oversikt over eksisterende behandlingstilbud til barn og unge med SSA og hvordan tilbudene er organisert i de nordiske landene Danmark, Sverige, Finland og Island samt Storbritannia. Utformingen av oppdraget skjedde i dialog med oppdragsgiver og fagpersoner på feltet. På bakgrunn av anbefalinger og prosjektets økonomiske og tidsmessige rammer ble det avgjort at prosjektet skulle begrenses til å innhente kunnskap om behandlingstilbudene fra de andre nordiske landene samt Storbritannia og Nederland. Det var et ønske om å fokusere på land i en nordisk og europeisk kontekst. Senere i prosessen kom det frem at Nederland ikke har aktuelle tilbud eller et miljø knyttet til problematikken per i dag. På Island er tilbudet til denne gruppen mer tilfeldig oppbygd og stort sett knyttet til fengsler.

I henhold til oppdraget ble følgende problemstillinger undersøkt:

- Hva slags behandlingstilbud har de nordiske landene Danmark, Sverige, Finland og Island samt Storbritannia (og Nederland) til barn og ungdom med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og hvordan er disse tilbudene organisert?
- Hvilke muligheter finnes for å videreutvikle behandlingstilbudet for denne gruppen i Norge?

1.2 Omfang og kjennetegn

Det er vanskelig å fastslå det faktiske omfanget av barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Videre vil estimatene variere avhengig av de definisjonene en legger til grunn når en undersøker og hvem man undersøker. Mens man i omfangsundersøkelser ofte måler et bredt spekter av hendelser med svært ulik alvorlighetsgrad, vil man i kliniske utvalg og i kriminalstatistikk typisk finne de alvorligere hendelsene. Anonyme undersøkelser med selvrapportering versus data som er innhentet i en strafferettslig sammenheng, vil påvirke både antakelser om omfang og de konklusjonene man trekker om årsaker og utvikling av denne type problematferd. Internasjonale studier tyder på at unge mennesker generelt har høyere risiko for både å bli utsatt for fysisk eller seksuell vold og å være vitne til vold, sammenliknet med voksne (Finkelhor, 2008).

På tvers av utvalg og type seksuell skadelig atferd tyder undersøkelser på at en betydelig andel av den seksuelle volden som barn og unge utsettes for, er utført av unge:

Tall fra politi og domstoler i USA viser at omtrent 17 prosent av dem som har blitt arrestert for voldtekt eller andre seksuelle overgrep, er under 18 år (Puzzanchera & Kang, 2012). Andre estimerer viser at 20 prosent av alle voldtekter og mellom 30 prosent og 50 prosent av alle seksuelle overgrep mot barn begås av tenåringsgutter (Babchishin, Blais, & Helmus, 2012; Barbaree & Marshall, 2008). Oppsummert viser studier at omtrent 30 prosent av alle seksuelle overgrep mot barn begås av barn og unge med en variasjon på mellom 10 til 50 prosent (Ageton, 1983; Långström, 1999; Ryan, Miyoshi, Metzner, Krugman, & Fryer, 1996; Vizard, Monck, & Misch, 1995; White & Koss, 1993).

Videre viser tall fra svensk kriminalstatistikk² at så mange som 10 prosent av dem som var mistenkt for å ha begått et eller flere seksuelle overgrep, var i alderen 15 til 17 år, hvorav 98 prosent var gutter (Olseryd, 2014).

I en undersøkelse av svenske og norske unge i videregående (mellom 17 og 19 år) fant en at fem prosent av guttene og én prosent av jentene rapporterte at de hadde begått et penetrerende overgrep eller tvunget noen til onani (Kjellgren, 2009).

Omfangstall varierer ut fra hvilke spørsmålstyper som er inkludert. Undersøkelser der en slår sammen spørsmål om grove seksuelle overgrep og mildere former for seksuelle krenkelser som for eksempel blotting gir høyere forekomst enn om en kun inkluderer spørsmål om de groveste overgrepene, for eksempel krenkelser, som i lovens forstand er voldtekt. I en undersøkelse om seksualitet blant norsk ungdom omkring 18 år rapporterte for eksempel 9,5 prosent av guttene og 1,9 prosent av jentene at de hadde overtalt, presset eller tvunget noen til seksuelle handlinger (Abrahamsen & Mossige, 2007). Disse funnene er omtrent dobbelt så høye som det en fant i undersøkelsen til Kjellgren (2009), dette kan handle om at en har inkludert ulike spørsmål i de to undersøkelsene.

Velferdsinstituttet NOVA ga i 2007 og 2016 ut rapportene «Vold og overgrep mot barn og unge», omtalt som «UngVold 2007» og «UngVold 2015», basert på landsdekkende undersøkelser blant avgangselever i videregående skole (Mossige & Stefansen, 2007, 2016). I UngVold 2015 fant en at 29 prosent av jentene og syv prosent av guttene hadde opplevd minst én type seksuelt overgrep i løpet av livet.

² Statistikken over mistenkte, basert på personer som av politi, tollvesenet eller påtalemyndigheten ansees som mistenkte for kriminallovbrudd (<http://bra.se/bra/brott-och-statistik/statistik/misstankta-personer/om-statistiken.html>.)

Når det gjelder de groveste seksuelle overgrep som i juridisk forstand kan være voldtekt³, fant en at omtrent tre prosent av guttene og 14 prosent av jentene hadde blitt utsatt for minst én av fem former for krenkelser som kan betegnes som voldtekt (Mossige & Stefansen, 2016).

Ser en på alderen til utsatte⁴ og utøvere, viser det seg at langt de fleste av overgrepene jenter blir utsatt for i tenårene, begås av jevnaldrende eller noe eldre gutter. I 40 prosent av tilfellene der jenta var mellom 10 og 14 år, var det en gutt på mellom 15 og 19 år som hadde begått overgrepet. Der jenta var 15 år eller eldre, var andelen unge enda høyere – i hele 63 prosent av tilfellene var den som hadde begått overgrepet, en gutt på mellom 15 og 19 år. Blant jentene der overgrepet skjedde før de fylte 10 år, var overgrepet i 51 prosent av tilfellene begått av en voksen (mann) (Mossige & Stefansen, 2016). Disse funnene er i tråd med undersøkelsene som viser at langt de fleste av overgrepene jenter opplever i tenårene, begås av jevnaldrende eller noe eldre gutter. Oppsummert viser studiene at de vanligste konstellasjonene av utsatt og utøver er at den utsatte er mellom 10 og 14 år, og at den som begår overgrepet er en person mellom 15 og 19 år (som oftest en gutt) (Abrahamsen & Mossige, 2007; Mossige & Stefansen, 2007; Pedersen & Aas, 1995; Pedersen & Skrondal, 1996).

Når det gjelder etterforskede lovbrudd utgjør barn og unge en betydelig andel av de som har blitt siktet for et seksuallovbrudd. I løpet av 2014 ble 142 barn i alderen fem til 14 år og 185 ungdommer i alderen 15 til 17 år siktet for et seksuallovbrudd (Statistisk Sentralbyrå, 2014). Dette utgjør henholdsvis 10,7 % barn og 11,1 % ungdom, i alt 21,8 % av alle personer som ble siktet for seksualkriminalitet i 2014.

Kjønn og forekomst: Internasjonale studier viser at majoriteten av barn og unge med SSA er gutter (90–95 %), og at de i gjennomsnitt er 14 år når de utøver sitt første overgrep (Långström, 2000; Priebe & Svedin, 2009; Radford, Corral, Bradley, & Fisher, 2013).

I UngVold-undersøkelsene kom det frem at for milde seksuelle krenkelser⁵ er jenter mer utsatt enn gutter, og at risikoen for å ha opplevd grove seksuelle krenkelser⁶ er nesten seks ganger så stor om det er jente som har svart, sammenliknet med gutter. Begge undersøkelser finner også at overgrepene mot jenter stort sett var begått av gutter eller menn, og at det gjaldt for nær sagt alle former for overgrep. I 2015 gjaldt

³ Tvunget eller truet deg til å ha samleie, oralsex, analsex, puttet fingre eller objekter inn i din vagina eller anus eller at noen har hatt sex med deg mot din vilje når du har sovet eller vært for full til å motsette deg det.

⁴ Begrepet «utsatt» brukes i denne rapporten, og er synonymt med «offer» og «fornærmede».

⁵ Milde seksuelle krenkelser defineres som krenkelser som ikke omfatter penetrering eller forsøk på penetrering.

⁶ Grove seksuelle krenkelser ble definert som penetrering eller forsøk på penetrering.

dette i 97 prosent av tilfellende av overgrep mot jenter, tilsvarende tall i 2007 var 99 prosent (Mossige & Stefansen, 2016).

Når det gjelder overgrep begått mot gutter, er ikke bildet like klart. I UngVold 2007 fant en at kvinner og jenter stod for 47 prosent av overgrepene, mens det i 53 prosent av tilfellene var menn eller gutter som hadde begått overgrepet. I UngVold 2015 er tallene henholdsvis 32 og 68 prosent. Disse resultatene er i tråd med funn fra undersøkelsen av Mossige, Ainsaar, og Svendin (2007). Oppsummert har disse undersøkelsene avdekket at andelen jenter og kvinner som begår overgrep mot gutter, utgjør mellom en tredjedel og halvparten, og at det ikke er en tydelig tendens til endring i en bestemt retning (Mossige & Stefansen, 2016).

Tall fra kliniske utvalg viser også ulik forekomst av SSA blant jenter og gutter. I en kartleggingsundersøkelse av unge med SSA i behandling i Hordaland i perioden 2000 til 2004 fant man at den største andelen av personer som hadde begått overgrep, var gutter i alderen 11 til 15 år (Birkhaug et al., 2005). Det samme mønsteret finnes i en nyere undersøkelse der man har sett på ulike karakteristika av unge gutter som har vært i behandling for SSA ved V27⁷. Av dem som er tatt inn til behandling i løpet av de siste 10 årene, er det nesten bare gutter (Jensen, Garbo, Kleive, Grov, & Hysing, 2016). I sakene der det ble gitt telefonkonsultasjoner, har det vært noe flere jenter (Kleive & Garbo, 2015).

Fortsatt finnes det relativt lite kunnskap om jenter og kvinner med SSA. Flere tidligere undersøkelser har ikke tatt høyde for at jenter og kvinner kan utøve SSA. En kan tenke seg at stereotypier om kjønn kan ha skapt barrierer mot å se og fortolke jenter og kvinners seksuelle atferd som problematiske eller skadelige for andre. Hvis en ikke oppfatter jenters handlinger som «overgrep» kan en anta at hverken de som er utsatt, den som har utøvd, eller andre som vet om handlingene, oppfatter det som SSA. Motsatt vil stereotypier om gutter og menn kunne være at de alltid nyter seksuelle handlinger og dermed ikke kan utsettes for et overgrep fra en jente eller kvinne. Slike oppfatninger av kjønn kan ha bidratt til at jenter og kvinner kan ha blitt oversett som personer med SSA.

Oppsummert tyder forskningen på at gutter oftere begår overgrep enn jenter, men at andelen kvinner og jenter som begår overgrep, kan være høyere enn tidligere antatt (Birkhaug et al., 2005; Kjellgren, 2009; Kruse, 2011; Mossige & Stefansen, 2007).

⁷ V27 er en klinisk ressursenhet i Helse Vest ved Betanien BUP

1.3 Historisk utvikling

I begynnelsen av 1980-tallet vokste det i den vestlige verden frem en erkjennelse av at barn og unge kunne utsettes for seksuelle overgrep fra voksne menn. Fokuset ble naturlig nok først på den utsatte. Det var først utover 90-tallet at det vokste frem en erkjennelse og dokumentasjon på at det var nødvendig å utvide perspektivet til den som begikk denne type handlinger, vedkommendes pårørende og den utsattes pårørende (Bullens & Van Wijk, 2004). Historisk har problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn og unge på mange måter blitt bagatellisert eller benektet i fagmiljøene – til dels av frykt for at barnet eller den unge skulle bli assosiert med «perversjon» og bli alvorlig stigmatisert. Selv om enkelte fagpersoner allerede på 70- og 80-tallet hadde påpekt at barn og unges problematiske seksuelle atferd ikke bare var utforskning, var det først utover 90-tallet at det vokste frem en erkjennelse og dokumentasjon av at en betydelig andel av seksuelle overgrep mot barn og unge er utført av andre unge (Ryan et al., 1996).

I takt med utviklingen av denne kunnskapen, ble det klart at dette er en gruppe barn og unge som trenger oppfølging og behandling. Til å begynne med lånte man modeller for risikokartlegging og behandling av barn og ungdom fra det som ble brukt i møte med voksne. Man forsto det i starten slik at «unge overgripere» fortsatte handlingene sine inn i voksen alder – det vil si at de ble «voksne pedofile» eller «voldtektsmenn» (Reitzel & Carbonell, 2006). Utover 90-tallet kom det etter hvert forskning og erfaringer fra klinisk arbeid som viste at disse barna og deres pårørende hadde behov for egne utviklingssensitive, brede og helhetlige verktøy og tilnærminger.

Innenfor det internasjonale fagfeltet har man siden 90-tallet sett en dreining fra programmer med hovedfokus på risikohåndtering, gjentakelsesfare og atferd og ytre kontroll til programmer med økt fokus på dynamiske risikofaktorer der behandlingen var skreddersydd den enkelte ungdom og familie. Et eksempel på sistnevnte er «Risk-Need-Responsivity», RNR (Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009b). De seneste modeller og nyere verktøy inkluderer fokus på å fremme styrker og ressurser. Disse nyere modellene legger også vekt på at ungdommen utvikler sin egen forståelse, regulering av tanker og følelser, sosiale ferdigheter, relasjonell nærhet og normativ seksuell helse (Print et al., 2012; Worling, 2012).

I Europa var det på slutten av 90-tallet og utover 2000-tallet først og fremst Nederland (Bullens & Van Wijk, 2004; Van Outsem, 2009) og Storbritannia (O'Reilly, Marshall, Carr, & Beckett, 2004; Print, Morrison, & Henniker, 2001) som ledet an. Disse fagmiljøene samarbeidet blant annet om «The Adolescent Sexual

Abuser Project (ASAP)-Pack» som har blitt brukt i Storbritannia for å måle effekt av behandling hos unge som har begått seksuelle overgrep (Van Outsem et al., 2006).

Fra 1999 og utover 2000-tallet utga Socialstyrelsen i Sverige en rekke «Expert-rapporter» om seksuelle overgrep mot barn, inkludert barn og unge med SSA (se for eksempel Larsson, 2000; Långström, 2000). Utover 2000-tallet bygget Sverige opp fagmiljøer rundt BUP Elefanten i Linköping og BUP Vasa i Stockholm samt rundt institusjonene Off.Clinic og Bärby med flere. Sverige var også tidlig fremme med forskning på feltet (Kjellgren, 2009; Långström, Jacobsen, & Berg, 2015; Långström & Lindblad, 2000; Tidefors, 2010 med flere). I Danmark startet tilsvarende JanusCentret opp sitt arbeid med mediering⁸ for barn og unge med SSA og deres familier (Strange, Jørgensen, Madsen, Sinnerup, & Schrøder, 2009). På Island er behandlingstilbudet til denne gruppen mer tilfeldig oppbygd basert på enkelte klinikers interesse og kompetanse, og stort sett tilrettelagt for innsatte i fengsler.

I 2013 ble det gjennomført en studietur til Finland som hadde som formål å fremskaffe kunnskap om denne typen tilbud der. I et referat fra denne studieturen blir det nevnt at Finland har tre EVA-enheter i Tampere, Kuopio og Helsingfors under «National psychiatric study and treatment unit for underage children». Disse enhetene tar imot barn og ungdom som er svært vanskelige å utrede og behandle poliklinisk, som blant annet trenger rettspsykiatriske vurderinger eller utredninger for seksuelle identitetsforstyrrelser (GID) og transseksualitet samt enkelte alvorlige SSA-saker. Sakene er for få til at hvert av de fem universitetssykehusene kan ha lokale tilbud for disse barna, og er derfor etablert som tre sentrale enheter (Grov, 2013).

I Norge ble den kliniske ressursenheten V27 ved Betanien BUP i Bergen etablert i 2003 som den første offentlige behandlingsenheten for barn og unge med SSA. Klinikken er per i dag fremdeles den eneste spesialiserte enheten som tilbyr behandling til barn og unge med SSA og deres familier. V27 tilbyr kompetanseutvikling og utredning og behandling (Ingnes & Kleive, 2011; Jensen et al., 2016; Søftestad & Andersen, 2014).

I 2006 arrangerte V27 det første nordiske nettverksmøte for fagfolk og forskere fra Sverige, Norge, Danmark, Grønland, Island og Finland. Deretter har det stort sett vært arrangert en slik nordisk samling annenhvert år, nå sist i København i 2016.

⁸ På norsk definert som gjenopprettende prosesser. I Storbritannia defineres dette som «restorative justice».

I mangel av andre tilbud har Institutt for Klinisk Sexologi og terapi (IKST) i Oslo også tatt imot ungdom med SSA. Tilbudet i helse-Norge for denne gruppen barn og unge og deres familier har ellers vært fragmentert og geografisk tilfeldig og har vært avhengig av enkelte fagpersoner og fagmiljøers idealisme, velvilje og kompetanse.

Andre historiske tilbakeblikk:

2009 – Statens barnehus i Tromsø ble etablert og begynte som første barnehus å ta imot SSA-saker til avhør og korttidsoppfølging.

2011 – den første norske boken ble utgitt om temaet: «I møte med unge overgripere» (Ingnes & Kleive, 2011).

2011 – NKVTS ga ut en nasjonal kunnskapsoversikt på temaet (Kruse, 2011).

2013 – det første tverrfaglige og tverretatlige kompetanseteamet i saker som omhandler barn og unge som krenker seksuelt ble etablert i Tromsø. Det koordineres av RVTS-Nord og har i dag i tillegg faste representanter fra BUP-Tromsø, RVTS-Nord, Statens barnehus i Tromsø, SMISO⁹-Tromsø og Bufetat-Nord.

2015 – den nasjonale nettverksgruppen hadde sitt første møte i Oslo. Gruppen koordineres av RVTS-Midt knyttet til tiltak 25 i *Barndommen kommer ikke i reprise* (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014a). Fra starten var nettverksamlingen representert med deltakere fra RVTS og Statens barnehus. Representanter fra flere instanser har senere kommet til.

2015 – *Ressursteam for bekymringsfull og skadelig seksuell atferd (REBESSA)*¹⁰ etableres i Trondheim. Dette er et tverrfaglig team som tilbyr konsultasjon, fagutvikling og formidling til andre profesjonelle instanser som arbeider med SSA blant barn og ungdom.

2015 – den første norske nasjonale nettverkskonferansen ble gjennomført i Trondheim (arrangert av nettverksgruppen for kompetanseheving om barn med skadelig og bekymringsfull seksuell atferd i Trondheim, koordinert av RVTS-Midt).

2016 – NKVTS' første nasjonale kartlegging av behandlingstilbud blant annet til gruppen barn og unge med SSA (Holt et al., 2016).

⁹ Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep

¹⁰ <https://www.rebessa.com>

2016 – regionalt konsultasjonsteam om vold og seksuelle overgrep av personer med utviklingshemming og andre særlig sårbare med utviklingsforstyrrelser over 16 år, etableres etter initiativ fra Statens barnehus i Bergen¹¹. Deltakerne i teamet er: Statens barnehus, Haukeland universitetssykehus ved spesialpoliklinikken, Autismeteamet Helse Bergen og Bergen kommune ved Etat for tjenester til utviklingshemmede.

Rundt om i landet er det opprettet en rekke tverretatlige team. Teamenes oppgaver varierer. Noen gir konsultasjon, andre gir både konsultasjon og direkte bistand i saker, mens andre er rene kompetanseteam som tilbyr opplæring og veiledning. Blant annet gjelder dette REBESSA som er det tverretatlige ressursteamet i Trondheim, konsultasjons- og kompetanseteamet i Tromsø, konsultasjonsteamet ved Statens barnehus i Oslo, konsultasjonsteamet i Bergen og det tverretatlige teamet TVERS¹² i Kristiansand.

1.4 Definisjoner

1.4.1 Barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd

Begrepe barn og unge brukes her om alle under 18 år i henhold til norsk lovgivning (jamfør Vergerådsloven og Barnevernloven § 1-3 (Barnevernloven, 1992) og FNs barnekonvensjon artikkel 1 (Barne- og familiedepartementet, 2003).

I rapporten har vi inkludert behandlingstilbud til barn under 18 år samt psykisk utviklingshemmede over 18 år. Psykisk utviklingshemming er en diagnose i ICD-10¹³ som alltid innebærer nedsatte kognitive ferdigheter og ulik grad av andre utfordringer når det gjelder motorikk, språk, sosial kompetanse og evne til å klare dagligdagse aktiviteter. Det er vanlig å dele diagnosen inn i lett, moderat, alvorlig og dyp psykisk utviklingshemming på bakgrunn av hvor store utfordringene er. For å fylle diagnosekriteriet i ICD-10, må evnetester vise en IQ under 70. I tillegg må personens evner på andre områder kartlegges. Tilstanden må ha oppstått før fylte 18 år for at diagnosen skal kunne settes. Tilstanden regnes som livsvarig¹⁴.

¹¹ <http://www.rvtsvest.no/oppstart-av-nytt-konsultasjonsteam-om-vald-og-seksuelle-overgrep/>

¹² TVERS: tverretatlig behandlingstilbud for familier som har opplevd seksuelle overgrep eller vold i familien.

¹³ Kodeverket ICD-10 og ICD-11 (2015).

¹⁴ <http://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming>

I straffeloven skiller en mellom tre kategorier av seksuallovbrudd: seksuell omgang, seksuell handling og seksuelt krenkende atferd. Seksuell omgang rammes av straffelovens § 291 – voldtekt, og innebærer at en skaffer seg seksuell omgang ved vold eller truende atferd eller har seksuell omgang med noen som er bevisstløs eller av andre grunner er ute av stand til å motsette seg handlingen, eller at man ved vold eller truende atferd får noen til å ha seksuell omgang med en annen eller til å utføre handlinger som svarer til seksuell omgang med en selv. Når det gjelder handlinger mot barn under 16 år, faller imidlertid tvangskriteriet bort, da barn under 16 år ikke regnes som samtykkekompetente (Aakvaag, Thoresen, & Øverlien, 2016). Alle seksuelle handlinger mot barn er altså dermed regnet som 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 og det å oppfordre et barn til seksualisert atferd (Borgen et al., 2011; Øverlien, 2012).

Dette betyr at for gruppen barn og unge med SSA vil mange av handlingene være definert som kriminelle og rammes av straffeloven. Den kriminelle lavalderen i Norge er imidlertid 15 år, og dette innebærer at et barn under 15 år som begår en kriminell handling, ikke kan straffes (Straffeloven, 2015, § 20 første ledd bokstav a).

Seksuell vold og overgrep mot barn fra andre unge kan utføres i samme fysiske rom eller gjennom internett og sosiale medier (Kripos, 2016; Sheldon & Howitt, 2007; Swann, 2011). Denne type overgrep kan beskrives som: seksuelle aktiviteter uten fysisk kontakt, som å få et barn til å se på eller å delta i produksjon av seksuelle, pornografiske bilder og filmer eller å se på seksuelle aktiviteter, oppmuntring av barn til å oppføre seg på ikke-adekvate seksuelle måter, eller å «groome»¹⁵ et barn for senere å kunne forgripe seg – inkludert over internett og sosiale medier (HM Government, 2010, s. 38).

Barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, har blitt beskrevet på en rekke måter, slik som «juvenile sex offender», «young abuser» og «adolescent perpetrator». På norsk har begrepene «unge pedofile», «unge overgripere» og «unge seksualforbrytere» vært brukt. Mange av definisjonene har vært oppfattet som stigmatiserende. Dette kan ha bidratt til å hemme motivasjon og endring (Hackett, Balfe, Masson, & Phillips, 2014; Ingevaldson, Goulding, & Tidefors, 2016; Miner et al., 2006; Worley, Church, & Clemmons, 2011). Denne begrepsstypen er i tillegg

¹⁵ «Grooming» defineres som voksnes kommunikasjon over internett med mål om å utnytte eller misbruke barn seksuelt (Kripos, 2016).

uklar og har i stor grad blitt erstattet med mer presise og mindre stigmatiserende begrep med vekt på beskrivelser av atferd.

I denne rapporten brukes begrepet *problematiske eller skadelig seksuell atferd*. Dette betegner handlinger som innebærer seksuell atferd hos barn og unge som ikke er utviklingsmessig adekvat, og som kan være skadelig for en selv eller andre, eller som kan innebære misbruk av andre barn, unge eller voksne (Hackett, 2014). Begrepet *problematiske eller skadelig seksuell atferd* dekker med andre ord alle former for seksuelle overgrep (Myhre, Thoresen, & Hjemdal, 2015), men inneholder også handlinger som vil falle utenfor det som defineres som seksuelle overgrep.

I denne rapporten vil vi beskrive et kontinuum av handlinger som inngår i betegnelsen *problematiske eller skadelig seksuell atferd*. Dette kontinuumet tar utgangspunkt i ytre observerbare handlinger. Vi vil fremheve at dette ikke utelukker at forståelse og intervensjoner må ha et mye bredere fokus, utover selve de seksuelle handlingene, som tanker, følelser, relasjoner, tilknytning og traume-erfaringer.

Et slikt kontinuum tar utgangspunkt i det som regnes som: *ok, god eller sunn seksuell helse* – til *problematiske seksuell atferd* – til *skadelig seksuell atferd*. Denne modellen er i dag den offisielle i Storbritannia som er knyttet til barn og ungdom som utøver SSA (Hackett, Holmes, & Branigan, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2016). For å kunne ha en god seksuell helse kreves blant annet en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, muligheten for gode og trygge seksuelle erfaringer, fri for maktbruk, tvang, diskriminering og vold (World Health Organization, 2006, s. 5).

Innenfor *sunn og god seksuell atferd* finner en handlinger som er preget av gjensidighet, samtykke, aldersadekvat atferd, utprøvende atferd, lek og moro, uten maktforskjeller i styrke, størrelse, alder, status eller kognitivt. Betegnelsen *problematiske seksuell atferd* brukes om handlinger som kan være helt i orden, men som ikke er passende i situasjonen eller relasjonen den opptrer i. *Skadelig seksuell atferd* er handlinger som er skadelig for den som utsettes og den som utøver. Det er handlinger som ikke er aldersadekvate, og som ofte er planlagte og hemmeligholdte. Atferden er ofte gjennomført ved bruk av makt der den utsatte har negative reaksjoner og den som utøver ikke tar ansvar. Atferden er gjerne gjentakende eller økende i frekvens eller er vanskelig å avlede og stoppe. Den problematiske eller skadelig seksuelle atferden er ikke nødvendigvis intendert, villet eller tilsiktet. Konsekvensen av atferden kan likevel være skadelig for andre i relasjonen eller situasjonen (Jensen et al., 2016).

1.4.2 Behandlingsbegrepet

Behandling blir definert av Helsedirektoratet (2012) som «tiltak 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 inkluderer en rekke tiltak. Behandlingstilbud er et begrep som ofte begrenses til tilbud innenfor helse- og omsorgstjenesten, altså profesjonelle tilbud som er underlagt helse- og omsorgstjenesteloven. En slik definisjon vil føre til en ekskludering av hjelpe- og støttetiltak som primært har rådgivningsformål fremfor behandlingsformål samt andre yrkesgrupper enn dem som er underlagt helse- og omsorgstjenesteloven. I praksis er det imidlertid ikke alltid at skillet mellom behandling og hjelpe- og rådgivningstjenester er så klart.

Formålet med denne rapporten har vært å kartlegge behandlingstilbud, og vi vil derfor omtale intervensjoner som faller inn under en tradisjonell forståelse av denne betegnelsen. Vi vil også beskrive tiltak som bærer preg av hjelp og rådgivning, og tiltak basert innenfor en strafferettslig og sikkerhetsmessig ramme.

Tiltakene kan på et overordnet plan deles inn i *primærforebyggende intervensjoner* og *sekundærforebyggende intervensjoner*. *Primærforebyggende intervensjoner* er for eksempel opplysningstiltak knyttet til seksuell helse og overgrep og SSA. Dette er intervensjoner som er ment å nå alle barn, ungdommer og familier. *Sekundærforebyggende intervensjoner* er for eksempel seksuell helseopplysning som tilpasses og rettes mot særlig sårbare grupper for å utvikle seksuelle helseproblemer, inkludert SSA, som for eksempel barn og ungdom med andre alvorlige atferdsproblemer, som har erfart alvorlige traumer, som har psykisk og eller fysisk funksjonshemming, eller som har alvorlige utviklingsforstyrrelser.

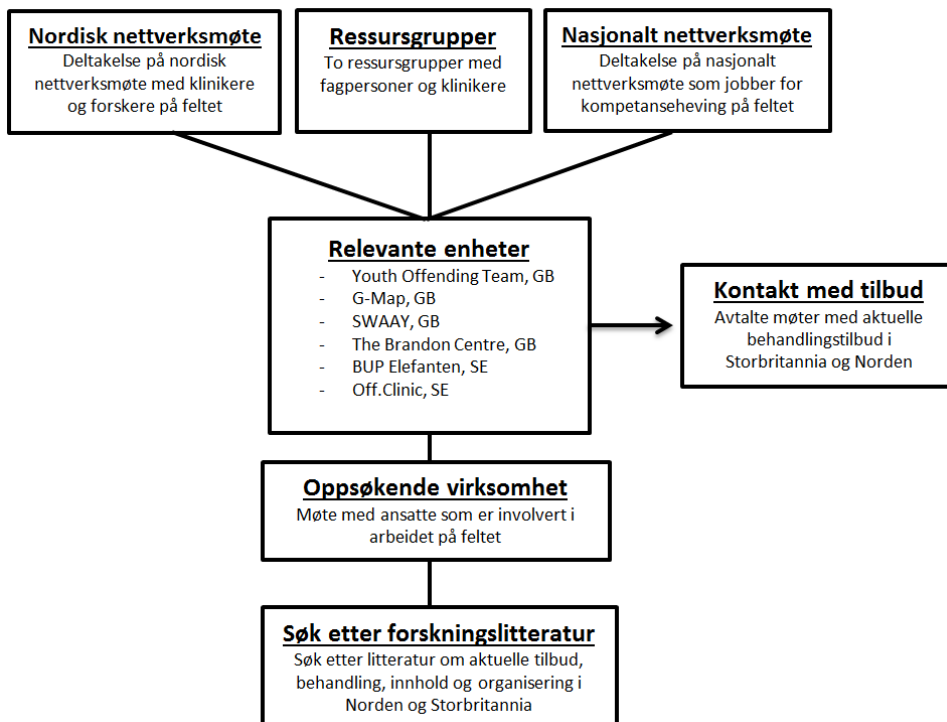
I denne rapporten vil vi komme inn på primær- og sekundærforebyggende intervensjoner, men den vil ha størst fokus på *tertiær forebyggende intervensjoner*. Disse intervensjonene vil i ulik grad være definert inn under behandlingstiltak, som risikovurdering, utredning, psykologisk og psykoterapeutisk behandling, oppfølging for barn og ungdom som har utøvd SSA, miljøterapeutiske tiltak samt gjenopprettende arbeid med deres familie, nettverk og utsatte.

2 Metode

2.1 Prosedyre

Prosjektgruppen deltok på et nordisk og et nasjonalt nettverksmøte og holdt to møter med ressurspersoner på området. Disse møtene dannet utgangspunktet for hvilke behandlingstilbud som deretter ble kontaktet for å avtale et personlig møte. Møtene ble gjennomført ved de aktuelle behandlingsenhetene. For å utarbeide en oversikt over tilgjengelige behandlingstilbud, organisering og kunnskap om metoder og klinisk praksis ble det videre gjennomført et litteratursøk. Flytskjemaet under viser prosessen med å samle inn informasjon og ta kontakt med relevante tilbud.

Figur 2.1 Flytskjema for undersøkelsens prosedyre



2.2 Møter med nettverk og ressursgrupper

Prosjektgruppen deltok på *nordisk nettverksmøte 2016* ved JanusCentret i København, for profesjonelle som arbeider klinisk eller med forskning knyttet til barn med SSA. Møtet gikk over to hele dager og hadde deltakere og presentasjoner fra Danmark, Sverige, Norge, Island og Grønland. Det var ingen deltakere fra Finland på dette møte. Det ble informert om de ulike landenes status for klinisk praksis og forskning på feltet. Videre fikk prosjektgruppen ved NKVTS muligheten til å informere om kartleggingsprosjektet og komme i kontakt med sentrale personer både i kliniske virksomheter og innenfor forskningsfeltet i Norden.

Det ble gjennomført to *møter med ressurspersoner* som er aktive bidragsytere på dette problemområdet. Det var viktig å inkludere deltakere med forskjellig faglig bakgrunn og fra ulike regioner for å få tak i et bredt spekter av mulige tilbud i Norge, i resten av Norden og Storbritannia samt for å legge til rette for diskusjoner med ulikt faglig fokus.

I møtene deltok Atle Austad, psykologspesialist ved IKST, Bernadette Christensen, psykologspesialist og fagdirektør ved Utviklingsavdeling ungdom og ansvarlig for MST-tiltakene ved Atferdssenteret, Nina Christine Dahl, rådgiver ved Omsorgstjenesten Sørøya i Tromsø kommune, Are Evang, psykologspesialist ved Statens barnehus i Tromsø, Pål Grøndal, psykologspesialist og forsker ved SIFER for Helseregion Sør-Øst, Mette Hvalstad, seksjonsleder ved BUP Oslo Nord/ BUPA Oslo universitetssykehus, Thore Langfeldt, psykologspesialist ved IKST, Øyvind Heen Ottesen, psykologspesialist ved RVTS-Vest og Fengselshelse-tjenesten Ungdomsenheten Bjørgvin Fengsel, Ani Elise Pilavian, psykolog og teamleder for MST ved barnevernstjenesten i Bærum, Marita Sandvik, ved Brøset kompetansesenter og teamdeltaker i REBESSA, Vibeke Silseth, psykologspesialist ved Statens barnehus Oslo, og Dagfinn Sørensen, psykolog og spesialist i klinisk sexologi ved RVTS-Nord.

Under møtene med ressurspersonene ble det organisert diskusjoner rundt et definert fokusområde. Samtalen dreide seg om de eksisterende tilbudene til denne gruppen barn og unge under 18 år samt personer med utviklingshemming eller diagnose innenfor autismespekteret, hvordan de er organisert, kunnskapen de bygger på og ressurspersonenes erfaringer samt hvordan slike tilbud kan organiseres og bygges opp i Norge fremover. Som utgangspunkt for diskusjonen fikk gruppen på forhånd tilsendt en liste med spørsmål.

Møtene endte opp med en oppsummering der prosjektlederen omtalte nødvendige og ønskelige løsninger som ressurspersonene hadde kommet frem til i fellesskap. Vi vil beskrive dette nærmere i kapittel 3.

Temaene ble også diskutert med *den nasjonale nettverksgruppen* om barn og unge med bekymringsfull og skadelig seksuell atferd. Gruppen fikk opprinnelig sitt mandat gjennom tiltak 25 i *Barndommen kommer ikke i reprise* (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014a). Hovedmandatet er noe endret, og skal per i dag sikre at alle regioner har kompetanse på fagfeltet samt å utvikle og holde den vedlike. Gruppen har representanter fra Statens barnehus, V27 og RVTS, og ledes av RVTS Midt ved Oddfrid Skorpe Tennfjord.

2.3 Relevante behandlingsenheter

I nettverksmøtene kom det frem at *Nederland* ikke har aktuelle tilbud eller et miljø knyttet til problemområdet per i dag. Helt siden 90-tallet har Nederland hatt tilbud til barn og unge med SSA og var en tid ledende i utviklingen av behandling til denne gruppen.

På *Island* er tilbudet til denne barn og unge med SSA noe tilfeldig bygd opp uten egne enheter som arbeider spesifikt med denne gruppen. Det ble derfor besluttet at det ikke skulle gjennomføres studiebesøk i disse landene. Møtet med JanusCentret i *Danmark* ble gjennomført knyttet til den nordiske nettverkssamling.

På nordisk nettverkssamling i København høsten 2016 var det ingen representanter fra *Finland*. I et referat fra en studietur, som ble gjennomført i 2013 for å fremskaffe kunnskap om denne typen tilbud i Finland, er det beskrevet tre EVA-enheter i Tampere, Kuopio og Helsingfors under «National psychiatric study and treatment unit for underage children» (Grov, 2013). Disse enhetene tar imot barn og unge som er vanskelige å utrede og behandle poliklinisk som blant annet trenger utredninger for seksuelle identitetsforstyrrelser og transseksualitet, rettspsykiatriske vurderinger, og enkelte alvorlige SSA-saker. Sakene er for få til at hvert av de fem sykehusene kan ha lokale tilbud for disse barna, og er derfor etablert som tre sentrale enheter.

For å undersøke om det har skjedd en utvikling på dette området i Finland etter 2013, tok prosjektgruppen kontakt med utviklingsjefen ved Instituttet for helse og velferd, et forskning- og utviklingsinstitutt under det finske sosial- og helsedepartementet i Helsinki. Vi fikk informasjon om at instituttet nylig har gjennomført møter med ansatte ved ulike organisasjoner som kommer i kontakt med denne gruppen barn og unge. Oppsummeringen fra disse møtene viser at det ikke finnes en nasjonal

organisert behandling for barn og unge med SSA i Finland per i dag. Det er ulike frivillige organisasjoner som har satt i gang enkeltstående prosjekter, men det finnes ingen strukturert statlig koordinering av dette feltet. Det er nå planlagt et seminar om denne problematikken i 2017 i samarbeid med Cecilia Kjellgren, universitetslektor ved Linnéuniversitetet i Sverige (H. Ewalds, e-post-korrespondanse, 2017).

I *Storbritannia* ble det valgt ut behandlingstilbud som kun er rettet mot behandling til barn og unge med SSA og som har lang erfaring i slikt arbeid. I tillegg finnes tilbudet National Clinical Assessment and Treatment Service (NCATS) som er en del av tilbudet til barn, familier og profesjonelle knyttet til The National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) som har utviklet et rammeverk for arbeid med denne gruppen barn og unge i *Storbritannia* (Hackett et al., 2016).

Opplysningene som er beskrevet ovenfor dannet grunnlaget for hvilke behandlings-tilbud prosjektgruppen bestemte seg for å kontakte (tabell 2.1). For å sikre at vi kom i kontakt med de relevante miljøene i de aktuelle landene, ble kontaktpersonene også spurt om eventuelle andre aktører.

I alt ble det gjennomført syv studiebesøk. I møtene ble de ansatte bedt om fritt å beskrive sitt tilbud til barn og unge med SSA. Deretter ble de samme spørsmålene som ble tatt opp i møtene med ressursgruppene diskutert. Disse spørsmålene ble på forhånd sendt til kontaktpersoner ved enhetene.

Tabell 2.1 Sentrale behandlingstilbud til barn og unge med SSA i de nordiske landene og Storbritannia der det ble gjennomført studiebesøk

Behandlingstilbud	Land	Tilbud	Kontaktpersoner
SWAAY ¹⁶	GB	Behandling og utdanning	Julian Dunn, Christine Roe og Mette Whittaker
The Brandon Centre	GB	MST-PSB, rådgiving og psykoterapi	Moir Lamond og Stacy Miller
YOT ¹⁷	GB	Hjelp og rådgivning til unge knyttet til lovbrudd	Julie Henniker og Julie Postlethwaite
G-map	GB	Kartlegging, konsultasjoner, rådgivning, behandling	Laura Wylie og Sharon Leeson
Off.Clinic	SE	Kartlegging, konsultasjoner, rådgivning, behandling	Anette Birgersson Thell og Annika Wassberg
BUP Elefanten	SE	Utrednings- og behandlingstilbud	Kerstin Völker, Beata Langren og Martina Anderson
JanusCentret	DK	Utrednings- og behandlingstilbud	Mimi Strange

2.4 Søk etter litteratur og gjeldende retningslinjer på feltet

Det ble gjennomført et søk etter litteratur og gjeldende retningslinjer i de elektroniske databasene Ovid, DARE og PUBMED. Vi henvendte oss til sentrale forskere og behandlere på feltet om relevante litteratur. Vi valgte ut studier som omhandlet terapeutiske intervensjoner, tilbud og program knyttet til barn og unge med SSA samt personer med en utviklingshemming eller en diagnose innenfor autismspekteret med SSA.

¹⁶ «Social work for Abused and Abusing Youth»

¹⁷ «Youth Offending Team»

3 Resultater

Resultatene er organisert i tre nivåer. Først presenteres det som kom frem under de to møtene med ressurspersonene på temaområdet. Videre beskrives det som gikk frem av informasjon ved møtene med ansatte ved de ulike behandlingstilbudene i Norden og Storbritannia under den oppsøkende virksomheten (Tabell 2.1). Til slutt presenteres sentral litteratur og gjeldende retningslinjer på feltet.

3.1 Møter med ressurspersoner

3.1.1 Organisering av behandlingstilbudet til barn og unge med SSA

Alle ressurspersonene er enige om at det er et offentlig ansvar å gi hjelpetilbud til barn som er usatt for vold og seksuelle overgrep. Barn med SSA har samme rettigheter til offentlige tjenester som barn med annen problematikk. Kompleksiteten i slike SSA-saker fordrer et tett samarbeid mellom ulike departement, direktorater og instanser. Det er også enighet om at dette feltet i hovedsak bør defineres som psykisk helseproblematikk, men at det må være et tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid. En slik samordning kan styrke den offentlige innsatsen rundt disse sakene.

Det var en generell enighet om at det *overordnede ansvaret for organisering av tilbudene* i hovedsak hører inn under Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Samtidig er dette et problemområde som i stor grad vil ligge under Justis- og beredskapsdepartementet (JD) og andre instanser som Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Det synes derfor hensiktsmessig at det samarbeides på tvers av disse etatene.

Det var også en bred enighet om at behandlingstilbud for denne gruppen *bør lokaliseres i alle helseregionene* slik at det er landsdekkende og likeverdig. Tilbudene bør ha tverretatlige kompetansemiljø og polikliniske ambulante tjenester. Videre var flere opptatt av at det bør være øremerkede stillinger for å arbeide med denne gruppen av barn og unge. Dette er en forutsetning for at kompetansen på feltet ikke skal forsvinne. SIFER ble foreslått som en samarbeidspartner i organiseringen av tilbudet fordi de allerede er lokalisert i hver helseregion og har et formelt samarbeid med Helsedirektoratet, justis- og politimyndigheter, brukerorganisasjoner,

høyskoler, universitet og kriminalomsorgen. Flere mente imidlertid at tilbudet til barn og unge med SSA bør forankres innenfor helsetjenestene. Ved å knytte denne gruppen tett opp til kriminalomsorgen risikerer en å forsterke det strafferettslig fremfor de helse-, barne- og ungdomspsykologiske aspektene.

Individuell behandling med blant annet støttesamtaler, opplæring, foreldreveiledning, veiledning, miljøterapi, krisearbeid og gjenopprettende prosesser bør være et tilbud som er tilgjengelig hos flere instanser og på ulike nivå.

Ressurspersonene var opptatt av at en viktig forutsetning for et godt behandlings-tilbud er at omsorgssituasjonen er trygg både for de som har utsatt andre for SSA, og for de utsatte. I en del saker vil et samarbeid med barnevernstjenesten være nødvendig. For gruppen av barn som ikke har en god nok omsorgssituasjon, vil det være nødvendig med et institusjonstilbud. Utviklingen av institusjonstilbud må ivareta barnets omsorgs- og helsebehov. Institusjonsopphold vil være særlig aktuelt for barn som har sammensatte problemer, voldsproblematikk og der omsorgssituasjonen ikke tillater behandling i spesialisthelsetjenesten eller med MST.

Norge mangler et offentlig institusjonstilbud med høy behandlingskompetanse. Institusjonsplassering utgjør et alvorlig inngrep i barn og unges liv. Slike tiltak må bare iverksettes etter at man har forsøkt andre og mindre inngripende tiltak.

Ressurspersonene fremholdt at det var helt nødvendig med *et samarbeid mellom instanser* om dette problemområdet for å kunne gi et godt tilbud. Disse barna og unge utgjør en sårbar gruppe som ofte strever med skolerelaterte vansker, mobbing og egne traumereaksjoner. Mange av barna lever i en omsorgssituasjon som ikke fungerer, og flere av dem har en dobbeltproblematikk med mange traumeerfaringer selv. Med slike komplekse og sammensatte behov må flere instanser på banen. Et godt samarbeid forutsetter en avklart ansvarsfordeling og en klar rekkefølge for hvilke instanser som skal inn på hvilke tidspunkt i slike saker. Det er store kommunale variasjoner i landet med hensyn til størrelsen på fagmiljøer og instanser. Det bør utvikles et *nasjonalt rammeverk* som nivåddifferensierer og forplikter instanser til samarbeid og involvering, slik at ingen blir sittende alene med de alvorlige sakene.

Ressurspersonene var enige om at det er mest hensiktsmessig med *regionale tverretatlige kompetanse- og konsultasjonsteam* for samarbeid og drøfting av saker i offentlig sektor. Disse teamene kan ha flere funksjoner ved at de får tak på disse sakene på et tidlig tidspunkt, sorterer sakene med hensyn til instanser som skal involveres, bekymring og alvorlighetsgrad, og ved at de gir en faglig vurdering av hvor barnet vil få best mulig behandling og oppfølging. Drøftingen i teamene vil

kunne resultere i oppfølging av barnevern eller henvisning til BUP, på klare premisser og med en tydelig henviser, og innebære trygghets- og trygghetsplanlegging både for barnet og for andre rundt barnet. Kompetansen i teamene kan komme fra Statens barnehus, Sosialpediatrisk seksjon, barnehabiliteringen, Politiet, BUP, RVTS, Bufetat, avsnitt for seksualforbrytelser, barnevernstjenesten, PPT, skolehelsetjenesten, helsestasjon og koordinator mellom politi og barnevernet.

Mange av ressurspersonene mener at *RVTS-ene* bør ha koordinatoransvar for de regionale tverrfaglige kompetanse- og konsultasjonsteamene og en spesialisert faggruppe for denne type saker i samarbeid med BUP og Statens barnehus. RVTS-ene bør også ha en koordinerende rolle med hensyn til kompetanseutvikling på feltet for å sikre behandling, risikovurdering og verktøy. Det er allerede etablert slike team i flere av regionene. I teamene bør det være deltakere fra RVTS, Statens barnehus, ressursenheter i BUP og Bufetat. Andre aktuelle instanser kan være kommunalt barnevern, kommunale psykologer, politi, familievern, MST og SMISO.

Ressurspersonenes svar er til en viss grad preget av de posisjonene og det fag- og geografiske området som de representerer. På tvers av ulike posisjoner og etater er de alle opptatt av at dette feltet må forankres i det offentlige, at det må bli likeverdig og at det er nødvendig med en stor grad av samarbeid på tvers av etater og fag. Videre er ressurspersonene enige om at en tydelig forankring i klare mandat og ansvarsområder vil være med på å sikre at denne gruppen får god hjelp og oppfølging.

3.1.2 Tilbud til barn og unge med SSA: Instanser som bør involveres

Erfaringene som de ulike ressurspersonene har gjort seg, viser at barn og unge med SSA er en heterogen gruppe med sammensatte behov. Dette innebærer at det er nødvendig med et bredt spekter av tilbud som samarbeider om dette problemområdet.

Ressurspersonene fremholder at *spesialisthelsetjenesten* bør ha ansvar for de tyngste sakene, blant annet der barnet har andre psykiske lidelser og trenger behandling for egne traumeerfaringer og overgrepsspesifikk behandling. Det ble påpekt at *barne- og voksenhabiliteringen* bør ha tilbud til psykisk utviklingshemmede barn, unge og voksne med SSA-problematikk i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Statens barnehus kommer i kontakt med barn og unge eller voksne med psykisk utviklingshemming med SSA. Erfaringene fra disse sakene gir et godt utgangspunkt for å kunne si noe om hvilke instanser som bør kontaktes og om det er flere barn som er involvert. Dette gjør Statens barnehus til en viktig instans for å videreformidle

saker. I tillegg til å gjennomføre avhør og medisinsk undersøkelse gir Statens barnehus råd og veiledning til offentlige instanser i anonyme saker som er uavklarte, og de kan utføre kartlegginger og risikovurderinger. Barnehusene kan vurdere behovet for oppfølging eller behandling, men per i dag har de ikke mandat, kapasitet eller ressurser til å tilby langvarig oppfølging til denne gruppen. Videre arbeider enkelte ansatte ved Statens barnehus med å formidle kunnskap innen feltet, fremme samarbeid med andre instanser og styrke barnas rettssikkerhet. På lengre sikt er det et ønske om at barnehusene skal ha det samme tilbudet, men per i dag er det store variasjoner.

Ressurspersonene var samstemte om at *BUP* kan gjøre risikovurderinger og har traumespesifikk kompetanse, men at det er behov for kompetanseheving knyttet til avdekking, utredning og rutiner for behandling av barn og unge med SSA innen BUP-systemet. Matriseteam, med en eller to fra hver BUP som får spisskompetanse på ett område, er en modell som er etablert i BUP-ene, og som kan tenkes brukt for å styrke oppfølgingen av denne gruppen barn og unge. En annen løsning er at alle BUP-er har ansatte med opplæring på barn og unge med problematisk seksuell atferd, mens barn og unge med skadelig seksuell atferd henvises til egne regionale kliniske behandlingsenheter med spisskompetanse på behandling av denne gruppen.

Flere av ressurspersonene foreslår at det kan utvikles *regionale kliniske behandlingsenheter* for barn og unge med SSA knyttet til de største BUP-ene. Dette ble også ansett som en god løsning av representantene fra psykisk helsevern for barn og unge. Dette ble regnet som en viktig måte å ivareta denne gruppens behov på for klinisk og barnespesifikk utredning og behandling. Slike enheter kan bistå i de alvorlige sakene med utredning, risikovurdering, behandling og konsultasjon til andre klinikere i spesialisthelsetjenesten og kommunalt samt drøfte saker anonymt. Sammen med RVTS kan slike ressursenheter bygge opp kompetanse i de andre BUP-ene. Dette krever at regionene og helseforetakene samordnes om enhetene. Det er imidlertid ikke slik at alle barn og familier kan reise til de sentrale byene for behandling. Her kan en løsning være ambulerende team knyttet til ressursenhetene. Enkelte av ressurspersonene er opptatt av at det bør finnes andre lokale løsninger for organiseringen av slike regionale enheter der en heller har ansatte i delte stillinger med ansatte fra ulike etater, slik som for eksempel REBESSA i Trondheim.

Ifølge ressurspersonene bør *kommunehelsetjenesten* med blant annet fastleger, helsesøstre og kommunale psykologer styrkes med hensyn til kompetanse på problematikken, slik at de kan følge opp barn og unge med problematisk seksuell atferd på et lavt nivå. Kommunale tjenester kan også være en viktig aktør for å

kommunisere om seksualitet. På denne måten kan man sette ord på problemområdet og utvikle en avdekkingskompetanse.

Ressurspersonene fremholder at den kommunale *barnevernstjenesten* har en viktig rolle når det gjelder å følge opp familier og fungere som koordinator mellom instanser i saker med denne gruppen barn og unge. Tjenesten er dermed et viktig bindeledd for kommunikasjon mellom instansene. Enkelte ressurspersoner beskriver et potensiale i barnevernstjenesten og resten av førstelinjetjenesten til å fange opp barn og unge med SSA. Generell kunnskap om avdekking og risiko bør derfor forankres innen barnevernkontorene, enten ved det enkelte kontor eller ved enkelte resurskontorer.

MST-teamene innenfor Bufetat arbeider i miljøet til barn og unge. Disse teamene kan jobbe intensivt i perioder med flere hjemmebesøk i uken og kan ha tilreisende team med kompetanse i denne metoden. MST-teamene kan også være en god samarbeidspartner for BUP i saker der barnet ikke kommer til behandling eller der behandler ikke kommer i relasjon til barnet. Det kan være hensiktsmessig om teamene i samarbeid med habiliteringstjenesten og Bufdir kan fange opp barn og unge som faller utenfor systemet, som barn og unge med autismespekterforstyrrelser og psykisk utviklingshemming. MST-behandlingen er ikke utviklet med tanke på arbeid med barn og unge med SSA-problematikk. Det finnes derimot en egen variant av MST som er utviklet for arbeid med denne gruppen, «Multisystemic therapy for juveniles with problematic sexual behaviour» (MST-PSB)¹⁸. Denne metoden krever sertifisering, men per i dag er ingen MST-team opplært i denne modellen. FFT¹⁹-team arbeider familieterapeutisk og ut mot systemene i generaliseringsfasen og kan brukes for behandling av barn og unge med problematisk seksuell atferd i lavrisikogruppen og ut mot færre arenaer.

Ifølge ressurspersonene bør *barn, unge og voksne med SSA og psykisk utviklingshemming* i hovedsak behandles innen barne- og voksen-habiliteringstjenestene og, i tilfeller der det forekommer psykiske lidelser, også av spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen av denne gruppen må legges på kommunalt nivå der det er mulig for behandlerne å følge opp i bolig- og omsorgsenheter. BUP-ene kommer lite i kontakt med denne gruppen og har mindre kompetanse på behandling av den. MST-teamene kan også gjennomføre behandling i de tilfellene der teamet kan arbeide multisystemisk og der barnet fungerer på flere arenaer og på vanlig skole, men ikke av barn med alvorlige funksjonshemminger.

¹⁸ Modellen er beskrevet nærmere under punkt 4.4.3.

¹⁹ Funksjonell familieterapi.

Barnevernstjenesten spiller en sentral rolle for å få henvist barn og unge med psykisk utviklingshemming. IKST i Oslo er en privatklinikk som, etter henvisning fra barnevernstjenesten, tar imot barn og unge med psykisk utviklingshemming til behandling.

Offentlig institusjonsbehandling for denne gruppen anses av samtlige ressurspersoner som aktuelt i de situasjonene der det er andre problemer knyttet til SSA, som alvorlig kriminalitet, og når omsorgspersonene ikke kan ta vare på barnet i hjemmet. Behandling på institusjon bør foregå i så kort tid som mulig. Ulike modeller for organisering ble diskutert: En mulighet ville være at institusjonene kun tar inn barn og unge med SSA-problematikk. En annen mulighet er å ta inn barn og unge med ulike problemer. Den førstnevnte løsningen kan forhindre stigmatisering og vil muligens fremme at barnet kan «være seg selv» i miljøet. Når institusjonsbehandling skal organiseres, er det vesentlig å vurdere tryggheten, strukturen og organiseringen innenfor en traumeinformert- og overordnet omsorgstilnærming.

Ressurspersonene var samstemte om at *kunnskap og kompetanse om dette problemområdet må inn på ulike nivåer*. De ansatte i skolene, barnehagene og barnevernet bør ha en *grunnleggende kunnskap* om barn og unge med SSA. Disse aktørene kan gjøre et viktig forebyggende arbeid og kan hjelpe spesialisthelsetjenesten med oppfølgingen av barnet. Kommunehelsetjenesten er også en viktig aktør som bør styrkes med kompetanse slik at de kan følge opp sakene med problematisk seksuell atferd. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, er det viktig at behandlerne har barnepsykiatrisk kompetanse og kunnskap om SSA og kan gjennomføre risikovurdering og overgrepsspesifikk behandling. Videre bør det finnes noen *øremerkede stillinger som sikrer* spisskompetanse og mengdetrening hos behandlere. Spesialistene må ikke stå ansvarlige for all den terapeutiske behandlingen av barn og unge med SSA. Videre bør det være organisert slik at spesialisthelsetjenesten kan støtte og veilede andre som arbeider med denne gruppen.

3.1.3 Risikovurdering, utredning og behandling

Ressurspersonene mener at *det er mulig og svært viktig å kombinere risikohåndtering, regulering av atferd og traumebevisst omsorg* der behandler er tydelig på at dette er deler av en helhet med et mål om gradvis å redusere trygghetstiltak. Ressurspersonene har gode erfaringer med å jobbe parallelt med for eksempel strategier for impuls kontroll, traumebehandling, håndtering av seksuelle følelser, trygghetstiltak og tilsyn. For å kunne starte et behandlingsforløp er det vesentlig at omgivelsene til barnet eller ungdommen er trygge. Dette er et premiss for å trygge både omgivelsene og skape endringer hos barnet. Innenfor dette området er

det en pågående diskusjon om spennet mellom trygging og omsorg.

Ressurspersonene er opptatt av denne fordi en er urolig for at trygghetstiltakene skal bli viktigere enn omsorgen. Nyere traumeteori fremhever at traumatiserte barn og unge kan ta direkte skade av et strengt atferdsperspektiv – vi vet at mange barn med SSA selv har vært utsatt for vold og omsorgssvikt og trenger god oppfølging ut fra dette.

Ressurspersonene er samstemte i at *både en klinisk utredning og en risikovurdering* er et godt utgangspunkt for å kunne vurdere hvilken type behandling det er behov for og for å kunne vurdere risikoen for gjentakelse. Det er ikke realistisk at alle fagpersoner skal ha spesifikk kompetanse på behandling av SSA-problemer, men *utredningskompetanse* på SSA bør være utbredt hos flere faggrupper og instanser. Verktøy som kan benyttes er alt fra enklere varianter som Trafikklyset²⁰ (Brook, n.d.; Hegge, 2016) til ERASOR²¹ (Worling & Curwen, 2001a) og AIM2²² (Print et al., 2012; Print et al., 2001). Flere av ressurspersonene anbefaler spesifikt at spesialister på feltet bruker AIM2 for utredning og risikovurdering. Dette verktøyet er basert på Good lives-modellen (GLM) og inneholder en økologisk og holistisk tilnærming med fokus på blant annet tilknytning, traumer, diagnoser og sosiale ferdigheter.

3.1.4 Behandling

Ressurspersonene mener at *behandlingen til barn og unge med SSA bør inneholde* overgrepsspesifikke samtaler, individuell terapi, kognitiv terapi, relasjonell terapi, miljøterapi, sosial ferdighetstrening, gjenopprettende prosesser og alt det som kan inngå i poliklinisk behandling i BUP. Videre bør det være tilbud om veiledning med foreldre, familiesamtaler og ansvarsgruppemøter. Terapien bør rettes mot kjente risiko- og beskyttelsesfaktorer ved den unge selv, familien, skolen, venner og nærmiljø. Det er nødvendig at behandlingen er systematisk, planlagt og målrettet for bedring. Behandlingen må være skreddersydd til den unge. Innholdet i behandlingen som tilbys, må være rettet mot det faktiske problemområdet, og flere instanser må involveres for å gi et komplett tilbud.

Ressurspersonene er enig om at *behandling av seksuelle problem skiller seg noe fra behandling av andre typer problemer*. Behandlingen skiller seg ved å snakke om seksualitet og kropp, kartlegge seksuell tenning, lovverk, risikoscenario og alternative seksuelle strategier. Generell mestring og vekst er viktige elementer knyttet til GLM og dette er viktig i alle typer terapier for atferdsvansker.

²⁰ Sexual Behaviours Traffic Light Tool

²¹ Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism, ERASOR.

²² Assessment Intervention Moving on 2 (AIM2) er et rammeverk som består av ti omfattende håndbøker.

Oppfølgingen av denne gruppen barn og unge bør ifølge ressurspersonene gjennomføres med en systemisk tilnærming, der det er en helhetlig tankegang og mange samarbeidspartnere slik at det kan være intervensjoner på flere arenaer. Man skal tilstrebe at barna er en del av familien, klassen og skolemiljøet, og at de deltar i prososiale aktiviteter. Det er derfor viktig at omgivelsene har kunnskap om og forståelse for seksualitet og barn, trygghetsplaner og vekstfaktorer og kan støtte barn og unge med slike problemer. Behandlingen bør også innebære en systematisk oppfølging etter at behandlingen er avsluttet, både knyttet til barnet eller den unge, familien og andre involverte som skole og barnehage.

Ressurspersonene har positive erfaringer fra enkeltsaker med *gjenopprettende prosesser* og tilrettelagt dialog. Konfliktrådet har kompetanse på gjenopprettende samtaler, og det er mulig at denne metoden bør bli et fast element. Mange av ressurspersonene viser til JanusCentret, hvor mediering er en integrert del av behandlingen, men heller ikke der bruker de det i alle saker, bare der de ser det som hensiktsmessig.

3.2 Oppsøkende virksomhet

I det følgende vil vi beskrive det som gikk frem ved møtene med de ulike behandlingstilbudene i Norden og Storbritannia. Ut ifra informasjon om at det ikke finnes en nasjonal organisert behandling for barn og unge med SSA i Finland per i dag, ble det besluttet at det ikke ble gjennomført studiebesøk i Finland (s. 31). I Norge er det største kliniske miljøet knyttet til barn og unge med SSA ved V27 i Bergen. Siden en av deltagerne i prosjektet også er ansatt ved V27 og det tidligere er gjennomført to møter ved NKVTS med de ansatte ved V27, ble det ikke gjennomført et eget besøk ved klinikken. V27 vil likevel bli presentert her som et av de tiltakene vi har innhentet kunnskap om.

3.2.1 Social work for abused and abusing youth

Type tilbud, organisering og finansiering. «Social work for abused and abusing youth» (SWAAY) er et tilbud i Storbritannia for barn og unge fra 10 år med SSA. Tilbudet er organisert som syv familiehjem med plass til 24 gutter og dekker Thames Valley samt nærliggende områder. Oppholdet på familiehjemmet innebærer et 52-ukers omsorgstilbud med terapi og skole. Tilbudet finansieres gjennom det offentlige og er delt mellom helse, utdanning og sosialtjenesten. Finansieringen dekker to års opphold og behandling. Mange har imidlertid komplekse behov og får oppfølging over betydelig lengre tid (Edwards, Whittaker, Beckett, Bishopp, & Bates, 2012).

SWAAY samarbeider med lokale myndigheter, YOT, politi og andre instanser som kommer i kontakt med denne gruppen barn og unge.

Behandlingstilbudet. Barn som kommer til SWAAY, har behov for en trygg omsorgsperson og individuell terapeutisk omsorg som tar hensyn til hvordan tidlige traumer påvirker hvordan barnet eller den unge utvikler seg og fungerer. Familiehjemmene tilbyr et tilknytnings- og traumefokusert terapeutisk miljø. Målet med programmet er å hjelpe barn og unge til å håndtere sine emosjonelle og psykiske vansker, utvikle sosial kompetanse og regulere sin atferd.

Faglig bakgrunn hos de ansatte. De ansatte ved SWAAY er både kvinner og menn fra et bredt spekter av fagområder (blant annet psykologi, sosialt arbeid, pedagogikk og kriminologi). De ansatte har spesialkompetanse når det gjelder å omgås barn og unge med SSA, og samtlige får opplæring i sexologi om hva som er passende, skadelig og problematisk atferd basert på Trafikklyset. Enkelte har også spesialisert seg i psykisk helse, familierapi og språkerapi.

Risiko og trygging. Oppfølgingen og behandlingen ved SWAAY legger til rette for et åpent miljø om hendelser, hvordan situasjoner blir håndtert og om hva som må tilpasses i omgivelsene slik at den unge når sine mål for behandlingen. For å bevare tryggheten i boligene er det tilsyn hele døgnet²³, flere enn to personer skal være tilstede ved sosiale situasjoner, og fysisk berøring og fysisk makt er ikke tillatt²⁴.

Henvisning og inntak. SWAAY får henvisninger fra lokale myndigheter og «Child and adolescent mental health services» (CAMHS) samt via YOT.

Utredning. Det blir utført kartlegging med ERASOR og ASAP (Van Outsem, 2009; Van Outsem et al., 2006) i starten, underveis og i slutten av behandlingsforløpet. Det blir også brukt psykometriske²⁵ instrumenter og kartlegginger av barnets fungering og livssituasjon. Familiemedlemmene blir involvert fra behandlingsstart, blant annet gjennom bruk av spørreskjema²⁶, for å vurdere hvilken kunnskap de har om SSA og hvilken forståelse de har av risikosituasjoner og effektive beskyttelsesstrategier. I utredningen blir barnet oppfordret til å delta i utviklingen av sitt eget opplegg for behandling. Målet med kartleggingen er å forstå barnets tidligere traumeerfaringer, måle risiko, identifisere problemer og fastsette behov. Vurderingene blir brukt for å

²³ Det er ikke tilsyn på badet og når barnet eller ungdommen er på eget rom alene.

²⁴ Det er imidlertid mulig å søke om mer fysisk kontakt i løpet av behandlingen og den enkelte får oppfølging av en individuell terapeut med touch risk management.

²⁵ Psykometri er en samlebetegnelse for ulike metoder for måling av psykologiske fenomener, subjektive symptomer og plager.

²⁶ «Parental Relapse Prevention Questionnaire».

utvikle en personlig terapeutisk og pedagogisk plan som er tilpasset følelsesmessig, psykologisk og atferdsmessig fungering. Planen blir vurdert hver niende måned.

Behandlingstilbudets innhold og form. Tilbudet er en multimodal tilnærming som inkluderer en rekke ulike behandlings-intervensjoner på samme tid. Tilnærmingen utnytter bredden av tilgjengelige ressurser og instanser for barn og unge, og legger vekt på behovet for kontinuitet og koordinering av de ulike instansene. Fokuset for behandlingen ved SWAAY er på barnets behov. I behandlingen blir det tatt i bruk en kombinasjon av kognitiv atferdsterapi (KAT), rasjonell-emosjonell atferdsterapi (REBT), traumefokusert terapi og dyadisk utviklingsfremmende psykoterapi (DDP) innenfor et GLM-rammeverk²⁷. Barnet får individuell terapi en eller to ganger i uken, gruppeterapi en gang i uken samt familierapi. Enkelte deltar også i en ukentlig kunstterapigruppe.

Oppfølging etter behandling. Den offentlige finansieringen av tilbudet dekker ikke oppfølging etter behandling. Det er imidlertid lagt til rette for at den unge skal kunne fortsette i terapi etter at behandlingsforløpet er avsluttet, og det er til enhver tid mulig å ta kontakt med SWAAY-administrasjonen.

Skole og opplæring. SWAAY har en egen skole som vektlegger å legge til rette for et støttende og tilpasset miljø der elevene føler seg verdsatt, anerkjent og motivert for å oppnå sine mål. Skolen kan ikke ta imot barn med alvorlige lærevansker. Etter at behandlingen er avsluttet ved SWAAY, får eleven tilbud om skolegang på en lokal skole med tilrettelagt overføring.

Evaluerings av tilbudet. En studie av Edwards et al. (2005) viser at de som ikke fullfører behandlingen ved SWAAY er i større risiko for å gjenta den skadelige seksuelle atferden enn de som fullfører behandlingen ved SWAAY. En annen studie indikerer at de som fullførte gruppebehandlingen ved SWAAY viste bedring i generell psykososial fungering og overgrepssrelaterte holdninger sammenlignet med før behandlingen (Edwards et al., 2012).

3.2.2 The Brandon Centre

Type tilbud, organisering og finansiering. The Brandon Centre er en ideell organisasjon i London som tilbyr hjelp, råd og behandling for ungdom i alderen 12 til 24 år. Senteret tilbyr psykoterapi, rådgivning knyttet til prevensjon og seksuell helse, foreldreveiledning, MST og MST-PSB for barn og ungdom med SSA mellom 10 og

²⁷ DDP er et tilknytningsbasert program for institusjonsomsorg (Doyle-Buckwalter & Robison, 2008).

17 år som bor hjemme eller i fosterfamilie. Det er per i dag tre MST-PSB-team, ett i London, ett i Cambridgeshire og ett i Sheffield. The Brandon Centre finansieres av lokale myndigheter²⁸, «Clinical Commissioning Groups»²⁹ og stipender og donasjoner. Senteret samarbeider blant annet med CAMHS og University College London (UCL). Senteret får henvisninger fra blant annet sosialtjenesten og YOT.

Behandlingstilbudet. MST-PSB-teamet ved The Brandon Centre har et tilbud til barn og unge av begge kjønn med SSA. Teamet behandler barn og unge fra 10 til 17 år som bor hjemme eller som bor i fosterhjem. Det blir ikke gitt behandling til barn og unge som har en psykisk lidelse, diagnose innenfor autismespekteret eller alvorlig utviklingsmessig forsinkelse. Senteret har omtrent 40 saker i året.

Faglig bakgrunn hos de ansatte. De ansatte ved MST-PSB-teamene er psykologer. Samtlige er godkjente MST-PSB-terapeuter.

Risiko og trygging. Det blir utviklet planer for å redusere risikoen for gjentakelse av den skadelige eller problematiske atferden.

Utredning. Den unge kartlegges for alle aspekter som er relatert til den problematiske atferden og for egen utsatthet med eget verktøyet utviklet for MST-PSB samt Trafikklyset. AIM2 og ERASOR gjennomføres av andre instanser før barnet eller den unge kommer til behandling ved senteret. Kartleggingen involverer hele familien. På bakgrunn av kartleggingen utvikler terapeuten en strategi og intervensjon som kontinuerlig vurderes av terapeuten og familien med hensyn til om den fører til observerbare positive endringer i atferden.

Behandlingstilbudets innhold og form. Barn og ungdom som får tilbud om behandling ved MST-PSB-teamet i London blir fulgt opp av en terapeut som er tilgjengelige for barnet eller ungdommen og dens familie hele døgnet. Terapeuten møter familien hjemme tre eller fire ganger i uken i en periode på fem til syv måneder. Arbeidet er rettet mot hele familien og barnets nærmiljø. Behandlings-tilbudet skreddersys til den enkelte familie. Hver uke setter foreldrene, ungdommen og terapeuten mål for arbeidet og lager en praktisk plan for hvordan målene skal nås. Behandlingen er basert på MST-PSB-modellen, en kombinasjon av familierapi, KAT og sosial ferdighetstrening.

Utfordringer. Det kan være en utfordring for MST-PSB-teamene å hjelpe de aktuelle familiene slik at de blir i stand til å håndtere barnets SSA. Mange av foreldrene er i

²⁸ Per i dag finansieres senteret av lokale myndigheter i Camden, Enfield, Haringey, Islington og Lambeth.

²⁹ «Clinical Commissioning Groups» er klinisk-styrte og lovbestemte organer med ansvar for planlegging og igangsetting av helsetjenester for sitt nærmiljø; <https://www.nhs.uk/ccgs/>.

en benektelse over at barnet har et problem og ønsker ikke å motta behandling fra MST-PSB-teamene. Videre er det utfordrende for terapeutene å få foreldrene til å tilgi og akseptere handlingene barnet har utrettet.

Oppfølging etter behandling. MST-prosessen innebærer en intensiv involvering. Målet er å styrke omsorgspersonene til å fortsette med de strategier og tiltak som ble iverksatt og som ble vurdert som vellykket gjennom den terapeutiske intervensjonen. Det er imidlertid oppfølging av sosialtjenesten etter MST-prosessen.

Evaluering av tilbudet. MST-PSB har vist gode resultater, og er en av de få modellen på behandling av unge med SSA der det har blitt gjennomført RCT-studier (Borduin, Schaeffer, & Heiblum, 2009; Letourneau et al., 2009). Forskning indikerer imidlertid at MST ikke er like effektiv for alle undergrupper i SSA-populasjonen – for eksempel knyttet til den gruppen ungdom som utøver SSA mot yngre barn (National Institute for Health and Care Excellence, 2016). The Brandon Centre har en pågående RCT-studie i samarbeid med universitetet College London, ledet av Peter Fonagy (Fonagy et al., 2015).

3.2.3 Youth Offending Team – Wigan

Type tilbud, organisering og finansiering. Youth Offending Team (YOT) er et tverretattlig tilbud som er koordinert kommunalt og regulert av «Youth Justice Board»³⁰. Teamene ble etablert i 1998 for å tilby oppfølging til barn og unge fra 10 til 18 år som har begått et lovbrudd. Deres sentrale oppgave er å hjelpe barn og ungdom, gjennom samarbeid med andre instanser som politi, skoler, frivillige organisasjoner, for å forhindre at de begår nye lovbrudd. I Storbritannia er det i alt 139 YOT-er. Disse driver også lokale forebyggende kriminalitetsprogrammer. YOT har også egne institusjoner. Per i dag har YOT i Wigan mellom 90 og 100 barn til oppfølging, hvorav de fleste er gutter. Området dekker 300.000 innbyggere. I løpet av 2016 handlet 15 av disse sakene om barn som har begått seksuelle overgrep.

Tilbudet. Barn som får tilbud om oppfølging ved YOT har begått lovbrudd. Flere av barna har blitt mobbet, har store sosiale vansker, er seksuelt utagerende og har ofte en risikofylt atferd på internett. Teamene samarbeider med politiet, tilsynsførere, helseinstanser, barneverntjenesten, skole, frivillige organisasjoner og barne- og ungdomsinstitusjoner. Barnet kan bo hjemme eller på en av institusjonene dersom omsorgen ikke er tilstrekkelig. Målet er at den unge skal forstå konsekvensene av

³⁰ Bestemmer de nasjonale retningslinjene for YOT.

handlingene sine og å håndtere problemene som kan bidra til å opprettholde den skadelige seksuelle atferden.

Faglig bakgrunn hos de ansatte. YOT i Wigan har i alt 25 ansatte, som kommer fra et bredt spekter av fagområder. De ansatte er både kvinner og menn som ofte jobber i team med begge kjønn. De har blant annet bakgrunn som sosialarbeidere, psykologer og lærere. Syv av de ansatte har opplæring i AIM2.

Risiko og trygging. Det gjennomføres en kartlegging av risikosituasjoner knyttet til hjemmet og skolen. Dette er grunnlaget for å legge trygghetsplaner for hva som kan være risikofylte situasjoner i fremtiden, hva barnet skal gjøre i disse situasjonene og hvilke støttepersoner barnet kan snakke med. Dette er et tiltak for å forebygge nye overgrep. Ved opphold på en av institusjonene er barna frie til å bevege seg i nærområdet som de vil, og det brukes ingen form for fysisk makt.

Henvisning og inntak. De fleste av henvisningene til YOT kommer fra politiet, men familie, skole og sosialtjeneste kan også ta kontakt om de er bekymret for et barn. Etter henvisning blir det avtalt et strategimøte med familien, og YOT utarbeider en rapport om bakgrunn, risiko og barnets behov.

Utredning. Det blir utført kartlegging med AIM2. Verktøyet beskrives som bredt, og det har fokus på systemet som helhet.

Tilbudets innhold og form. Tilbudet er basert på GLM og har fokus på den enkeltes behov, utvikling av sunne relasjoner, emosjonsregulering, gjenopprettende tiltak³¹ og involvering av familien³². Den utsatte blir inkludert i oppfølgingen dersom dette er et ønske fra begge parter. I de første møtene er fokuset på at barnet, familien og de ansatte skal etablere kjennskap til hverandre. Temaer som blir gjennomgått er livshistorien, problematisk og skadelig seksuell atferd, konsekvenser av slik atferd, lovbruddet som er begått og påvirkningen dette har på utsatte. Etter 12 måneder blir arbeidet gjennomgått av ansatte, familien og barnet. Oppfølgingen varer i minst 12 måneder slik at barnet kan utvikle en relasjon og tillit til de ansatte.

Utfordringer. Det oppleves som utfordrende å få til et godt samarbeid med CAMHS. Årsakene som ble nevnt, var at CAMHS er dårlig utbygd, og at de har for lite bemanning. Det ble uttrykt et ønske om et tettere samarbeid og at det fantes et barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud med bedre rammer. De ansatte i YOT mente at svært mange av ungdommene hadde behov behandling ut over det de kunne tilby. Om

³¹ Restorative justice.

³² Hjelp for traumerelaterte plager er ikke vektlagt i behandlingen ved YOT fordi det er for lite ressurser.

ungdom fikk denne type hjelp, ville det også gjøre det lettere å få involvert foreldrene, særlig de foreldrene som benektet at de seksuelle handlingene hadde funnet sted.

Oppfølging etter behandling. Det er ikke regelmessig oppfølging ved YOT.

Evaluerer av tilbudet. Det er ikke regelmessige tilbakemeldinger og rapporteringer etter oppfølging ved YOT. En studie av unge som har vært i kontakt med YOT viser at majoriteten av de unge som har vært til oppfølging hos YOT har et stort behov for å få hjelp av barne- og ungdomspesialisthelsetjenesten. Svært få av disse unge får imidlertid denne typen oppfølging, og dette handler om blant annet sosiale, strukturelle og kulturelle barrierer inkludert temaer knyttet til stigma og konfidensialitet (Walsh, Scaife, Notley, Dodsworth, & Schofield, 2011).

3.2.4 G-map

Type tilbud, organisering og finansiering. G-map ble opprettet i 1988 og er et privat poliklinisk tilbud til barn og unge med SSA. G-map bidrar også bredt nasjonalt og internasjonalt med undervisning og kurs. Tilbudet har et samarbeid med blant annet Universitetet i Birmingham, AIM-prosjektet, «Crystal Care Solutions»³³, «Together Trust»³⁴. Tilbudet dekker Greater Manchester.

Faglig bakgrunn hos de ansatte. Gruppen av ansatte ved G-map har forskjellig faglig bakgrunn og ulike faglige perspektiver. Samtlige av de ansatte har spesialisering i arbeid med barn og unge som er utsatt for seksuelle overgrep og med SSA.

Behandlingstilbudet. G-map har et tilbud til barn og unge både gutter og jenter med SSA og barnets omsorgspersoner og nettverk samt miljøet hvor barnet har problemer med sin seksuelle atferd. Tilbudet er også rettet mot barn og unge med komplekse behov, hvor det er et høyt nivå av bekymring knyttet til den skadelige seksuelle atferden. Målet er å ha et optimistisk miljø der den unge kan utvikle sin kunnskap om seg selv og tro på seg selv. Det terapeutiske arbeidet med barnet avsluttes etter 12 måneder, men veiledning og støtte kan fortsette ut over denne perioden.

Henvisning og inntak. G-map får henvisninger fra offentlige instanser, som skoler, BUP og barnevernet og fra private aktører.

³³ Et institusjonstilbud for barn og ungdom mellom åtte og atten år i Midlands og Nord-Wales.

³⁴ Et omsorgstilbud for barn og ungdom i Nordvest-England.

Utredningen. Det blir utført kartlegging med AIM2 og ERASOR i starten, underveis og i slutten av behandlingsforløpet. Det blir også brukt et bredt spekter av psykometriske instrumenter. Barnet intervjues i nærmiljøet, og det blir gjennomført samtaler med sosialtjenesten, omsorgspersonene, de ansatte på skolen og CAMHS. Etter 20 uker, og med tre måneders intervaller, blir det utarbeidet en rapport om barnets atferd og utvikling, omsorgssituasjon, risiko- og trygghetsvurdering og fremtidig behandlingsbehov.

Behandlingstilbudets innhold og form. Det terapeutiske tilbudet er basert på GLM, noe som innebærer at terapeuten skal møte den enkeltes behov, mål og ambisjoner på en trygg og positiv måte. Dette krever en terapi som er fleksibel, sensitiv, kreativ og som er tilpasset den enkeltes behov med hensyn til personlig bakgrunn, kultur og forutsetninger. Ved oppstart får barnet tildelt to terapeuter med relevant erfaring. Det blir gitt ukentlig individuell terapi i maks en og en halv time samt familieterapi. Familien får også ukentlig oppdatering om behandlingsforløpet for å sikre at det som læres i terapien også overføres til barnets daglige miljø.

Evaluerer av tilbudet. G-map får tilbakemeldinger ved hjelp av spørreskjema og intervju fra instanser som benytter tilbudet. Når man evaluerer en modell som G-map, som blant annet er basert på styrker og ressurser, er det viktig å måle positive effekter av behandlingen i tillegg til tilbakefallsrater. En studie av ni unge som har gjennomført behandling ved G-map viste signifikante positive endringer på slike mål som «internal locus of control», økt grad av optimisme tillit til egen mestring (self-efficacy) og økt følelse av å kunne relatere seg til andre samt en opplevelse av å være mindre sårbar (Griffin, 2013). En annen studie viste at unge, som har gjennomført behandling ved G-map, hadde en signifikant reduksjon i dynamiske risikofaktorer. En kan anta at dette kan redusere risiko for fremtidig skadelig seksuell atferd (ibid.).

3.2.5 Off.Clinic

Type institusjon, organisering og finansiering av tilbudet. Off.Clinic er en privat klinikk som er en del av Humana, et privat idédrevet omsorgsforetak. Foretaket bidrar også med undervisning og kurs. Tilbudet består av to poliklinikker, en i Malmö og en i Kristianstad, og institusjonen Visslan som består av tre ulike avdelinger Villan, Bakfickan og Stugan i Skåne. Tilbudet er landsdekkende. Off.Clinic har et tett samarbeid med offentlige tjenester, som BUP-er, politi og skoler.

Faglig bakgrunn hos de ansatte. Det er omtrent 55 ansatte, hvorav ti er psykologer, som arbeider med denne gruppen barn og unge. Personalgruppen består av sosionomer, psykologer, atferdsterapeuter og miljøterapeuter. Flere har opplæring i

sexologi, familieterapi og KAT, og samtlige ansatte får opplæring i ERASOR og DBT³⁵.

Behandlingstilbudet. Off.Clinic har tilbud til barn og unge av begge kjønn med SSA. Per i dag er det ingen jenter til behandling ved institusjonen. Poliklinikkene behandler barn og unge opp til 25 år. Institusjonen tar i mot barn og unge opp til 17 år hvor barna og de unge har komplekse behov, funksjonshinder, et høyt nivå av bekymring knyttet til den skadelige seksuelle atferden eller som ikke har et støttende nettverk. Opphold ved klinikkene er regulert av Lagen om vård av unga (LVU)³⁶ og Socialtjänstlagen (SoL)³⁷. Behandlingen ved institusjonen blir gitt i ett halvår av gangen og kan gis så lenge barnet har behov for det. Barnet flyttes tilbake til familien når risikoen for tilbakefall er lav. Det overordnede målet med programmet er at barnet skal beskyttes mot å begå nye overgrep og få støtte til å regulere følelsene sine.

Risiko og trygging. På institusjonen er ytterdørene låst, og det er installert alarm på alle soverom. Alarmen avgir en høy lyd hver gang noen går inn eller ut av rommet. En ansatt kommer til stedet når alarmen går. De unge skal bare oppholde seg sammen under tilsyn og får ikke være i fysisk kontakt med hverandre.

Utredning. Det utføres kartlegging med blant annet ERASOR og ASAP. Barnet intervjues i nærmiljøet, og det blir gjennomført samtaler med sosialtjenesten, foreldrene og de ansatte på skolen og i BUP. Utredningen fører til en skriftlig oppsummering og en plan om videre oppfølging og behandling.

Behandlingstilbudets innhold og form. Behandlingen ved institusjonen blir gitt en gang i uken og kan foregå individuelt og i gruppe. Metodene er tilpasset alder og vansker, og har fokus på relasjonsferdigheter, emosjonsregulering og mindfulness. Det utvikles både en stopp-plan for situasjoner, atferd og tanker som innebærer risiko og hvilke strategier den unge kan bruke for å håndtere dem og en kjøre-plan med mål for fremtiden og støttepersoner. I behandlingen blir det tatt i bruk en kombinasjon av KAT, DBT, traumebehandling og familiebehandling. Som hjelpemiddel i behandlingen brukes også film, spill og rollespill. Arbeidet ved Off.Clinic er samlet i

³⁵ Dialektisk atferdsterapi (DBT).

³⁶ LVU gir «socialnämnden» mandat til å plassere barn, som ikke får tilstrekkelig omsorg eller som bor i et hjem med et uholdbart psykososialt miljø eller som viser alvorlig destruktiv atferd, i familie- eller behandlingshjem (Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, 1990; Socialstyrelsen, 1997).

³⁷ Socialtjänstlagen (SoL) utgjør grunnlaget for sosialtjenestens virksomhet i Sverige. Sosialtjenesten skal arbeide for barn vokser opp i sikre betingelser og sørge for at barn som er i faren for en negativ utvikling får beskyttelse og støtte (Socialstyrelsen, 2014; Socialtjänstlag, 2001).

«Handbok 1.0 Individuell overgrepsspeciñk samtalsbehandling för ungdomar 10-21 år. Kristianstad: Off Clinic; 2013».

Skole og opplæring. Off.Clinic har en egen kommunal grunnskole med et beskyttet miljø, tre lærere og to atferdsterapeuter. Barnas skolegang skal ha et avslappende miljø og være tilrettelagt den enkeltes behov med stor grad av voksenstøtte.

Evaluering av tilbudet. Høsten 2014 ble det igangsatt en RCT-studie for å se på effekten av behandlingen. Studien er ledet av Linnéuniversitetet, i samarbeid med Off.Clinic, der en skal følge alle unge som har utøvd et seksuelt overgrep og vært i kontakt med sosialtjenesten i løpet et år.

3.2.6 BUP Elefanten

Type tilbud, organisering og finansiering. BUP Elefanten er et tilbud i region Östergötland lokalisert i Linköping for behandling av barn og unge opp til 18 år som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep og barn og unge med SSA. BUP Elefanten er knyttet til BUP Linköping. Per i dag har enheten 20 barn til behandling mellom 4½ og 18 år, hvorav tre av barna er jenter. BUP Elefanten samarbeider med sosialtjenesten, politiet, Allmänna Barnhuset og Off.Clinic. Samarbeidet med sosialtjenesten er viktig for å sikre at det ikke skjer ytterligere skader og fordi samarbeidet fungerer tidsbesparende i saker der nye opplysninger kommer frem. Det etableres også nettverksmøter som involverer sosialtjenesten, foreldrene, den som er utsatt, barnet med SSA og behandlerne i BUP. Disse møtene etableres og drives av sosialtjenesten.

Behandlingstilbudet. Barn som får tilbud om behandling ved BUP Elefanten, bor i Östergötland og bor hos egen familie eller i fosterhjem³⁸. Mange av barna har ADHD eller en diagnose innen autismspekteret, er seksuelt utagerende og har ofte en atferd på internett som er risikofylt. Det opplyses om flere saker knyttet til festvoldtekt³⁹ og søskenovergrep. Ved BUP Elefanten yter de poliklinisk behandling, utredning og risikovurdering før de foretar en vurdering om barnet skal fortsette i behandling hos BUP Elefanten eller henvises til familie- eller behandlingshjem.

Faglig bakgrunn hos de ansatte. De ansatte ved BUP Elefanten har utdanning i ASAP og ERASOR i tillegg til i GLM. Samtlige har spesialkompetanse når det

³⁸ Barnet anbefales plass i barnehjem, kommunale familiehjem eller forsterket familiehjem i saker der det er behov for behandling hver dag, der det er manglende omsorg i hjemmet og i saker der søsken er involvert.

³⁹ Alkohol, rus og utnyttelse av situasjonen.

gjelder å behandle barn og unge med SSA. Det er et tett samarbeid på poliklinikken der de ansatte hjelper hverandre gjennom hele behandlingsforløpet.

Risiko og trygging. Det gjennomføres en kartlegging av situasjoner, atferd og tanker som innebærer risiko og hvilke strategier den unge kan bruke for å håndtere eller unngå disse situasjonene. Kartleggingen handler også om å sette mål for fremtiden og finne støttepersoner som kan hjelpe til med å nå disse målene og håndtere vanskelige situasjoner.

Henvisning og inntak. BUP Elefanten får henvisninger fra foreldre, sosialtjeneste, barnehage og skole. Når en henvisning kommer inn, kobles gjerne Allmänna Barnhuset, politi og andre instanser inn i saken.

Utredning. Det blir utført kartlegging med ERASOR og ASAP (Van Outsem, 2009; Van Outsem et al., 2006), Trafikklyset og annen bred kartlegging relatert til bekymringsfull eller problematisk seksuell atferd samt annen barne- og ungdomspsykiatrisk utredning. Det er ingen utredning som er skreddersydd for små barn, og det blir derfor brukt utredningsmateriell med blant annet ARMIDILO-S⁴⁰, et verktøy i utgangspunktet utviklet for personer med utviklingshemming, samt egne verktøy. Videre blir både omsorgspersoner og barn kartlagt for traumereaksjoner, traumehendelser og livssituasjon. Enkelte saker starter i politiavhør der ansatte ved BUP Elefanten er til stede. Dette gjelder for barn over 12 år.

Behandlingstilbudets innhold og form. Den terapeutiske tilnærmingen blir tilpasset hvert enkelt barns behov og har fokus på relasjonsferdigheter, emosjonsregulering og mindfulness. I behandlingen blir det tatt i bruk en kombinasjon av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)⁴¹, traumebehandling og familiebehandling. Det arbeides direkte med seksualitet. Videre får barnet i oppgave å skrive et brev både til og fra den utsatte for å reflektere over den traumatiske opplevelsen. Barnet gjennomgår individuell terapi en gang i uken i tillegg til familieterapi. Behandlingen foregår over en kortere eller lengre tidsperiode etter barnets behov.

Etniske minoriteter. Ved behandling av barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn er det nødvendig med kulturkompetanse for å nå inn til omsorgspersonene og barna. Det er også nødvendig med erfaring med bruk av tolk i behandling. Det kunne vært hensiktsmessig å møte dem som utdanner tolker, for å fortelle hva man har behov for og hva tolken bør vite om.

⁴⁰ <http://www.armidilo.net/>

⁴¹ TF-CBT er traume-fokusert kognitiv atferdsterapi.

Utfordringer. Det er en utfordring at foreldre og barn må reise langt for behandling ved BUP Elefanten. Det ville derfor vært hensiktsmessig om det fantes et lignende tilbud i hver region eller kommune i Sverige. Det er kostbart å sende ansatte på studiebesøk, møter og opplæring. Det er imidlertid nødvendig for å samle kunnskap og holde kontakt med sentrale behandlere og forskere på feltet. Det mangler forskning om dette problemfeltet og også om hvilke komponenter i ulike behandlingsformer som fungerer.

Oppfølging etter behandling. Det er regelmessig oppfølging med familien. Oppfølgingen varierer avhengig av saken.

Evalueringsav tilbudet. Virksomheten ved BUP Elefanten bygger på en GLM-tilnærming og bruk av evidensbaserte verktøy som ERASOR og ASAP. Metodene for behandlingen er også evidensbasert som for eksempel TF-CBT. Ut over dette er ikke behandlingsvirksomheten ved BUP Elefanten evaluert.

3.2.7 JanusCentret

Type tilbud, organisering og finansiering. Prosjektet Janus startet i 2003 og er en klinikk for behandling av barn og unge med seksuell overgrepstatferd. Prosjektet har siden 2011 vært en selvstendig institusjon og er en del av regjeringens handlingsplan for bekjempelse av seksuelle overgrep mot barn. Deres oppdrag er å behandle barn og unge med SSA, samle inn data og formidle kunnskap (Strange, 2008). Senteret er en aktiv formidler av sin kunnskap, blant annet som VISO-leverandør⁴². Senteret tilbyr også rådgivning for foreldre og profesjonelle samt kriseintervensjon og krisesamtaler med foreldre og nettverk. JanusCentret har et samarbeid med Juno⁴³ i Aarhus og SEBA⁴⁴ i Aalborg om en landsdekkende datainnsamling⁴⁵.

Behandlingsstilbudet. Gruppen barn som får tilbud om behandling ved senteret er heterogen. Det er barn som har vært seksuelt eksperimenterende og nysgjerrige, mens andre har begått alvorlige og gjentatte overgrep. Dette krever en grundig undersøkelse og individuell organisering av behandlingen og andre tiltak. Det blir gitt tilbud til både gutter og jenter opp til 18 år. Senteret tilbyr behandling både til barn som bor hjemme, og til barn som bor utenfor hjemmet. Målet med behandlingen er å sikre at det ikke skjer gjentakelser av den skadelige seksuelle atferden. Tilbudet

⁴² VISO er en nasjonal kunnskaps- og spesialrådgivningsorganisasjon i Danmark.

⁴³ http://www.aarhus.dk/sitecore/content/Subsites/Juno/Home/Om-Juno.aspx?sc_lang=da

⁴⁴ <http://seba.aalborg.dk/om-projekt-seba>

⁴⁵ Sosial-, barne- og integrasjonsministeriet har gitt midler til tre enheter som skal tilby hjelp til barn med SSA.

ved JanusCentret baseres på retningslinjer av IATSO og ATSA for barn under 12 år (JanusCentret, 2016).

Faglig bakgrunn hos de ansatte. De ansatte ved JanusCentret kommer fra et bredt spekter av fagområder, blant annet innenfor psykologi, sosiologi og psykoterapi.

Risiko og trygging. Det gjennomføres en kartlegging av risiko ved utredningen på senteret.

Henvisning og inntak. Henvisningen av barn til JanusCentret finner sted i samarbeid med de sosiale myndighetene. I forbindelse med utredningen avdekker JanusCentret barnets vanskeligheter og ressurser i samarbeid med sosialforvaltningen, andre relevante profesjonelle og de primære omsorgspersonene. Ut fra denne utredningen vurderes behovet for hjelp. Hvis barnet ikke er egnet til behandling på senteret, vil det gis rådgivning om andre muligheter.

Utredning. Utredningen består av en psykologisk undersøkelse, WISC-IV⁴⁶ (vurdering av kognitive evner), Rorschach⁴⁷ (vurdering av personlighet), TOVA⁴⁸ (screening for ADHD) og ERASOR. Det blir gjennomført intervju om barnets forståelse av SSA, identifikasjon av situasjoner rundt overgrepet og forhold knyttet til barnets nettverk. Videre blir det gjort lekeobservasjoner og påfølgende samtaler om oppvekst, relasjoner, fritid, seksuell atferd og eventuell egen utsatthet. Det blir også utført foreldreanamnese, analyse av barnets nettverk og vurdering av traumegrad. Resultatene av utredningen vil avdekke hvilken innsats det er behov for enten for barnet og familien eller for de profesjonelle i barnets nettverk.

Behandlingstilbudets innhold og form. Det psykologiske arbeidet ved senteret tar utgangspunkt i en holistisk tilnærming og baseres på en teori og metode som er utviklings-, klinisk- og sosialpsykologisk. Senteret tilbyr både et individuelt samtaleforløp etter barnets behov og gruppebehandling til dem som er henvist til og utredet på senteret. Gruppebehandlingen ledes av én eller to psykologer og varer ofte over 25 ukentlige økter over to timer. Gruppene settes sammen ut fra deltakernes alder, kjønn, funksjonsnivå og problematikk. Så langt det er mulig gjennomføres mediering som er et terapeutisk regulert møte mellom den som er utsatt og den som har SSA (Strange, 2008). Når barnet har særlige behov, som ved autisme og ADHD, tilbyr JanusCentret et spesialisert behandlingstilbud som er tilrettelagt med hensyn til

⁴⁶ Wechsler Intelligence Scale for Children -Fourth Edition.

⁴⁷ Rorschach-testen er en psykologisk projektiv testmetode.

⁴⁸ Test Of Variables of Attention.

barnets særlige behov og funksjonsnivå med tett involvering av barnets nettverk, slik at det som læres i behandlingen kan overføres til hverdagen.

Oppfølging etter behandling. Det er en regelmessig oppfølging med familien. Oppfølgingen varierer med hensyn til saken.

Evaluering av tilbudet. De tre behandlingseenhetene i det landsdekkende prosjektet har en pågående datainnsamling. Til nå har de samlet inn data fra 87 utrednings- og behandlingssaker. For å få et fullstendig bilde av klientenes familiesituasjon, sosiale bakgrunn og oppvekstvilkår, gjennomfører «Det Nationale Forskningscenter for Velfærd» en registerdataundersøkelse for JanusCentret. Undersøkelsen vil blant annet belyse foreldrenes levevilkår og sosial bakgrunn, sosioøkonomiske faktorer og fysiske og psykiske helsesituasjon (JanusCentret, 2016).

3.2.8 V27 Betanien BUP

Type tilbud, organisering og finansiering. V27⁴⁹ er en klinisk ressursenhet i Helse Vest ved Betanien BUP som ble etablert i 2003. Fra 2009 har V27 vært finansiert som ressursenhet for Helse Vest i samarbeid med Betanien. V27 tar inn saker fra eget BUP-distrikt i Bergen (Laksevåg og Fyllingsdalen bydeler), og er også behjelpelig med konsultasjon. Enheten samarbeider med flere aktuelle instanser, som blant annet BUP-er, skole, Bufetat, helsestasjon, fastlege, Statens barnehus, RVTS-Vest, konfliktrådet (ungdomsoppfølging) og ungdomsenheten ved Bjørgvin fengsel⁵⁰. V27 har fra oppstart deltatt nasjonalt og internasjonalt på nettverksmøter knyttet til SSA-feltet. Ressursenheten har også oversatt og gjort tilgjengelig fagverktøy på SSA-området som «Adolescent Sexual Abuser Project»⁵¹, «Varig forandring»⁵² og oversettelse og tilpasning av AIM2 utrednings veileder⁵³.

Behandlingstilbudet. Mandatet og arbeidet ved enheten er tredelt. V27 skal være oppdatert på kliniske utrednings- og behandlingsverktøy. Videre skal V27 inneha spisskompetanse på feltet barn og unge som utøver SSA samt videreformidle denne kunnskapen til andre BUP-er i Helse Vest. Enheten skal også arbeide klinisk med pasientgruppen og deres familier samt gi konsultasjon til andre BUP-er i Helse Vest.

Faglig bakgrunn hos de ansatte. Per september 2016 har ressursenheten 2,2 stillinger fordelt på tre psykologspesialister og en overlege.

⁴⁹ Ressursenheten V27 ble gitt navn etter den første kontoradressen, som var Vestlundsveien 27.

⁵⁰ For mer om V27⁵⁰ – se Ingnes og Kleive (2011); Jensen et al. (2016); Kleive og Garbo (2015).

⁵¹ ASAP; Beckett Beckett, Gerhold, og Brown (2002)

⁵² Kleive & Garbo, 2008 Bullens og Hendriks (1997); Ingnes, Kleive, og Garbo (2009); Kleive og Garbo (2015)

⁵³ Jensen og Mörch (2016); Print et al. (2012)

Henvisning og inntak. Barneverntjenesten og andre BUP-er er instansene som hovedsakelig henviser SSA-saker til V27 med henholdsvis 30 og 57 prosent.

Utredning. V27 bruker Trafikklyset, AIM2 og ERASOR samt en rekke andre verktøy for å kartlegge barn og unge med SSA.

Behandlingstilbudets innhold og form. V27 har et tilbud til barn og unge både gutter og jenter opp til 18 år. Enheten arbeider individuelt, med familier og i grupper. Behandlingen bygger på barne- og ungdomspsykiatrisk kunnskap og kompetanse samt spesifikk opplæring i arbeid med barn og unge med SSA.

Evaluerings av tilbudet. En studie, gjennomført med gutter som har vært henvist med SSA til V27, viser at sakene som V27 har jobbet direkte med, karakteriseres av alvorlige seksuelle hendelser utført mot både yngre og jevnaldrende jenter og gutter. De fleste i utøvergruppen er under kriminell (15 år) og seksuell (16 år) lavalder i Norge. Flertallet av dem bor hjemme i sin biologiske familie. Det er også flere som har generelle atferdsproblemer og sosiale vansker. Mange av familiene har omfattende problemer utover det overgrepsspesifikke (Jensen et al., 2016). Det er ikke gjennomført evaluering av tilbudet.

3.3 Litteratur og gjeldende retningslinjer

Det ble gjennomført et søk etter forskningslitteratur i databasene Ovid, DARE og PUBMED for å finne sentrale og oppdaterte artikler og oversikter på feltet. I tillegg ble det brukt faglige oversikter av International Association for the Treatment of Sexual Offenders, IATSO (Miner et al., 2006), National Institute for Health and Care Excellence, NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2016), The National Society for the Prevention of Cruelty to Children, NSPCC (Hackett et al., 2016) og Association for the Treatment of Sexual Abusers, ATSA (Association for the Treatment of Sexual Abusers, 2006; Blasingame, Boer, Guidry, Haaven, & Wilson, 2014; Blasingame, Creeden, & Rich, 2015). Vi har gjennomgått, systematisert og sammenfattet informasjon om behandling, metoder, tilnærminger og verktøy fra disse publikasjonene.

IATSO har utviklet retningslinjer for behandling av ungdom mellom 12 og 18 år med SSA i samsvar med forskning på feltet. Det blir imidlertid ikke gitt konkrete anbefalinger om fremgangsmåter og verktøy. IATSO definerer behandling av ungdom med SSA som en endringsintervensjon basert på spesialisert kartlegging og utredning. Behandlingen kan innebære individuell psykoterapi, familierapi, gruppeterapi og andre psykososiale tiltak. Kartleggingen, utredningen og

behandlingen bør ta utgangspunkt i ungdommens bakgrunn og omsorgssituasjon (Bischof, Stith, & Whitney, 1995; Elliott et al., 1996; Fagan & Wright, 2011), og bør baseres på et perspektiv som tar høyde for at seksuelle interesser og orienteringen kan endres i løpet av ungdomstiden (Savin-Williams & Diamond, 2000; Schwartz, Cavanaugh, Pimental, & Prentky, 2006). Behandlingen bør være styrke- og støttebasert med en kontinuitet og bør involvere omsorgspersoner og den unges nettverk (Hunter & Longo, 2004). Samtlige skal behandles med respekt og verdighet (Chaffin, Letourneau, & Silovsky, 2002), og behandlings-tiltak bør baseres på forskning og klinisk ekspertise.

NICE har utviklet retningslinjer for arbeid med barn og unge mellom 10 og 18 år, og individer opp til 25 år med utviklingshemming, med SSA. NICE anbefaler at instansene som behandler denne gruppen barn og unge bør ha en tverrfaglig og tverretattlig tilnærming. Dette for å sikre prosedyrer for rask henvisning og rask avklaring av hvilke instanser som skal involveres, tett samarbeid mellom fagpersoner og en kontinuitet i behandlingen. Dette er en forutsetning for effektiv håndtering og god ivaretagelse av barn og unge med SSA. Det bør også utvikles en protokoll for hvordan instansene kan dele informasjon basert på ivaretagelse, barnevernets prosedyrer og aspekter knyttet til samtykke og sensitivitet (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

NICE fremholder at kartleggingen og utredningen bør baseres på informasjon om barnets helse, atferd, psykososial utvikling og omsorgssituasjon samt eventuelle andre vansker og traumatiske hendelser i barnets liv. På et tidlig tidspunkt i oppfølgingen blir det anbefalt å bruke Trafikklyset eller en modell av Hackett (2011) for å identifisere og vurdere den seksuelle atferden som vekker bekymring. For barn under 12 år kan det være hensiktsmessig å bruke «Child Behaviour Checklist», CBC, og «Child Sexual Behaviour Inventory», CSBI (Achenbach & Ruffle, 2000; Friedrich et al., 1992). Risikoverktøyene J-SOAP-II, ERASOR og deler av AIM2 (Prentley & Righthand, 2003; Print et al., 2012; Worling & Curwen, 2001a), tilpasset alder og kjønn, er anbefalt for å vurdere gjentakelsesfare, og behovet for oppfølging og tiltak. På bakgrunn av kartleggingen skal det utvikles en tiltaksplan, som følges opp av samme ansatte over tid og som kan endres etter barnets utvikling, i samarbeid med barnet og omsorgspersoner. Det anbefales å bruke anerkjente modeller for behandlingen som GLM eller programmer som «Change for good» (Beech, 2013; McCrory, 2011). De terapeutiske tilnærmingerne som anbefales for behandlingen er KAT, MST-PSB, systemisk terapi og psykoterapeutiske tilnærminger. Både individuell-, gruppe-, familierapi kan brukes i behandlingen. Behandlingen bør være styrke- og støttebasert og bør involvere omsorgspersoner og den unges nettverk.

I Storbritannia har *NSPCC*, «*Research in Practice*» og professor *Simon Hackett*, i samarbeid med nasjonale organisasjoner, ressurspersoner og lokale myndigheter, utviklet et nasjonalt rammeverk for arbeid med barn og unge med skadelig seksuell atferd (Hackett et al., 2016), som skal brukes i tilknytning til retningslinjer av *NICE* (National Institute for Health and Care Excellence, 2016), med mål om å innføre en god faglig standard på SSA-arbeidet. Rammeverket fremholder at risikovurdering, kartlegging, behandling og oppfølging bør være evidensbasert, holistisk, multimodal, styrke- og støttebasert, proporsjonert til risiko og behov, fokusert på resiliens, sammenheng, tverrfaglig, tverretattlig og tverrsektoriell. Kartleggingen, utredningen og behandlingen bør tilpasses barnets behov og utviklingsnivå, og baseres på barnets omsorgssituasjon og bakgrunn samt eventuelle andre vansker og traumatiske hendelser i barnets liv (Chaffin et al., 2008; Gil & Shaw, 2013; Hackett, 2014). Behandlingen bør ha en fleksibel tilnærming og samtlige skal behandles med respekt og verdighet.

I *NSPCC*-rammeverket blir det anbefalt å bruke Trafikklyset og kontinuum-modellen av Hackett (2011) for å identifisere og vurdere den seksuelle atferden som vekker bekymring. Håndboken for risikovurdering fra AIM2 blir oftest brukt av fagpersoner i Storbritannia for å kartlegge denne gruppen barn og unge (Hackett, Masson, & Phillips, 2005; Smith, Bradbury-Jones, Lazenbatt, & Taylor, 2013), sammen med en bred informasjonsinnhenting fra den unges familie og nettverk. Det kan imidlertid brukes flere verktøy i kartleggingen som ERASOR og «Juvenile Sex Offender Assessment Protocol», J-SOAP-II (Prentley & Righthand, 2003; Worling & Curwen, 2001a). Det anbefales å bruke anerkjente modeller og tilnærminger for behandlingen som GLM, MST-PSB, kognitiv atferdsterapi, gruppeterapi og resiliensbaserte intervensjoner (Hackett, 2006). Behandlingen bør involvere omsorgspersoner, hjelpe til å identifisere SSA på et tidlig tidspunkt og støtte barnet og familien på flere arenaer. Det blir også anbefalt å utvikle nasjonale prosedyrer for henvisning av denne gruppen barn.

ATSA har utviklet retningslinjer for kartlegging, utredning og behandling av barn under 12 år. Verktøyene som er anbefalt for kartleggingen er blant annet «The Child Sexual Behavior Inventory–III», CSBI-III (Friedrich, 2002) og «The Child Sexual Behavior Checklist», CSBCL (Johnson & Friend, 1995). Områdene som er viktig å kartlegge er bakgrunnshistorien og omsorgssituasjonen, hvordan barnet fungerer psykologisk- og atferdsmessig, barnets seksuelle atferd med påvirkende faktorer og eventuelle traumatiske hendelser. Den seksuelle atferden kartlegges gjerne kronologisk fra begynnelsen knyttet til viktige hendelser i barnets liv. De terapeutiske tilnærmingene som anbefales for behandling av denne gruppen, er psykoedukasjon og KAT (Carpentier, Silovsky, & Chaffin, 2006; Bonner et al.,

1999). Det er viktig at tilnærmingen er tilpasset at dette er små barn som derfor trenger noe annet enn ungdom og voksne. Intervensjoner som omplassering, varsling, rapportering, juridiske vurderinger og restriksjoner for kontakt med andre barn bør gjøres med varsomhet og med utgangspunkt i en grundig vurdering.

ATSA har utviklet retningslinjer for vurdering, behandling og oppfølging av barn, ungdom og voksne med intellektuell utviklingshemming og SSA. Tilbudet til denne gruppen bør innebære en omfattende og holistisk kartlegging og utredning. Det bør først gjøres en vurdering av om personen har en utviklingshemming og en eventuell samtidig psykisk lidelse. Verktøy som blir anbefalt for kartleggingen av denne gruppen er blant annet «The Assessment of Risk and Manageability of Individuals with Developmental and Intellectual Limitations who Offend – Sexually», ARMIDILO-S (Boer et al., 2012), «Rapid Risk Assessment of Sex Offender Recidivism», RRASOR (Hanson, 1997), Static-99 (Helmus, Thornton, Hanson, & Babchishin, 2012) og AIM2. Forskning viser at disse verktøyene kan predikere risiko for gjentakelse (Griffin & Vettor, 2012; Hanson, Sheahan, & VanZuylen, 2013; Lofthouse et al., 2013).

Behandlingen av barn, ungdom og voksne med intellektuell utviklingshemming og SSA bør være relatert til grunnleggende behov og dynamiske risikofaktorer som kommunikasjon, seksualundervisning, moralske retningslinjer (skillet mellom rett og galt), konsekvenser av handlinger, motivasjon og ressurser eller styrker og utviklingen av en prososial atferd (Haaven, 2006; Lindsay, 2009; Miller & Rollnick, 2002). I behandlingen bør det legges vekt på tilnærminger som positiv psykologi, RNR-prinsipper og «Positive behavioral supports» (Andrews & Bonta, 2010; Association for Positive Behavior Support, 2008). Kartleggingen, utredningen og behandlingen bør ta hensyn til at personen kan ha svekket hukommelse, språklige utfordringer, lesevansker og reduserte sosiale evner. Det anbefales å bruke GLM (Yates et al., 2010), Old Me/New Me-modellen (Haaven, 2006) eller RNR-modellen (Andrews & Bonta, 2010). Behandling i små grupper beskrives som en effektiv fremgangsmåte for å håndtere benektelse og avvikende impulser og for å fremme prososial atferd (med komponenter som «Old Me» og «New Me»).

GLM er en styrkebasert rehabiliteringsrammeverk for behandling av personer med SSA (Ward & Stewart, 2003). Modellen er rettet mot klientenes behov, evner, ønsker og mål og er basert på ideen om at behandlingen må bygge på personens ressurser og evner for å redusere risikoen for gjentakelse. Intervensjoner bør anses som en aktivitet som kan styrke en persons fungering fremfor noe som fjerner et problem. Bakgrunnen for modellen er at SSA er et resultat av psykososiale og emosjonelle problemer. GLM skal også fungere som en veiledning for praktikere slik at de kan

utforme konkrete intervensjonsplaner. Den etiske kjernen i GLM er basert på menneskerettighetene og antagelsen om at personer med SSA har forpliktelser til å respektere andres rettigheter til helse og frihet, og at de også har krav på de samme hensyn. Forskningen på effekten av GLM-baserte tiltak har funnet positive resultater (Gannon, King, Miles, Lockerbie, & Willis, 2011; Lindsay, Ward, Morgan, & Wilson, 2007; Ware & Bright, 2008; Whitehead, Ward, & Collie, 2007).

GLM har blitt tatt i bruk som et rammeverk og en måte å strukturere det terapeutiske arbeidet på ved G-map. Resultatet av arbeidet med å tilpasse GLM til barn og unge med SSA, er samlet i boken «The Good Lives Model for Adolescents Who Sexually Harm» (Print, 2013). Det blir beskrevet at barn og unge med SSA har behov for kartlegging, tilnærming og oppfølging som er bredspektret og holistisk med fokus på blant annet tilknytning, traumer, diagnoser og sosiale ferdigheter. Det bør være en terapeutisk tilnærming som er fleksibel, sensitiv, styrkebasert og kreativ, og som er tilpasset den enkeltes behov med hensyn til både personlig bakgrunn, kultur og forutsetninger.

AIM2-modellen er et rammeverk for kartleggingen av barn og unge med SSA som inkluderer praktiske retningslinjer og støtte til beslutninger om tiltak i behandlingen. Prosjektet skal hjelpe fagpersoner til å utøve god faglig praksis og til å komme i dialog med barnet og personer i barnets nettverk. Prosjektet skal også utvikle en tverretattlig konsistens i kartleggingen av barn og unge med SSA i Storbritannia og Wales. Vurderinger av prosjektet viser at praktikere beskriver AIM som et brukervennlig, fleksibel og praktisk verktøy (Griffin & Beech, 2004). Den styrkebaserte tilnærmingen i AIM2 blir vurdert som viktig for å kartlegge beskyttelsesfaktorer knyttet til risikoen for gjentakelse (Griffin, Beech, Print, Bradshaw, & Quale, 2008).

3.4 Oppsummering

I Sverige er de sentrale tilbudene til barn og unge med SSA det offentlige tilbudet ved BUP Elefanten og den private klinikken Off.Clinic. Det eneste offentlige spesialiserte tilbudet med kompetanse på området er BUP Elefanten lokalisert i Linköping. Tilbudet dekker hele region Östergötland. En utfordring, spesielt for de minste barna, er at det kan være lang avstand mellom bostedet og klinikken. Enkelte BUP-er i resten av landet har også noe tilbud til denne gruppen men det er mer tilfeldig og avhengig av at det finnes enkeltpersoner som har kunnskap om barn og unge med SSA. Off.Clinic er en landsdekkende klinikk i den forstand at de tar imot barn fra hele landet. Imidlertid er begge poliklinikkene og institusjonen lokalisert i

syd-Sverige. Dette betyr at det, for de fleste av barna, vil være lange avstander mellom behandlingsenheten og deres lokalmiljø. Dette vanskeliggjør et tett samarbeid mellom behandlingsenheten, barnets lokalmiljø og de lokale enhetene som skal følge opp barnet, som skole, lokalt hjelpeapparat og barnevern.

I Danmark er det ett privat tilbud til barn og unge med SSA, henholdsvis JanusCentret i København, JUNO i Århus og SEBA i Aalborg som til sammen driver et landsdekkende poliklinisk utrednings- og behandlingstilbud. En utfordring er at disse tre enhetene dekker store områder og mange av barna må reise langt for å komme til behandlingsenhetene. Slik organisering gjør det også vanskelig å samarbeide tett med barnets lokale skole og hjelpeapparat. Det finnes ingen offentlige landsdekkende tilbud i Danmark.

I Norge er det per i dag ett spesialisert offentlig tilbud til denne gruppen barn og unge, V27 ved Betanien BUP i Bergen. V27 tar inn saker fra eget BUP-distrikt i Bergen og dekker de to bydelene Laksevåg og Fyllingsdalen. Lignede tilbud er ikke opprettet ved andre BUP-er i landet. Det finnes ingen landsdekkende tilbud. I tillegg er det nylig opprettet to private institusjoner for barn og unge med SSA, disse er lokalisert i Trondheim og Tønsberg.

I Storbritannia er noen av de sentrale tilbudene til barn og unge med SSA: SWAAY, G-map, YOT og The Brandon Centre. Disse har i tillegg til klinisk virksomhet også drevet med kunnskapsformidling. SWAAY er et behandlingstilbud for barn og unge som ikke kan bo hjemme eller i fosterfamilier. Dette er med andre ord kun et tilbud for barn og unge med alvorlig SSA problematikk og med dårlig omsorgssituasjon hjemme. Tilbudet er ikke landsdekkende, men for bosatte i og rundt området Thames Valley vest for London med en populasjon på omkring 2.1 millioner mennesker. MST-PSB som drives ved The Brandon Centre har en pågående RCT-studie i samarbeid med universitetet College London, ledet av Peter Fonagy. Den kliniske virksomheten er imidlertid begrenset til tre team i hele landet. G-map er en uavhengig tverrfaglig sammensatt enhet som tilbyr poliklinisk behandling for barn og unge med SSA, deres familier eller omsorgspersoner og som tilbyr veiledning, kursing og konsultasjoner til en rekke profesjoner. De startet i 1988 og har lang erfaring i arbeidet med denne gruppen. De tar i mot barn og unge til konsultasjoner fra området Greater Manchester. G-map samarbeider også med AIM-prosjektet. Ved G-map er det gjennomført flere effektstudier med positive resultat. YOT-ene finnes i hele Storbritannia. Disse tilbyr oppfølging til barn og unge fra 10 til 18 år som har begått et lovbrudd. Deres sentrale oppgave er å hjelpe barn og ungdom, gjennom samarbeid med andre instanser som politi, skoler, frivillige organisasjoner, for å

forhindre at de begår nye lovbrudd, og har i mindre grad oppfølging i form av behandling.

Felles for de ansatte i Storbritannia, som prosjektgruppen var i kontakt med, var bekymringen knyttet til samarbeidet med landets CAMHS, tilsvarende BUP-enhetene i Norge. Dette er et paradoks siden et konsistent funn i forskning og klinisk arbeid med denne gruppen barn og unge er at en stor andel av dem trenger barne- og ungdomspsykiatrisk oppfølging. Denne type offentlige tilbud er per i dag ikke lett tilgjengelig i Storbritannia (CAMHS Tier 4 Report Steering Group, 2014).

Sentral faglitteratur og gjeldende standarder og retningslinjer på feltet viser at kartleggingen og utredningen bør ta utgangspunkt i informasjon om barnets helse, atferd, psykososiale utvikling, omsorgssituasjon og nettverk samt eventuelle andre vansker og traumatiske hendelser (Bischof et al., 1995; Elliott et al., 1996; Fagan & Wright, 2011; Hackett et al., 2016). Behandlingen og oppfølging bør være evidensbasert, holistisk, multimodal, styrke- og støttebasert, proporsjonert til risiko og behov, fokusert på resiliens, tverrfaglig, tverretattlig og tverrsektoriell (Chaffin et al., 2008; Hackett et al., 2016). Behandlingen bør også ta høyde for at de seksuelle interessene og orienteringen kan endres i løpet av ungdomstiden (Savin-Williams & Diamond, 2000; Schwartz et al., 2006).

Det blir anbefalt å bruke Trafikklyset, AIM2, ERASOR og J-SOAP for å identifisere og vurdere den seksuelle atferden som vekker bekymring. For barn under 12 år kan det være hensiktsmessig å bruke «Child Behaviour Checklist» og «Child Sexual Behaviour Inventory». Videre bør det brukes anerkjente rammeverk og modeller som GLM og AIM2.

Behandlingstilbudet til personer med utviklingshemming og SSA bør bestå av en omfattende kartlegging, risikovurdering og behandling som er tilpasset denne gruppen. For risikovurderingen anbefales AIM2, Static-99R, RRASOR, ARMIDILO-S. Behandlingen bør være relatert til grunnleggende behov og dynamiske risikofaktorer. Kartleggingen, utredningen og behandlingen bør ta hensyn til at personen kan ha svekket hukommelse, språklige utfordringer, lesevansker og reduserte sosiale evner.

4 Diskusjon: Mulig utvikling av behandlingstilbudet i Norge

Barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd har ofte sammensatte og komplekse problemer og vanskelige livssituasjoner. Det er derfor en bred enighet innenfor fagfeltet om at behandlingstilbudene til denne gruppen barn og unge må forankres hos flere ulike instanser. Dette problemområdet berører mange ulike fagområder og vil kunne kreve tiltak av både psykologisk, medisinsk, juridisk, sosial, pedagogisk og barnevernsfaglig art. Selv om barna har sammensatte problem, er de selv ikke delt inn i fagområder eller instanser. Utfordringen blir derfor å kunne tilby en helhetlig behandling der fagpersoner og miljøer samarbeider på tvers av instanser og fag.

Ut fra empirisk kunnskap, gjeldende retningslinjer og kunnskap fra en bredt sammensatt gruppe av ressurspersoner vil det i det følgende diskuteres mulige måter å organisere behandlingen av denne gruppen barn og unge i Norge på.

Både det norske, nordiske og britiske fagmiljøet er samstemte om at dette fagfeltet krever samarbeid på tvers av mange instanser. Det er nødvendig å tenke *tverrsektorielt* – som helse, justis, utdanning, omsorg og barnevern, *tverretattlig* – som kommunalt barnevern og helsetjeneste, politi, Statens barnehus, Bufetat, BUP og habilitering, og *tverrfaglig* – der ulike fagfelt og forskningsfelt møtes.

Kriminell lavalder: Samfunnets reaksjoner og behandling av barn og unge med SSA avhenger av hvordan strafferettssystemet og hjelpeapparatet er bygget opp i de ulike landene. Mens man i Norge og Norden for øvrig har en kriminell lavalder på 15 år, er den 10 år i Storbritannia. Alle ansatte som prosjektgruppen var i kontakt med i Storbritannia, var klare på at denne lovgivningen hadde en generell negativ effekt ut fra et rehabiliteringsperspektiv. I tillegg anså de at det var både faglig og etisk betenkelig å kriminalisere barn. YOT-ene er kommunalt styrt og atskilt fra politiet og domstolene, men får nesten utelukkende henvisninger fra politiet. De ansatte i YOT som var i kontakt med prosjektgruppen, opplevde at de gjorde en viktig jobb. Samtidig erfarte de at en stor andel av barna og ungdommen hadde behandlingsbehov som YOT-ene ikke kunne imøtekomme, og at det var vanskelig å skaffe dem denne hjelpen andre steder.

De ansatte ved de andre behandlingsenhetene i Storbritannia trakk også frem problemene som var knyttet til den lave kriminelle lavalderen. Flere av dem påpekte at en direkte effekt av denne lovgivningen var at det kriminelle aspektet stod i veien for mer helse- og psykologfaglig tenkning. Der det hadde vært seksuelle hendelser av en viss alvorlighetsgrad, så de at mange av disse barna endte i store institusjoner innenfor «youth justice system» istedenfor institusjoner som var organisert under helse- og omsorgssystemet. Blant de andre ressurspersonene prosjektgruppen var i kontakt med, var det også en bred enighet om at den beste måten å ta hånd om og hjelpe disse barna på først og fremst ville være ut fra et helse- omsorg og barnefaglig ståsted.

Betegnelser og typologi: Ulike fagmiljøer opererer med ulike definisjoner og typologiseringer av denne gruppen (Kruse, 2011; Righthand & Welch, 2001; Sample & Bray, 2006). Dette har gitt unøyaktige beskrivelser og klassifikasjoner, noe som fortsatt gjør det vanskelig å trekke klare slutninger fra forskningen og overføre kunnskap til praksis (Grønnerød, Grønnerød, & Grøndhal, 2015; Långström et al., 2013). Det er viktig med typologisering for bedre å kunne identifisere risikofaktorer, etiologi og hvilke behandlinger og intervensjoner som vil være best egnet, gitt de ulike undergruppene (Fanniff & Kolko, 2012; Hickey, 2011; Leversee, 2011). De vanligste typologiene i SSA-fagfeltet har vært basert på karakteristika ved den som utøver SSA. Typologiene har gjerne vært basert på om en har utført skadelige seksuelle handlinger spesielt eller som del av generell atferdsproblematikk, ulikheter i IQ-mål, opplevd egne traumer eller ikke, ulike psykiske diagnoser og hvorvidt en har utøvd SSA som en del av en gruppe- eller alene. Typologiene kan også være basert på egenskaper ved den utsatte i relasjon til utøver, som aldersforskjell, kjønn og relasjonstype, eller egenskaper ved selve den seksuelle handlingen som juridisk straffbarhet eller ikke, alvorlighet og om atferden ble utført offline og eller online.

Det er ønskelig med gode nøytrale definisjoner av denne gruppen for å kunne dele den mellom fagpersoner på tvers av sektorer, nivåer og profesjoner på en måte som gir felles mening. Alle ressurspersonene som prosjektgruppen har vært i kontakt med, anbefaler at man unngår «merkelappbetegnelser», men konsekvent omtaler dette feltet som *barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd*. Videre er det viktig å se denne atferden ut fra ulike nivåer av alvorlighet, i sammenheng med barnets eventuelle andre problemer, livssituasjon og resurser og styrker. En slik nivåddifferensiering må videre være avgjørende for hvordan behandling og tiltak rundt barnet legges opp.

4.1 Nivåddifferensiering av tiltak – verktøy for risikovurdering, utredning og behandling

Det er fortsatt mange hull i vår teoretiske forståelse og forskningsbaserte kunnskap knyttet til problematisk og skadelig seksuell atferd utført av barn og unge. Det er likevel bred enighet både innen forskningslitteraturen, blant eksperter og klinikere på feltet om at dette er en heterogen gruppe med barn og unge hvor det kreves bredspektret, økologisk og holistisk kartlegging og oppfølging (Grønnerød et al., 2015; Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009a; Långström et al., 2013; O'Reilly et al., 2004). Vi vet at majoriteten av disse barna selv har vært utsatt for vold, omsorgssvikt eller seksuelle overgrep. Selv om barnas behov for behandling vil variere så er det viktig at disse barna møtes innenfor rammen av en traumeinformert praksistilnærming.

Hvilke tiltak som bør igangsettes, og hvilke instanser som bør være involvert, må altså variere avhengig av omfanget og alvorlighetsgraden av barnets problemer, hvilken livssituasjon barnet lever i og hvordan barnet fungerer på andre områder.

Hos alle ressurspersonene som ble kontaktet, og i tråd med gjeldende standarder, retningslinjer og forskningslitteratur er det anbefalt at definisjoner og tiltak må inngå i en *utviklings- og kontekstorientert ramme*. For eksempel vil en og samme seksuelle handling kunne skyldes ulik motivasjon og gi ulik mening avhengig av utøverens alder, fungering og hvilken sammenheng den opptrer i. Videre må fagpersoner som skal vurdere SSA-problematikk, kjenne til hva som er ansett som normativ seksuell atferd på ulike alderstrinn (Bromberg & O'Donohue, 2014).

Det bør derfor etableres et *kontinuum* av kartlegging, respons og oppfølging av barn og unge med SSA, avhengig av utøverens kronologiske og utviklingsmessige alder. Tiltakene må baseres på barnas og de unges behov for omsorgspersoner, tilknytningspersoner, tilhørighet til skole, venner og lokalsamfunn. En måte å organisere innsatsen på er ut fra en nivåddifferensiering der tiltak på laveste forsvarlige nivå prøves ut før en eventuelt setter i gang mer omfattende og inngripende tiltak. For å få til dette kan det være hensiktsmessig at de ulike instansene forholder seg til det samme rammeverket.

Felles bruk av verktøy: Gode verktøy for kartlegging, utredning og risikovurdering er helt avgjørende for å kunne tilby god hjelp og behandling. Konsekvensene av manglende, dårlige eller for snevre vurderinger kan føre til at man under- eller

overestimerer risiko, setter i gang feil tiltak eller unnlater å sette i gang tiltak, eller at en overser viktige faktorer i barnets livssituasjon, som familie- og sosiale forhold, og det kan øke faren for tverrfaglig konflikter og misforståelser. Det vil derfor være mye å hente ved å samkjøre verktøy, kunnskap og informasjon på tvers av instanser. Verktøyene vil gjerne gjennomgå revideringer og oppdateres ut fra ny kunnskap og kulturelle og samfunnsmessige endringer. Gjennom møtene med ressurspersonene kom det frem en bred enighet om at de verktøy som vi her beskriver, kan anses som noen av de beste finnes per i dag.

Disse verktøyene bør danne grunnlaget for videre avgjørelser av hva slags type tiltak og behandling som behøves. Verktøyene er anbefalt både av NICE og IATSO, og brukes av YOT og G-map i Storbritannia. Også blant ressurspersonene i det nasjonale- og nordiske nettverket er disse verktøyene anbefalt. Ingen av verktøyene krever sertifisering, kun opplæring. Listen er ikke uttømmende, men er en anbefalt minstandard. I tillegg kan de være aktuelt med andre kartleggingsverktøy.

Nivådifferensiering av SSA og tiltak: Et anbefalt verktøy som brukes både innen de norske, andre nordiske og engelske fagmiljøene, er «Trafikklyset – seksuell atferd hos barn og ungdom», heretter omtalt som Trafikklyset (Hegge, 2016). Formålet med dette verktøyet er å kunne identifisere og vurdere seksuell atferd som vekker bekymring hos barn og unge opp til 17 år og ut fra dette sette i gang videre utredning og tiltak. Trafikklyset er et lett tilgjengelig og normativt⁵⁴ verktøy som kan brukes av en rekke fagpersoner. Ved å kategorisere seksuell atferd som *grønn*, *gul* eller *rød* kan fagpersoner på tvers av ulike miljøer arbeide med de samme standardiserte kriteriene når det fattes beslutninger. Dette kan sikre en enhetlig tilnærming uavhengig av kultur, oppfatninger, tro og egne erfaringer eller verdier.

Grønn atferd – reflekterer trygg og sunn seksuell utvikling. Dette er atferd som er vanlig og vises mellom barn eller unge i samme alder eller på samme utviklingsnivå, og som preges av nysgjerrighet, eksperimentering og gjensidighet, og som er positiv.

Gul atferd – er atferd som muligens kan ligge utenfor en trygg og sunn utvikling. Dette kan være atferd som er uvanlig for det aktuelle barnet eller ungdommen, som vekker bekymring på grunn av alder eller utviklingsmessige forskjeller, eller som vekker bekymring på grunn av type aktivitet, hyppighet, varighet eller sammenhengen den forekommer i. Denne typen atferd vil kreve en form for videre

⁵⁴ Med normativt menes hvorvidt handlingen er i tråd utbredte og holdninger og atferd og den sosiale, kulturelle og legale sammenheng atferd opptrer i.

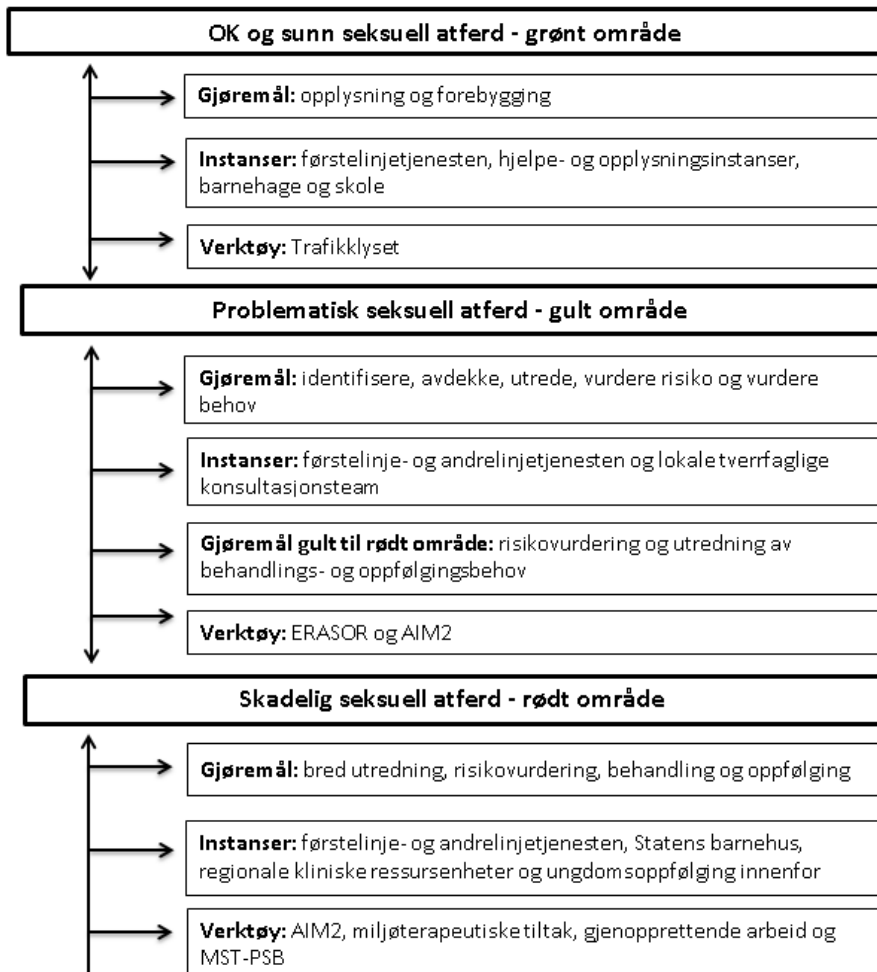
oppfølging og at en samler mer informasjon for å vurdere hvilke tiltak som bør settes i gang.

Rød atferd – faller utenfor en trygg og sunn atferd. Dette kan være atferd som er overdreven, preget av hemmelighold, tvang, ydmykelse og trusler, en betydelig aldersforskjell eller ulikheter i utvikling eller maktforskjeller, type aktivitet, hyppighet, varighet eller sammenheng den forekommer i. Denne type atferd vil kreve umiddelbart inngrep og handling. Tiltakene må vurderes ut fra barnets livssituasjon og sammenheng og sees ut fra relevant nasjonal lovgivning, organisatoriske retningslinjer, prosedyrer og veiledning, menneskerettigheter, identifiserte risikoer eller behov hos barnet eller ungdommen og de potensielle eller reelle risikoene for andre.

Det har stor samfunnsverdi å tilby barn og unge med SSA, hjelp tidligst mulig ut fra kunnskapsbasert respons og praksis med kartlegging, risikovurdering, behandling og annen oppfølging (Bromberg & O'Donohue, 2014). Det vil være mulig å stoppe og redusere antall skadelige hendelser og antall utsatte på et tidlig stadium, og dermed vil man kunne redusere den emosjonelle belastningen som potensielle utsatte og deres pårørende kan påføres. Som følge vil samfunnskostnader knyttet til behandling og oppfølging av utsatte reduseres. Tidlig og best mulig respons overfor barn og unge som utøver SSA, vil også kunne forebygge stigmatiserende, sosialt avvikende og kriminelle løpebaner hos utøverne og derav igjen redusere samfunnskostnadene. Det blir også pekt på at hvis SSA-utøvelsen ikke bearbeides i barne- og ungdomstiden, fører det til større risiko for senere kliniske vansker med å regulere atferd og emosjoner (Vizard, 2013; Vizard, Hickey, French, & McCrory, 2007). I klinisk sammenheng anses det generelt som enklere å jobbe med avvikende seksuelle tanker, følelser og atferd hos yngre personer med SSA, sammenliknet med å behandle voksne med SSA hvor dette kanskje er mer fastlåst, sementert og automatisert. Det er derfor viktig å være klar over at en skal komme tidlig inn for å hjelpe disse barna og ungdommene før de eventuelt begår flere eller alvorligere handlinger. Tiltakene som bør settes i gang, vil avhenge av hvilket nivå atferden befinner seg på og en totalvurdering av barnets situasjon.

Under følger en figur om nivådifferensierte tiltak basert på det grønne, gule og røde nivået i Trafikklyset. Verktøyene som beskrives i modellen, vil bli omtalt nærmere senere i teksten.

Figur 4.1 Tiltak basert på nivåddifferensiering av seksuell atferd hos barn og ungdom



4.2 Sunn til problematisk seksuell atferd

Det er vanskelig å snakke om behandling og oppfølging av barn og unge med SSA, uten å si noe om hva som kunne vært gjort for å hindre at problematisk eller skadelig seksuell atferd starter. For det første må voksne som møter barn i sin yrkesutøvelse, kunne snakke med barn om seksuell helse generelt og ha grunnleggende bevissthet og fagkunnskap om SSA. I det primær- og sekundærforebyggende arbeidet vil det være hensiktsmessig å fokusere på foreldrebasert oppfølging av barnas seksuelle helse og atferd. Videre vil det være viktig å utvikle modeller for hvordan personell i barnehager, skoler, helsestasjon og skolehelsetjeneste samt fastleger og psykologer i

kommunale virksomheter tematiserer seksuell helse, fysiske grenser og samtykke, bekymringsfull seksuell atferd og barns generelle behov for emosjonell og fysisk nærhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I tillegg vil det være formålstjenlig at frivillige organisasjoner – som for eksempel Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO) og Medisinernes Seksualopplysning (MSO)⁵⁵, Sex og samfunn og Sex og politikk – er aktive deltakere i samfunnsdebatten og med informasjonsarbeid, og tilbyr undervisningsopplegg rettet mot elever og fagpersoner som jobber med barn og unge.

Aktuelt fagverktøy på dette hjelpe- og tiltaksnivået for å vurdere den seksuelle atferden kan være Trafikklyset. I tillegg er det utviklet flere generelle og spesielle opplæringsprogrammer for barnehager og skoler som kan være nyttige å relatere til i denne sammenheng (vedlegg 3).

Når det gjelder forebyggende tiltak, som rettes mer spesifikt inn mot gruppen barn og unge med SSA, finnes det også flere aktuelle foreldrestøttende programmer som det, med norsk tilpasning og oversettelse, kunne vært nyttig å vurdere nærmere. Nettsiden ung.no har også informasjon om seksuell helse rettet mot ungdom. I Tyskland er det utviklet et internettbasert og forebyggende program for voksne som tenner seksuelt og forgriper seg mot barn⁵⁶. Tilsvarende kunne det vært utviklet norske nettsider og hjelpetelefoner for barn og unge knyttet til seksuell helse, inkludert tema som SSA eller tanker om dette⁵⁷ (vedlegg 3).

4.3 Problematisk til skadelig seksuell atferd

Der ordinære og generelle kommunale tiltak for barn, unge, foreldre og familier ikke strekker til for å stoppe bekymringsfull seksuell atferd hos et barn eller ungdom, må saken tas videre. I første omgang bør man vurdere om slike saker kan tas opp og drøftes i tverrfaglige konsultasjonsteam som eksisterer i mange kommuner i landet (Kleive, 2016). RVTS har etabler og koordinert flere slike team, som for eksempel TVERS⁵⁸ i Kristiansand og «Tverrfaglige konsultasjonsteam» (TFK)⁵⁹ i RVTS-Vest. Saker som drøftes i slike konsultasjonsteam, bør ende opp med konkrete avgjørelser knyttet til saken og fordeling av arbeidsoppgaver. Man må blant annet vurdere om

⁵⁵ Medisinernes Seksualopplysning (MSO).

⁵⁶ www.dont-offend.org

⁵⁷ Som for voksne; dinutvei.no

⁵⁸ http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Refleksjon/Rapporter/TVERS_v14_utfallende-2.pdf

⁵⁹ <http://www.rvtsvest.no/konsultasjonsteam-om-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn/>

barnets atferd er av en så alvorlig karakter at det må sendes bekymringsmelding til barnevernet, uavhengig av barnets omsorgssituasjon, eller anmeldes til politi.

Aktuelle fagverktøy på dette vurderings- og hjelpenivået er Trafikklyset (Hegge, 2016), ERASOR (Worling & Curwen, 2001a, 2001b) og AIM2 (Print et al., 2012).

Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR)

ERASOR er et verktøy som er utviklet for å estimere risikoen for gjentakelse blant gutter i alderen 12 til 18 år som tidligere har begått et seksuelt overgrep (Worling, 2004; Worling & Curwen, 2001a, 2001b)⁶⁰. Verktøyet inneholder en sjekkliste med 25 risikofaktorer som vurderer seksuelle interesser, holdninger og atferd, seksuell overgrepshistorie, psykososial fungering, familiens og omgivelsenes fungering og behandling. Verktøyet brukes som en korttidsvurdering og bør derfor utføres årlig. Det er ingen formelle krav for å ta i bruk verktøyet, men det anbefales generell kompetanse, minimum tilsvarende relevant bachelor i tillegg til spesifikk kompetanse i risikovurdering. RVTS-Vest arrangerer kurs for fagfolk. Verktøyet brukes av behandlingsenhetene i Storbritannia, Norge og de andre nordiske landene og av andre instanser, som politiet.

Assessment Intervention Moving on 2 (AIM2)

AIM2 er et verktøy som er utviklet for å utrede, vurdere risiko og nivåddifferensiere tiltak for gutter under 12 år og gutter fra 12 til 18 år (AIM Project, n.d.; Griffin et al., 2008; Jensen & Mörch, 2016; O'Reilly et al., 2004; Print et al., 2012; Print et al., 2001). AIM-modellen ble opprinnelig utviklet ved et tverrfaglig samarbeid i fylket Greater Manchester. Det ble etablert et «National Youth Justice Board» i England og Wales med oppdrag om å utvikle tjenester for barn og unge med SSA på en mer helhetlig og konsistent måte. Ønsket var at det skulle bygges opp en infrastruktur for praksis på dette feltet som til da ikke hadde eksistert.

I 1999 gikk representanter fra de ti YOT-ene, Sosialtjenesten, NSPCC, politiet, utdanningsetaten og G-map sammen for å lage et felles anbud til «Youth Justice Board» der målet var å få et treårig utviklingsprosjekt med sikte på å utvikle kunnskap og behandlingsmodeller for denne gruppen. Resultatet ble utviklingen av AIM. Prosjektet hadde som visjon at samarbeid på tvers av etater og grensene til lokale myndigheter skulle gjøre det mulig å etablere en rekke tjenester for å møte de ulike behovene til disse unge og familien deres. Det ble besluttet å ikke etablere AIM som en egen tjenesteleverandør. Vurderingen var at en slik organisering ikke ville

⁶⁰ Utgitt av SAFE-T Program, Thistletown Regional Centre for Children & Adolescents, Ontario Ministry of Community & Social Services. Oversatt til norsk av RVTS-Vest ved Espen R. Johansson.

kunne gi tilbud til alle som hadde behov for det, og det kunne føre til uheldige forsinkelser i tjenestetilbudet. Utviklingen av AIM ble derfor lagt opp til å være en modell for å koordinere og bringe sammen ulike etater og sammenfatte praktiske og faglige konsekvenser av denne felles tilnærmingen. I Storbritannia er prosjektet registrert som en ideell organisasjon.

Det konkrete resultatet av arbeidet har resultert i de omfattende håndbøkene under betegnelsen AIM2. AIM2-håndbøkene er basert på en bred og voksende konsensus, både i Storbritannia og i Nord-Amerika, om hva som fungerer i møte med denne gruppen av barn og unge, og er videre utviklet i kombinasjon med en omfattende praksis og erfaringer av dem som jobber med G-MAP-programmet i Greater Manchester. Praktikere har gitt tilbakemeldinger, testet ut og evaluert tilnærmingene som er beskrevet i håndbøkene. Håndbøkene er empiriske og kunnskapsbaserte og inneholder verktøy for utredning, risikovurdering, oppfølging og behandling av barn og ungdom som er mistenkt for eller har utøvd SSA. Håndbøkene er evaluert og utviklet med tanke på at de skal kunne anvendes både bredt og spesifikt av forskjellige fagfolk på ulike arenaer med ulike oppgaver.

AIM2-håndbøkene består av følgende deler:

- (1) Håndbok for utredning og risikovurdering av ungdom fra 12 til 18 år⁶¹
- (2) Håndbok for behandling av ungdom fra 12 til 18 år
- (3) Håndbok for utredning, risikovurdering og behandling av barn under 12 år
- (4) Veileder for barnehage- og skolepersonell i HSB saker
- (5) Veileder for utredning av ungdom med lærevansker
- (6) Håndbok for behandling av familie og foresatte
- (7) Veileder for veiledning til fosterforeldre
- (8) Veileder til personell i miljøtiltak som institusjoner og boliger
- (9) Veileder for gjenopprettende prosesser mellom utsatt og utøver
- (10) Håndbok for utredning og behandling av SAA-atferd på sosiale medier⁶²

AIM2-verktøyene kan brukes av fagfolk som er kurset i AIM2-modellen. I dag gis det kurs i regi av AIM2-prosjektet i Storbritannia eller av fagpersoner ved V27 ved Betanien i Norge.

Dersom saken etter en innledende vurdering befinner seg opp mot det røde området, jamfør Trafikklyset, bør den kommunale barneverntjenesten i samarbeid med andre

⁶¹ Del 1 er oversatt til norsk av V27. Enheten har i første omgang innhentet tillatelse til også å kunne oversette del 2, 3 og 4. Flere veiledere kan også bli aktuelle å oversette på sikt.

⁶² Denne håndboken er under revidering i samarbeid med NSPCC.

involverte instanser raskt få drøftet saken med et regionalt konsultasjonsteam. Disse regionale konsultasjonsteamene bør koordineres av RVTS-ene i tett samarbeid med de regionale kliniske behandlingssenhetene når disse er på plass (se punkt 6.4), Statens barnehus og Bufetat. Gjennom samarbeid i slike regionale konsultasjonsteam bør det fremkomme en konkret samarbeidsplan for videre arbeid i saken knyttet til vurdering av risiko og tilsyn og videre behov for både generell og mer overgrepsspesifikk behandling og oppfølging.

De fleste sakene innenfor det mørke gule og røde feltet vil kunne håndteres gjennom polikliniske og ambulante tilbud fra SSA-kompetente faginstanser (Hackett et al., 2016; Jensen et al., 2016; Worling, 2012). Full bredspektret klinisk utredning, for eksempel AIM2 i kombinasjon med en bred BUP-utredning, kan indikere alt fra behov for kortvarige krise- og psykoedukative tilbud til den som har utøvd SSA og familien, til også å inkludere mer intensive familietilnærminger og gjenopprettende prosesser (Strange et al., 2009; Tidefors, 2010).

Familieperspektivet må generelt alltid integreres i behandlingen (Chaffin et al., 2008; Hackett, 2014; Jensen et al., 2016; Worley et al., 2011). Foreldrene og familien til barnet med SSA har som regel alltid behov for veiledning for å kunne ta hånd om barnet eller ungdommen, eventuelle andre barn i familien, og hjelp til å håndtere egne reaksjoner som sinne, skam, ambivalens og mangel på trygghet. Familien kan også trenge hjelp til å akseptere det som har skjedd og hjelp til å godta barnet.

Ut fra en bred klinisk vurdering kan det også fremkomme at den som har utøvd den seksuelle atferden, selv kan ha behov for mer omfattende overgrepsspesifikk individuell behandling og gruppebehandling, da gjerne supplert med foreldreveiledning og familiebehandling. I tillegg er det ofte behov for behandling og oppfølging av andre psykiske vansker som alvorlige atferdsvansker, ADHD, autismspekter lidelser, traumespesifikk behandling og tilknytningsvansker (JanusCentret, 2016; Vizard, 2013).

Som regel vil det også være behov for andre oppfølgingstiltak i tillegg til mer spesifikk behandling. Slike andre tiltak vil for eksempel være oppfølging og trygghetsplanlegging for skole og fritid samt tiltak som vil kunne dreie ungdommens liv i prososial retning. I noen enkeltsaker vil det være behov for supplerende somatisk og eller sexologisk behandling.

I saker som involverer søsken og hvor foreldre ikke kan klare å gi adekvat tilsyn og omsorg for barnet, kan det også være nødvendig å plassere barnet eller den unge utenfor hjemmet. I andre spesielle enkeltsaker kan det være spørsmål om manglende trygghet som tilsier at den unge som utøver SSA, ikke kan bo hjemme. Plassering

utenfor hjemmet bør være i en tidsbegrenset periode og først etter at andre mindre inngripende tiltak er forsøkt. Langvarig behandling og oppfølging bør fortrinnsvis skje poliklinisk og ambulant. Ved alle enhetene som prosjektgruppen var i kontakt med, ble det lagt vekt på at man alltid måtte prøve ut poliklinisk behandling før plassering i institusjon. Et tema som ble tatt opp, var at den tilgjengelige behandlingen ofte var mangelfull, og at barna ikke hadde fått god hjelp før atferden hadde blitt så alvorlig at familien ikke kunne ta seg av dem og barna derfor endte med et opphold i institusjon.

Før en eventuell institusjonsplassering bør en vurdere om det finnes aktuelle fosterhjem med kompetanse på barn og unge med SSA. Institusjonsopphold for barn og unge med SSA bør gjennomføres i et høykompetent miljø der ansatte har bred og grundig opplæring og kompetanse på SSA-området. En slik plassering må være for å ha tilsyn, observasjon og innebære en bred utredning og tilrettelegging ut fra barnets traumeerfaringer, tilknytning, relasjoner og atferdsproblem. En må sikre at barnet blir ivaretatt på en god og forsvarlig måte. Alle barn og unge har krav på omsorg og omtanke og skal så langt det er mulig vokse opp i et hjem med foreldre, en forelder eller andre nære omsorgspersoner. Plassering utenfor hjemmet må derfor kun brukes der alle andre tiltak er prøvd ut.

Ved BUP Elefanten arbeider personalet poliklinisk med barn og unge som stort sett er hjemmeboende. I de tilfellene der det generelt manglet god omsorg i hjemmet, og i saker der søsken var involvert og det ikke var mulig å gi god nok omsorg, var det nødvendig å plassere barnet utenfor hjemmet. Behandlerne anbefalte da at barnet ble plassert i et forsterket fosterhjem der dette var mulig, deretter ble det vurdert andre muligheter. Med tanke på å ta vare på barnets beste vil det naturlig nok være en god modell å satse på enkelte forsterkede fosterhjem med spesifikk kompetanse på SSA-problematikk.

4.4 Ulike faginstansers ansvar

I Norge er behandling for barn og unge primært organisert under Helse- og omsorgsdepartementet, kommunal helsetjeneste, BUP og døgnposter innenfor spesialisthelsetjenesten eller tiltak under Barne- og likestillingsdepartementet (BLD), for eksempel Bufdir-institusjoner, Multisystemisk terapiteam (MST) og Familievernet. I de senere år har man i Norge etablert «barnevennlige faginstanser» innenfor justis og det strafferettslige systemet, som også utfører og koordinerer behandlingsrelaterte oppgaver knyttet til anmeldte og dømte barn og unge med SSA, som Statens barnehus, Konfliktrådet, ungdomsstraff og ungdomsoppfølging og etablering av egne ungdomsfengsler (Bjørgvin og Eidsvoll).

Utviklingen av en landsdekkende struktur for arbeidet med barn og unge med SSA kan ses i sammenheng med en felles nasjonal kompetansestrategi om vold og overgrep (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s. 17-18). Opplæringen i helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger bør inkludere grunnleggende kunnskap om barn og unge med SSA. Dette er i tråd med forslaget om en felles rammeplan for disse utdanningene der temaer om vold og overgrep skal inngå. Videre beskrives det i planen at det satses på kompetansehevingstiltak for ansatte innenfor familievern, barnevern, politiet, domstolene, barnehager, grunn- og videregående skole, helse- og omsorgssektoren og i asylmottak (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Det vil være viktig å inkludere barn og unge med SSA i dette arbeidet samt i opplysningsarbeidet mot den generelle befolkningen og for spesielt sårbare grupper.

4.4.1 Kommunalt barnevern

Barnevernlovens generelle formål og virkeområde er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid (Barnevernloven, 1992). Kommunalt barnevern har derfor en nøkkelrolle i saker hvor det er meldt bekymring om overgrep, alvorlige seksuelle atferdsvansker eller omsorgssvikt. Barneverntjenesten skal ha utarbeidet samarbeidsrutiner med lokalt politi og nærmeste statlige barnehus. De kan samspille med andre lokale fagpersoner som psykologer i kommunale virksomheter, henvise til spesialisthelsetjenesten som BUP, de koordinerer de kommunale tverrfaglige konsultasjonteamene for traume og voldssaker, de koordinerer samarbeidspartnere gjennom ansvarsgruppemøter, og de kan initiere og søke tiltak i Bufetat, som familievern eller MST og eventuelt vurdere plasseringsalternativer utenfor hjemmet.

Ressurspersonene i Norge, de andre nordiske landene og Storbritannia beskrev alle at barneverntjenesten er en viktig part i dette arbeidet. Barnevernet fungerer både som henviser i slike saker og som en samarbeidspartner for andre faginstanser.

Mulige måter å videreutvikle kompetansen på barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd innen kommunal barnevernstjeneste. På bakgrunn av barnevernets rolle i disse sakene vil det være gode faglige grunner til at alle ansatte i den kommunale barneverntjenesten får grunnleggende kunnskap knyttet til SSA-problematikk hos barn og unge og deres familier. For at alle ansatte skal få en grunnleggende kunnskap og kunne identifisere og avdekke SSA blant barn og unge, bør denne problematikken inngå som en del av grunnutdanningen hos de ulike faggruppene som arbeider innenfor barnevernet. Opplæring i bruk av Trafikklyset og ERASOR for å kunne identifisere og avdekke problematikken vil være gode måter å gi ansatte i barnevernet verktøy for å kunne vurdere hvilke tiltak som bør settes i

gang. Barneverntjenesten har store oppgaver. En kan derfor tenke seg at noen utvalgte ansatte i den kommunale barneverntjenesten i tillegg få mer inngående opplæring i risikovurdering og kartlegging av videre hjelpebehov.

4.4.2 BUP – poliklinikker i helseforetakene

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er et tilbud innen psykisk helsevern for barn opp til 18 år. Det finnes i dag 86 BUP-er, lokalisert i barne- og ungdomsvennlige lokaler over hele Norge. «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» (Helsedirektoratet, 2008a) og «Prioriteringsveileder for BUP» (Helsedirektoratet, 2008b) er sentrale dokumenter som sier noe om gjeldende lovverk, rammer, innhold og prioriteringer. Faggruppen i BUP skal være tverrfaglig og består primært av leger, psykologer, pedagoger og sosionomer som har videreutdanning og spesialitet i klinisk arbeid med barn, ungdom og familier.

BUP tilbyr bredspektret og tverrfaglig utredning og behandling på spesialisthelsenivå av psykisk helse og fungering. I tillegg har BUP-ene ansvar for å videreutdanne kliniske spesialister. Barneverntjenesten og alle psykologer og leger kan henvise til BUP (Endringslov til folketrygdloven, 2015). BUP-ene tilbyr individuell terapi og gruppeterapi, foreldreveiledning og noe familiebehandling på sine fysiske enheter. Mange BUP-er har også team med mulighet for ambulant arbeid som jobber ute i barnas og familienes naturlige settinger, som for eksempel BUPs ambulante team i Østfold, som også jobber med SSA-saker.

BUP-ene vil kunne få henvist barn og ungdom opp til 18 år med alvorlig seksuell atferdsproblematikk fra fastleger, kommunale psykologer og barnevern. Dette kan også gjelde i saker som ikke er aktuelle å anmelde til politi eller hvor det inngår kontakt med Statens barnehus (Jensen et al., 2016). SSA-saker henvises gjerne til BUP der man er usikker på barnets eller den unges psykiske helse og funksjon, usikker på gjentakelsesfare og der SSA involverer søsken eller andre slektninger. I de sistnevnte sakene vil BUP kunne få både den som er utsatt og den som har utøvd henvist for utredning og eventuell videre behandling. I andre tilfeller vil BUP kunne få henvist barn etter avhør hos politi eller Statens barnehus. BUP kan også få henvist saker hvor annen helseproblematikk er beskrevet, og hvor BUP i sitt eget kliniske arbeid avdekker SSA.

De siste ti årene har det vært lagt inn ressurser på kunnskapsbasert kompetanseheving på traumearbeid innen BUP. Dette har foregått gjennom nasjonale og regionale kompetansehevingsprogrammer som blant annet har vært arrangert fra

RVTS og NKVTS med Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)⁶³, Dialektisk atferdsterapi (DBT)⁶⁴, Parent management training- Oregon (PMTO), De utrolige årene (DUÅ) og Traumebevisst omsorg og behandling (TBO)⁶⁵. BUP-ene tilbyr i dag utredning og behandling for barn som er utsatt for seksuelle overgrep.

I en nylig gjennomført nasjonal kartlegging av behandlingstilbudet til barn som er utsatt for eller utøver vold og seksuelle overgrep, fant en at blant de 45 BUP-ene som svarte, var det 44 som oppga at de hadde et tilbud til barn og unge som har opplevd vold og overgrep, mens 36 enheter oppga at de også behandlet barn og unge med SSA (Holt et al., 2016). Flere rapporterte at de manglet kompetanse på dette feltet, imidlertid var det flere som uttrykte at de mente at denne problematikken best kunne behandles ved BUP (ibid.).

Alle ressurspersonene på tvers av land og type institusjon mente at BUP-er eller deres ekvivalent i utgangspunktet burde være en hovedinstans for behandling av denne gruppen. Flere av ressurspersonene har imidlertid erfaring med at det innen BUP-systemet også finnes en del motstand mot å skulle gjøre denne type arbeid, blant annet fordi denne typen enheter har store oppgaver og at det de ikke har kompetansen som skal til for å møte denne problematikken. Blant ressurspersonene var det flere, også blant dem som har lang erfaring innenfor BUP-systemet, som opplevde at BUP-ene generelt var blitt mye bedre på arbeid med utsatte-gruppene, men at de ikke var spesielt gode på å gi behandling til barn og ungdom med mer utagerende atferd, som vold eller SSA.

Det kan være flere årsaker til at det er slik. Det er for eksempel slik at det er ulik praksis mellom BUP-enes vurdering av prioriteringsveilederen når det gjelder henviste SSA-saker. Dette har kommet frem gjennom arbeidet i samarbeids-nettverkene som flere av ressurspersonene hadde jobbet i. En opplevelse av mangel på kunnskap og kompetanse kan også gjøre at flere vegrer seg mot å arbeide med slike saker. BUP-ansatte har som sagt selv etterspurt økt kompetanse på SSA-feltet for at de skal kunne arbeide med disse sakene (Holt et al., 2016). I Storbritannia, hvor man har bygget opp SSA-arbeidet rundt barneverns- og strafferettslige team som YOT, er det et sterkt behov og ønske om at de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene (CAMHS) kommer mer inn i det kliniske arbeidet, i tillegg til de mer private behandlingsenhetene som G-map. Dette er også i tråd med gjeldende

⁶³ www.nkvts.no/tf-cbt

⁶⁴ www.dbt.no

⁶⁵ <http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Barnevern/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>

retningslinjer som NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2016; Vizard, 2013) og NSCPP.

Mulige måter å videreutvikle behandlingstilbudet på for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd innen BUP-systemet. For at BUP-ene skal få økt kunnskap og kompetanse til å behandle barn og unge med SSA, kan det være nødvendig med endringer på flere områder. Det er mulig at BUP-ene nasjonalt bør få klarere føringer på hvordan de skal vurdere disse sakene. En mulig måte å gjøre dette på er ved å ta SSA-problematikken inn som egen rettighet i prioriteringsveilederen ved å kategorisere dette som en type atferd, for eksempel under «atferdsforstyrrelse» med tilleggskriterier, som fare for seg selv og andre, eventuelt som en form for «overgrepsatferd». Det må legges føringer slik at BUP-enes forståelse av prioriteringsveilederen også tilsier at barn og ungdom med alvorlig seksuell atferdsproblematikk skal vurderes for «rett til behandling», det vil si minimum bredspektret BUP-utredning, og bistand i en eventuell ERASOR- eller AIM2-utredning i samarbeid med for eksempel kommunal barneverntjeneste, Statens barnehus og Bufetat.

Utvikling av regionale kliniske ressursenheter i BUP. Det er ikke realistisk at alle fagpersoner og alle BUP-er i landet skal ha egen spesifikk utrednings- og behandlingskompetanse på SSA-problematikk. Alle ansatte i BUP bør ha grunnleggende generell bevissthet og fagkunnskap om seksuell helse og SSA. Alle ansatte i BUP bør derfor kjenne til Trafikklyset og ERASOR for å kunne identifisere og avdekke SSA hos barn og unge. Videre må de vite om hvilke instanser og fagpersoner som er tilgjengelige i de kommunale og eller regionale tverrfaglige konsultasjonsteam i slike saker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Et forslag er at alle helseforetakene skal ha ansvar for at det finnes spesialisert behandlingskompetanse tilgjengelig innenfor eget helseforetak. En mulighet er at det i alle helseforetak velges ut ressurs- og fagpersoner i lokale BUP-er som får tilbud om nødvendige kompetansehevende tiltak, og som kan tilby utredning, individuell og eller gruppebehandling ved siden av foreldreveiledning i SSA-saker. Disse utvalgte fagpersonene bør inngå i et tilrettelagt klinisk nettverk og kunne bistå hverandre og samarbeide over ulike lokale BUP-er innenfor samme helseforetak eller geografiske område. Erfaringer fra blant annet Storbritannia tilsier at ingen fagpersoner i BUP eller i andre instanser bør jobbe alene med SSA-saker (Hackett et al., 2016).

En mulig modell kan også være at en organiserer egne regionale kliniske ressursenheter tilknyttet en større BUP i hver helseregion eller et annet geografisk definert område. Slike ressursenheter kan da få et overordnet ansvar i sin region for

veiledning, konsultasjon, nettverksbygging og kompetanseutvikling for alle ressurspersoner i de lokale BUP-ene som jobber med klinisk SSA-problematikk. Slike regionale kliniske ressursenheter må samarbeide tett med de lokale BUP-ene, Bufetat, RVTS og politi eller Statens barnehus i sin region. Det er også mulig at der geografisk nærhet tilsier det, bør slike kliniske ressursenheter dimensjoneres for å inngå i samarbeid med Konfliktrådet i tilknytning til ungdomsoppfølging og straff samt ungdomsenheter ved fengslene som Bjørgvin og Eidsvoll.

Dersom befolkningsmessige eller geografiske forhold tilsier flere kliniske ressursenheter innenfor en og samme helseregion, bør det være en mulighet for at dette kan vurderes. Eventuelt må det vurderes en form for ambulant tjeneste for å kunne følge opp barn og unge over store geografiske avstander.

Kompetanseutviklende tiltak bør samordnes med RVTS, slik man for eksempel har gjort i Helse Vest, der blant annet alle lokale BUP-ene i tre fylker over en toårsperiode har fått tilbud om AIM2-kursing for grunnleggende fagkunnskaper, bevissthet, risikovurdering, utredning og behandling i SSA-saker.

De kliniske ressursenheterne bør ha en sentral rolle i etableringen og koordineringen av regionale konsultasjonsteam. Der geografiske eller befolkningsmessige grunner tilsier flere konsultasjons- og samarbeidsteam innenfor en og samme region, bør man vurdere og eventuelt tilrettelegge for dette. Disse regionale teamene bør ha mulighet til å definere omfanget av oppgavene sine lokalt. I tillegg til å gi konsultasjon i SSA-saker kan teamene ha oppgaver som innebærer direkte samarbeid i enkeltsaker⁶⁶. Man bør ha enkelte faste deltakere i det regionale konsultasjonsteamet, mens andre kan kalles inn etter sakens behov. De regionale kliniske ressursenheterne bør bestå av et team på en viss størrelse. Disse fagpersonene kan inneha deltidsstillinger, der den resterende delen av stillingen kan være knyttet til ordinært klinisk arbeid i BUP eller eventuelt andre instanser som RVTS, Statens barnehus eller en annen klinisk enhet innenfor psykisk helsevern. Ved en slik organisering får en ivaretatt et tverretattlig og tverrfaglig samarbeid.

Dersom man ønsker at den regionale ressursenheten skal inngå i mer direkte klinisk arbeid i SSA-saker fra andre lokale BUP-er i regionen eller annet definert geografisk område, må de eventuelt dimensjoneres opp for dette. Det bør være rom for å kunne intensivere kompetanseutvikling, veiledning eller konsultasjon, ambulant innretning⁶⁷ eller behandling på poliklinikken i perioder.

⁶⁶ Som REBESSA og TVERS

⁶⁷ Jamfør BUPs ambulante team i Østfold

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene legger noen føringer for hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har for 2017 gitt følgende oppdrag til helseforetakene: «De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer. Det skal legges vekt på tverrfaglig samarbeid, blant annet med barnevernet. Helse Vest RHF skal lede nettverket» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 6). Et slikt oppdrag kan knyttes til den regionale kliniske ressursenheten i helseforetaket.

4.4.3 Barne-, ungdoms- og familieetaten

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) har ansvar for det statlige barne- og familievernet og er organisert i fem regioner. Bufetat har ansvar for spesialiserte tiltak, som barnevernsinstitusjoner, fosterhjem, familievernkontorer og spesialiserte hjelpetiltak i hjemmet, som for eksempel MST. Alle fagpersonene i Bufetat bør som minimum ha bevissthet og faglig kunnskap om seksuell helse og SSA. Ut over dette vil det være ulike modeller for hvordan slik kunnskap og kompetanse bør være fordelt innenfor de ulike tiltakene.

Mulige måter å videreutvikle behandlingstilbudet for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd innen tiltak underlagt Bufetat.

Familievernkontor. Familievernet har de siste årene fått mange nye oppdrag og oppgaver. Det gjelder blant annet økt ansvar for å prioritere innsatsen mot vold i nære relasjoner. Saker der barn og unge rammes av konflikt, kriser og vold i familien, skal prioriteres. Det overordnede målet er at familievernet skal gi et landsdekkende og likeverdig tilbud til familier hvor det forekommer vold. Det er etablert et nasjonalt spisskompetansemiljø på vold i nære relasjoner på Enerhaugen familievernkontor. Videre er det etablert ressursmiljøer i hver region som skal bistå i videreutviklingen av voldsarbeidet og bistå øvrige familievernkontor med veiledning og opplæring (Meld. St. 24 (2015–2016), 2016; Steinsvåg, 2016).

Tilsvarende som for BUP-ene i spesialisthelsetjenesten vil det være urealistisk at alle ansatte ved landets familievernkontor skal ha bred kompetanse på SSA-behandling. For eksempel kan arbeid med barn og unge med SSA knyttes opp til en struktur med ressurskontor i hver region der enkelte fagpersoner får opplæring og kompetanse på familiearbeid knyttet til SSA – særlig i saker med barn under 15 år. En kan også tenke seg et samarbeid mellom familievernkontorene og Konfliktrådet i noen av disse sakene.

Multisystemisk terapi (MST) er en familie- og nærmiljøbasert behandling for barn og unge, i alderen 12 til 18 år, med alvorlige atferdsproblemer. Tilbudet er organisert innenfor barnevernet og bygger på at MST-terapeuten treffer familien hjemme. Det er per i dag 21 MST-team i Norge, fordelt på landets fem helseregioner.

MST-PSB er multisystemisk terapi for ungdom med problematisk seksuell atferd (på engelsk kalt MST-PSB). Dette er en klinisk tilpasning av MST som har blitt omarbeidet og utviklet for behandling av denne gruppen og familiene deres⁶⁸. I saker med svært alvorlig atferdsproblematikk, særlig alvorlig seksuelt atferdsproblem eller i kombinasjon med generell atferdsproblematikk, har man prøvd ut MST-PSB med gode resultater (Borduin et al., 2009; Henggeler et al., 2009; Letourneau et al., 2009). MST-PSB finnes ikke i Norge. Det er mulig at et slikt sterkt ambulant tiltak som det MST representerer, også bør være en av aktørene på SSA-feltet i Norge – særlig i saker MST får henvist gjennom Bufetat med generell alvorlig atferdsproblematikk i tillegg til SSA. Dette er i tråd med anbefalinger i blant annet NICE. MST er imidlertid mindre egnet der barna er flyttet ut av hjemmet. Forskning indikerer også at MST ikke er like effektiv for alle undergrupper i SSA-populasjonen – for eksempel knyttet til den gruppen ungdom som utøver SSA mot yngre barn (National Institute for Health and Care Excellence, 2016). MST-PSB krever opplæring og sertifisering i metoden. Dersom det åpnes opp for MST som aktuelt tiltak for SSA-gruppen, vil det kreve opplæring og oppfølging av hele teamet samtidig⁶⁹.

Behandling i institusjon. Erfaringer tilsier at noen få ungdommer med SSA trenger sterkere tiltak enn poliklinisk eller ambulant behandling. For denne gruppen vil det være nødvendig med heldøgns oppfølging, stabilisering, risikovurdering og risikohåndtering samt annen nødvendig helhetlig utredning (Edwards et al., 2012; Jones, Chancey, Lowe, & Risler, 2010; Worling & Langton, 2012). Det er så langt ingen utrednings- eller behandlingsveileder for institusjon og miljøterapeutisk behandling som er dokumentert mer effektiv enn andre knyttet til ungdom med SSA (Hackett et al., 2016). I AIM2-håndbøkene, del 8, finnes en oversikt over anbefalte miljøtiltak i institusjoner og boliger (AIM Project, n.d.).

Det må foretas en bred og grundig vurdering av ungdommen før eventuell plassering i institusjon. Før plassering bør det også undersøkes om det finnes mulighet for plassering i et forsterket fosterhjem. I Storbritannia har man etablert noen utvalgte fosterhjem, beredskapshjem og institusjoner med spesifikk SSA- og traumesensitiv

⁶⁸ <http://www.blueprintsprograms.com/program-costs/multisystemic-therapy-problem-sexual-behavior-mst-psb>

⁶⁹ For oversikt over utdanning og kostnader se beskrivelse på <http://www.blueprintsprograms.com/program-costs/multisystemic-therapy-problem-sexual-behavior-mst-psb>

kompetanse i organisatorisk eller geografisk nærhet til kliniske enheter med SSA-kompetanse.

Plassering i institusjon av ungdom med SSA må ha som hensikt at det opprettholdes kontakt med familie og nettverk der dette er til det gode for den unge. Langvarig behandling og oppfølging av SSA-gruppen bør primært skje poliklinisk eller ambulant. Dette er i tråd med gjeldende retningslinjer (National Institute for Health and Care Excellence, 2016) og råd fra ressurspersonene i det nasjonale og nordiske nettverket.

I 2015 ble den private bedriften «Våre hjem» i Trondheim solgt til det private selskapet Humana Care (i Sverige kalt Humana). Dette er samme konsern som driver Off.Clinic i Sverige. Ved oppstarten av Off.Clinic var det i utgangspunktet et ønske om at dette ble forankret i det offentlige. Den gangen var det ikke mulig å gjennomføre dette. «Våre hjem» har fra 2016 tilbudt institusjonsplass for barn og unge med SSA i Norge. Personalet ved «Våre hjem» mottar opplæring og veiledning fra Off.Clinic. Også i Tønsberg har Humana Care kjøpt opp en barnevernsinstitusjon som nå tilbyr plasser til barn og unge med SSA. «Små enheter» og Aleris, som også er privateide selskap, tilbyr også behandling til denne gruppen.

Det er stor enighet både nasjonalt, i de andre nordiske landene og i Storbritannia at behandlingen av denne gruppen barn og unge, også plassering utenfor hjemmet, bør være et offentlig ansvar og primært finansieres gjennom offentlige midler, eventuelt gjennom en ideell organisering. Flere av ressurspersonene er skeptiske til private ordninger på dette feltet da dette alltid vil være en modell som innebærer at en del av virksomheten vil være knyttet til økonomisk lønnsomhet. Ved bruk av private vil det være avgjørende at det legges minst like stor vekt på kvalitet som på pris. Norsk barnevernlederorganisasjon (NOBO) skriver blant annet om bruken av private tjenester og påpeker hvor viktig det er at kommunene har god oppfølging og kontroll av private leverandører⁷⁰.

Etableringen av kostnadskrevende institusjoner bør heller aldri skje på bekostning av det kommunale, polikliniske og ambulante tilbudet, som vil være det viktigste og mest forsvarlige oppfølgings- og behandlingstilbudet for de fleste barn og ungdom i SSA-populasjonen. Etableringen av et SSA-kompetent institusjon bør videre sees i sammenheng med kompetanseheving av ansatte ved de etablerte ungdomsfengslene og fagmiljøene som er knyttet til dem.

⁷⁰ <http://www.barnevernledere.no/fagligplattform-nobo/>

Det er i dag ingen offentlig utpekt institusjon i Norge som er materielt og faglig i stand til å ta imot ungdom med alvorlig SSA-problematikk. Dersom man vurderer å etablere offentlige institusjoner spesifikt for ungdom med SSA-problematikk, bør dette skje i tett samspill med de nasjonale og regionale fagmiljøene. Dette blant annet for å sikre en helhetlig, samkjørt og likeverdig behandling, ut fra gjeldende kunnskap og retningslinjer på feltet. Ut fra den kunnskapen vi har om denne gruppen i dag, kan vi tenke oss at det vil være behov for anslagsvis fire til åtte plasser. Det bør vurderes om en til to allerede etablerte Bufetat-institusjoner kunne redefineres til denne oppgaven.

4.4.4 Statens barnehus

Siden det første Statens barnehus ble etablert i Bergen og Hamar i 2007 etter modell fra «Children's Advocacy centers» i USA og «Barnahus» på Island, er det nå etablert i alt elleve statlige barnehus i Norge⁷¹. Statens barnehus er et resultat av et tverrdepartementalt samarbeid mellom BLD, HOD og Justis- og beredskapsdepartementet. Den overordnede oppfølgingen er lagt til Politidirektoratet.

Da barnehusene ble etablert, ble det lagt vekt på at de ikke skulle overta myndighet og ansvar fra andre involverte instanser. Barnehusene skulle tilrettelegge for at eksterne fagpersoner og faginstanser skulle komme til barnehuset og barnet og familien. Slik lokaliseringen av barnehusene er, vil det også være vanskelig å følge opp nært der barnet og familien bor og over lang tid. Dette vil i mange tilfeller være lettere for andre faginstanser, som kan være mer tilgjengelig geografisk. Samarbeidet med andre fagpersoner og instanser vil kunne lette en eventuell overføring av behandlingsansvar om denne kontakten allerede er etablert i regi av barnehuset. Videre vil en slik tilrettelegging være i tråd med målsetting om et samarbeid på tvers for å ivareta ulike aspekter og behov knyttet til barna og familien.

I Norge landet man til slutt på en modell for barnehusene hvor man tok imot saker der det var mistanke om overgrep. Huset er innredet med avhørsrom og et undersøkelsesrom etter samme mønster som «Barnahus» på Island. Påtalemyndigheten og leger leder gjennomføringen av henholdsvis tilrettelagte avhør og den medisinske undersøkelsen (Justis- og politidepartementet, 2006, s. 44; Stefansen, Gundersen, & Bakketeig, 2012, s. 22).

Barnehusene ble etablert for å være et tverrfaglig, samlokalisert tiltak rettet mot barn og unge som man har grunn til å tro har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold,

⁷¹ www.statensbarnehus.no

eller som har vært vitne til vold. Barnehusenes mandat gjelder også voksne med psykisk utviklingshemming eller annen funksjonsnedsettelse som medfører samme behov for tilrettelagte avhør som barn (Politidirektoratet, 2015; Skybak, 2004). I en evaluering av barnehusene med tanke på kjerneoppgavene, som dommeravhør (som per i dag betegnes som tilrettelagte avhør) og rettsmedisinsk undersøkelse, er konklusjonen at det ikke er tvil om at utsatte barn som blir avhørt på barnehus, blir bedre ivaretatt enn barn som blir avhørt hos politiet eller i den lokale tingretten (Bakketeig, Berg, Myklebust, & Stefansen, 2012, s. 14; Stefansen et al., 2012)⁷². Endringer i straffeprosessloven om avhør av barn og andre særlige sårbare fornærmede og vitner og ny forskrift om samme emne trådte i kraft 2. oktober 2015. En sentral endring er blant annet at det er obligatorisk å gjennomføre tilrettelagt avhør og benytte Statens barnehus når barn under 16 år og sårbare voksne avhøres som fornærmet eller annet vitne i saker som blant annet gjelder seksualforbrytelser (Endringer i straffeprosessloven, 2015).

Mulige måter å forholde seg til barn og unge med SSA på innen rammen av Statens barnehus. Flere av Statens barnehus har ønsket å få en utvidet mulighet til å tilby mer oppfølging enn det de gjør i dag (Politidirektoratet, 2015). Barnehusene har per i dag ikke et formelt mandat til å ta imot barn, ungdom og psykisk utviklingshemmede som er mistenkt for å ha utøvd eller er anmeldt for å ha utøvd SSA. Barnehusene har imidlertid hatt noe ulik praksis knyttet til kjerneoppgavene generelt (Stefansen et al., 2012) og til SSA-gruppen spesielt. Noen av barnehusene har for eksempel gjennomført tilrettelagte avhør av unge som har utøvd SSA, og fulgt disse opp, mens andre barnehus har avventet et eventuelt mandat.

Rent faktisk er det slik at noen barn og unge med SSA kommer til barnehusene. Mens det i teorien alltid kan skilles mellom barn og unge som er utsatt for vold og overgrep, og dem som utøver denne type atferd, er det ikke alltid klare skiller på dette i praksis. I de empiriske undersøkelsene av denne gruppen kommer det fram at mange av dem som utøver SSA, også er eller har vært utsatt selv. Dette er også den virkeligheten som møter en del av de ansatte i barnehusene. Denne gruppen barn og unge har blant annet blitt mer synlige gjennom arbeidet ved barnehusene. For eksempel er det slik at barnehuset i Tromsø og Trondheim koordinerer arbeidet med konsultasjonsteam som tilbyr rådgivning og veiledning til saksbehandlere i det kommunale barnevernet samt oppfølging og behandling til barnet og veiledning til familien. Det tilbys også korttidsoppfølging. Et slikt oppdrag ligger imidlertid ikke

⁷² Respondenter i evalueringen var barn og pårørende, jurister og politifolk, samt ledere og ansatte ved barnehusene.

innenfor de felles retningslinjene for drift av barnehusene. Ved mer omfattende behov henvises barnet til spesialisthelsetjenesten.

Tanken bak barnehusene om at barn ikke lenger skulle gå fra instans til instans og snakke med mange forskjellige fagpersoner om sine traumatiske opplevelser, er en god intensjon. Barnehusene skulle sørge for at andre fagpersoner kom inn både før og etter avhør. Den tilliten som kan bygges opp mellom barn, ungdom og pårørende og en fagperson i en krise- og avdekkingsfase, kan være avgjørende for å kunne ivareta videre oppfølging. Ved overføring til en annen enhet vil en alltid stå i fare for å miste kontakten med barnet, familien eller ungdommen og dermed miste muligheten til å kunne hjelpe. Disse prinsippene vil også være viktige argumenter for på en eller annen måte å kunne følge opp gruppen som har utøvd SSA. Det kan altså være gode praktiske, pragmatiske, etiske og behandlingsfaglige grunner til at barnehusene skal kunne gi oppfølging i disse sakene. Det å ivareta tillitsrelasjoner i behandling er imidlertid ikke et unikt argument for barnehusene og deres fagpersoner. Andre fagpersoner og faginstanser, som helsesøstre, Bufetat, psykologer og BUP-ansatte, kan ha identifisert og avdekket seksuelle og fysiske overgrep i konkrete samtaler og hatt kontakt med barnet før politi eller Statens barnehus blir koblet på. Der andre instanser er koblet inn tidlig i arbeidet ved barnehuset, vil også en eventuell overføring av behandling til mer lokale tiltak kunne være lettere da kontakten allerede er etablert.

Under arbeidet med denne rapporten har det kommet mange innspill fra ressurspersoner på fagfeltet knyttet til barnehusenes rolle på dette område. En hovedinnvending mot at barnehusene skal påta seg avhør og oppfølging av denne gruppen har vært knyttet til det prinsipielle ved å drive oppfølging ved en instans som organisatorisk er underlagt justissektoren. Denne innvendingen vil i så måte gjelde både utsatte barn og unge og barn og unge som utøver SSA. En kan også sette spørsmålsteget ved om en utvidelse av barnehusets mandat til å gjelde dem som utøver SSA, dermed vil måtte medføre at en inkludere andre grupper av barn og unge, som for eksempel dem som utøver vold, og at en dermed står i fare for å overta myndighet og ansvar fra andre involverte instanser. På et overordnet plan har politiet og rettssystemet, barneverntjenesten og helsetjenestene forskjellige formål og oppgaver knyttet til barn og unge med SSA, og det vil kanskje være viktigere med tett samarbeid enn at barnehusene overtar oppgaver som kanskje bør ligge hos andre.

Det er ikke et enkelt svar på hvordan dette kan løses. Inngangsporten til barnehusene er at det foreligger en anmeldelse, og at det skal foretas et tilrettelagt avhør av barn og unge man har grunn til å tro har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold. Imidlertid opplever flere av de ansatte ved barnehusene at de også møter barn og

unge med SSA. En kan argumentere for at barnehusene skulle hatt større mulighet for oppfølging av både utsatte og utøvere ved enhetene. En annen mulighet er at for eksempel psykologer knyttet til barnehusene kunne ha deltidsstillinger innenfor en klinisk enhet med mulighet til å drive langtidsbehandling.

Videre kunne barnehusene ha mandat til å inngå i regionale tverrfaglige konsultasjons- og samarbeidsteam og at de kunne bistå kommunal barneverntjeneste i konkrete risikovurderinger og trygghetsplanlegging. Gjennom et slikt arbeid vil barnehusene og barneverntjenesten også kunne bistå hverandre med å kunne gjøre en bred risikovurdering slik dette er faglig anbefalt i ERASOR- og AIM2-utredningen.

Barnehusene bør få mulighet til å avhøre og tilby kortvarig oppfølging av barn og unge med SSA, i likhet med utsatte, der dette vurderes som hensiktsmessig i den konkrete saken. Dette er i tråd med tverretatlige drøftinger med BUP og familievern og drøftinger i det regionale tverrfaglige konsultasjonsteamet. Barnehusene bør som hovedmodell fortsatt tilstrebe en tidlig henvisning og påkobling av andre eksterne hjelpeinstanser som ved systemmøter – både i forberedelses- og i oppfølgingsfasen.

4.4.5 Habiliteringstjenesten

Mennesker med ulike funksjonshemninger er en særlig sårbar gruppe, og vi vet at dette er en gruppe som ofte blir utsatt for vold og seksuelle overgrep. I tillegg vet vi at mennesker med utviklingshemming også begår seksuelle overgrep mot andre utviklingshemmede og barn (Eggen, Fjeld, Malmo, Welle, & Zachariassen, 2009; Eggen, Fjeld, Malmo, & Zachariassen, 2014). Som for gruppen barn og unge som begår SSA, er det også slik at mange av de utviklingshemmede som begår seksuelle overgrep, selv er eller har vært utsatt for overgrep (ibid.). En studie av forekomsten av seksuelle overgrep mot mennesker med funksjonshemning viser at omtrent en tredjedel av dem som begår overgrep mot denne gruppen, selv har en funksjonshemning (Muff, 2001), mens andre studier tyder på at det kan dreie seg om vesentlig flere (se for eksempel Gust et al., 2003). I de fleste tilfellene er det en mann som begår overgrepet, og overgrepene er ofte en repetisjon av et overgrep han selv har vært utsatt for. Andre trekk ved denne gruppen er mangel på impulskontroll, noe som kan skyldes de samme hjerneorganiske forholdene som forårsaker den psykiske utviklingshemningen (Petersilia, 2001).

Mulige måter å videreutvikle kompetansen på barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd i habiliteringstjenesten. I Opptrappingsplanen (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016) beskrives det at det er utilstrekkelig kompetanse og kapasitet på å vurdere psykiatriske tilstander og atferdsvansker innenfor

barnehabiliteringstjenesten. Det oppleves derfor som vanskelig å avdekke vold og overgrep. Det foreslås derfor en økning i kompetansen hos de ansatte i habiliteringstjenesten og helse- og omsorgstjenestene for å kunne forebygge og avdekke vold og overgrep mot barn, unge og voksne med særskilte oppfølgingsbehov. Dette foreslås også kompetanse og økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten, for å kunne gi kommunene veiledning og sørge for utredning og behandling til denne gruppen. Kunnskap, oppfølging og behandling av barn, unge og voksne med særskilte oppfølgingsbehov med samtidig SSA bør inkluderes i denne sammenhengen.

Barn og unge med SSA og psykisk utviklingshemming bør i stor grad følges opp og behandles av koordineringsenheten kommunalt samt habiliteringstjenesten. I de tilfellene der det er samtidig pågående psykiske lidelser, bør dette skje i samarbeid med spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Oppfølgingen av denne gruppen må legges på kommunalt nivå slik at det er mulig for behandlerne å bli med ut i boligene.

BUP-ene har ikke mye kontakt med og har generelt lite kompetanse på behandling av denne gruppen. MST-teamene kan gjennomføre behandling i de tilfellene der teamet kan arbeide multisystemisk. Dette gjelder for dem med mild eller moderat psykisk utviklingshemming, der barnet fungerer på ordinær skole. MST-teamene kan ikke tilby behandling til barn, unge eller voksne med alvorlig psykisk utviklingshemming. Imidlertid kan det være hensiktsmessig om MST-teamene, i samarbeid med habiliteringstjenesten og Bufdir, kan fange opp barn og unge som faller utenfor systemet, som barn og unge med psykisk utviklingshemming og autismespekterforstyrrelser og samtidig SSA. FFT-team⁷³ arbeider familierapeutisk og ut mot systemene og kan brukes for behandling av barn og unge med problematisk seksuell atferd som er i lavrisikogruppen. IKST i Oslo er en privatklinikk som etter henvisning fra barnevernstjenesten tar imot denne gruppen til behandling.

Statens barnehus i Bergen har tatt initiativ til å starte et konsultasjonsteam om vold og seksuelle overgrep av personer med utviklingshemming og andre særlige sårbare med utviklingsforstyrrelser over 16 år. Deltakere i konsultasjonsteamet⁷⁴ er Statens barnehus, Haukeland universitetssykehus ved spesialpoliklinikken, Autismeteamet Helse Bergen og Bergen kommune ved Etat for tjenester til utviklingshemmede. Det er videre ønskelig at også habiliteringstjenesten inngår i dette. Teamet tilbyr anonyme drøftinger av konsultativ art i saker hvor både utsatt og utøver er innenfor

⁷³ Funksjonell familierapi

⁷⁴ <http://www.rvtsvest.no/oppstart-av-nytt-konsultasjonsteam-om-vald-og-seksuelle-overgrep/>

målgruppen. Lignende team bør kunne dannes i de sakene barnehusene eller andre instanser kommer i kontakt med denne gruppen som har SSA.

I og med at Statens barnehus allerede har ansvar for avhør av voksne med psykisk utviklingshemming som er utsatt, bør man vurdere nærmere om også avhør av psykisk utviklingshemmede utøvere med SSA-problematikk bør foretas på de statlige barnehusene.

4.4.6 Konfliktråd og politi

Konfliktrådene skal gjennomføre strafferettslige reaksjoner, mekling i konfliktråd, oppfølging i konfliktråd, ungdomsoppfølging og ungdomsstraff. Konfliktrådets arbeid skal bygge på gjenopprettende prosesser som skal legge til rette for at alle berørte i et lovbrudd eller en konflikt, i felleskap skal bestemme hvordan virkningene skal håndteres. Saker til konfliktrådet meldes inn av partene eller av offentlige etater.

Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging består av ungdomsstormøte, utarbeidelse av en individuelt tilpasset ungdomsplan og oppfølging av denne. Ungdomsstormøtet ledes av ungdomskoordinator. Denne skal sikre at det er representanter fra relevante faginstanser slik som barneverntjenesten, kriminalomsorgen, skole, og helse- og omsorgstjenesten. I ungdomsstormøtet skal det utformes en ungdomsplan som skal godkjennes av ungdomskoordinatoren og partene i saken. I tillegg til en rekke konkrete bestemmelser om hva den siktede eller domfelte skal gjennomføre kan planen også gå ut på å gjennomføre opphold på institusjon eller gjennomgå en annen form for behandling (Konfliktrådsloven, 2014).

Mulige måter å videreutvikle kompetansen på barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd hos konfliktrådene. Konfliktrådene kommer i sitt arbeid i kontakt med unge som har ulike former for problematisk eller skadelig atferd. En kan tenke seg at alle meklere fikk grunnleggende kunnskap om barn og unge med SSA. I de saker der det har blitt avdekket SSA, bør ungdomskoordinatoren sørge for at det innhentes en representant fra helse- og omsorgstjenesten med kompetanse på vurdering, utredning og behandling av barn og unge med SSA. Der det finnes faglige gode grunner til at det gjennomføres behandling eller opphold på institusjon bør en kunne vurdere om dette skal inngå i ungdomsplanen.

Politiet kommer i kontakt med både barn og unge med SSA gjennom sitt virke. Politiet er pliktige til å igangsette etterforskning som følge av en anmeldelse eller når andre omstendigheter gir rimelig grunn til å undersøke om det foreligger et straffbart forhold. Etterforskningsplikten gjelder også der barn ikke kan straffes fordi vedkommende var mellom 12 og 15 år på handlingstidspunktet. For barn under 12 år

som mulig har begått en straffbar handling, kan det foretas så vel rettslig som utenrettslig etterforskning. Formålet med etterforskningen er å fremskaffe opplysninger som er nødvendig for å avgjøre spørsmålet om tiltale, tjene som forberedelse for rettens behandling av spørsmålet om straffeskyld og eventuelt spørsmålet om fastsettelse av reaksjon og avverge eller stanse straffbare handlinger. Videre skal opplysningene tjene som forberedelse for barneverntjenestens behandling av spørsmålet om det skal settes i verk tiltak (Barnevernloven, 1992) og som forberedelse for behandling i konfliktrådet.

Mulige måter å videreutvikle kompetansen på barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd innen politiet. En kan tenke seg at politiet kan ha flere viktige roller inn mot arbeidet med barn og unge med SSA både innen forebygging og som en viktig samarbeidspartner for barneverntjenesten og inn til konfliktrådene.

Det er et politisk ønske om å øke den generelle kompetansen på vold og overgrep gjennom ulike kompetansehevingstiltak for ansatte blant annet innenfor politiet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Kunnskap om barn og unge med SSA bør inkluderes i denne type tiltak. Videre er det et mål å sørge for etablering egne fagmiljøer for kriminalitetsbekjempelse innen vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i alle politidistrikter, blant annet for å ivareta rettssikkerhet i volds- og overgrepssaker (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). En må sørge for at barn og unge med SSA inkluderes i denne type tiltak.

Arbeidet politiet legger ned i en etterforskning, der barn er under strafferettslig alder, skal tjene som forberedelse for barneverntjenestens behandling av spørsmålet om hvilke igangsettes tiltak og dermed gjøre dem bedre i stand til å følge opp disse barna på gode måter. Med andre ord: hvis det beste for barnet er at politiet gjennomfører etterforskning er det svært viktig at dette gjennomføres. Det bør ikke være slik at barneverntjenesten ikke er i stand til å gjennomføre tiltak fordi de ikke har god dokumentasjon på hvilke hendelser som har funnet sted. Det er derfor viktig at politiet har gode rutiner for etterforskning, også der barna er under 15 år.

Generelt er det innen forvaltningen knyttet en del problemer til samarbeid på tvers av etater og taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett. For at den enkelte etat skal kunne gjøre en god jobb og igangsette de riktige tiltakene kreves det klare retningslinjer og en felles forståelse av lovverket slik at viktig informasjon blir utvekslet. Det er et politisk mål å sikre et bedre samarbeid mellom barnevernet og politiet, med konkrete anbefalinger om samarbeidsnivå og anbefalinger og kompetansehevingstiltak (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Hvordan det konkrete samarbeidet mellom politiet og barnevernet bør gjennomføres i saker med barn og unge med SSA, bør inn i kompetansehevingstiltak som dette. Det bør gis

tydelige føringer for hva slag type informasjon som skal utleveres og til hvilket formål. En kan også knytte arbeidet med barn og unge med SSA til familievoldskoordinatorerne i politiet.

Politiet har også en viktig rolle i kriminalitetsforebyggende arbeid. Slike tiltak er rettet inn mot hele grupper, men er også knyttet til enkeltpersoner. Rundt om i landet har politiet, med andre lokale myndigheter og samfunnsaktører, etablert ulike samarbeidsmodeller som Politiråd og Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT). Med bakgrunn i kunnskapen om omfanget av barn og unge med SSA, bør en vurdere en modell der kunnskap om denne type overgrep inngår som en fast del av de forebyggende tiltakene som gjennomføres av politiet.

Representanter fra politi, Konfliktrådet og også Friomsorgen, bør videre ha anledning til å delta på ulike nasjonale, regionale kurs og konferanser sammen med andre nøkkelaktører på feltet.

Der geografisk nærhet tilsier det, er det en mulighet for at ungdomsenhetene og fengselshelsetjenesten, knyttet til Bjørgvin og Eidsvoll fengsel, kan inngå i et tettere samarbeid med den regionale kliniske ressursenheten i BUP for samarbeid, veiledning, utredning og behandling av ungdom med SSA over 15 år, som er dømt til opphold i fengsel. Alternativt må miljøarbeiderne og fengselshelsetjenesten ved disse enhetene knytte til seg egne barne- og ungdomskompetente ansatte som tilbys kompetanseheving på SSA. Det regionale konsultasjonsteamet for SSA-saker vil, uansett modell, også være en viktig tilgjengelig ressurs for ungdomsenhetene og fengselshelsetjenestene.

4.4.7 De regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging — RVTS

De fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er en ressurs for fagpersoner som i sitt arbeid møter mennesker som er berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk. RVTS bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer.

Mulige måter å videreutvikle og formidle kompetansen på barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd i regi av RVTS. RVTS-ene er en viktig aktør innenfor dette feltet. Det nasjonale kompetansenettverket om barn og unge med bekymringsfull og skadelig seksuell atferd bør videreføres. Dette for å sikre at det

finnes kompetanse på dette fagfeltet innenfor alle regioner, og at kompetanse holdes vedlike og heves. Gruppen består i dag av representanter fra Statens barnehus, V27 og RVTS og ledes av RVTS-Midt ved Oddfrid Skorpe Tennfjord. For å nå en målsetting om en nasjonal felles forståelse og utvikle kompetansen på området på tvers av sektorer, etater og fagområdet bør det vurderes om det vil være hensiktsmessig å involvere flere instanser.

For å sikre at alle regioner kommer på banen og setter dette temaet på sin lokale regionsagenda, kan det være nødvendig at alle RVTS-ene blir representert. Videre bør det vurderes om representanter fra ulike fagområder, som blant annet politiet, Statlige barnehus, barneverntjenesten, Bufetat, Kripas, habiliteringstjenesten, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, kliniske ressursenheter og døgnavdelinger, bør kunne ha en rolle i et slikt nettverk. En bredt sammensatt gruppe fra flere etater og fag vil kunne bidra til kompetanse og utviklingsarbeid på tvers av fag og instans.

RVTS kan også koordinere de regionale kompetansenettverkene og delta i de ulike tverrfaglige konsultasjons- og eller samarbeidsteamene for denne type saker. Slike team finnes allerede i flere av regionene, og RVTS er sterkt involvert i arbeidet. RVTS-ene bør inngå i et samarbeid med regionale kliniske ressursenheter når disse er på plass. RVTS bør ha ansvar for kompetansehevende tiltak på SSA-området generelt i kommunene, generell bevissthet og fagkunnskap og sikre, oppdatere og gjøre tilgjengelig egnede risikovurdering og utrednings- og behandlingsverktøy for denne populasjonen. Det siste i samarbeid med nasjonale, regionale forsknings- og kompetansesentra.

5 Oppsummering

Ingen av landene som har inngått i denne undersøkelsen, har lyktes med å etablere offentlige landsdekkende strukturer for å sikre likeverdig behandling til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Storbritannia har gjort en betydelig innsats på dette feltet for å få til en nasjonal og enhetlig tilnærming til denne gruppen. AIM-prosjektets satsing på å etablere felles retningslinjer, opplæring og tjenester til ungdom med SSA har blant annet gitt inspirasjon til utviklingen av retningslinjene fra NICE og NSPCC for hvordan en bør jobbe med dette over hele landet.

Felles terminologi. De som arbeider med barn og unge med SSA, er opptatt av at det brukes en felles terminologi, og at atferden må sees i sammenheng med barnets alder, utvikling, fungering og konteksten den opptrer i.

Definisjonen må gjenspeile at den seksuelle atferden består av et kontinuum av atferd fra *normal*, til *problematisk* til *skadelig seksuell* atferd. Problematisk atferd er utviklingsmessig upassende, den kan være rettet mot en selv eller andre og skaper bekymring. Atferden innebærer ikke åpenbar viktimisering av andre. Når denne type atferd opptrer i relasjon til traumer, som for eksempel at barnet er utsatt for seksuelle overgrep, kalles denne type atferd gjerne for reaktiv seksuell atferd⁷⁵. Seksuelt skadelig atferd innebærer elementer av tvang eller manipulasjon, maktubalanse mellom den som utsetter og den som utøver og at atferden har potensiale til fysisk eller emosjonell skade. Ubalansen i makt kan skyldes alder, intellektuell kapasitet, sosial status eller fysisk styrke.

Verktøy for å kartlegge seksuell atferd og terapeutiske modeller og tilnærminger. Det kreves gode verktøy for kartlegging, utredning og risikovurdering av seksuell atferd. Selv om det er noe variasjon mellom de ulike fagmiljøene, er det stor grad av overlapp mellom enhetene og de verktøy som er anbefalt i gjeldene retningslinjer på feltet. For å identifisere og vurdere hvorvidt den seksuelle atferden gir grunn til bekymring, anbefales bruk av Trafikklyset. Det finnes flere verktøy for å vurdere risiko og gjentakelsesfare som J-SOAP og ERASOR. Disse har vært validert gjennom flere studier og viser gode prediktive egenskaper. Både i Norge, Sverige, Danmark og Storbritannia i tillegg til i land som USA og Canada er bruken av

⁷⁵ Engelsk; sexually reaktive (Hackett et al., 2016)

ERASOR utbredt, og mange innenfor dette fagfeltet har lang erfaring med å bruke dette verktøyet. Det kan derfor være gode grunner til å anbefale en videre bruk av ERASOR. Verktøyene er normert for gutter i alderen 12 til 18 år som tidligere har begått et seksuelt overgrep. For jenter anbefales det bredere kartlegging med for eksempel AIM2. Kartleggingen av jenter med denne problematikken må utøves varsomt ut fra kunnskap om at det er større sannsynlighet for «falske positive» og for overestimering av gjentakelsesrisiko hos jenter enn hos gutter (Print et al., 2012).

AIM2-rammeverket er det mest oppdaterte, evidensbaserte og brede kartleggingsverktøyet som er tilgjengelig på dette feltet per i dag. AIM2-utredningen kan brukes for å vurdere tiltak og terapeutiske behov. Det har også blitt oppdatert for å kunne brukes i møte med jenter og unge med lærevansker. For barn under 12 år kan det være hensiktsmessig å bruke CBC (Achenbach, 1991; Achenbach & Ruffle, 2000) og CSBI (Friedrich et al., 1992) i tillegg til AIM-veilederen for barn under 12 år. Videre bør det brukes anerkjente modeller som AIM2 og GLM for behandlingen knyttet til terapeutiske tilnærminger som kognitiv atferdsterapi, traumefokusert behandling, MST-PSB og systemisk terapi og miljøterapeutiske tiltak.

Behandlingstilbudet til personer med utviklingshemming og SSA bør bestå av en omfattende kartlegging, risikovurdering og behandling som er tilpasset den enkeltes behov. For risikovurderinger anbefales AIM2, Static-99R, RRASOR og ARMIDILO-S (Hanson et al., 2013; Lofthouse et al., 2013; Print et al., 2012; Helmus et al., 2012).

Vurderinger av risiko bør aldri være basert på verktøy alene, men bør inngå som en del av en omfattende risikovurdering og gjennomføres flere ganger. Ethvert verktøy som er ment for å vurdere risiko, krever løpende validering og mulig revisjon i takt med mer kunnskap om hvordan risiko kan vurderes best mulig.

Bred utredning. For å få tak i behovene det enkelte barn eller ungdom har, er det nødvendig med en bred kartlegging. I tillegg til de statiske målene må kartleggingen inkludere dynamiske faktorer som får tak i barnets psykologiske fungering, det som ligger til grunn for handlingen og barnets livssituasjon. Utredningen må inkludere barnets ressurser, sterke sider og beskyttende faktorer og må ha som mål å forstå barnets atferd ut i fra barnets miljømessige og kulturelle kontekst.

Verktøyene og den brede utredningen bør danne grunnlaget for videre avgjørelser om hvilke typer tiltak og behandling som behøves.

Samarbeid. Arbeidet med barn og unge med SSA krever samarbeid på tvers av fag og instanser. Barnas forskjellige og sammensatte behov og ulik atferd krever et

kontinuum av responser. Den største gruppen av barn og unge med SSA vil trenge poliklinisk oppfølging. For noen vil ikke omsorgssituasjonen i hjemmet være god nok, og det vil være behov for plassering i fosterhjem. Dette bør være spesialiserte fosterhjem som får tett oppfølging og veiledning om SSA. For en mindre gruppe barn og unge med svært alvorlig og skadelig SSA og en omsorgssituasjon som ikke er tilstrekkelig, vil det være nødvendig med oppfølging i en spesielt tilrettelagt institusjon.

På tvers av enheter, faggrupper og behandlingsenheter, som prosjektgruppen har vært i kontakt med, er det først og fremst behovet for en helhetlig struktur som løftes frem som det sentrale. Videre er det stort samsvar mellom informasjonen som er hentet inn fra behandlingsmiljøene, ressurspersonenes og de gjeldende retningslinjene utviklet i Storbritannia, når det gjelder så vel bruk av verktøy som viktige komponenter i en koordinert respons til denne gruppen. Ut fra denne informasjonen vil det i neste kapittel bli presentert ulike muligheter for å videreutvikle behandlingstilbudet for barn og unge med SSA i Norge.

6 Forslag til landsdekkende strukturer

For å kunne hjelpe barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd trengs en koordinert og konsistent tilnærming som anerkjenner både barnas behov og den risiko de kan utgjøre for seg selv og andre. Som tidligere nevnt er ikke barn delt inn i fagområder eller instanser. Utfordringene blir derfor å kunne tilby en helhetlig behandling der fagpersoner og fagmiljøer samarbeider på tvers av instanser og fag for å ivareta det enkelte barn.

Landsdekkende strukturer for arbeidet med barn og unge med SSA kan ses i sammenheng med utviklingen av en felles nasjonal kompetansestrategi om vold og overgrep (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Kunnskap om barn og unge med SSA bør inngå som en del av opplærings- og kompetansehevingstiltak på vold og overgrep. Dette gjelder blant annet forslaget om en felles rammeplan for de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene, der kunnskap om vold og overgrep er blant temaene som skal inngå, og å styrke kompetansen om vold og overgrep blant annet innen spesialisthelsetjenesten, familievern, barnevern, politi og domstoler, skoler og barnehager, asylmottak og helse- og omsorgstjenesten. Det vil også være viktig å inkludere informasjon om barn og unge med SSA i opplysningsarbeidet rettet mot den generelle befolkningen samt for spesielt sårbare grupper.

I Norge har vi i utgangspunktet gode grunnstrukturer for å kunne imøtekomme denne gruppen barn og unge. Her presenteres en mulig overordnet struktur for å sikre likeverdig behandling for denne gruppen barn og unge i Norge.

6.1 Nasjonalt kompetansenettverk

- Hovedmandatet til nettverket er å sikre at alle landsregioner har høy kompetanse om forebygging, risikovurdering, utredning og behandling av barn med SSA, og at denne blir holdt ved like.
- Den nasjonale nettverksgruppen bør opprettholdes slik at det kan utvikles en nasjonal og felles forståelse av problemområdet og med dette sørge for at det i alle landsregioner finnes oppdatert kompetanse på alle feltets områder.
- For å sikre en bred felles nasjonal tverrsektoriell og tverretattlig tilnærming bør et nasjonalt nettverk ha deltakere fra alle RVTS-ene og representanter

fra blant annet Statens barnehus, det nasjonale kliniske nettverket (punkt 6.2), de regionale kliniske behandlingsenhetene (punkt 6.4), Bufetat, kommunalt barnevern, politi og habiliteringstjenesten og eventuelt andre etater der det synes hensiktsmessig.

- Lederansvaret foreslås som i dag, å legges til RVTS-ene. For en økt felles forpliktelse og et engasjement, kan RVTS-ene, om ønskelig, rullere mellom hvilket av de fem sentrene som skal ha lederansvar.
- Nettverket bør drive fagutvikling gjennom kontakt med det nordiske og det internasjonale SSA-fagmiljøet.

6.2 Nasjonalt klinisk nettverk

- HOD har for 2017 gitt helseforetakene i oppdrag å etablere et *nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med SSA*. Det skal legges vekt på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, blant annet med barneverntjenesten. Oppdraget er gitt til de regionale helseforetakene, og ledelsen av nettverket er lagt til Helse Vest RHF (se for eksempel Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 6).
- Hovedformålet med nettverket bør være å koordinere det kliniske arbeidet relatert til behandling av barn og unge med SSA knyttet til BUP nasjonalt.
- Nettverket bør kunne bistå helseregionene i deres etablering og kompetanseutvikling av nye regionale kliniske SSA behandlingsenheter, tilknyttet BUP.
- Det nasjonale kliniske nettverket bør delta i det nasjonale kompetansenettverket (punkt 6.1).
- Nettverket bør ha et nasjonalt koordinerende ansvar når det gjelder oppdatering av kliniske fagverktøy for utredning og behandling av SSA-saker i BUP for behandling individuelt, i grupper og med familier.
- Nettverket bør bistå med opplæring og kompetanseheving i regionene i samarbeid med RVTS.
- Nettverket bør drive fagutvikling gjennom kontakt med det nordiske og det internasjonale SSA-fagmiljøet.
- Nettverket bør bistå i det nasjonale arbeidet med å utarbeide blant annet helsefaglige standarder på SSA-feltet.
- Nettverket bør være knyttet til en regional klinisk spesialisert behandlingsenhet.

De to nasjonale nettverkene, både *det nasjonale kompetansenettverket* og *det nasjonalt klinisk nettverket*, bør ta initiativ til strukturer som sørger for lokale nettverkløsninger slik at en ivaretar en tverrfaglig og tverretattlig tilnærming.

6.3 Regionale kompetanse- og konsultasjonsteam

RVTS-ene har tatt initiativ til å etablere regionale kompetanse- og konsultasjonsteam rundt om i landet. Dette er i tråd med regjeringens ønske om å bidra til at det utvikles systematisk samarbeid mellom relevante tjenester og sørge for at RVTS-ene i større grad bidrar til lokalt og regionalt samarbeid og samordning av arbeidet med vold (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). De regionale teamene har noe ulik oppbygging. Det må være åpenhet for at de ulike RVTS-ene bruker lokale løsninger knyttet til allerede eksisterende kompetanse- og konsultasjonsteam.

- RVTS-ene bør ha et overordnet ansvar for etablering og opprettholdelse av regionale kompetanse- og konsultasjonsteam på SSA. Koordineringen av teamene kan overlates til andre faginstanser.
- Teamene kan være organisert som kombinerte kompetanse- og konsultasjonsteam eller henholdsvis rene kompetanseteam og konsultasjonsteam.
- RVTS-ene bør sette den regionale konsultasjonsteamfunksjonen i sammenheng med eksisterende kommunale konsultasjonsteam på traumer og voldssaker generelt, der dette er etablert.
- RVTS-ene må sørge for at teamene er bredt sammensatt slik at det ivaretas en tverrsektoriell og tverrfaglig tilnærming.

6.4 Regionale kliniske behandlingssenheter

Forskningen på barn og unge med SSA viser at mange har omfattende problemer og ofte trenger behandling som krever barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse. Fagmiljøene som prosjektgruppen har vært i kontakt med, og gjeldende retningslinjer fremhever at BUP-er eller deres ekvivalent i utgangspunktet burde være en hovedinstans for behandling av denne gruppen. Det er i denne sammenheng viktig å fremheve at barn som begår alvorlig skadelige handlinger, først og fremst er barn og bør ivaretas av behandlingsapparatet på lik linje med barn med annen type problematikk. Behandling, særlig poliklinisk, forutsetter en viss geografisk nærhet.

Lang reisevei, som for eksempel krever overnatting, vil hindre tilgang på behandling. For å sikre at barnas behov for behandling blir ivaretatt, blir det videre presentert en mulig organisering av tilbudet.

- For å sikre god, likeverdig og bred klinisk utredning og behandling av barn og unge med SSA og deres familier kreves det kunnskap, mengdetrening og kompetanse i de kliniske behandlingsenhetene.
- For å sikre et likeverdig tilbud bør det legges til rette for egne regionale kliniske ressursenheter knyttet til spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom. I befolkningstette regioner bør det vurderes å opprette flere slike enheter⁷⁶. Andre helseregionale løsninger kan vurderes, men det primære formålet må være å styrke den kliniske kompetansen og tilgjengeligheten i spesialisthelsetjenesten.
- En annen mulighet er at det i alle helseforetak velges ut egnede ressurs- og fagpersoner i lokale BUP-er som får tilbud om nødvendige kompetansehevende tiltak, og som kan tilby utredning, individuell behandling eller gruppebehandling samt foreldreveiledning i SSA-saker. Slike utvalgte fagpersoner bør inngå i et klinisk nettverk og bør kunne bistå hverandre og samarbeide over ulike lokale BUP-er innenfor samme helseforetak.
- Oppgaven til regionale kliniske ressursenheter må være å ta imot kliniske SSA-saker. Teamene må dimensjoneres etter størrelsen på opptaksområdet.
- Slike behandlingsenheter bør bistå andre lokal BUP-er i sin region med kompetanse og veiledning i SSA-saker.
- Det regionale kliniske SSA-teamet bør være representert i de regionale kompetanse- og konsultasjonsteamene, og inngå i det nasjonale kliniske nettverket.

⁷⁶ Slike enheter kan bygges opp etter samme modell som V27 som er knyttet til BUP Betanien eller TVERS som er et tverretattlig behandlingstilbud der ABUP, barnevernstjenesten og Familiekontoret er involvert i behandlingen.

6.5 Regionale og lokale tverretatlige samarbeidsteam

Rundt om i landet er det opprettet en rekke tverretatlige samarbeidsteam. Teamenes oppgaver varierer. Noen gir konsultasjon, mens andre gir både konsultasjon og direkte bistand i saker. Her presenteres noen elementer som kan bidra til å sikre en tverretatlig og tverrfaglig tilnærming til barn og unge med SSA på regionalt og lokalt nivå.

- Fagpersoner som i sitt arbeid kommer i kontakt med barn og unge med SSA må sikre at saken drøftes eller tas opp til konsultasjon i tverretatlige og tverrfaglige team. Det bør alltid etableres et tverretatlig og tverrfaglig samarbeid rundt de alvorlige SSA-sakene.
- Teamenes sammensetning bør være fleksibel og variere ut fra barnets alder, fungering, omsorgssituasjon, lokale forhold og hvem som først fikk kontakt med barnet. Dette innebærer en modell der fagpersonene som inkluderes i arbeidet, varierer ut fra barnet og familiens behov.
- Teamene bør inkludere fagpersoner i kliniske stillinger.
- Teamene bør utvikle en felles plan.
- Teamene bør bruke lokale faginstanser og ressurser for å følge opp barnet i dets nærmiljø.
- Der slike tverretatlige og tverrfaglige regionale eller kommunale team allerede eksisterer, bør det legges til rette for at disse videreføres. Blant annet gjelder dette REBESSA, som er det tverretatlige ressursteamet i Trondheim, konsultasjons- og kompetanseteamet i Tromsø, konsultasjonsteamet ved Statens barnehus i Oslo og det tverretatlige teamet TVERS i Kristiansand.

6.6 Statens barnehus

I møte med barn og unge er det viktig å ivareta barneperspektivet, også når de er mistenkt for å ha begått alvorlige seksuelle overgrep. Ved Statens barnehus er det utviklet kunnskap og kompetanse i å avhøre barn. Det er også slik at mange av barna med SSA i dag kommer til Statens barnehus og mange av disse barna er selv utsatt for vold, omsorgssvikt og seksuelle overgrep. Med dette som utgangspunkt vil det presenteres muligheter for å møte disse barna innenfor rammene til Statens barnehus.

- Barn mistenkt for SSA bør få tilbud om tilrettelagt avhør og oppfølging ved Statens barnehus⁷⁷.
- Avhør og oppfølging av psykisk utviklingshemmede med SSA-problematikk bør foretas på de statlige barnehusene.
- Statens barnehus er en sentral faginstans som bør delta i de regionale kompetanse- og konsultasjonsteamene.

6.7 Habiliteringstjenesten

Barne- og voksenhabiliteringstjenesten er en landsdekkende tverrfaglig tjeneste for bedring av funksjonsevne, helse og livskvalitet gjennom utredning, diagnostikk, behandling og tiltak. Tjenesten samarbeider med flere aktører som kommunale tjenester, fastlege, spesialisthelsetjenester, nasjonale kompetansesentre, familier og annet nettverk. Tjenesten har en fleksibel arbeidsform og har både en poliklinisk og ambulant tilnærming.

- Den sentrale instansen knyttet til barn, unge og voksne med psykisk utviklingshemming er de kommunale koordineringsenhetene. I saker med SSA bør disse samarbeide med barne- og voksenhabiliteringen. I de tilfeller der det er samtidige pågående psykiske lidelser, bør arbeidet skje i samarbeid med psykisk helsevern. Oppfølgingen av denne gruppen må legges på kommunalt nivå slik at det er mulig for behandlerne å følge opp der den enkelte bor.
- Ansatte i de kommunale koordineringsenhetene og habiliteringstjenesten bør ha grunnleggende opplæring i avdekking, vurdering, behandling og oppfølging av denne gruppen barn, unge og voksne.

6.8 Konfliktråd og politi

Ansatte hos politiet, Konfliktrådene og ved ungdomsenhetene møter denne gruppen barn og unge. Det er viktig at disse etatene har utarbeidet gode rutiner for henvisning, og i noen tilfeller samarbeid, med andre etater, som barneverntjenesten og Statens barnehus. I tiltaksplanen for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom går det frem at Politidirektoratet og Bufdir gjennom tiltak 29 i tiltaksplanen *En god barndom varer livet ut* har fått i oppdrag å etablere rutiner for samarbeid

⁷⁷ I prinsippet kunne dette også gjelde for barn mistenkt for annen kriminell atferd som for eksempel å ha utøvd vold da dette også først og fremst er barn. Denne gruppen barn er også i stor grad selv utsatt for vold og overgrep.

mellom politi og barnevern og barnevernvakt⁷⁸ ved utrykning i saker om vold i nære relasjoner. Disse rutineene for samarbeid bør også gjelde i saker knyttet til barn og unge med SSA.

- Ansatte i politiet, ungdomsenhetene og Konfliktrådet må ha gode rutiner for henvisning til barnevern som sikrer at barnet eller den unge følges opp. Ansatte som særlig kommer i kontakt med denne gruppen, som for eksempel ansatte ved volds- og sedelighetsavdelingene hos politiet, eller Kripas, bør ha grunnleggende opplæring i vurdering av SSA.
- Ansatte i politiet, ungdomsenhetene og Konfliktrådene bør kunne delta i tverretatlige konsultasjonsteam og bistå med oppfølging der dette er hensiktsmessig.
- For å ivareta ungdom med SSA som er dømt til opphold i ungdomsenhetene knyttet til Bjørgvin og Eidsvoll, bør det sørges for samarbeid med regionale kliniske ressursenheter i BUP for veiledning, utredning og behandling.
- Alternativt må ungdomsenhetene knytte til seg egne barne- og ungdomskompetente ansatte som gis kompetanseheving på SSA.

6.9 Plassering utenfor hjemmet for barn med SSA

Det må foretas en bred og grundig vurdering av ungdommen før eventuell plassering utenfor hjemmet i fosterhjem eller i institusjon. Plassering av barn og unge med utredet SSA må vurderes i saker hvor foreldrene på grunn av dårlig omsorgsevne eller for stor omsorgsbyrde ikke kan ivareta barnet hjemme. Dette kan være i saker med alvorlig vold eller overgrep som involverer søsken, og der en ikke kan håndtere risiko og følge opp barnet gjennom poliklinisk eller ambulant behandling eller annen oppfølging på en god og forsvarlig måte.

- En bør vurdere en modell med forsterkede fosterhjem med spesifikk SSA-kompetanse i de saker der barnet eller ungdommen ikke kan bo hjemme.
- Ved etablering av en til to offentlige institusjoner spesifikt for ungdom med SSA anbefales det at dette skjer i tett samspill med de nasjonale og regionale fagmiljøene.
- Alle ansatte i en slik institusjon må ha grundig opplæring i hvordan en kan hjelpe, behandle og følge opp disse barna i en døgnenhet.

⁷⁸ <http://barnevernvakten.no/>

6.10 Ivaretagelse av fagpersoner

Når man skal vurdere en felles nasjonal struktur for behandling av barn og unge med SSA, er det nødvendig å se på hva som skal til for å ivareta fagpersoner innen dette feltet. Det er viktig at de som opparbeider seg kompetanse og erfaring på feltet, får støtte slik at de klarer å opprettholde arbeidet med denne problematikken over tid. Vizard (2013) har påpekt hvor utfordrende det kan være for klinikere å jobbe i samarbeidssonen barnevern – justis – helse generelt og det å jobbe med disse barna og ungdommene spesielt. En viktig målsetting må derfor være at ingen arbeider med disse sakene alene. Det å satse på spesialisert og tverrfaglig kompetanse i de alvorlige SSA-sakene er en god investering, ikke bare for barna, men også for å ivareta fagpersoner og motvirke utbrenthet.

Arbeidet med denne gruppen barn og unge preges ofte av høy grad av aggresjon, alvorlige atferdsvansker, benektning, alvorlige familiebelastninger og en høy forekomst av samtidige psykiske lidelser. Tilgangen på veiledende og strukturerte fagverktøy er derfor nødvendig (Griffin et al., 2008; Print, Fisher, & Beech, 2013). Det å oppleve at man har kunnskap og kompetanse i møte med barn og unge med SSA og deres familier, gir en trygghet og støtte i arbeidet.

Litteratur

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., & Øverlien, C. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge - definisjoner og typologisering. In C. Øverlien, M. -I. Hauge & J. -H. Schultz (Eds.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (pp. 265-280). Oslo: Universitetsforlaget.
- Abrahamsen, S., & Mossige, S. (2007). Sexual abuse in norway: Age, risk, and attitudes. In S. Mossige, M. Ainsaar & C. G. Svedin (Eds.), *The baltic sea regional study on adolescents sexuality*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review*, 21(8), 265-271.
- Ageton, S. S. (1983). *Sexual assault among adolescents*. Lexington, MA: Health and Company.
- AIM Project. (n.d.). AIM Project. Lastet ned fra <http://aimproject.org.uk/>.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Association for Positive Behavior Support. (2008). *What is Positive Behavior Support*. Lastet ned fra http://www.apbs.org/new_apbs/genintro.aspx#definition.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers. (2006). *Report of the task force on children with sexual behavior problems*. Lastet ned fra https://depts.washington.edu/hcsats/PDF/Report%20of_ATSA.pdf.
- 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.
- Bakketeig, E., Berg, M., Myklebust, T., & Stefansen, K. (2012). *Barnehusevalueringen 2012 - Delrapport 1: Barnehusmodellens implikasjoner for politiets arbeid med fokus på dommeravhør og rettsmedisinsk undersøkelse*. (PHS Forskning 2012: 6). Oslo: Politihøgskolen.
- Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (2008). An introduction to the juvenile sex offender: Terms, concepts and definitions. In H. E. Barbaree & W. L. Marshall (Eds.), *The juvenile sex offender* (pp. 1-18). New York: Guilford Press.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014a). *Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/brosjyrer_bua/barndommen_kommer_ikke_i_reprise.pdf?id=2181274.

- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014b). *En god barndom varer livet ut: Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf.
- Barne- og familiedepartementet. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter (barnekonvensjonen)*. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdf/178931-fns_barnekonvensjon.pdf.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Prop. 12 S (2016 – 2017): Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000dddpdfs.pdf>.
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>.
- Beckett, R., Gerhold, C. K. E., & Brown, S. (2002). ASAP Adolescent sexual abuser project. Child abuser assessment schedule. Funded and developed in Cooperation with SWAAY and the Oxford Mental Health Care NHS Trust.
- Beech, A. (2013). Background to the good lives approach to intervention. In B. Print (Eds.), *The good lives model for adolescents who sexually harm*. Vermont: The Safer Society.
- Birkhaug, P., Mæhle, M., Nielsen, G. H., Inges, E. K., Kleive, H., & Solberg, Ø. (2005). Unge overgripere: En kartleggingsundersøkelse i Hordaland. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42, 987-993.
- Bischof, G. P., Stith, S. M., & Whitney, M. L. (1995). Family environments of adolescent sex offenders and other juvenile delinquents. *Adolescence*, 30(117), 157.
- Blasingame, G. D., Boer, D. P., Guidry, L., Haaven, J. L., & Wilson, R. J. (2014). *Assessment, treatment, and supervision of individuals with intellectual disabilities and problematic sexual behaviors*. Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abusers.
- Blasingame, G. D., Creeden, K. , & Rich, P. (2015). *Assessment and Treatment of Adolescents with Intellectual Disabilities Who Exhibit Sexual Problems or Offending Behaviors*. Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abusers.
- Boer, D. P., Haaven, J. L., Lambrick, F., Lindsay, W. R., McVilly, K., Sakdalan, J., & Frize, M. (2012). *ARMIDILO-S Manual: Web Version 1.0*. Lastet ned fra www.armidilo.net.
- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 26.
- Borgen, G., Dyb, G., Hafstad, G. S., Jensen, T. K., Langballe, Å., Myhre, M., . . . Øverlien, C. (2011). *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge – kunnskapsstatus. Revidert 2011*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Bromberg, D. S., & O'Donohue, W. T. (2014). *Toolkit for working with juvenile sex offenders*. London: Academic Press.

- Brook. (n.d.). *Sexual Behaviours Traffic Light Tool*. Lastet ned fra <https://www.brook.org.uk/our-work/category/sexual-behaviours-traffic-light-tool>.
- Bullens, R., & Hendriks, J. (1997). "Varig forandring". Behandlingsprogram for unge overgripere. Bergen: V27.
- Bullens, R., & Van Wijk, A. Ph. (2004). European perspectives on juveniles who sexually abuse. In G. O'Reilly, W. L. Marshall, A. Carr & R. C. Beckett (Eds.), *The handbook of clinical intervention with young people who sexually abuse* (pp. 109-418). New York: Psychology Press.
- CAMHS Tier 4 Report Steering Group. (2014). *Child and adolescent mental health services tier 4 report*. Lastet ned fra <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/07/camhs-tier-4-rep.pdf>.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., . . . Silovsky, J. F. (2008). Report of the ATSA task force on children with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199-218.
- Chaffin, M., Letourneau, E., & Silovsky, J. F. (2002). Adults, adolescents, and children who sexually. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 205-232). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Doyle-Buckwalter, K., & Robison, M. (2008). Using dyadic developmental psychotherapy in a residential treatment centre. In A. Becker-Weidman & D. Shell (Eds.), *Creating capacity for attachment: Dyadic developmental psychotherapy in the treatment of trauma-attachment disorders* (pp. 132-143). New York: Wood/N Barnes Publishing.
- Edwards, R., Beech, A., Bishopp, D., Erikson, M., Friendship, C., & Charlesworth, L. (2005). Predicting dropout from a residential programme for adolescent sexual abusers using pre-treatment variables and implications for recidivism. *Journal of Sexual Aggression*, 11(2), 139-155.
- Edwards, R., Whittaker, M. K., Beckett, R., Bishopp, D., & Bates, A. (2012). Adolescents who have sexually harmed: An evaluation of a specialist treatment programme. *Journal of Sexual Aggression*, 18(1), 91-111.
- Eggen, K., Fjeld, W., Malmo, S., Welle, S., & Zachariassen, P. (2009). *Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging*. Hamar: Helse Sør-Øst.
- Eggen, K., Fjeld, W., Malmo, S., & Zachariassen, P. (2014). *Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging*. Oslo Universitetssykehus: Eget forlag.
- Elliott, D. S., Wilson, W. J., Huizinga, D., Sampson, R. J., Elliott, A., & Rankin, B. (1996). The effects of neighborhood disadvantage on adolescent development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 33(4), 389-426.
- Endringer i straffeprosessloven. (2015). *Lov om endringer i straffeprosessloven (avhør av barn og andre særlig sårbare fornærmede og vitner)*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2015-09-04-87>.
- Endringslov til folketrygdloven. (2015). *Lov om endringer i folketrygdloven (henvisning fra psykolog)*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2015-06-05-37>.

- Fagan, A. A., & Wright, E. M. (2011). The effects of neighborhood context on youth violence and delinquency: Does gender matter? *Youth Violence and Juvenile Justice*, 10(1), 64-82.
- Fanniff, A. M., & Kolko, D. J. (2012). Victim age-based subtypes of juveniles adjudicated for sexual offenses: Comparisons across domains in an outpatient sample. *Sexual abuse: Journal of Research and Treatment*, 24(3), 224-264.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Fonagy, P., Butler, S., Baruch, G., Byford, S., Seto, M. C., Wason, J., . . . Simes, E. (2015). Evaluation of multisystemic therapy pilot services in Services for Teens Engaging in Problem Sexual Behaviour (STEPS-B): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 492. doi: 10.1186/s13063-015-1017-2
- Friedrich, W. N. (2002). *Psychological assessment of sexually abused children and their families*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., . . . Broughton, D. (1992). Child sexual behavior inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303.
- Gannon, T. A., King, T., Miles, H., Lockerbie, L., & Willis, G. M. (2011). Good lives sexual offender treatment for mentally disordered offenders. *The British Journal of Forensic Practice*, 13(3), 153-168.
- Gil, E., & Shaw, J. A. (2013). *Working with children with sexual behavior problems*. New York; London: Guilford Press.
- Griffin, H. (2013). Evaluation of the adapted good lives model. In B. Print (Eds.), *The Good Lives model for adolescents who sexually harm* (pp. 195-210). Brandon VT: Safer Society Press.
- Griffin, H., & Beech, A. (2004). *Evaluation of the AIM framework for the assessment of adolescents who display sexually harmful behaviour: A report for the Youth Justice Board*. Lastet ned fra <http://yjbpublications.justice.gov.uk/en-gb/Resources/Downloads/AIM%20Full%20Report.pdf>.
- Griffin, H., 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.
- Griffin, H. L., & Vettor, S. (2012). Predicting sexual re-offending in a UK sample of adolescents with intellectual disabilities. *Journal of sexual aggression*, 18(1), 64-80.
- Grov, Ø. (2013). *Presentasjon av sikkerhets- og rettspsykiatrisk avdeling for ungdom Tampere Finland, for å møte i rettspsykiatrisk utvalg (norsk psykiatrisk forening)*. Bergen: Betanien BUP.
- Grønnerød, C., Grønnerød, J. S., & Grøndhal, P. (2015). Psychological treatment of sexual offenders against children: A meta – analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(3), 280-290.
- Gust, D. A., Wang, S. A., Grot, J., Ransom, R., Levine, W. C., & Scotti, J. (2003). National survey of sexual behavior and sexual behavior policies in facilities for individuals with mental retardation/developmental disabilities. *Mental Retardation*, 41(5), 365-373.

- Haaven, J. (2006). Suggested treatment outline using the Old Me/New Me model. In G. Blasingame (Eds.), *Practical treatment strategies for forensic clients with severe and sexual behavior problems among persons with developmental disabilities* (pp. 85-114). Oklahoma City, OK: Wood 'N' Barnes/Safer Society Press.
- Hackett, S. (2006). Towards a resilience-based intervention model for young people with harmful sexual behaviours. In M. Erooga & H. Masson (Eds.), *Children and young people who sexually abuse others: current developments and practice responses*. London: Routledge.
- Hackett, S. (2010). Children and young people with harmful sexual behaviours. In C. Barter & D. Berridge (Eds.), *Children behaving badly? Exploring peer violence between children and young people*. London: Wiley-Blackwell.
- Hackett, S. (2011). Children and young people with harmful sexual behaviours. In C. Barter & D. Berridge (Eds.), *Children behaving badly? Peer violence between children and young people* (pp. 121-135). UK: John Wiley & Sons.
- Hackett, S. (2014). *Children and young people with harmful sexual behaviours*. London: Research in Practice.
- Hackett, S., Balfe, M., Masson, H., & Phillips, J. (2014). Family responses to young people who have sexually abused: Anger, ambivalence and acceptance. *Children & Society*, 28(2), 128-139.
- Hackett, S., Holmes, D., & Branigan, P. (2016). *Harmful sexual behaviour framework: An evidence-informed operational framework for children and young people displaying harmful sexual behaviours*. London: NSPCC. Lastet ned fra <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/publications/harmful-sexual-behaviour-framework.pdf>.
- Hackett, S., Masson, H., & Phillips, S. (2005). *Services for young people who sexually abuse: A report on mapping and exploring services for young people who have sexually abused others*. London: NSPCC; Youth Justice Board and National Organisation for the Treatment of Abusers.
- Hanson, R. K. (1997). *The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism (User Report 1997-04)*. Ottawa, ON: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009a). *A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, need, and responsivity*. (User Report 1). Canada: Her Majesty the Queen in Right of Canada.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009b). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and behavior*, 36(9), 865-891.
- Hanson, R. K., Sheahan, C. L., & VanZuylen, H. (2013). Static-99 and RRASOR predict recidivism among developmentally delayed sexual offenders: A cumulative meta-analysis. *Sexual Offender Treatment*, 8(1), 1-14.
- Hegge, B. (2016). *Trafikklyset: Seksuell atferd hos barn og ungdom*. Oslo: Hertervig Forlag.
- Helmus, L., Thornton, D., Hanson, R. K., & Babchishin, K. M. (2012). Improving the predictive accuracy of Static-99 and Static-2002 with older sex offenders: Revised age weights. *Sexual Abuse*, 24(1), 64-101.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det: Strategi for seksuell helse (2017–2022)*. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Oppdragsdokument 2017 Helse Sør-Øst RHF*. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_sor-ost_rhf_2017.pdf.
- Helsedirektoratet. (2008a). *Prioriteringsveileder: Psykisk helsevern for voksne*. Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/77/IS-1582-Prioriteringsveileder-psykisk-helsevern-for-voksne.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2008b). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/252/Psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker-IS-1570.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2012). *Alfabetisk oversikt over samordnede begreper*. Lastet ned fra <https://volven.no/categoryres.asp?catID=12&subID=68&open=true>.
- Helsedirektoratet. (2015). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015*. Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf>.
- Henggeler, S. W., Letourneau, E. J., Chapman, J. E., Borduin, C. M., Schewe, P. A., & McCart, M. R. (2009). Mediators of change for multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 451.
- Hickey, N. (2011). Typologies of juveniles who sexually harm: Associations with risk factors, modus operandi and criminal activity. In M. C. Calder (Eds.), *Contemporary practice with young people who sexually abuse: Evidence-based developments*. UK: Russell House Publishing.
- HM Government. (2010). *Working together to safeguard children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. Lastet ned fra <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eorderingdownload/00305-2010dom-en-v3.pdf>.
- Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H., & Askeland, I. R. (2016). *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep. En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. (Rapport 6/2016). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hunter, J. A., & Longo, R. (2004). Relapse prevention with juvenile sexual abusers: A holistic and integrated approach. In G. O'Reilly, W. L. Marshall, A. Carr & R. C. Beckett (Eds.), *The handbook of clinical intervention with young people who sexually abuse* (pp. 297-314). Hove and New York: Brunner–Routledge.
- Ingevaldson, S., Goulding, A., & Tidefors, I. (2016). Experiences of intimate relationships in young men who sexually offended during adolescence: Interviews 10 years later. *Journal of Sexual Aggression*, 1-13.
- Ingnes, E. K., & Kleive, H. (2011). *I møte med unge overgripere*. Oslo: Gyldendal.

- Ingnes, E. K., Kleive, H., & Garbo, E. (2009). *Unge overgripere: V27 2004-2008*. (Rapport 01/2009).Bergen: Hospitalet Betanien.
- JanusCentret. (2016). *Center for børn og unge mellem 4 og 18 år med seksuelt bekymrende eller seksuelt krænkende adfærd: Statusrapport XIII 2003-2015*. Lastet ned fra <http://januscentret.dk/wp-content/uploads/Endelig-webrapport-2003-2015.pdf>.
- Jensen, M., Garbo, E., Kleive, H., Grov, Ø., & Hysing, M. (2016). Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(5), 366-375.
- Jensen, M., & Mörch, E. (2016). *AIM2 Modellen: Utredning av ungdom med problematisk og skadelig seksuell atferd (SSA)*. Bergen: V27/Betanien Sykehus.
- Johnson, T.C., & Friend, C. (1995). Assessing young children's sexual behaviors in the context of child sexual abuse evaluations. In T. Ney (Eds.), *True and false allegations of child sexual abuse: Assessment and case management* (pp. 49-72). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Jones, C. D., Chancey, R., Lowe, L. A., & Risler, E. A. (2010). Residential treatment for sexually abusive youth: An assessment of treatment outcomes. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 172-182.
- Justis- og politidepartementet. (2006). *Barnas hus: Rapport om etablering av et pilotprosjekt med ny avhørsmodell for barn som har vært utsatt for overgrep m.m.* Oslo: Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/jd/vedlegg/barnas_hus.pdf.
- Kjellgren, C. (2009). *Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome*. (PhD), Lund University, Lund.
- Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., & Långström, N. (2010). Sexually coercive behavior in male youth: Population survey of general and specific risk factors. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1161-1169.
- Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., Mossige, S., & Långström, N. (2011). Female youth who sexually coerce: Prevalence, risk, and protective factors in two national high school surveys. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3354-3362.
- Kleive, H. (2016). Barn som forgriper seg på barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(11), 912-918.
- 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*. (Rapport 01/2015).Bergen: Hospitalet Betanien.
- Konfliktrådsloven. (2014). *Lov om konfliktrådsbehandling (konfliktrådsloven)*. Lastet ned fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-49/KAPITTEL_2#§19.
- Kripos. (2016). *Seksuelle overgrep mot barn under 14 år*. Lastet ned fra https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_3798.pdf.
- Kruse, A. E. (2011). *Unge som begår seksuelle overgrep*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga. (1990). *Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga*. Lastet ned fra <http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk->

[forfattningssamling/lag-199052-med-sarskilda-bestammelser-om-varld_sfs-1990-52.](#)

- Larsson, I. (2000). *Sexuella övergrepp mot barn. Barns sexualitet och sexuella beteende. Expertrapport*. Stockholm: Socialstyrelsens.
- 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
- Leversee, T. (2011). Understanding and applying typologies in the context of a holistic model for the treatment of sexually offending juveniles. In M. C. Calder (Eds.), *Contemporary practice with young people who sexually abuse: Evidence-based developments*. UK: Russell House Publishing.
- Lindsay, W. R. (2009). *The treatment of sex offenders with developmental disabilities*. Chichester, UK: Wiley.
- Lindsay, W. R., Ward, T., Morgan, T., & Wilson, I. (2007). Self-regulation of sex offending, future pathways and the Good Lives Model: Applications and problems. *Journal of Sexual Aggression*, 13(1), 37-50.
- Lofthouse, R. E., Lindsay, W. R., Totsika, V., Hastings, R. P., Boer, D. P., & Haaven, J. L. (2013). Prospective dynamic assessment of risk of sexual reoffending in individuals with an intellectual disability and a history of sexual offending behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(5), 394-403.
- Långström, N. (1999). *Young sex offenders: Individual characteristics, agency reactions and criminal recidivism*. Stockholm: Department of Public Health, Karolinska institute.
- Långström, N. (2000). *Unga som begår sexualbrott – en forskningsöversikt. Expertrapport*. (Artikelnummer 2000-36-2). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E.-M., Lindblom, J., Werkö, S. , & Hanson, R. K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: Systematic review of medical and psychological interventions. *British Medical Journal*, 347(7924), 12. doi: 10.1136
- 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 Wellfare.
- Långström, N., & Lindblad, F. (2000). Young sex offenders: Background, personality, and crime characteristics in a Swedish forensic psychiatric sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 113-120.
- McCrory, E. (2011). *A treatment manual for adolescents displaying harmful sexual behaviour: Change for good*. London: Jessica Kingsley.
- Meld. St. 24 (2015–2016). (2016). *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/8e378de25cfa49f28851cb0ef91a7f82/no/pdfs/stm201520160024000dddpdfs.pdf>.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing*. New York, NY: Guilford Press.

- Miner, M., Borduin, C., Prescott, D., Bovensmann, H., Schepker, R., Du Bois, R., . . . Langfeldt, T. (2006). Standards of care for juvenile sexual offenders of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders. *Sexual Offender Treatment*, 1(3), 1-7.
- Mossige, S., Ainsaar, M., & Svendin, C. G. (2007). *The Baltic Sea Regional Study on Adolescents' Sexuality*. (NOVA-Rapport 18/2007).Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge: En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole*. (NOVA-Rapport 20/2007).Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge: Omfang og utviklingstrekk 2007–2015*. (NOVA Rapport 5/2016).Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Muff, E. K. (2001). *Seksuelle overgrep på mennesker med handicap: Et litteraturstudie*. København: Sosialt utviklingscenter SUS.
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer*. (Rapport 1/2015).Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *NICE guideline: Harmful sexual behaviour among children and young people (NG55)*. Lastet ned fra nice.org.uk/guidance/ng55.
- O'Reilly, G., Marshall, W. L., Carr, A., & Beckett, R. C. (2004). *The handbook of clinical intervention with young people who sexually abuse*. New York: Psychology Press.
- Olseryd, J. (2014). *Gärningspersoner kön och ålder vid misshandel, hot, rån och sexualbrott: En beskrivning utifrån misstankestatistiken och Nationella trygghetsundersökningen*. Stockholm: Brottsförebyggande rådetLastet ned fra http://bra.se/download/18.626651b0148b20bd39c7c7/1413531400705/2014_Gärningspersoners_kon_och_alder.pdf.
- Pedersen, W., & Aas, H. (1995). Sexual victimization in Norwegian children and adolescents: Victims, offenders, assaults. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23(3), 173-178.
- Pedersen, W., & Skrondal, A. (1996). Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 91(4), 565-581.
- Petersilia, J. R. (2001). Crime victims with developmental disabilities: A review essay. *Criminal Justice and Behavior*, 28(6), 655-694.
- Politidirektoratet. (2015). *Statens barnehus Årsrapport/POD 2015*. Lastet ned fra https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/politidirektoratet/Vedlegg_3592.pdf.
- Prentley, R., & Righthand, S. (2003). *Juvenile sex offender assessment protocol – II (J-SOAP-II) Manual*. Bridgewater, MA: Justice Resource InstituteLastet ned fra ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/202316.pdf.
- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2009). Prevalence, characteristics, and associations of sexual abuse with sociodemographics and consensual sex in a population-based sample of Swedish adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(1), 19-39.

- Print, B. (2013). *The Good Lives model for adolescents who sexually harm*. Brandon VT: Safer Society Press.
- Print, B., Fisher, D., & Beech, A. (2013). The development of practice with adolescents who sexually harm In B. Print (Eds.), *The Good Lives model for adolescents who sexually harm* (pp. 19-33). Brandon VT: Safer Society Press.
- Print, B., Griffin, H., Beech, A., Quale, J., Bradshaw, H., Henniker, J., & Morrison, T. (2012). *AIM2 assessment guidens manual*. Manchester: G-Map & AIM Project.
- Print, B., Morrison, T., & Henniker, J. (2001). An inter-agency assessment framework for young people who sexually abuse: Principles, processes and practicalities. In M. C. Calder (Eds.), *Juveniles and Children who Sexually Abuse* (pp. 271-281). Lyme Regis: Russell House Publishing.
- Puzzanchera, C., & Kang, W. (2012). *Easy access to juvenile court statistics: 1985–2009*. Washington, DC: National Center for Juvenile Justice.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801-813.
- 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. (2001). *Juveniles who have sexually offended: A review of the professional literature: Report*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Ryan, G., Miyoshi, T. J., Metzner, J. L., Krugman, R. D., & Fryer, G. E. (1996). Trends in a national sample of sexually abusive youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 17-25.
- Sample, L. L., & Bray, T. M. (2006). Are sex offenders different? An examination of rearrest patterns. *Criminal Justice Policy Review*, 17(1), 83-102.
- Savin-Williams, R. C., & Diamond, L. M. (2000). Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: Gender comparisons. *Archives of Sexual Behavior*, 29(6), 607-627.
- Schwartz, B. K., Cavanaugh, D., Pimental, A., & Prentky, R. (2006). Descriptive study of precursors to sex offending among 813 boys and girls: Antecedent life experiences. *Victims and Offenders*, 1(1), 61-77.
- Sheldon, K., & Howitt, D. (2007). *Sex offenders and the internet*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Skybak, T. (2004). *Barnas Hus: Et helhetlig og barnevennlig tilbud til barn som har vært utsatt for seksuelt misbruk*. (Rapportnummer 46-04).Oslo: Redd Barna.
- Smith, C., Bradbury-Jones, C., Lazenbatt, A., & Taylor, J. (2013). *Provision for young people who have displayed harmful sexual behaviour: An understanding of contemporary service provision for young people displaying harmful sexual behaviour in a UK context*. Lastet ned fra <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/research-reports/provision-young-people-displayed-harmful-sexual-behaviour.pdf>.
- Socialstyrelsen. (1997). *Tillämpningen av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga: Socialstyrelsens författningssamling*. Lastet ned fra

- http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/12728/1997-10-15_1997_15.pdf.
- Socialstyrelsen. (2014). *Barn och unga – insatser år 2013: Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)*. Lastet ned fra <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19485/2014-9-1.pdf>.
- Socialtjänstlag. (2001). *Socialtjänstlag (2001:453)*. Lastet ned fra http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.
- Statistisk Sentralbyrå. (2014). *Etterforskede lovbrudd*. Lastet ned fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=Efors445&KortNavnWeb=lovbrudde&PLanguage=0&checked=true>.
- Stefansen, K., Gundersen, T., & Bakketeig, E. (2012). *Barnehusevalueringen 2012 - Delrapport 2: En undersøkelse blant barn og pårørende, jurister og politifolk, samt ledere og ansatte*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Steinsvåg, P. Ø. (2016). *Arbeid med vold på familievernkontorene: Muligheter, utfordringer og dilemmaer. Prosjektrapport fra Enerhaugen familievernkontor januar 2016*. Oslo: Enerhaugen Familievernkontor.
- Straffeloven. (2015). *Lov om straff (straffeloven)*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1902-05-22-10>.
- Strange, M. (2008). Når barn og unge krænker. *Psykolog Nyt*(21), 3-9.
- Strange, M., Jørgensen, B., Madsen, D., Sinnerup, S., & Schrøder, N. (2009). Offer møder krænker. *Psykolog Nyt*, 1(6).
- Swann, R. (2011). New technologies, new challenges: Assessment and treatment guidance for young people's problematic/abusive sexual behaviour on-line. In M. C. Calder (Eds.), *Contemporary practice with young people who sexually abuse: Evidence-based developments*. UK: Russell House Publishing.
- Søftestad, S., & Andersen, I. L. (2014). *Seksuelle overgrep mot barn: Traumebevisst tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tidefors, I. (2010). *"Det känns som jag inte har haft nå riktigt liv än." Fyrtiofem tonårspojkar som har begått sexuella övergrepp*. (Forskningsrapport 1). Statens institutions Styrelse (SiS).
- Van Outsem, R. E. (2009). *Exploring psychological characteristics of sexually abusive juveniles*. (Doktorgradsavhandling, Vrije Universiteit, Amsterdam). Lastet ned fra <http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/13278/7782.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Van Outsem, R. E., 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.

- Vizard, E. (2013). Practitioner review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse – assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 503–515. doi: 10.1111/jcpp.12047
- Vizard, E., Hickey, N., French, L., & McCrory, E. (2007). Children and adolescents who present with sexually abusive behaviour: A UK descriptive study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(1), 59-73.
- Vizard, E., Monck, E., & Misch, P. (1995). Child and adolescent sex abuse perpetrators: A review of the research literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(5), 731-756.
- Walsh, J., Scaife, V., Notley, C., Dodsworth, J., & Schofield, G. (2011). Perception of need and barriers to access: The mental health needs of young people attending a Youth Offending Team in the UK. *Health & social care in the community*, 19(4), 420-428.
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353.
- Ware, J., & Bright, D. A. (2008). Evolution of a treatment programme for sex offenders: Changes to the NSW Custody-Based Intensive Treatment (CUBIT). *Psychiatry, Psychology and Law*, 15(2), 340-349.
- White, J. W., & Koss, M. P. (1993). Adolescent sexual aggression within heterosexual relationships: Prevalence, characteristics, and causes. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall & D. R. Laws (Eds.), *The Juvenile Sex Offender* (pp. 182-202). New York: Guilford Press.
- Whitehead, P. R., Ward, T., & Collie, R. M. (2007). Time for a change: Applying the Good Lives Model of rehabilitation to a high-risk violent offender. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(5), 578-598.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002 Geneva*. Geneva: World Health Organization. Lastet ned fra http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
- Worley, K. B., Church, J. K., & Clemmons, J. C. (2011). Parents of adolescents who have committed sexual offenses: Characteristics, challenges and interventions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 433–448.
- Worling, J. R. (2004). The estimate of risk of adolescent sexual offense recidivism (ERASOR): Preliminary psychometric data. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(3), 235-254.
- Worling, J. R. (2012). The assessment and treatment of deviant sexual arousal with adolescents who have offended sexually. *Journal of Sexual Aggression*, 18(1), 36-63.
- Worling, J. R., & Curwen, T. (2001a). *The “ERASOR”: Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism Version 2.0*. Thistlethorn Regional Centre. Lastet ned fra <http://djj.ky.gov/800%20Policy%20Manual/ERASOR%202.0.pdf>.
- Worling, J. R., & Curwen, T. (2001b). Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (Version 2.0: The “ERASOR”). In M. C. Calder (Eds.), *Juveniles and children who sexually abuse: Frameworks for assessment* (pp. 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.
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet: Barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1 Spørreskjema

Kartlegging av behandlingstilbudet for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd i de nordiske landene og Storbritannia

Betegnelsen «barn» brukes om alle barn og unge under 18 år. Med problematisk eller skadelig seksuell atferd menes seksuell atferd som er problematisk, upassende eller skadelig i forhold til situasjon, kulturelle normer eller barnets alder.

Type institusjon

1. Hva slags institusjon er dere?

Vennligst beskriv: _____

2. Hvem finansierer deres behandlingstilbud:

Vennligst beskriv: _____

3. Hvordan er deres behandlingstilbud organisert? Er det underlagt et helseforetak, sykehus, rettsinstans, privat/offentlig osv.

Vennligst beskriv: _____

4. Hvor mange klienter har dere hatt inne til behandling for problematisk eller skadelig seksuell atferd i løpet av 2014?

Antall gutter: _____

Antall jenter: _____

Gjennomsnittlig alder: _____

Yngste: _____

Eldste: _____

5. Hvor mange hele årsverk har dere?

Antall behandlere: _____

Antall miljøterapeuter: _____

6. Hvilken bakgrunn har de som er ansatt hos dere? Oppgi **antall** personer i de ulike kategoriene:

Psykologer/ psykologspesialister: _____

Leger/ psykiatere: _____

Sosionomer: _____

Barnevernspedagoger: _____

Sykepleiere/ Psykiatrisk sykepleiere: _____

Pedagoger/spesialpedagoger: _____

Annet: _____

7. Hvilken fagbakgrunn har de som gjennomfører terapeutiske (psykoterapeutiske) samtaler med barna?

Beskriv: _____

Behandlingstilbudet

1. Hvem er deres behandlingstilbud rettet mot?

Beskriv: _____

2. Er det noen grupper barn dere ikke behandler?

Beskriv:

3. Hvilken opplæring har terapeutene som har kompetanse i å behandle barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd?

Beskriv:

4. Hvor mange av de ansatte har spesifikk kunnskap og kompetanse i å behandle barn som har problematisk eller seksuell atferd?

Antall behandlere:

Antall miljøterapeuter:

5. Hvilken kompetanse?

Beskriv:

Henvisning og inntak

1. I saker hvor barn har problematisk eller seksuell atferd, hvem får dere oftest henvisning fra eller blir dere kontaktet av?
 - Fastlege Barnevernstjenesten Barnets/ungdommens familie
 - Annen behandler eller behandlingsinstitusjon
 - Helsestasjon
 - Skole/PPT
 - Politi og rettsvesen
 - Spesialisthelsetjenesten BUP
 - Andre

Utredning

1. Hva slags utredning gjennomføres?
2. Hvem foretar utredningen?
3. Hva slags type kartleggingsskjema brukes?
4. Hvem snakker dere med?

Behandlingstilbudets innhold, form og samarbeid med andre instanser

1. Hvor mange av barna med problematisk eller skadelig seksuell atferd får følgende behandling? (kryss av for hver kategori)
 - Alle
 - De fleste
 - Halvparten
 - Mindre enn halvparten
 - Ingen
 - Vet ikke
2. Hvilke spesifikke metoder brukes for å behandle utøvelse av seksuelle overgrep
 - Kognitiv terapi
 - Metakognitiv terapi
 - Atferdsterapi
 - Psykodynamisk terapi
 - Systemisk terapi
 - Narrativ terapi
 - Mindfulness terapi
 - Kroppsorientert terapi
 - EMDR

- TF-CBT
- Annen traumespesifikk behandling
- Akutt hjelp/ krisehjelp
- Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening
- Eklektisk terapi
- Emosjonsfokusert terapi
- Dialektisk atferdsterapi
- Medisinering
- Annen behandling
- Individualterapi
- Miljøterapi
- Familiesamtaler
- Samtaler med skole
- Samtale med barnevern
- Nettverk
- Medierende samtaler
- Gruppesamtaler

3. Hvilke spesifikke metoder brukes i behandlingen av barn med problematisk eller skadelig atferd?

Beskriv:

4. Hvor mange av barna som har problematisk eller skadelig seksuell atferd får følgende lengde på behandlingen?

- Alle
- De fleste
- Halvparten
- Mindre enn halvparten
- Ingen
- Vet ikke
- < 6 timer
- 6 - 10 timer

- 11 - 20 timer
- >20 timer

5. Antall ganger dere treffer barnet/foreldre/utsatte/foreldre til utsatte:

Vanligvis treffer vi barnet _____antall ganger

Vanligvis treffer vi barnets foreldre _____antall ganger

Vanligvis treffer vi det/de utsatte barna _____antall ganger

Vanligvis treffer vi foreldrene til det/de utsatte barnet (a) _____antall ganger

6. Opplever dere særskilte terapeutiske dilemmaer i møte med barn med etnisk minoritetsbakgrunn som har problematisk eller skadelig seksuell atferd?

Vennligst beskriv: _____

7. Har dere gode metoder/modeller for å arbeide med disse barna og deres familier?

Vennligst beskriv: _____

8. Hvem har dere regelmessig samarbeid med rundt disse barna?

- 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
- Statens barnehus
- Konfliktrådet
- Advokater
- Krisesentre
- Støttesenter mot incest
- Spesialisthelsetjenesten
- Annet psykisk helsevern

9. Hvis samarbeid med andre instanser rundt barn: hvor fornøyd eller misfornøyd er du med dette samarbeidet?

- svært fornøyd
- fornøyd
- nøytral
- lite fornøyd
- misfornøyd
- ikke aktuelt

10. Hva trenger dere for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt disse barna?

Beskriv:

11. Får dere gitt den behandlingen dere ønsker til barn med problematisk eller skadelig atferd?

- Ja
- Delvis
- Nei
- Vet ikke

12. Hvis nei eller delvis: hva trenger dere for å kunne gi den behandlingen dere ønsker til barn med problematisk seksuell adferd/som har begått seksuelle overgrep?

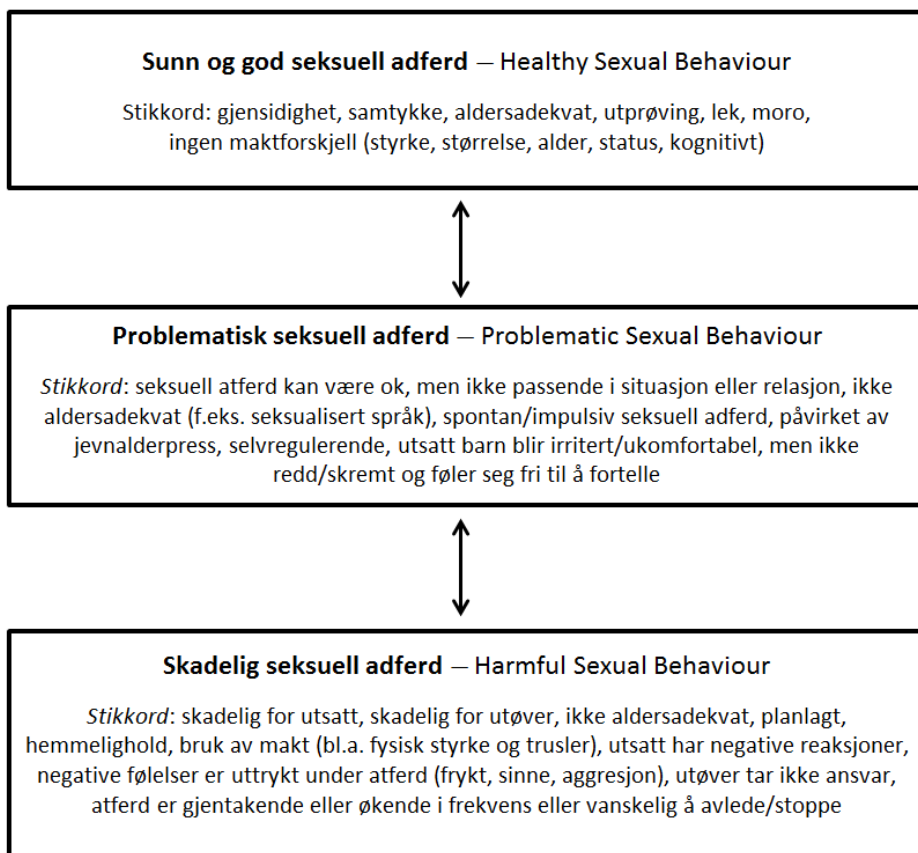
Beskriv:

13. Hva opplever dere mangler for at barn med problematisk seksuell atferd eller som begår seksuelle overgrep skal få god oppfølging også utenfor dette behandlingstilbudet?

Beskriv:

Vedlegg 2 Definisjonskontinuum

Figur 6.1 Seksuell atferd – definisjonskontinuum



(Hackett, 2010; Jensen et al., 2016)

Vedlegg 3 Eksempler på programmer og forebyggende tiltak

Tabell 6.1 Eksempler på opplæringsprogrammer for barnehager og skoler

Opplæringsprogram	Tema	Målgruppe
Vold og seksuelle overgrep mot barn ⁷⁹	Nettkurs	Barnehage og grunnskole
Du bestemmer ⁸⁰	Nettressurs om personvern og nettvett for barn og unge	Grunnskole og videregående skole
Seksualitet og kjønn ⁸¹	Ressurs om grenser, overgrep og vold samt trakassering,	Grunnskolen
Ressurshefte - Forebyggende arbeid i et helsefremmende miljø ⁸²	Arbeid mot krenkende atferd og seksuell trakassering	Videregående skole
Mine og dine grenser ⁸³	Veiledning til undervisningen	Videregående skole
Uke 6 ⁸⁴	Materiell for undervisning om seksualitet	Grunnskolen
Seksualisert trakassering og undervisning om seksualitet ⁸⁵	Faglig ressurs om seksualitet, identitet og grenser.	Ungdomstrinnet og videregående skole
Kroppen din ⁸⁶	Temaløype kroppens oppbygning	Fra 3.-4. trinn
Snakk om det: Strategi for seksuell helse (2017–2022) ⁸⁷	Om å ivareta god seksuell helse	Lærere/grunnskole-lærere

⁷⁹ <http://helsekompetanse.no/kurs/vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn>

⁸⁰ <http://www.dubestemmer.no/voksne/laerere-og-andre>

⁸¹ https://www.udir.no/Upload/Brosjyrer/5/Udir-Ressurshefte_Seksualitet-del1-2_REV2011.pdf

⁸² <http://seksuelltrakassering.no/wp-content/uploads/2015/05/Ressurshefte-STFK-Frode-Fredriksen-11.05.15.pdf>

⁸³ http://sexogpolitikk.no/seksualundervisning/mine_og_dine_grenser_materiell_til_videregaende_skole/

⁸⁴ <http://sexogpolitikk.no/seksualundervisning/>

⁸⁵ <https://www.stfk.no/upload/A/2010/Utdanning/Undervisningsopplegg-om%20seksualitet-%20revidert-juni2010%5B1%5D.pdf>

⁸⁶ <https://www.vilvite.no/skole-og-barnehage/3-4-trinn/kroppen-din/>

⁸⁷ https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

KroppKunn ⁸⁸	Idebok om kropp, pubertet, følelser og relasjoner	10-15 år samt ved funksjonsnedsettelse
SexKunn	En test	For ungdom med funksjonsnedsettelse
Kropp, identitet og seksualitet ⁸⁹	Opplæring om kropp, identitet og seksualitet	For ungdom med funksjonsnedsettelse
Hva betyr ordene? Seksuell helse ⁹⁰	Enkel forklaring på begreper innen seksuell helse	For ungdom med funksjonsnedsettelse
KIS-permen ⁹¹	Et bredt materiell om kropp, identitet og seksualitet	For ungdom med funksjonsnedsettelse
Seksualitet hos barn, ungdom og voksne ⁹²	Instruksjonshåndbok for pårørende	For barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse
Følelser, kropp og samspill ⁹³	Idebok for arbeidet med kunnskap om kropp	For ungdom med funksjonsnedsettelse
Min kropp - Informasjon på tegnspråk ⁹⁴	Om seksualitet, grenser og overgrep	For ungdom med funksjonsnedsettelse
Det bedrøvede kosedyret ⁹⁵	Bildebok om seksuell misbruk	For ungdom med funksjonsnedsettelse
ESS – Etik, Samliv og Seksualitet ⁹⁶	Undervisnings-DVD og lettest hefte	For ungdom med funksjonsnedsettelse
Jeg lurar på ⁹⁷	Et verktøy for å snakke om kropp, utvikling og seksualitet	For ungdom med funksjonsnedsettelse
Utviklingshemming og seksuelle overgrep ⁹⁸	Et faghefte om forebygging og oppfølging	For ungdom med funksjonsnedsettelse
Lucy Faithfull: «Whats the problem?» ⁹⁹	Veiledning for foreldre, barn og ungdom som har problemer på internett	Foreldre

⁸⁸ http://nfss.no/docs/idebok_kroppkunn_2.pdf

⁸⁹ <http://helsekompetanse.no/kurs/kropp-identitet-og-seksualitet>

⁹⁰ http://nfss.no/docs/hva_betyr_ordene_seksuell_helse.pdf

⁹¹ <http://helsekompetanse.no/kurs/kropp-identitet-og-seksualitet>

⁹² http://nfss.no/docs/manual_til_foresatte.pdf

⁹³ <https://helsedirektoratet.no/Documents/Seksuell%20helse/Folelser-kropp-og-samspill-et-idehefte.pdf>

⁹⁴ <http://nfss.no/docs/materiell%20dvd%20-%20min%20kropp.pdf>

⁹⁵ http://nfss.no/docs/materiell-litteratur-det_bedroevende_kosedyret.pdf

⁹⁶ <http://www.exben.no/>

⁹⁷ <http://www.talkped.no/>

⁹⁸ http://nfss.no/docs/Overgrep_hele.pdf

⁹⁹ www.lucyfaithfull.org.uk; www.stopitknow.org.uk; www.parentsprotect.co.uk

Denne rapporten gir en oversikt over eksisterende behandlings-tilbud til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA) og hvordan tilbudene er organisert i de nordiske landene og Storbritannia.

Ingen av landene som har inngått i denne undersøkelsen, har lykkes med å etablere offentlige landsdekkende strukturer for å sikre likeverdig behandling til barn og unge med SSA. Storbritannia har lagt ned en betydelig innsats på dette feltet blant annet gjennom AIM-prosjektet og utviklingen av de felles retningslinjene, NICE og NSPCC, for opplæring og tjenester til barn og unge med SSA. AIM2-rammeverket er det mest oppdaterte, evidensbaserte kartleggings- og behandlingsverktøyet som er tilgjengelig på dette feltet per i dag.

For å få tak i behovene til det enkelte barn eller ungdom, er det nødvendig med en bred kartlegging som inkluderer bruk av verktøy for å vurdere risiko og gjentakelsesfare, barnets psykologiske fungering, det som ligger til grunn for handlingen, barnets livssituasjon, ressurser, sterke sider og beskyttende faktorer. Utredningen må ha som mål å forstå barnets atferd ut ifra dets miljømessige og kulturelle kontekst. Verktøyene og den brede utredningen bør danne grunnlaget for avgjørelser om hvilke typer tiltak og behandling som behøves.

For å sikre at barn og unge med SSA tilbys en koordinert og konsistent tilnærming som anerkjenner både barnas behov og den risiko de kan utgjøre for seg selv og andre, blir det foreslått ulike nasjonale og regionale tiltak.



Rapporter kan lastes ned fra www.nkvts.no

ISSN: 0809-9103

ISBN: 978-82-8122-113-0

ISBN: 978-82-8122-112-3

Rapport nr. 1. 2017

NKVTS.NO