



Tverretatlig samarbeid om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd

Norunn Vorland, Sabreen Selvik, Toril Hjorthol, Alf Børre Kanten og Ines Blix

Tverretatlig samarbeid om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd

Norunn Vorland, Sabreen Selvik, Toril Hjorthol,
Alf Børre Kanten og Ines Blix

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble stiftet 17. november 2003. Selskapet er et datterselskap av UNIRAND AS, som er heleid av Universitetet i Oslo.

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

- vold og overgrep i nære relasjoner
- tvungen migrasjon og flyktningshelse
- katastrofer, terror og stressmestring

Vår visjon: «Et bedre liv for berørte av vold og traumer».

Senteret gjennomfører prosjekter som er finansiert av departementer og direktorater, Norges forskningsråd, frivillige organisasjoner og andre.

Bak driften av senteret står: Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, og Justis- og beredskapsdepartementet.

ISBN 978-82-8122-136-9 (trykk)

ISBN 978-82-8122-137-6 (PDF)

ISSN 0809-9103

Illustrasjonsfoto forside: Colourbox.com / Mykhaylo Palinchak

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

Forord

I opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021) fikk NKVTS i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å gjennomføre et utredningsarbeid knyttet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Utredningen skulle bygge på den nasjonale kartleggingsundersøkelsen «Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep» (2016) og NKVTS-rapporten «Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd – kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia – forslag til landsdekkende struktur» (2017). Den foreliggende rapporten skulle i større grad enn tidligere undersøkelser ha fokus på de kommunale tjenestenes samarbeid om barn og unge som utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Prosjektgruppen ved NKVTS har bestått av Norunn Vorland, Sabreen Selvik, Toril Hjorthol, Alf Børre Kanten og Ines Blix (prosjektleder). Prosjektgruppen har hatt ansvar for å planlegge og gjennomføre datainnsamlingen, samt analysere data og skrive denne rapporten.

I planleggingen av dette prosjektet hadde særlig Ingunn Rangul Askeland (prosjektleder i planleggingsfasen) og Ingvil Øverli viktige roller i prosjektet. De hadde ansvar for å utvikle og designe undersøkelsen, samt utforme spørreskjema før den endelige prosjektgruppen ble etablert. I denne fasen besto referansegruppen av Oddfrid Skorpe Tennfjord, Monika Jensen og Ingunn Askeland.

Vi vil rette en stor takk til RVTS Nord, RVTS Vest, RVTS Midt og RVTS Øst for samarbeid om rekruttering og tilrettelegging av gjennomføringen av spørreundersøkelse og fokusgruppene. Vi vil også takke dyktige fagpersoner for viktige innspill i arbeidet med denne rapporten, blant andre Oddfrid Skorpe Tennfjord, Monika Jensen, Anja Emilie Kruse, Silje Mørup Ormhaug og Ingunn Rangul Askeland. Takk også til formidlingsstaben for hjelp med språkvask og korrektur.

En stor takk rettes til deltakerne i spørreundersøkelsen og i fokusgruppene som har delt sine opplevelser, erfaringer og verdifulle refleksjoner om sitt arbeid med barn og unge med bekymringsfull seksuell atferd.

07.08. 2018

Ines Blix
Prosjektleder

Innhold

Sammendrag	9
Summary	14
1 Innledning	19
1.1 Bakgrunn og oppdrag	19
1.2 Mindreårige med problematisk eller skadelig seksuell atferd	21
1.2.1 Definisjon	21
1.2.3 Omfang	22
1.2.4 Kjennetegn ved barn og unge med skadelig seksuell atferd	23
1.2.5 Tilbudet i dag	25
1.2.6 En modell for nivådifferensierte tiltak	27
1.3 Tverretattlig samarbeid	29
1.3.1 Kommunale og statlige tjenesters mandat og rolle i SSA-saker	30
1.4 Problemstillinger	36
2 Metode	37
2.1 Fokusgruppestudien	38
2.1.1 Rekruttering av deltakere til fokusgruppene	39
2.1.2 Gjennomføring av fokusgruppene	40
2.1.3 Analyse av fokusgruppene	41
2.2 Spørreskjemaundersøkelsen	42
3 Resultater	45
3.1 Deltakernes erfaring med SSA-saker	45
3.2 Fagpersoners utfordringer relatert til arbeidet med SSA	50
3.3 Deltakernes kunnskap og kompetanse	51
3.3.1 Erfaringer med AIM-kurs	54
3.4 Tverretattlig samarbeid	57
3.4.1 Fra hvem får tjenesten vite om SSA-saker?	59

3.4.2	Hvilke tjenester samarbeider med hverandre og hvor fornøyde er de med samarbeidet?	62
3.4.3	Barnehagers samarbeid med andre instanser i SSA-saker	65
3.4.4	Skolens samarbeid med andre instanser i SSA-saker	68
3.4.5	Helsepsykeleieres samarbeid med andre instanser i SSA-saker	74
3.4.6	Barneverntjenestens samarbeid med andre instanser i SSA-saker	76
3.4.7	Statlige instansers rolle i SSA-saker	89
3.4.8	BUPs rolle og ansvar i behandling av barn med SSA	93
3.4.9	Akutthjelp	97
3.4.10	Deltakernes syn på politiets og Statens Barnehus' rolle i SSA-saker	98
3.4.11	Konsultasjonsteam og kompetanseteam	104
3.4.12	Konfliktrådets oppgave i SSA-saker	105
3.4.13	Kriminalomsorgens arbeid med SSA-saker	107
3.5	Utfordringer og positive elementer ved tverrfaglig samarbeid	108
3.5.1	Hvilke faktorer kan hindre eller vanskeliggjøre et tverretatlig samarbeid?	108
3.5.2	Manglende kommunale handlingsplaner og interne rutiner	114
3.5.3	Hva fremmer et godt tverretatlig samarbeid?	125
3.6	Barn med SSA i «systemet»	128
3.6.1	Barn med SSA nektes skoleplass	130
3.6.2	Manglende samtaler med barn i SSA-saker	131
4	Diskusjon	134
4.1	Hvordan fungerer tverretatlig samarbeid i arbeid med barn og unge med SSA?	134
4.1.1	Betydningen av kunnskap for samarbeid og holdninger	135
4.1.2	Behov for retningslinjer og rolleavklaringer	137
4.1.3	Et behov for bedre kjennskap til lovverket og bestemmelsene om taushetsplikt	138
4.1.4	Politiets og Statens Barnehus' rolle	140
4.1.5	BUPs behandlingsansvar for barn og unge med SSA	142
4.2	Styrker og svakheter ved denne undersøkelsen	143
4.3	Konklusjon og veien videre	145
	Referanser	148

Tabelloversikt

Tabell 1. Antall deltakere i spørreundersøkelsen fordelt på landsdel.	43
Tabell 2. Antall deltakere i spørreundersøkelsen fordelt på tjenestested.	44
Tabell 3. Antall deltakere i spørreundersøkelsen fordelt på utdanning.	44
Tabell 4. Estimerte antall saker rapportert av 236 deltakere fordelt på alder hos den utsatte.	48
Tabell 5. Estimerte antall saker rapportert av 236 deltakere fordelt på om de skjedde i eller utenfor familien.	48
Tabell 6. Handlingsplaner.	114
Tabell 7. Rutiner for samarbeid i SSA-saker	115

Figuroversikt

Figur 1 Tiltak basert på nivåddifferensiering av seksuell atferd hos barn og ungdom	28
Figur 2. Har du møtt barn og unge i ditt arbeid der bekymringsfull seksuell atferd har vært aktuelt?	45
Figur 3. Estimerte antall saker hvor bekymringsfull seksuell atferd har vært aktuelt.	46
Figur 4. Frekvensfordelinger av antall estimerte saker for gutter og jenter, og ulike alderskategorier på utøverne. Summert over 236 deltakere.	47
Figur 5. Plassering av saker i henhold til Trafikklyset.	49
Figur 6. Tidligere opplæring om barns seksualitet og bekymringsfull seksuell atferd.	52
Figur 7. Du har deltatt på AIM Basic Awareness-kurs. Hvordan opplevde du dette kurset? (N = 281)	55
Figur 8. Kommunalt barnevern: Deltakerne ble spurt om hvem de eller tjenestestedet ble kontaktet av først i de fleste av SSA-sakene. Frekvensfordeling på ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester som fikk flest svar.	60
Figur 9. Helsestasjon/skolehelsetjeneste, skole og barnehage: Deltakerne ble spurt om hvem de eller tjenestestedet ble kontaktet av først i de fleste av SSA-sakene. Frekvensfordeling på ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester som fikk flest svar	61
Figur 10. BUP: Deltakerne ble spurt om hvem de eller tjenestestedet ble kontaktet av først i de fleste av SSA-sakene.	

Frekvensfordeling på ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester som fikk flest svar	62
Figur 11. Kommunalt barnevern (N = 73): Opplevd samarbeid med andre tjenester. Frekvensfordeling av ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester flest deltakere rapporterer at de har samarbeidet med.	63
Figur 12. Helsestasjon/skolehelsetjeneste, skole og barnehage (N = 29): Opplevd samarbeid med andre tjenester. Frekvensfordeling av ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester flest deltakere rapporterer at de har samarbeidet med.	64
Figur 13. BUP (N = 20): Opplevd samarbeid med andre tjenester. Frekvensfordeling av ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester flest deltakere rapporterer at de har samarbeidet med.	65
Figur 14. Kommunalt barnevern: Der samarbeidet ikke fungerer så godt, hva er viktigst å styrke? Frekvensfordeling på ulike svaralternativ rangert etter hvilket element som fikk flest svar	123
Figur 15. Helsestasjon/skolehelsetjeneste, skole og barnehage: Der samarbeidet ikke fungerer så godt, hva er viktigst å styrke? Frekvensfordeling på ulike svaralternativ rangert etter hvilket element som fikk flest svar	124
Figur 16. BUP: Der samarbeidet ikke fungerer så godt, hva er viktigst å styrke? Frekvensfordeling på ulike svaralternativ rangert etter hvilket element som fikk flest svar	124

Sammendrag

Bakgrunn

De siste årene har det vært en økt satsing på kunnskap om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA), både i klinisk arbeid, i forskningslitteraturen og blant beslutningstakere. I opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021) fikk NKVTS i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å gjennomføre et utredningsarbeid knyttet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Utredningen skulle bygge på den nasjonale kartleggingsundersøkelsen «Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep» (2016) og NKVTS-rapporten «Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd – kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia – forslag til landsdekkende struktur» (2017). Den foreliggende rapporten skulle i større grad enn tidligere undersøkelser ha fokus på de kommunale tjenestenes samarbeid om barn og unge som utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd.

NKVTS har løst dette oppdraget ved å gjennomføre en spørreundersøkelse via internett med deltakere fra kurset AIM Basic Awareness. Dette kurset arrangeres av de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og omhandler grunnleggende kunnskap om problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn og unge. I tillegg ble det gjennomført fokusgrupper på ulike steder i landet, med representanter fra skole, barnehage, skolehelsetjeneste, barnevern, Statens Barnehus, familievern, kriminalomsorg i frihet, konfliktråd, praktisk pedagogisk tjeneste, habiliteringstjenesten, kommunepsykologer og legevakt.

Problemstillinger

Den overordnede problemstillingen i dette prosjektet handler om hvordan kommunalt ansatte samarbeider på tvers av etater når et barn eller en ungdom viser bekymringsfull seksuell atferd.

For å nærme oss temaet har vi gjennom fokusgrupper og spørreskjema stilt følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke utfordringer opplever ansatte relatert til sitt arbeid når et barn eller en ungdom viser bekymringsfull seksuell atferd?
- I hvilken grad og på hvilken måte samarbeider kommunalt ansatte tverretattlig i SSA-saker?
- Hvilke rutiner, handlingsplaner eller verktøy benyttes i arbeidet med denne gruppen barn og unge?
- Hva mener kommunalt ansatte selv kan styrke arbeidet og samarbeidet med barn og unge som viser bekymringsfull seksuell atferd?

Metode

Rapporten er basert på både kvantitative og kvalitative data. Datagrunnlaget er samlet inn gjennom en spørreskjemaundersøkelse med ansatte fra kommunale og statlige tjenester (N=283) som hadde deltatt på kurs i AIM Basic Awareness høsten 2017. Det ble også gjennomført seks fokusgrupper med ansatte fra et bredt utvalg kommunale etater innen skole- og omsorgssektoren og representanter fra enkelte statlige tjenester med ansvar for barn og unge. Kriterier for å delta i fokusgruppene var gjennomført kurs i AIM Basic Awareness og erfaring fra arbeid med barn og unge som har en bekymringsfull seksuell atferd. Fokusgruppene ble foretatt i ulike deler av landet. Vi foretok en tematisk analyse av data fra fokusgruppene. Data fra spørreskjema ble analysert deskriptivt med SPSS.

Resultater

Gjennomgående formidlet deltakerne i fokusgruppene et uttalt ønske om å støtte og hjelpe denne gruppen barn og unge. De fortalte at de gjennomgående opplever vilje til samarbeid på tvers av etatene. Samtidig kunne det tverretatlige samarbeidet by på utfordringer. Deltakerne pekte først og fremst på at mange ansatte i ulike kommunale tjenester har lite kunnskap om problematisk eller skadelig seksuell atferd og de utfordringer dette kan medføre. I tillegg opplever deltakerne at de mangler kompetanse på hvordan slike saker skal gripes an.

Mange ga uttrykk for at etatenes og tjenestestedenes ulike roller i arbeidet med SSA var uklare. Det ble i flere sammenhenger stilt spørsmålstegn ved hvem som skulle ha overordnet eller et koordinerende ansvar i enkeltsaker. Deltakerne trakk også frem usikkerhet på eget lov og rammeverk når de arbeider med SSA-saker, og de rettslige rammer samarbeidspartnerne arbeider innenfor. Særlig var det variasjoner i synet på hva en kunne gi videre av personlige opplysninger om barn med SSA til øvrige tjenester og etater. Mange mente at bedre kunnskap om lovverk og især taushetspliktens muligheter og begrensninger ville bidra til å lette samarbeidet på tvers av etater og profesjoner.

Manglende treffpunkter ga få muligheter til å bli personlig kjent og samtidig få oppdatert kunnskap om samarbeidspartneres tjenestetilbud i SSA-saker. Flere møteplasser og felles kurs i kommunal regi ble etterspurt. Av positive erfaringer som fremmer godt samarbeid ble det blant annet trukket frem felles forståelse av barn med SSA og deres særskilte behov, kompetanse og felles verktøy i SSA-saker, samt åpenhet og god informasjonsflyt mellom tjenestesteder. At aktørene hadde tilgang på støtte og faglig veiledning fra spesialister på feltet ble fremhevet. Mange etterspurte også bedre tilgang på personlig veiledning i kompliserte SSA-saker.

Konklusjon og veien videre

Våre data peker på et behov for ytterligere kunnskap og kompetanse om barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd blant profesjonelle både i skolesektor og helse- og omsorgstjenester. Kunnskap om SSA må formidles til alle deler av det kommunale hjelpeapparatet som til daglig møter barn og unge.

Det pekes også på et behov for klarere retningslinjer om hvordan de ulike tjenester skal forholde seg til barn og unge med SSA, og hvordan det tverretatlige samarbeidet i kommunene skal utformes. Nasjonale føringer på feltet etterspørres. Det er også behov for handlingsplaner i den enkelte kommune, samt rutiner for arbeid med SSA-saker på den enkelte arbeidsplass. Det er et behov for at det legges til rette for tverretatlig samarbeid i den enkelte kommune ved at det etableres tverrfaglige samarbeidsteam eller konsultasjons-team der hvor dette ikke allerede finnes. Arbeid med SSA bør forankres på ledelsesnivå og det er et behov for at det avsettes tid og ressurser til at den enkelte medarbeider kan arbeide systematisk og tverretatlig med barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Det er viktig å avklare hvordan politiavhør av mistenkte barn og unge som begår seksuelle skadelige handlinger skal organiseres, og i denne sammenheng hvilken rolle Statens Barnehus skal ha. Likeledes bør det klargjøres hvilket ansvar ansatte ved Statens Barnehus skal ha for oppfølging og behandling av barn og unge med SSA.

BUPs rolle og ansvar for å tilby utredning og psykisk behandling av barn og unge med SSA bør gjøres tydeligere. Arbeidet med å etablere spesialiserte BUP-enheter i hver region bør fortsette, og det bør videre diskuteres hvorvidt SSA skal settes opp på spesialisthelsetjenestens interne prioriteringsliste for sikre at barn og unge med SSA tilbys god behandling.

Det bør etableres lavterskeltilbud hvor fagpersoner i skole-, omsorgs- og helsesektor lett kan søke hjelp og råd i enkeltsaker.

Slike tilbud bør være etablert i geografisk nærhet til kommune-sektorens arbeidsplasser eller finnes på nett. Det er også viktig at det etableres akutt-tilbud til familier når det avdekkes at et barn har utøvd en problematisk eller skadelig seksuell handling. Det er viktig at kommunene har et tilgjengelig støtteapparat for familier i alvorlig livskrise.

Summary

Introduction

In recent years there has been an increased focus on gathering more extensive information concerning children and adolescents with problematic or harmful sexual behaviour (HSB), both in clinical work, in research literature, and among decision makers. As part of a plan for increased efforts towards fighting violence and abuse (2017-2021), the Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS) was commissioned by the Ministry of Health and Care Services (HOD) to carry out investigations related to children and adolescents with problematic or harmful sexual behaviour. The point of departure for the present project was the national survey [Norwegian treatment services for children exposed to violence or sexual abuse, children using violence and children with harmful sexual behavior] (Norwegian only) (2016) and the NKVTS report [Treatment for children and adolescents with problematic or harmful sexual behaviour – knowledge and experiences from the Nordic countries and Great Britain – proposals for a national structure] (Norwegian only) (2017). The main focus in this project was the cooperation between the municipal employees across schools, child care centres and health care services working with children and adolescents with a problematic or harmful sexual behaviour.

Aim

The overall aim in this project was to gain knowledge about how employees in different municipal agencies and services collaborate when a child or youth shows worrying sexual behaviour. We have explored the following research questions through focus groups and questionnaires:

- What challenges do employees experience in their work when a child or youth shows signs of worrying sexual behaviour?

- To what extent and in what way do employees cooperate between agencies in HSB affairs?
- What procedures, local guidelines and tools are being used when working with children and young people with HSB?
- According to municipal employees, what can facilitate work and collaboration related to children and young people with HSB?

Method

Quantitative data were collected through a survey administered to municipal and state services staff (N = 283) who participated in AIM-Basic courses in the autumn of 2017. Qualitative data were gathered by using six focus groups with employees from a wide range of municipal services and agencies within schools and child care centres and the health care sector as well as representatives from specific state services responsible for children and young people. Criteria for participation in the focus groups were: completed courses in AIM-Basic Awareness, as well as experience from work with children and young people who have a worrying sexual behaviour. The focus groups were conducted in different parts of the country. We performed a thematic analysis of data from the focus groups. In the descriptive analyses of the questionnaire SPSS was used.

Results

In both the survey and the focus groups, participants expressed a clear desire to support and assist this group of children and young people. They reported that they consistently experienced a willingness to cooperate across the agencies. However, cooperation across sectors and professions did present difficulties. Participants argued that employees in schools and various municipal agencies in general have little knowledge of problematic or harmful sexual behaviour, which can cause challenges. Additionally the participants experienced a shortage of competence on how to handle issues related to harmful or problematic sexual behaviour.

Many argued that the different roles of the agencies and services were not sufficiently clear as regards the HSB. Questions were raised concerning who should have the overall or coordinating responsibility in individual cases. Participants also emphasized a certain degree of insecurity concerning the specific laws and regulations as well as the general legal framework when dealing with HSB matters. In particular, there were variations in the perception regarding to what extent personal information about children with HSB could be shared with other services and agencies. Many believed that better knowledge of the relevant legislation, especially the possibilities and limitations of confidentiality, would facilitate cooperation across sectors and professions.

Possibilities to meet colleagues and partners in person were lacking, and gave few opportunities to become better acquainted to update information and to learn from more experienced colleagues. Experiences that promote better cooperation between schools and the different professionals working in this field includes: a common understanding of children with HSB and their specific needs, competence and shared tools in HSB matters, openness and a beneficial flow of information between the different partners and colleagues, and access to support and professional guidance from specialists in the field. However, many also pointed to the need for better access to professional guidance in complicated HSB cases.

Conclusion and future directions

This report points to the need for further knowledge and competence among professionals in schools, the child welfare sector and health services regarding children and adolescents with problematic and harmful sexual behaviour. Knowledge of HSB should be implemented in all the municipal agencies and services working with children and young people.

There is also a need for more well-defined guidelines on how the various services should relate to children and young people with HSB, and how cooperation across agencies should be designed. The participants pointed to a need for national guidelines. Action plans

and regulations in the different municipalities as well as procedures in each workplace when working with HSB cases were requested.

Interdisciplinary cooperation within the municipalities should be facilitated by establishing a multidisciplinary cooperation team or consultation team, where this does not already exist. Work with HSB would benefit from support by the management level. The employees should also be allocated the necessary time and resources in order to work systematically with children and adolescents with problematic or harmful sexual behaviour, as well as sufficient possibilities to cooperate with other professionals and relevant partners in the municipalities and on the national level.

Furthermore, it is necessary to clarify the procedures within the police force when it comes to interrogation of children and adolescents suspected of sexual abuse. The role of the Children's Houses¹ in this context should also be discussed when it comes to their responsibility for these children. It is necessary to clarify what kind of responsibilities employees at the Children's Houses should have for the follow-up and psychological treatment of children and adolescents with HSB.

The role and responsibility of The Childrens and Young peoples Psychiatric Out-Patient Clinics (BUP) providing psychological treatment of children and adolescents with HSB must be elucidated. The efforts towards establishing specialized BUP units in the regions must continue. Furthermore, it should be discussed whether HSB should be a priority for the specialist health services, in order to ensure that children and young people with HSB are offered appropriate treatment, should be taken into consideration.

Low-threshold contact-points should be established, where professionals in the school, childcare and health sector can easily seek help and advice in individual cases. Such utilities should be established in geographical proximity of the municipal services, or

1 <https://www.statensbarnehus.no/barnehus/statens-barnehus-oslo/information-in-english/>

be available online. It is also important that emergency services are established for families when it is revealed that a child has performed a problematic or harmful sexual act.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og oppdrag

Det siste tiåret har det vært en økende interesse for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og tilsvarende behov for mer kunnskap om denne gruppen barn og unge. Holt, Nilsen, Moen og Askeland (2016) har kartlagt det nasjonale behandlingstilbudet til barn og unge under 18 år som utøver seksuelle overgrep. En oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia har ført til en anbefaling om en landsdekkende struktur for arbeidet med denne gruppen barn og unge (Askeland, Jensen & Moen, 2017). Kunnskap har også blitt videreutviklet via utredning og forskning fra praksisfeltet. Blant annet har det kliniske miljøet V27 i Bergen publisert flere arbeider basert på sin pasientpopulasjon (Ingnes & Kleive, 2011 og Jensen, Garbo, Kleive, Grov og Hysing, 2016). Inntil nå har imidlertid tilbudet til barn og unge med SSA vært fragmentert, geografisk tilfeldig og avhengig av idealisme, velvilje og kompetanse i de enkelte fagmiljøer (Askeland et al., 2017).

Forskning har vist at seksuelle overgrep begått av en ung person kan være like skadelige som overgrep fra voksne (Cyr, Wright, McDuff & Perron, 2002). Ansatte som til daglig er i kontakt med barn og ungdom har muligheter til å fange opp bekymringsfull seksuell atferd på et tidlig tidspunkt, og dermed forebygge at den seksuelle atferden utvikler seg til problematisk eller skadelig atferd. Forskning på feltet viser at barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd ofte har sammensatte vansker og et stort behov for utredning, oppfølging og psykologisk behandling. Ulike behandlingsmetoder kan benyttes avhengig av hva som er problemområdet i behandlingen (Jensen og Ormhaug 2016). Tidlig innsats vil være av stor betydning for å hindre at negativ seksuell atferd ikke eskalerer og for å sikre at eventuelle problemer i barnets omsorgssituasjon gripes fatt i (Bromberg & O'Donohue, 2014).

Det er nødvendig med et tett samarbeid mellom flere instanser for å gi barn og unge støtte og et veltilpasset tilbud. Flere forskere har pekt på at samarbeid på tvers av tjenester er viktig for å sikre adekvat hjelp til barn med sammensatte behov (Iversen, Havik, Jakobsen & Stormark, 2008). Tverretattlig samarbeid forutsetter en avklart ansvarsfordeling og tydeliggjøring av hvilke instanser som skal kontaktes i løpet av saksprosessen. Oppfølging av barn og unge med SSA bør sees i et helhetlig perspektiv, der flere instanser involveres tidlig og kan sette i gang intervensjoner på flere arenaer i barnas liv (Askeland et al., 2017; Hackett, Holmes & Branigan, 2016; Ingnes & Kleive, 2011; National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

I opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021) (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017b) fikk NKVTS i oppdrag å gjennomføre et utredningsarbeid knyttet til barn og unge som begår overgrep, med fokus på arbeidet med barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Arbeidet skulle bygge på den nasjonale kartleggingsundersøkelsen (Holt et al. 2016) og NKVTS-rapporten fra 2017 (Askeland et al.), men i større grad rette søkelyset på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skulle i samme tidsrom arbeide med kompetanseheving i de kommunale tjenester knyttet til tematikken. Denne rapportens hovedformål er å frembringe kunnskap om hvordan kommunalt ansatte arbeider når et barn eller en ungdom viser tegn på bekymringsfull seksuell atferd; aktørers erfaringer og utfordringer. Resultatene fra prosjektet vil kunne danne grunnlag for kommunenes videre arbeid med barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Rapporten peker også på områder hvor det er nødvendig med videre forskning.

1.2 Mindreårige med problematisk eller skadelig seksuell atferd

1.2.1 Definisjon

Begrepet SSA er en norsk forkortelse av «problematisk eller skadelig seksuell atferd» (Askeland et al., 2017). I fagfeltet skilles det imidlertid mellom *problematisk* og *skadelig* seksuell atferd. Hackett (2010) har utarbeidet en kontinuum-modell for seksuell atferd hos barn og unge som strekker seg fra *normal og utviklingsmessig forventet atferd* til *svært skadelig og ikke aldersadekvat atferd*. Mellom de to ytterpunktene finner man henholdsvis *upassende*, *problematisk* og *overgrepspregget seksuell atferd* (vår oversettelse). Modellen er den offisielle innen fagfeltet i Storbritannia og skal veilede fagpersoner i å identifisere og vurdere seksuell atferd som vekker bekymring (Hackett et al., 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Begrepet *problematisk seksuell atferd* benyttes når seksuelle handlinger er sosialt upassende, og hvor det er uklart om det foreligger samtykke fra dem atferden er rettet mot. Atferden kan være tvangspregget og vekker bekymring hos voksne. *Skadelig seksuell atferd* er overdreven, klart tvangspregget, truende eller grenseoverskridende, og preges av overtalelse eller tvang av andre (Hackett, 2010). Med seksuelle overgrep menes seksuelt krenkende handlinger som ikke faller innenfor rammene av normal seksuell utforskning sett i lys av barnets utviklingsnivå og rådende kulturelle normer (Hackett, 2010). Det understrekes at atferden må sees i barnets utviklingsmessige kontekst der det som er normal atferd hos mindre barn burde vekke bekymring dersom atferden fortsetter inn i ungdomsårene (ibid.). I denne rapporten bruker vi også begrepet bekymringsfull seksuell atferd. Dette begrepet brukes ofte på et tidspunkt før man vet hvor alvorlig atferden er. Dette begrepet kan romme både skadelig eller problematisk seksuell atferd, eller atferd som kan vise seg å være adekvat.

Seksuelle krenkelser og overgrep mot barn fra andre mindreårige kan utføres i samme fysiske rom eller gjennom internett og digitale verktøy (Lewis, 2018; Seto et al., 2015). Såkalt «teknologiassistert

SSA» (TA-HSB) defineres som: «ett eller flere barn [som] deltar i seksuelle diskusjoner eller handlinger ved hjelp av internett [...] som regnes som upassende og/eller skadelige sett opp mot barnets alder eller utviklingsnivå» (Hollis & Belton, 2017; vår oversettelse). Teknologiassistert SSA inkluderer også digital atferd som kan være skadelig for barns daglige fungering, som kan sette barnet eller den unge i fare eller kan medføre rettslige konsekvenser (Lewis, 2018). Også i tilfeller der den problematiske seksuelle atferden ikke utsetter andre for skade, kan det likevel knyttes bekymring til seksuell atferd som kun rammer barnet selv. Noen typer seksuell atferd kan skade barnets egenutvikling, føre til at barnet avvises eller på annen måte sette barnet i fare. Risikoen for at barnet selv blir utsatt for seksuelle overgrep er stor (Hackett, 2010). Disse barna kan trenge omfattende helsehjelp. Slike forhold rammes sjelden av straffeloven. Det finnes imidlertid mindre forskning på unge med skadelig seksuell atferd som primært rammer barnet selv sammenlignet med unge som forgriper seg på andre mindreårige (Hackett, 2010; Clements, Holmes, Ryder & Mortimer, 2017).

1.2.3 Omfang

Undersøkelser viser at omkring 30 prosent av alle seksuelle overgrep mot barn og unge begås av andre barn eller unge, med en variasjon på mellom 10 og 50 prosent (Ageton, 1983; Långström, 1999; Ryan, Miyoshi, Metzner, Krugman & Fryer, 1996; Vizard, Monck & Misch, 1995; White & Koss, 1993). Omfangstall vil imidlertid variere avhengig av hvilken definisjon og alvorlighetsgrad man legger til grunn. Mange av undersøkelsene inkluderer ikke teknologiassistert SSA (Lewis, 2018). I en nyere, norsk undersøkelse blant avgangselever i videregående skole rapporterte 29 prosent av jentene og syv prosent av guttene at de hadde opplevd minst én type seksuell overgrep (Mossige & Stefansen, 2016).

Det er i kliniske utvalg og kriminalstatistikker man finner de alvorligere hendelsene. I en stor studie av politiregistrerte seksuelle overgrep i USA fant man at når den utsatte var under 12 år, var det like sannsynlig at den som hadde begått overgrepet var mindreårig som at overgriper var en voksen (Finkelhor, Ormrod & Chaffin, 2009). Mossige og Stefansens studie fra 2016 viser at når en jente mellom

10 og 14 år utsettes for seksuelle overgrep, er utøveren en gutt mellom 15 og 19 år i 40 prosent av tilfellene. Utøveren er en gutt under 15 år i 29 prosent av tilfellene. Når en jente som er 15 år eller eldre utsettes for overgrep, er utøveren en gutt på 15-19 år i 63 prosent av tilfellene.

Tall fra kriminalstatistikken² viser at mellom 22 og 27 prosent av dem som ble siktet for å ha begått seksuallovbrudd i årene 2014-2016 var i alderen fem til 17 år. Om vi skiller ut siktede over 15 år (som er den kriminelle lavalder), utgjør disse mellom 10 og 13 prosent av alle siktede for seksuallovbrudd disse årene. Nesten alle disse var gutter. Andelen jenter blant siktede for seksuallovbrudd varierer mellom 0,6 og 1,4 prosent.

Ifølge Kripes (2017) har antallet anmeldelser av voldtekt med mindreårige gjerningspersoner økt. I 2016 var det 60 prosent økning i antall mindreårige som ble anmeldt for voldtekt eller seksuell omgang med barn under 14 år sammenlignet med det årlige gjennomsnittet i perioden 2012-2015. Handlinger som tidligere ble definert som *seksuell omgang med barn under 14 år*, anses i dag som *voldtekt mot barn* i den nye straffeloven som trådte i kraft 1. oktober 2015. Økningen tilsier derfor ikke nødvendigvis at det er en tilsvarende økning i antall mindreårige som har brukt tvang eller trusler for å oppnå den seksuelle omgangen. Den kan også skyldes at flere handlinger i dag defineres som voldtekt og at tilbøyeligheten til å anmelde slike forhold har økt (Kripes, 2017). Sett under ett viser denne gjennomgangen at unge står for en betydelig andel av de seksuelle krenkelsene som barn og unge utsettes for, også i Norge.

1.2.4 Kjennetegn ved barn og unge med skadelig seksuell atferd

Studier med utsatte viser at majoriteten av barn og unge som har begått overgrep mot andre er gutter (Mossige og Stefansen, 2007; 2016, Priebe & Svedin, 2009; Radford, Corral, Bradley & Fisher,

2 Alle tall er hentet fra SSBs Statistikkbanken, tabell 09415: Siktede personer, etter hovedlovbruddsgruppe, kjønn og alder (og hovedlovbruddskategori -2014). Absolutte tall og per 1 000 innbyggere

2013). Selv om det er bred enighet om at barn og unge med SSA er en heterogen gruppe, har internasjonale studier funnet noen felles sårbarhetsfaktorer. En stor andel av barn som utvikler slik atferd vokser opp i familier preget av omsorgssvikt, fattigdom, seksuelle overgrep og/eller fysisk og psykisk vold (Forsman, Johansson, Santtila, Sandnabba, & Långström, 2015; Kjellgren, 2009; Seto et al., 2010; Vizard, 2013).

En av de viktigste faktorene er egen utsatthet for seksuelle overgrep. Barn som selv har opplevd seksuelle overgrep har større risiko enn andre barn for å utvikle overgrepsatferd senere i livet (Seto & Lalumiere, 2010). Forskning har imidlertid også vist at utsatthet på langt nær er tilstrekkelig som forklaring på utvikling av skadelig seksuell atferd. De fleste som opplever overgrep begår selv aldri overgrep senere (Ogloff et al., 2012). Nordisk forskning har vist at ungdom med seksuelle traumer har tre ganger så høy risiko for å utsette andre for seksuelle overgrep enn ungdommer som ikke har slike erfaringer (Seto, Kjellgren, Priebe, Mossige, Svedin & Långström, 2010). Det ser også ut til at jenter med skadelig seksuell atferd i større grad enn gutter har vært utsatt for seksuelle overgrep (Hickey, McCrory, Farmer & Vizard, 2008; Kjellgren, Priebe, Svedin, Mossige & Långström, 2011; Radford et al., 2013).

Skadelig seksuell atferd henger ofte sammen med andre typer atferdsproblemer, som andre typer kriminalitet, voldsutøvelse eller rusmisbruk (Seto & Lalumière, 2010). Utøvere av SSA skiller seg ofte fra andre unge med atferdsproblemer ved å ha såkalt atypiske seksuelle interesser, for eksempel fantasier om sex med yngre barn eller om seksualisert vold (ibid.).

Familiesituasjonen til barn og unge med skadelig seksuell atferd er i mange tilfeller preget av vold, overgrep eller omsorgssvikt. Forskning tyder på at hjemmemiljøet og familierelasjonene til denne gruppen barn og unge ofte er preget av mangel på støtte, varme og god omsorg, noe som gir dårlige forutsetninger for god tilknytning og trygge relasjoner mellom barn og deres omsorgspersoner (Ryan, Laverse & Lane, 2011). I et norsk, klinisk utvalg av gutter med SSA fant man at en høy andel hadde lærevansker og sosiale vansker,

blant annet relasjonsvansker og problemer i familien (Jensen, Garbo, Kleive, Grov, Hysing, 2016). Suicidal atferd, tidlig seksuell debut og å bruke pornografi har også vist seg som sterke risikofaktorer blant unge med SSA sammenlignet med andre barn og unge med atferdsproblemer (Kjellgren, 2009).

Barn under 13 år som utøver SSA skiller seg på enkelte områder fra eldre ungdommer med SSA, hva gjelder årsaker til atferden, hvordan atferden gir seg uttrykk og hva angår barnas utviklingshistorier (Hackett, 2010). Barn under 13 år utsetter i større grad egne søsken for skadelig, seksuell atferd sammenlignet med eldre ungdommer med SSA. De har oftere generelle atferdsvansker og ADHD (ibid.). Sammenlignet med eldre ungdom er denne gruppen oftere selv utsatt for seksuelle overgrep (Gray, Pithers, Busconi & Houchens, 1999). Problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn under 13 år kan ifølge Hackett (2010) oppstå som direkte konsekvens av barnas erfaringer med å bli seksualisert gjennom overgrep de selv har vært utsatt for, eller kan representere en mer kompleks eller indirekte respons til traumer eller omsorgssvikt.

1.2.5 Tilbudet i dag

Helsedirektoratet har en vid definisjon av begrepet behandling, som innbefatter en rekke tiltak som medisinsk, fysisk og psykoterapeutisk behandling. I denne undersøkelsen tar vi utgangspunkt i følgende forståelse av behandlingsbegrepet: «et profesjonelt terapitilbud er karakterisert ved at utdannede terapeuter arbeider med den enkelte, gruppen eller familien. Tiltakene har som mål å frembringe eller påskynde bedring og sette klienten i stand til å mestre visse situasjoner, eller lindre smerte. I slike tilbud er man eksplisitt på at det er terapi som tilbys» (Jonassen og Paulsen, 2007). Denne definisjonen utelukker hjelpe- og støttetiltak som tilbys av for eksempel barnevernet. I praksis er det likevel ikke alltid lett å trekke et tydelig skille mellom behandling og hjelpetiltak (Holt et al., 2016). Det som skjer i terapi, skjer også utenfor behandlingsrommet og i interaksjon med «signifikante andre».

Det finnes ennå ingen offentlig landsdekkende plan som sikrer likeverdig behandling til alle barn og unge med problematisk eller

skadelig seksuell atferd. Per i dag er det få spesialiserte behandlingstilbud for barn med SSA i Norge (Askeland et al., 2017). V27 ved Betanien BUP i Bergen er en ressursenhet som både har et kompetansebyggende og et klinisk mandat (Kleive og Garbo, 2015). Klinikken tilbyr behandling til barn og unge med SSA og deres familier knyttet til Region Helse Vest, men gir også i utstrakt grad veiledning til behandlere i hele landet. Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST) gir psykoterapi, rådgivning og medisinsk hjelp til både voksne og unge. I Trøndelag finnes Brøset – Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri ved St. Olavs hospital. Senteret har som oppgave å heve kompetansen i behandling av volds- og overgrepssproblematikk relatert til barn og unge. Det er opprettet to private institusjoner for barn og unge med SSA i henholdsvis Trondheim og Tønsberg (Askeland et al., 2017). REBESSA er et tverrfaglig team under RVTS Midt. Ressursteamet tilbyr konsultasjon, fagutvikling og formidling til andre instanser som arbeider med SSA blant barn og unge. Det tverretatlige behandlings-tilbudet «PÅ TVERS» i Kristiansand, under RVTS Sør³, gir et tverretatlig tilbud til familier som er berørt av SSA og seksuelle overgrep.

I mange regioner er det opprettet tverrfaglige konsultasjons- og kompetanseteam i regi av Statens Barnehus og de regionale RVTS-ene. Teamene er sentrale i feltets fagutvikling og tilbyr konsultasjon til offentlige og private institusjoner og personer (NOU, 2017; Ose & Kaspersen, 2016).

Det nasjonale kompetansenettverket om barn og unge med problematisk og skadelig seksuell atferd koordineres av RVTS Midt og har ansvar for AIM-implementering i Norge og årlige SSA-nettverkskonferanser. Den nasjonale nettverksgruppen har som mandat å sikre at alle regioner har høy kompetanse om forebygging, risikovurdering, utredning og behandling av barn med SSA (Askeland et al., 2017).

3 http://sor.rvts.no/no/nyhetsarkiv/2012/Overgrep_+TVERS.9UFRnIZx.ips.html

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det opprettet et *nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med SSA* ledet av Helse Vest (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b). Det kliniske nettverket skal blant annet utvikle et behandlingstilbud for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og sørge for at alle barn har tilgang til faglig god behandling uavhengig av bosted. I forlengelsen av nettverkets formål er det tatt initiativ til et kompetanseutviklingsprosjekt i spesialisthelsetjenesten (presentasjon på nordisk nettverkskonferanse i Oslo 31.05.18).

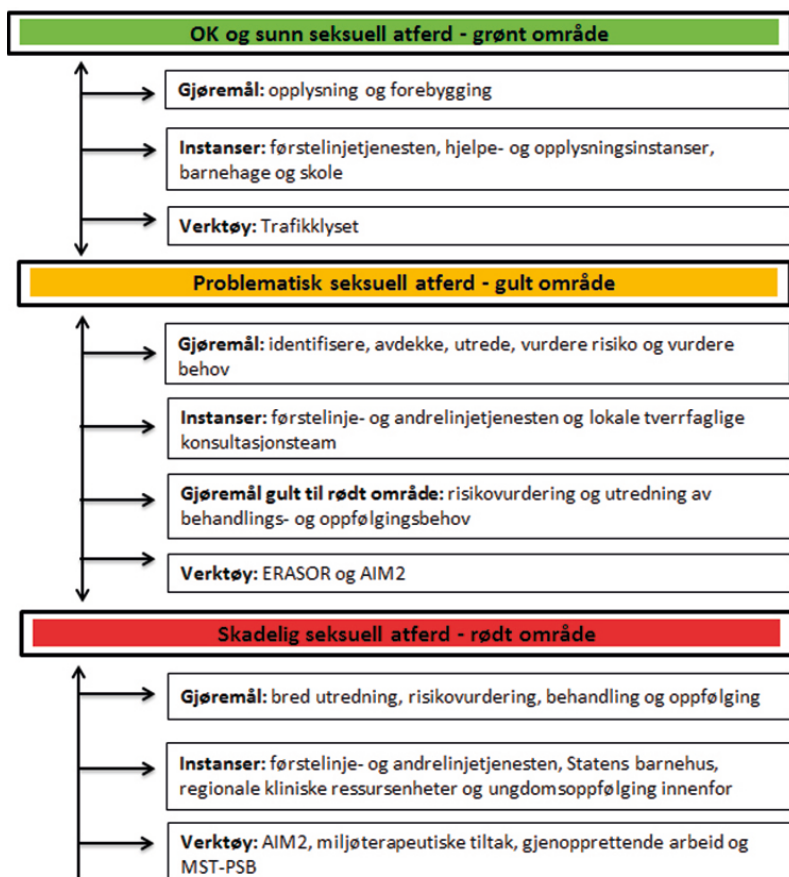
1.2.6 En modell for nivådifferensierte tiltak

I tråd med gjeldende standarder og retningslinjer ble det i NKVTS' rapport (Askeland et al., 2017) presentert en modell for nivådifferensierte tiltak for barns og unges seksuelle atferd (figur 1). Modellen bygger på NICE Guidelines (2016), Hacketts kontinuum-modell (2011; Hackett et al., 2016) og Trafikklyset (Brook, n.d.; Hegge, 2016). Modellen er ikke fullstendig i den forstand at ikke alle instanser og tiltak er beskrevet, men den viser noen av de sentrale aktørene og verktøyene på de ulike nivåene. Formålet med modellen er å gi en overordnet struktur for å identifisere og vurdere seksuell atferd hos barn og unge som vekker bekymring, og ut fra dette sette i gang videre utredning og tiltak. Ved hjelp av beskrivelsene i Trafikklyset og Hacketts kontinuum-modell, kan man kategorisere atferd som «grønn», «gul» eller «rød», henholdsvis 1) uproblematisk, aldersadekvat og «sunn» seksuell atferd, 2) problematisk eller bekymringsfull seksuell atferd og 3) skadelig seksuell atferd. Ved at Trafikklyset og kontinuum-modellen blir utbredte som verktøy, kan fagpersoner på tvers av miljøer arbeide med de samme kriteriene når det fattes beslutninger (Jensen & Mörch, 2016). Tiltakene som settes i gang, vil være avhengig av hvilket nivå atferden befinner seg på og en helhetsvurdering av barnets situasjon. Verktøyene er i hovedsak normert for gutter i alderen 12 til 18 år som har begått et seksuelt overgrep, og passer best på gruppen barn som forgriper seg på andre barn (Askeland et al., 2017).

Grunnleggende kunnskap og kompetanse om barn og unge med SSA gis gjennom kurset «AIM Basic Awareness» (Print et al., 2012). Basic Awareness-kurset knyttes primært til grønt og gult nivå i Trafikklyset.

Dette grunnleggende kurset gir et utgangspunkt for eventuell påbygging med AIM-kurs i utredning og behandling.

Figur 1 Tiltak basert på nivåddifferensiering av seksuell atferd hos barn og ungdom



1.3 Tverretatlig samarbeid

Samarbeidet mellom etater og faginstanser har de siste tiårene i økende grad vært gjenstand for interesse (Ødegård, Lohne & Willumsen, 2015). «Samarbeid» og «samhandling» innen helse- og sosialsektoren blir i de fleste sammenhenger beskrevet som et mål for å gi barn og familier et faglig godt og velkoordinert tilbud (Ness, 2014). Betegnelsen samarbeid benyttes der flere instanser går sammen om å løse en oppgave med et felles mål der hver (fag) person har en definert rolle (Roshelle & Teasley, 1995). Samhandling handler om den relasjonelle deltakelsen og engasjementet mellom personer som arbeider om et felles mål (Anderson, 2012; Karlsson & Borg 2013; Strong, Sutherland & Næss 2011; Roschelle & Teasley, 1995). I denne rapporten har vi undersøkt hvordan kommunalt og statlige ansatte i praksis *samarbeider* når de skal gi hjelp til barn og unge med SSA, og hva yrkesutøverne i kommunale og statlige tjenester selv mener er viktige komponenter og utfordringer i et godt tverretatlig samarbeid.

Kommunenes ansvar for tverretatlig samarbeid følger av flere lovverk, slik som barnevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Lovverket sier likevel ikke noe om hvordan dette samarbeidet skal foregå (NOU, 2017: 12). Stortinget har pekt på at barn som trenger hjelp må oppdages tidlig og tilbys helhetlige og koordinerte tiltak (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Helsedirektoratet lanserte i 2017 en tilskuddsordning hvor kommuner kan søke om bidrag til prosjekter som gir en mer helhetlig og bedre koordinert innsats overfor barn, unge og familier det er knyttet bekymringer til (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017a). Nødvendigheten av et tverretatlig samarbeid i arbeidet med utsatte barn og unge, er også beskrevet i *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)* (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017b) og *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a). Per i dag er det i liten grad utarbeidet formaliserte samarbeidsrutiner mellom tjenester på kommunalt og statlig nivå. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013) refererer til FNs barnekomités arbeid når det

pekes på mangelfull samordning av tjenestetilbudet mellom statlig og kommunalt nivå, mellom kommuner og i de ulike kommunene. Det pekes videre på at kommunalt selvstyre kan gi variasjon i hvordan barnekonvensjonen implementeres i kommunene og at tilbudet til barn og unge kan variere alt etter hvor barn bor. I tillegg kan organisering av helse- og omsorgstjenester i de ulike kommuner ha stor betydning for hvordan rutiner, formelle strukturer, retningslinjer og lovbestemmelser blir utformet (Andersson, Røhme & Hatling, 2005).

Taushetspliktsbestemmelsene blir i flere rapporter nevnt som en viktig faktor i tverretattlig samarbeid (Andersson et al., 2005; NOU, 2017: 12). Rettsreglene om taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett finnes i forvaltningslovens (1967) §§ 13a og 13b, lov om helsepersonell (1999) §§ 21-34 og spesialisthelsetjenesteloven (1999) §§ 6-1 og 6-2. I tillegg kommer en rekke bestemmelser i særlovgivningene, som for eksempel barnevernloven (1992) §§ 6-4 2. ledd og 6.7, barnehageloven (2005) §§ 20-22 og opplæringsloven (1998) §§ 15-1 15-3 og 15-4. Taushetsplikten legger ingen begrensninger på å motta opplysninger; det er kun retten til å videreformidle informasjon av privat karakter som er begrenset av bestemmelsene i taushetsplikten (Kjønstad, 2009). I alt tverretattlig samarbeid gjelder de vanlige forvaltningsmessige og juridiske prinsipper om at en ikke skal gi ut mer informasjon enn det som er nødvendig for saken og at det alltid skal foretas en forsvarlig saksbehandling og kontradiksjon.

1.3.1 Kommunale og statlige tjenesters mandat og rolle i SSA-saker

I arbeidet med barn og unge som har en bekymringsfull eller skadelig seksuell atferd, er barnehage, skole, PP-tjenestene, barneverntjenestene og de kommunale helsetjenester viktige instanser. Ansatte i barnehager og skoler møter barna daglig, og kan fange opp bekymringsfull seksuell atferd tidlig. De kommunale barneverntjenestene har en lovpålagt plikt til å påse at barn med SSA har en forsvarlig omsorgssituasjon. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er statlig organisert, men er likevel i tett samarbeid med kommunesektoren i arbeidet med barn med alvorlig

problematisk seksuell atferd. Politi, lensmannsetat og Statens Barnehus er aktuelle samarbeidspartnere dersom barnets seksuelle atferd faller under strafferettslige kriterier.

De omtalte kommunale og statlige aktørene er de mest sentrale i samarbeidet om barn og unge med en problematisk eller skadelig seksuell atferd. Deres mandat og roller vil kort bli beskrevet i denne delen av rapporten. De fleste deltakerne i spørreundersøkelsen og fokusgruppene var ansatte i disse etatene.

Andre instanser som kommuneleger, kommunepsykologer og annet helsepersonell på kommunalt nivå og ansatte i kriminalomsorgen, konfliktrådet og familievernnet på statlig nivå var representert med få deltagere i undersøkelsen. Deres bidrag blir beskrevet og diskutert i den delen av rapporten som presenterer resultatene.

Barnehage

Barnehager skal ivareta barns behov for omsorg og lek og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling. Barna skal lære å ta vare på seg selv, hverandre og naturen (barnehageloven § 1). Barn har rett til spesialpedagogisk hjelp fra Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) dersom de har særlig behov for det (§ 19 a). Barnehagepersonalet skal gi opplysninger til barneverntjenesten (§ 22) når det er grunn til å tro at det foreligger alvorlig omsorgssvikt eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker (jf. bvl. § 4-10, § 4-11, § 4-12 og § 4-24). Opplysninger skal normalt gis av styrer (barnehageloven § 22). Barnehager er ikke pålagt å undervise om barns seksualitet. Derimot er det forskriftsbestemt at barna skal lære å bli kjent med kroppen sin og utvikle bevissthet om egne og andres kroppslige grenser (Utdanningsdirektoratet, 2017). Det finnes kommunale initiativ for å lære barnehagebarn om seksualitet (Aftenposten, 2015; Barnehage.no, 2015). Regjeringen uttaler også i sin politiske plattform at seksualitet og grensesetting skal være temaer i barnehagene (Statsministerens kontor, 2018). Barnehagene kan ha en viktig rolle i SSA-saker både i å fange opp bekymringsfull seksuell atferd, tilrettelegge for støttende tiltak for barnet og følge nøye med i barnets utvikling.

Skole

Skolen har ansvar for å gi alle elever et trygt og godt skolemiljø (opplæringsloven § 9 A-2) og har nulltoleranse mot krenkelser som mobbing, vold, diskriminering og trakassering (§ 9 A-3). Ved mistanke om eller kjennskap til at en elev ikke har et trygt og godt skolemiljø, skal skolen snarest undersøke dette. Skolen skal lage en skriftlig plan dersom det skal gjøres tiltak i en sak (§ 9 A-4). Skolen har opplysningsplikt til barneverntjenesten og sosialtjenesten dersom det er grunn til å tro at barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker (§ 15-3 og § 15-4). Relevant for skolens arbeid med SSA er «Uke 6», et undervisningsopplegg om seksualitet som 35 prosent av alle grunnskoler i Norge har benyttet seg av (Sex og Politikk, 2017). Formålet er å bidra med kunnskap om seksualitet og handlingskompetanse i tråd med kompetansemål i læreplanene (ibid.). Lærerne kan ofte være de som først kommer i kontakt med en elevs bekymringsfulle seksuelle atferd, og har derfor en viktig rolle i å sørge for at barn får rask og tilrettelagt hjelp.

Skolehelsetjenesten

Alle kommuner skal tilby helsetjenester i skoler, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 1 bokstav a. I 2017 lanserte Helsedirektoratet for første gang nasjonale faglige retningslinjer for skolehelsetjenesten, hvor samarbeid med skolen står sentralt. De er ikke implementert i alle kommuner (Helsedirektoratet, 2017). De nasjonale retningslinjene peker også på at skolehelsetjenesten skal ha et systematisk samarbeid med barnevernet. På mange skoler samarbeider helsesykepleier og skolehelsetjenesten for å sikre at seksualitet som tema blir ivaretatt i undervisningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Skolehelsetjenesten har et tett samarbeid med skolen. De har en sentral rolle i å sørge for at SSA-saker fanges opp, tilrettelegge for tiltak som letter barnas skolehverdag og for øvrig følge med i hvordan barnet fungerer i skolesammenheng.

Barneverntjenesten

Barnevernlovens generelle formål 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 (§ 1 barnevernloven 1992). Alle tiltak rettet mot barn og familier skal baseres på hva som er barnets beste (§ 4-1). Barnevernet kan ikke etablere tiltak uten hjemmel i lovs form. Lovverket skal imidlertid praktiseres i tråd med overordnede politiske retningslinjer og stortingsdokumenter.

Barneverntjenestenes rolle er sentral når det meldes om bekymring for overgrep, alvorlige seksuelle atferdsvansker eller barnets omsorgssituasjon. Når barneverntjenestene mottar bekymringsmelding om et barn med SSA skal de innen en uke vurdere alvoret i meldingen (barnevernloven, 1992, § 4-2). Uro over barnets livssituasjon eller alvoret i et barns seksuelle handlinger kan gi grunnlag for å iverksette en undersøkelse som har en ramme på tre måneder (bvl 4-3 jf. 6-9). Barnevernet skal samtidig samarbeide med andre kommunale og statlige tjenester (§ 3.2), og ha en koordinerende rolle i det tverretatlige samarbeidet rundt barna (rundskriv til barneverntjenestene av 2017 punkt 10.4 jf. barnevernloven § 3.2a). Barneverntjenestene kan også iverksette hjelpetiltak etter barnevernlovens § 4-4. Slike tiltak kan være økonomisk støtte, støttekontakt, avlastningstiltak eller det å gi individuelle- eller familiesamtaler. Trenger barnet psykologisk hjelp skal barnevernet samarbeide med lokale fagpersoner som kommunelege og kommunepsykolog eller henvise barnet til spesialisthelsetjenesten BUP. I alvorlige SSA-saker kan barneverntjenestene plassere barn i egnet fosterhjem eller institusjon (§§ 4.24, 4.6. 1. og 2. ledd eller § 4.12). Ved mistanke om kriminelle handlinger skal barnevernet vurdere en politianmeldelse og samarbeide med Statens Barnehus om tiltak til beste for barnet.

Individuelle planer

I saker hvor barn og ungdom trenger oppfølging og tiltak over tid, har de kommunale tjenestene en plikt til å utarbeide individuelle planer (IP). Dette vil også være aktuelt i SSA-saker. Planen skal gi oversikt over behov for offentlige tjenester, hva barnet selv og familien og det offentlige hjelpeapparatet er ansvarlig for. Det blir i hovedsak bare laget en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Kommunene har hovedansvaret for å lage slike planer, og det skal oppnevnes en ansvarlig koordinator (Helse- og

omsorgstjenesteloven, 2011, § 18). Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Barneverntjenestene er tillagt en sentral rolle i dette arbeidet. Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 21, skal tilbys koordinator, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)

BUP er poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge, og er en del av spesialisthelsetjenesten. Tilbudet fra BUP er bredspektret og består blant annet av tverrfaglig utredning og behandling av barn og unge og deres familier ved psykiske lidelser. Tilbudet er frivillig. Søknad om inntak til BUP sendes via leder for barnevernet, fastleger eller kommunale psykologer. SSA er ikke nevnt i BUPs prioriteringsliste (Helsedirektoratet, 2015). Dette kan medføre at SSA-saker vurderes ulikt ved de ulike poliklinikkene. Holt et al. (2016) fant at de fleste BUP-enheter gir psykologisk behandling til barn og unge med SSA, men at mange rapporterer om lite erfaring med fagfeltet. Det nyopprettede nasjonale kliniske nettverket for behandling av barn og unge med SSA skal blant annet sørge for kompetanseutvikling i BUP og arbeide for bedre samarbeidsrutiner mellom BUP og barneverntjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b :6). Ved alvorlige psykiske lidelser hvor SSA er et av problemområdene kan barn søkes inn på institusjoner i regi av psykisk helsevern for barn og unge.

Politiet og Statens Barnehus

Mange av handlingene som defineres som skadelig seksuell atferd rammes av ulike paragrafer i straffeloven. Disse er samlet i straffelovens kapittel 26 om seksuallovbrudd (Straffeloven, 2015). I tillegg til voldtektsparagrafene (§§ 291, 293, 294 og 295) finnes andre relevante bestemmelser som i § 297 som omhandler seksuell handling uten samtykke, offentlige seksuelle krenkelser uten samtykke i § 298, voldtekt av barn under 14 år i §§ 299 og 231, seksuell omgang, seksuell handling eller seksuelt krenkende atferd

mot barn under 16 år i §§ 302-305 og incest eller søskenincest §§ 312 og 313.

Politiet har ansvar for å etterforske kriminelle forhold når de mottar en anmeldelse eller på annen måte blir gjort kjent med et kriminelt forhold. Barn som utøver en skadelig seksuell handling mot andre skal avhøres og etterforskes ifølge politiets protokoll og rutiner. Dette er nærmere behandlet i straffeprosessloven §§ 224-226. Undersøkelles- og etterforskningsplikten gjelder også når barn er under den kriminelle lavalder. I saker der barn er fylt 12 år har politiet i dag en etterforskningsplikt dersom barnet har begått et straffbart forhold. Når et barn under 12 år er mistenkt, kan det vurderes om det skal foretas et politiavhør. Formålet ved avhør av så små barn er å fremskaffe opplysninger som kan avklare om det finnes flere ofre og å avverge mulige senere straffbare handlinger. Etterforskning kan også være et grunnlag for barneverntjenestens iverksettelse av tiltak og som forberedelse for behandling i konfliktrådet.

I de nasjonale retningslinjene for Statens Barnehus av 19. desember 2016 punkt 5.3 står det at «barnehusene skal kartlegge og vurdere alle i målgruppen med tanke på psykisk helse og somatisk helse og så langt det er mulig, kartlegge hjelpebehov og innhente annen informasjon for å kunne avklare videre oppfølging og behandling (Politidirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2016). I punkt 5.3.2.1 står det at «oppfølging og behandling som en hovedregel skal skje gjennom lokalt hjelpeapparat». Spørsmålet om barn som er anmeldt for seksuelle overgrep skal avhøres på Statens Barnehus er i dag under utredning (Askeland et al., 2017, s. 82 og s. 97; Kripes, 2017; NOU 2017: 12, s. 99).

1.4 Problemstillinger

Den overordnede problemstillingen i dette prosjektet handler om hvordan kommunalt ansatte samarbeider på tvers av etater når et barn eller en ungdom viser bekymringsfull seksuell atferd.

For å nærme oss temaet har vi gjennom fokusgrupper og spørreskjema stilt følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke utfordringer opplever ansatte relatert til sitt arbeid når et barn eller en ungdom viser bekymringsfull seksuell atferd?
- I hvilken grad og på hvilken måte samarbeider kommunalt ansatte tverretattlig i SSA-saker?
- Hvilke rutiner, handlingsplaner eller verktøy benyttes i arbeidet med denne gruppen barn og unge?
- Hva mener kommunalt ansatte selv kan styrke arbeidet og samarbeidet med barn og unge som viser bekymringsfull seksuell atferd?

2 Metode

I undersøkelsen ble det gjennomført to uavhengige datainnsamlinger:

1. En fokusgruppeundersøkelse med til sammen seks fokusgrupper som inkluderte ansatte fra et bredt utvalg kommunale etater og enkelte statlige tjenester fra ulike deler av Norge.
2. En spørreskjemaundersøkelse (med et relativt stort datagrunnlag) for å kunne trekke noen linjer basert på hva en større gruppe ansatte hadde av erfaring med saker med bekymringsfull seksuell atferd hos barn og unge.

Samtidig med oppstarten av disse studiene, gjennomførte alle RVTs-ene kurs i «AIM Basic Awareness» for blant annet kommunalt ansatte høsten 2017.

Rekrutteringen til AIM Basic Awareness-kurset i august 2017 ble gjort bredt med et ønske om å nå så mange som mulig. Fellestrekk for RVTs-ene i prosjektet er at kurset ble annonsert på deres hjemmesider, mens noen i tillegg annonserte kursene på sin Facebook-side og elektroniske nyhetsbrev. Noen RVTs-er har også samarbeidet med lokale ressursentre i rekrutteringsprosessen.

Det ble sendt ut invitasjoner til AIM-kurset til ulike kontaktlister og e-postlister på alle nivåer (i første- og andrelinjetjenestene). Invitasjoner ble for eksempel sendt til postmottak i alle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, barnehabiliteringstjenesten, alle barnevernkontor, Bufetat (inntak, institusjon og familievern), politi, konfliktråd og friomsorg, samt private barneverntjenester og private og kommunale barnehager og skoler, og helsestasjoner. Noen har i tillegg kontaktet frivillige organisasjoner. Fordi kursene ble avholdt geografisk spredt med deltakere fra et bredt utvalg kommunale og andre tjenester, var det naturlig å henvende oss til dem som hadde gjennomført denne opplæringen. Under selve kursdagen informerte

en kontaktperson ved RVTS eller en representant fra forskergruppen kort om forskningsprosjektet og ga deltakere som ikke ønsket å delta mulighet til å reservere seg. Spørreskjemaet ble sendt ut elektronisk via UiO-nettskjema med ønske om besvarelse innen 14 dager.

Kursdeltakerne ble også informert om at vi ønsket å rekruttere enkelte deltakere til å delta i en fokusgruppe etter at spørreundersøkelsen var gjennomført. Prosjektet ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD).

2.1 Fokusgruppestudien

Vi valgte fokusgrupper som forskningsmetode av flere hensyn. Fokusgruppe kan defineres som en måte å samle inn kvalitative data ved å invitere et lite antall mennesker til en «uformell gruppe-diskusjon fokusert på et bestemt emne eller sett av problemstillinger» (Wilkinson, 2016, s. 84; vår oversettelse). Fokusgrupper kan produsere relativt mye kunnskap på kort tid, og formen er godt egnet til utveksling av kunnskap på tvers av fagområder (Grøvdal, Saur & Skaalerud, 2014). Hovedpoenget med fokusgrupper som forskningsmetode er at gruppeprosessen og dynamikken i gruppene skal gi forskeren mulighet til å identifisere og utforske gruppenormer, meninger, standpunkter, praksiser og så videre, som fremkommer i prosessen (Grøvdal et al., 2014). Forskeren innleder og forklarer temaet for gruppesamtalen for så å kunne fungere som en moderator for gruppens drøfting og diskusjon av temaet.

Med fokusgrupper som metode fikk vi mulighet til å oppnå innsikt i tematikken *tverretattlig samarbeid om barn med bekymringsfull eller skadelig seksuell atferd* på kort tid innenfor de gitte rammene. Fokusgruppestudien er basert på seks fokusgrupper som ble avholdt i ulike deler av landet. Vi hadde et mål om tverrfaglig sammensatte grupper fordi det kunne bidra til deling av erfaringer fra ulike faglige ståsteder. Det bidro til gode diskusjoner og brakte frem bred kunnskap om hva som er viktig i møte med den aktuelle målgruppen og hvordan en kan samarbeide på tvers av fagfelt, etater og sektorer.

2.1.1 Rekruttering av deltakere til fokusgruppene

Tre kriterier lå til grunn for utvelgelsen av deltakere til fokusgruppestudien. Deltakerne skulle ha erfaring fra arbeid med barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. De skulle representere en geografisk bredde både regionalt og innenfor de utvalgte kommuner. Deltakerne skulle også representere forskjellige tjenester og yrkesgrupper.

Deltakere til fokusgruppene ble primært rekruttert blant de deltakerne på AIM-kurset som hadde besvart spørreundersøkelsen i etterkant. Noen deltakere hadde ikke deltatt på AIM-kursene, men ble rekruttert fordi de ble ansett å ha sentral kunnskap om tematikken eller representere en tjeneste eller en profesjon som vi ikke klarte å rekruttere gjennom kurslistene. Noen yrkesgrupper var lite representert i AIM-kursene; dette gjaldt særlig leger. Bare ett av kursene hadde en lege som deltaker. Vi hadde også kun en lege med i våre fokusgrupper. Noen av deltakerne i fokusgruppene var ansatt i statlige tjenester. Disse ble rekruttert fordi ansatte i kommunale tjenester vurderte dem som relevante instanser for samarbeid i SSA-saker, for eksempel BUP, familievernnet, kriminalomsorgen, konfliktrådet og Statens Barnehus. Disse ble rekruttert gjennom direkte kontakt med deres arbeidsgiver.

I forkant av fokusgruppene fikk utvalgte deltakere som hadde besvart spørreundersøkelsen tilsendt en e-post med informasjon om prosjektets formål og bakgrunn, hva som ville være tema for fokusgruppen og hvorfor de ble spurt om å delta. Kort tid etter ble de som ikke svarte på e-posten kontaktet via telefon for å høre om de ønsket å delta, og om de hadde noen spørsmål eller behov for tilrettelegging. Deltakerne som ble rekruttert utenom listene fra AIM-kurset, ble kontaktet direkte via telefon før de fikk tilsendt informasjonsskrivet om prosjektet. I noen tilfeller måtte vi ringe til flere kommunale tjenester for å få hjelp til å rekruttere ansatte fra noen tjenester.

Det ble rekruttert 30 kommunalt ansatte og 12 statlige ansatte fra fire regioner: nord, øst, midt og vest. Hver fokusgruppe besto av 6–9 deltakere bortsett fra en gruppe der det kun var tre deltakere.

Selv om vi ble møtt med entusiasme blant de fleste som ble kontaktet, var det en utfordring å finne et tidspunkt som passet for alle. Møtetidspunktet måtte passe inn i travle arbeidsdager, og for noen var reisetiden et hinder for deltakelse. Andre deltakere takket nei til å delta i studien på grunn av egen vurdering av (manglende) erfaring med barn med SSA, som gjorde at de følte de ikke hadde så mye å bidra med i fokusgruppen.

2.1.2 Gjennomføring av fokusgruppene

Fokusgruppemøtene ble avholdt i lokalene til henholdsvis RVTS i de utvalgte regionene og hos NKVTS. Kontaktpersonene organiserte det praktiske og tekniske rundt fokusgruppene og var tilgjengelige ved ytterligere behov. De deltok ikke i fokusgruppene.

Fokusgruppene varte i omkring tre timer, inkludert en kort pause midtveis. De var ledet av to forskere fra NKVTS (gruppemoderatorer). Deres rolle var å være aktivt lyttende og sørge for at deltakernes kunnskap kom frem og ble riktig forstått i fokusgruppene både av moderatorene selv og de andre deltakerne.

I informasjonsskrivet som både ble sendt digitalt på forhånd og lest opp i forkant av hver gruppe, fikk deltakerne opplysninger om at det var frivillig å delta, at man kunne trekke seg når som helst, og at alt av lydopptak, notater og transkripsjoner ville bli behandlet konfidensielt og destruert ved prosjektets slutt. I begynnelsen av hver fokusgruppe fikk deltakerne informasjon om at fokusgruppen var lagt opp slik at kommunikasjonen hovedsakelig skulle skje mellom deltakerne. De ble oppfordret til å snakke med hverandre, stille hverandre spørsmål og gjerne utfordre hverandre eller komme med refleksjoner om det som ble sagt. De fikk grundig informasjon om prosjektet fra gruppemoderatorene, om deres rolle i fokusgruppen, og fikk mulighet til å stille spørsmål før lydopptakeren ble slått på.

Som utgangspunkt for gruppediskusjonen om det tverretatlige samarbeidet, stilte gruppemoderatorene åpne spørsmål. Spørsmålene handlet om hvordan etatene arbeider med SSA-saker og hvordan det tverretatlige samarbeidet er organisert og fungerer

sett fra deres arbeidsplass. I tillegg stilte moderatorene oppklarende spørsmål når det var nødvendig.

2.1.3 Analyse av fokusgruppene

I denne studien valgte vi å avgrense dataanalysen i henhold til målet for rapporten: å utforske hvordan samarbeidet ser ut i dag, og hvilke utfordringer og behov kommunalt ansatte opplever når det gjelder deres arbeid med barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Derfor valgte vi i analysen å se tematisk på deltakernes ytringer i fokusgruppene og på tvers av fokusgruppene, fremfor på dynamikken i gruppen. Som analysemetode brukte vi en konstruktivistisk tilnærming inspirert av «grounded theory», som innebærer et kodingssystem med tre steg: initial-, fokus- og teoretisk koding (Charmaz, 2014). Denne metoden tillater nærhet til dataene og gir mulighet til å lære om fenomenet i dybden gjennom empirisk undersøkelse fra perspektivet til deltakerne (Charmaz, 2006, 2014).

Fokusgruppesamtalene ble transkribert ordrett (ad verbatim). I analysearbeidet brukte vi det kvalitative analyseprogrammet NVIVO 11. Analyseprosessen ble gjennomført i to faser. I den første fasen (initialkoding), ble segmenter av data tildelt koder i form av korte etiketter, som for eksempel: «Arbeidsmåter med barn med SSA er avhengig av person og kompetanse», «Arbeidsmåter med barn med SSA i kriminalomsorgen er personavhengig», «Oppfølgingen av barn med SSA er avhengig av ansattes kompetanse». Kodene ble i denne fasen mest mulig valgt ut fra deltakernes uttalelser fremfor fra et bestemt teoretisk rammeverk om samarbeidstematikk.

I den neste fasen (fokuskoding) ble hyppige og signifikante koder sortert og organisert under fokuskoder. De tre kodene fra den første fasen ble samlet under: «Tilbudet til barn med SSA er personavhengig i systemet». Denne fasen av koding krevde beslutninger om hvilke initialkoder som var mest analytiske og nyttige for å kategorisere dataene ut fra problemstillingen.

I dette prosjektet ble ikke den tredje fasen (teoretisk koding) implementert på grunn av vår avgjørelse om å bruke grounded theory som analysemetode fremfor en metode for å utvikle teori.

Imidlertid ble fokuskodene samlet under overordnede temaer tilknyttet prosjektets problemstillinger. Temaene presentert i resultatdelen i rapporten er inspirert av fokuskodene og de utviklede overordnede temaene.

2.2 Spørreskjemaundersøkelsen

I spørreskjemaundersøkelsen fikk deltakerne følgende spørsmål: om de hadde møtt barn og unge i sitt arbeid hvor bekymringsfull seksuell atferd var aktuell, om de hadde noen tidligere opplæring om dette temaet, og om de hadde gjennomgått noen form for opplæring om barns seksualitet generelt («ja» vs. «nei»). Deltakerne som oppga at de hadde møtt barn og unge hvor bekymringsfull seksuell atferd hadde vært aktuell, ble så bedt om å anslå (etter hukommelsen) hvor mange saker de hadde hatt innenfor ulike kategorier. Disse kategoriene var antall jenter/gutter, antall saker i ulike alderskategorier (med hensyn til både utøver og utsatt), antall saker som omhandlet hendelser i og utenfor familien, antall saker hvor bekymringsfull seksuell atferd hadde vært et tema fra starten av, og antall saker hvor tematikken hadde dukket opp underveis. Videre ble de bedt om å estimere antall saker de hadde hatt som falt inn under henholdsvis grønn, gul og rød sone i trafikklysinndelingen (kap.1.2.6.) (og om å svare «ja» eller «nei» på om de hadde brukt kartleggingsverktøy i sitt arbeid). De fikk også spørsmål om hvem de eller tjenestestedet ble kontaktet av først i de fleste av sakene, og bedt om å oppgi maks tre svar blant 16 alternativ (for eksempel skole, politiet, foreldre).

Deretter ble de spurt om opplevd samarbeid med 16 andre tjenester ved å hake av for ett av seks svaralternativ for hver tjeneste («svært fornøyd», «fornøyd», «nøytral», «lite fornøyd», «misfornøyd», «har ikke samarbeidet med»). Deltakerne fikk så spørsmål om hva de mente var viktig å styrke der samarbeidet ikke fungerte så godt, og ble bedt om å hake av for maks tre svar blant åtte svaralternativ (for eksempel «god avklaring av roller»). De ble også bedt om å svare «ja», «nei» eller «usikker» på et sett med spørsmål knyttet til eksistensen og implementeringen av handlingsplaner og rutiner ved

sin arbeidsplass/kommune. Avslutningsvis svarte deltakerne på seks spørsmål som omhandlet hvordan de opplevde AIM-kurset.

Deltakerne i spørreskjemaundersøkelsen er rekruttert fra AIM-kurs. Vi kan imidlertid ikke hevde at dette er et representativt utvalg for de som arbeider med SSA-saker generelt i stat og kommuner. Vi kan dermed ikke generalisere dataene ut over det konkrete utvalget vi har studert. Likevel mener vi disse dataene kan gi et viktig innblikk i synspunktene til ansatte som arbeider med slike saker og gi en pekepinn for videre forskning.

Spørreskjemaet ble sendt til 552 personer. 283 personer svarte, noe som gir en svarprosent på 51,3. Tabellene nedenfor viser fordelingen av utvalget etter landsdel (tabell 1), tjenestested (tabell 2) og utdanningsbakgrunn (tabell 3).

Tabell 1. Antall deltakere i spørreundersøkelsen fordelt på landsdel.

	%	n
Nord	12	34
Midt	26,5	75
Vest	18,7	53
Sør	12,7	36
Øst	30	85

Tabell 2. Antall deltakere i spørreundersøkelsen fordelt på tjenestested.

	%	n
Kommunalt barnevern	30	85
Annet	18,4	52
Privat barnevernsinstitusjon	8,8	25
BUP	8,1	23
Skole	7,8	22
Offentlig barnevernsinstitusjon	5,3	15
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	3,5	10
Kommunalt ansatt psykolog	3,2	9
Konfliktråd	3,2	9
Barnehus	2,8	8
Habiliteringstjeneste	2,1	6
Barnehage	2,1	6
Kriminalomsorg/Friomsorg	1,8	5
Ideell barnevernsinstitusjon	1,4	4
Rusomsorg	0,7	2
Familievernkontor	0,4	1
Politi	0,4	1

Tabell 3. Antall deltakere i spørreundersøkelsen fordelt på utdanning.

	%	n
Barnevernspedagog	29	82
Sosionom	19,4	55
Lærer/Pedagog	13,4	38
Psykolog	13,1	37
Annet	13,1	37
Barnehagelærer	3,5	10
Sykepleier	3,2	9
Helsesøster	2,1	6
Fysioterapeut/Ergoterapeut	1,8	5
Jurist	0,7	2
Politi	0,4	1
Lege	0,4	1

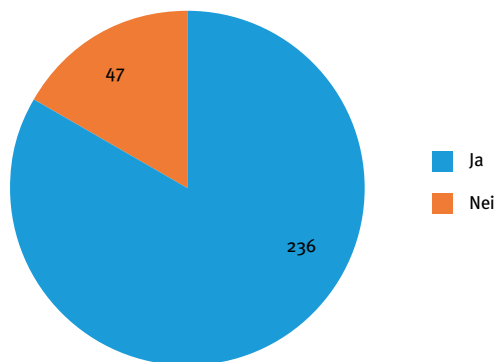
3 Resultater

3.1 Deltakernes erfaring med SSA-saker

Både i fokusgruppene og i spørreundersøkelsen ble deltakerne spurt om de tidligere hadde arbeidet med SSA-saker. I *spørreskjemaundersøkelsen* svarte et flertall bekreftende på spørsmålet om de hadde tidligere erfaring med SSA-saker.

Figur 2 viser at hele 83 prosent av deltakerne svarte at de tidligere hadde arbeidet med saker som handlet om barn og unge med en bekymringsfull seksuell atferd. De 47 informantene som svarte «nei» på spørsmålet om de hadde hatt saker hvor bekymringsfull seksuell atferd hadde vært aktuelt, ble ikke med videre i undersøkelsen (med unntak av i evalueringen av AIM-kurset) fordi påfølgende spørsmål kun var myntet på deltakere som hadde slike erfaringer.

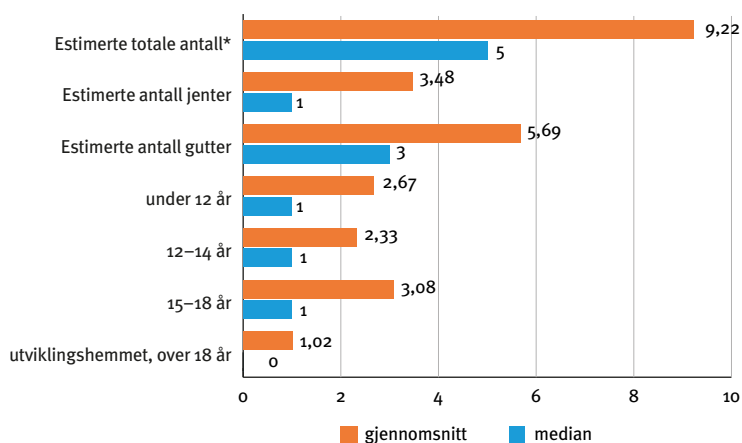
Figur 2. Har du møtt barn og unge i ditt arbeid der bekymringsfull seksuell atferd har vært aktuelt?



236 deltakere hadde tidligere erfaringer med SSA-saker og fikk en rekke oppfølgingsspørsmål der de blant annet ble spurt om omfanget av deres tidligere arbeid med SSA. Det er viktig å understreke at disse tallene ikke kan forstås som forekomsttall fordi

utvalget ikke er representativt og fordi estimatene vil variere avhengig av hvor lenge en har vært i en arbeidssituasjon. De aller fleste hadde tidligere erfaring fra arbeid med barn og unge med SSA.

Figur 3. Estimerte antall saker hvor bekymringsfull seksuell atferd har vært aktuelt.



* 0-18 år, samt psykisk utviklingshemmede med tilsvarende mental alder.

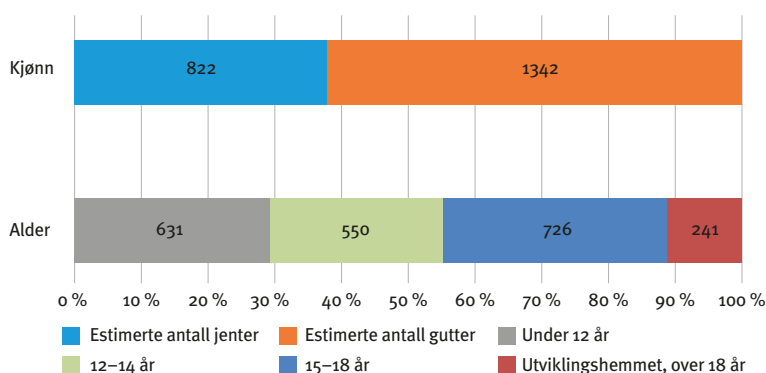
De oransje stolpene i figur 3 viser gjennomsnittlig estimerte antall saker i ulike kategorier (anslag etter hukommelsen). De blå stolpene viser medianen⁴ i hver kategori. Gjennomsnittene er stort sett høyere enn medianene fordi fordelingene av estimater er noe høyre-skjeve (det vil si at noen deltakere rapporterte om veldig mange saker). Medianene er derfor et bedre mål på sentraltendens i denne sammenhengen. Det mest tydelige resultatet er at det ser ut til å være flere saker som handler om gutter enn jenter.

I denne figuren ser vi også at aldersgruppen «15-18 år» representerer den største summen/gruppen i alderskategoriene (34 prosent). Resultatene viser for øvrig også et betydningsfullt antall saker både i aldersgruppen «under 12 år» (29 prosent) og i aldersgruppen «12-14 år» (26 prosent).

⁴ Verdien til det tallet som deler utvalget i to, slik at hver del har like mange elementer.

Gruppen «utviklingshemmet over 18 år» var den klientgruppen deltakerne hadde minst erfaring med og representerer den laveste summen i vårt konkrete utvalg (11 prosent).

Figur 4. Frekvensfordelinger av antall estimerte saker for gutter og jenter, og ulike alderskategorier på utøverne. Summert over 236 deltakere.



At flere saker handler om gutter enn jenter er enda tydeligere i figur 4, som viser summerte antall saker fra alle deltakerne.

I spørreskjemaundersøkelsen ble deltakerne også bedt om å estimere hvor mange saker de hadde arbeidet med der bekymringsfull seksuell atferd var et tema allerede på det tidspunktet de fikk kjennskap til saken, og i hvor mange av sakene denne problematikken kom opp underveis i selve saksprosessen. Summert over alle sakene fra alle deltakerne, viser resultatene at 61 prosent av sakene var av den førstnevnte typen (1366 vs. 870 saker). Det vil si at i de fleste sakene var SSA allerede kjent ved meldingstidspunktet.

Når det gjelder estimerte antall saker (i ulike kategorier) basert på alderen til barnet som ble utsatt, er disse resultatene presentert i tabell 4.

Tabell 4. Estimerte antall saker rapportert av 236 deltakere fordelt på alder hos den utsatte.

	Prosentandeler av summerte antall saker (1597)	Antall saker gj. snitt	Antall saker mediansvar
Saker der barnet som ble utsatt var under 12 år.	41,5%	2,81	1
Saker der barnet som ble utsatt var fra 12 til og med 15 år.	31,7%	2,14	1
Saker der barnet som ble utsatt var mellom 16 og 18 år.	26,8%	1,81	0

Tabell 4 viser at hele 41,5 prosent av summerte antall saker rapportert fra alle deltakerne omhandlet forhold hvor den utsatte var under 12 år.

Tabell 5. Estimerte antall saker rapportert av 236 deltakere fordelt på om de skjedde i eller utenfor familien.

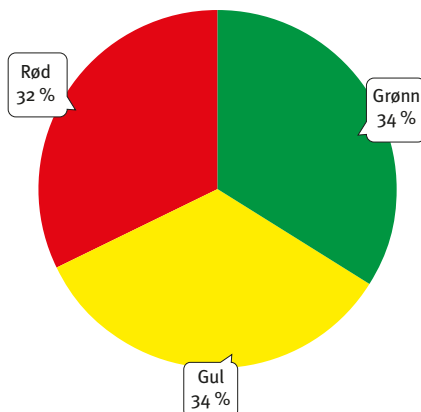
	Prosentandeler av summerte antall saker (2247)	Antall saker gj. snitt	Antall saker mediansvar
Bekymringsfull seksuell atferd innad i familie.	29,2%	2,78	1
Bekymringsfull seksuell atferd var utenfor familien.	55,4%	5,27	3
Bekymringsfull seksuell atferd var både innad og utenfor familie.	15,4%	1,47	0

Tabell 5 viser resultatene for estimerte antall saker hvor deltakerne ble spurt om den bekymringsfulle atferden hos barnet skjedde i eller utenfor familien (eller begge deler). Gjennomsnittlig antall saker per deltaker er, som over, gjennomgående høyere enn medianene fordi fordelingene er noe høyre-skjeve (ved at noen deltakere rapporterte veldig mange saker). I tabell 5 ser vi at flertallet av det totale antallet saker skjedde utenfor familien. Cirka 30 prosent svarte at den bekymringsfulle atferden skjedde innad i familien.

Da deltakerne i spørreskjemaundersøkelsen ble bedt om å estimere antall saker de hadde arbeidet med som falt inn under henholdsvis grønn, gul, og rød atferd i Trafikklysmodellen, viser resultatene at det

jevnt over var cirka like mange saker i hver kategori (basert på summerte antall saker over alle deltakerne; se figur 5).

Figur 5. Plassering av saker i henhold til Trafikklyset.



Deltakerne i spørreskjemaundersøkelsen plasserer sakene som omhandlet bekymring for barns seksuelle atferd med omtrent lik andel fordelt på grønne, gule og røde saker. I en tredjedel av deltakernes saker hvor det har vært bekymring for et barns seksuelle atferd, har altså atferden vist seg å være grønn, det vil si «sunn» og aldersadekvat. Dette kan tyde på at bekymringen for et barns seksuelle atferd i mange saker har vist seg å være grunnløs.

Blant deltakerne i *fokusgruppene* varierte det hvor mange SSA-saker de tidligere hadde arbeidet med; fra et par stykker til et titalls. Noen hadde primært erfaring fra saker hvor SSA var del av et større saksbilde, andre hadde erfaring fra saker der SSA var hovedårsak til at saken ble gjort kjent. Flere av deltakerne i fokusgruppene mente imidlertid at mange SSA-saker aldri blir kjent og grepet tak i, og følgelig ikke rapportert til hjelpetjenester som barneverntjenester eller BUP. Dette kan ifølge deltakerne skyldes manglende kunnskap om SSA i førstelinjetjenestene og at ansatte av ulike årsaker finner det vanskelig å arbeide med barn og unge som viser en problematisk seksuell atferd.

3.2 Fagpersoners utfordringer relatert til arbeidet med SSA

I fokusgruppene ble det spontant beskrevet og drøftet utfordringer fagpersoner opplever når det oppstår bekymring om barn som har utøvd en problematisk eller skadelig seksuell atferd. Deltakerne fortalte om personlige «hindringer» som må overvinnes så vel som faglige vanskeligheter. Å snakke med barn og unge om seksualitet ble av mange opplevd som «privat» og til dels tabubelagt. Lignende forhold er beskrevet i rapport av Holt et al. (2016). Slike situasjoner kan oppleves krevende særlig når barn er seksuelt handlende personer som begår krenkende handlinger mot andre barn.

I forbindelse med SSA-saker fortalte deltakerne også om farer ved at konfidensiell informasjon spres i lokalsamfunnet og om situasjoner der innholdet i enkelte hendelser kan overdrives og krisemaksimeres (Ingnes & Kleive, 2011; Murphy, Page & Hoberman, 2016). Deltakerne beskrev at hjelpeapparatet kan overreagere og svare med alarm på noe som kan være normal utforskning mellom barn, men kan like ofte reagere med at hendelser av seksuelt grenseoverskridende karakter bagatelliseres.

Det beskrives også at barn med SSA kan omtales på svært uheldig måter og få negative «merkelapper» som kan hefte ved dem lenge. Deltakerne viste til hvordan slike holdninger og beskrivelser kan få store konsekvenser for barna det gjelder, og kan for noens del ende opp med at de fjernes fra skole og nærmiljø.

Enkelte problematiserte videre at SSA-saker er komplekse og ikke bare handler om ett enkelt barns atferd, men også rammer utsattes familier så vel som utøveres familier. Flere deltakere trakk frem utfordringer ved å bli stående alene med slike saker. Dette opplevdes særlig prekært på små steder med få muligheter til å innhente kompetanse utenfra. Kulturer i små religiøse lokalsamfunn der lukkethet og tabuer om seksualitet er utbredt, opplevdes særlig krevende.

Flere deltakere trakk også frem at hjelpeapparatet kan være preget av en kultur hvor man overfokuserer på barnets atferd og unnlater å analysere hva atferden er uttrykk for:

Hvordan skal vi være hjelpere deres? Og hvilken kultur byr vi på? [...] Dette med å se på umøtte behov kontra atferd. [...] Du kan bruke et helt behandlingsmøte og fortelle: «Og så raserte han klasserommet, og hjemme har han gjort ditt og datt», og du kan sitte og ramse opp atferd (...). Det er jo en kultur veldig mange steder, og nesten overalt til en viss grad: Der dette med atferd blir så viktig, og hvor jakten på hva det er uttrykk for blir litt borte.

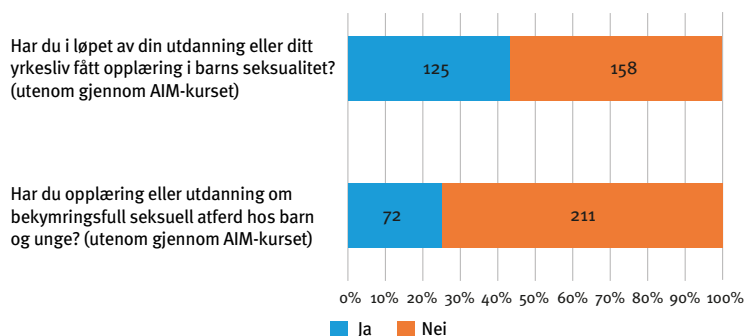
I arbeid med barn og unge med SSA kan det være vanskelig å se både den problematiske atferden samtidig som en har fokus på det barnet bærer med seg av egne belastninger (Clements et al., 2017). Internasjonale studier viser at barn og unge med overgrepssatferd ofte har en vanskelig oppvekst og sammensatte problemer som må ses i sammenheng med overgrepssatferden (Forsman et al., 2015; Kjellgren, 2009; Seto et al., 2010; Vizard, 2013). Kunnskap om fenomenet og en inngående forståelse av hva problematisk seksuell atferd kan innebære er vesentlig for at hjelpeapparatet skal kunne samarbeide godt om barna og sikre at riktige tiltak iverksettes.

3.3 Deltakernes kunnskap og kompetanse

Alle deltakerne i spørreundersøkelsen hadde gjennomgått kurs i AIM Basic Awareness og hadde derfor en grunnleggende kunnskap om problematisk seksuell atferd blant barn og unge. I spørreundersøkelsen ble deltakerne spurt om de forut for kurset hadde fått opplæring i seksualitet generelt eller fått opplæring og kunnskap om SSA spesielt.

Det ble først spurt om deltakerne før AIM-kurset hadde fått noen form for opplæring eller deltatt på kurs om seksualitet. Derneft ble det spurt om deltakerne hadde fått opplæring eller deltatt i andre kurs om SSA før de gjennomgikk AIM-kurset.

Figur 6. Tidligere opplæring om barns seksualitet og bekymringsfull seksuell atferd.



Flertallet av deltakerne i spørreundersøkelsen rapporterte at de tidligere verken hadde fått opplæring i seksualitet eller hadde noen form for opplæring i SSA (se figur 6). Noen flere hadde tidligere fått utdanning eller deltatt på kurs om seksualitet enn SSA-problematikk. Dette stemmer overens med funn i gjort i notat fra NKVTS (Øverli, Vorland, Kruse, Hjorthol & Blix, 2018) hvor et stort flertall av barnevernsansatte forteller at de i liten grad hadde fått muligheter til opplæring både om seksualitet generelt og SSA.

Ser man opplæringen deltakerne i spørreskjemaundersøkelsen rapporterte om når det gjelder deres erfaringer med SSA-saker (kap. 3.1), kan det virke som det er et gap mellom antall saker de rapporterer å arbeide med og den opplæring fagpersoner har fått om barns seksualitet generelt og bekymringsfull seksuell atferd spesielt. Dette er trolig uheldig for arbeidet med SSA-saker. En lignende motsetning mellom saksomfang og opplæring er også blitt funnet i Storbritannia. Ansatte der rapporterte om manglende kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn med SSA, samtidig som de opplevde en utvikling med et økende antall SSA-saker (Clements et al., 2017).

Deltakerne i *fokusgruppene* var i hovedsak rekruttert i etterkant av at de hadde gjennomgått AIM Basic-opplæring om barn og unge med SSA. De fleste hadde i tillegg erfaring fra en eller flere SSA-saker.

Blant deltakerne i fokusgruppene pekte mange på at kolleger i feltet gjennomgående mangler kunnskap om både seksualitet og skadelig seksuell atferd. Særlig mente lærerne at det er lite kunnskap om både seksualitet og SSA i skolesektoren. Dette medfører at mange kvier seg eller lar være ta opp problemer med SSA. Ifølge lærere i fokusgruppen vet man ikke hva man skal se etter, forstår ikke det man ser eller vet ikke hvordan man skal håndtere problemet videre. Manglende kunnskap og kompetanse i førstelinjetjenestene løftes opp som hovedårsak til at saker ikke tas opp, diskuteres og meldes til aktuelle samarbeidspartnere som for eksempel barnevernet eller spesialisthelsetjenesten. En skoleansatt sier:

[Som skoleansatt] leverer [man] ikke bekymringsmeldinger der man bør fordi man ikke helt vet hva man skal se etter. Man tenker at man må ha 100 prosent bevis før man faktisk snakker med noen, og er ikke klar over at man kan ringe både barneverntjenesten og barnehusene for en anonym konsultasjon.

Deltakere fra flere yrkesgrupper mente at det må undervises langt oftere og mer systematisk om seksualitet og bekymringsfull seksualitet. Disse temaene burde i større grad være en del av basisutdannelser til yrker som arbeider profesjonelt med barn og unge, mente flere:

Da mener jeg ikke et valgfag på tre studiepoeng [...], da snakker jeg om et obligatorisk, stort og omfattende fag, fordi det er vi voksne med utdanning som faktisk ser dem [barna], vi har jo ikke en døyt om det [seksualitet] noe sted. Så inn i grunnutdannelsen til alle som jobber med mennesker.

Slike utsagn støttes av to studier av norske studenter som utdanner seg til førskolelærere, grunnskolelærere eller barnevernspedagoger. Studentene opplever ikke at de får god nok undervisning om seksuelle og fysiske overgrep mot barn, eller hvordan de skal samtale med barn om slike tema (Øverlien & Sogn, 2007; Øverlien & Moen, 2016). Studiene viste at undervisning om seksuelle overgrep mot barn er fraværende, mangelfull eller av dårlig kvalitet.

Studentene etterspurte mer kunnskap både teoretisk, praktisk og metodisk (ibid.).

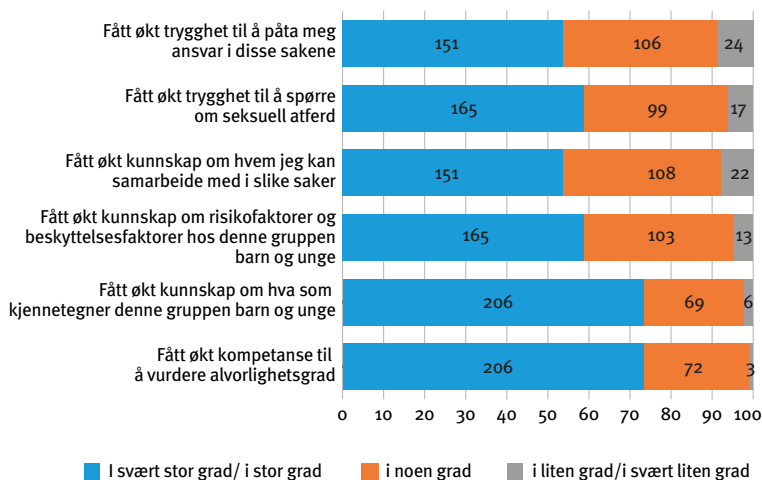
Flere så også problemer i sine respektive kommuner dersom de blir eneste person eller instans med kunnskap om SSA. Dette kan medføre konflikter med samarbeidende instanser. Dette beskrives blant annet av en barnehageansatt som ikke nådde frem med sine erfaringer på grunn av andre kommunale instansers manglende kunnskap. Viktigheten av at yrkesgrupper på tvers av etater får utdanning og trening i SSA-saker ble vektlagt.

Frem til nå har det også vært manglende kjennskap til hvor man kan henvende seg for å innhente kunnskap og få veiledning om komplekse SSA-saker som førstelinjen arbeider med. En lærer trakk frem et lokalt familiehus hvor det arbeider kompetente psykologer som hun kunne rådføre seg med i SSA- og overgrepssaker. Dette ble opplevd som en uvurderlig støtte fordi verken hun, lærerne eller skoleledelsen er «eksperter på feltet». For øvrig var det få lokale institusjoner som ble opplevd som tilgjengelige og som hadde nok kunnskap når en trengte en drøftingspartner. I forbindelse med kurs i AIM Basic Awareness er kunnskapen om aktuelle instanser som gir råd og veiledning i SSA-saker blitt «oppdatert». Flere forteller at de etter kurset vil kontakte blant annet V27 for råd i tillegg til konsultasjons- og kompetanseteam kommunalt og regionalt.

3.3.1 Erfaringer med AIM-kurs

I spørreskjemaundersøkelsen ble deltakerne spurt om sine erfaringer etter at de hadde gjennomgått kurs i AIM Basic Awareness.

Deltakerne ble presentert for seks påstander og ble bedt om å indikere i hvilken grad disse passet med deres egen opplevelse av AIM-kurset. Påstandene og frekvensfordelinger av svar er presentert i figur 7. Resultatene viser stor grad av tilfredshet med AIM-kurset. Særlig to av spørsmålene peker seg ut der mange deltakere svarer at de har fått økt kunnskap om hva som kjennetegner barn og unge med SSA, og økt kompetanse til å vurdere sakenes alvorlighetsgrad.

Figur 7. Du har deltatt på AIM Basic Awareness-kurs. Hvordan opplevde du dette kurset? (N = 281)

Alle de seks påstandene ble besvart positivt og viser at deltakerne mener de har fått god kunnskap om SSA, økt kompetanse og trygghet på at de kan snakke med barn om SSA, forstå og anerkjenne barnets utsatthet, hva problematiske seksuelle handlinger kan være uttrykk for og hvor problematisk slike handlinger kan bli for det angjeldende barnet. Dette har gitt deltakerne større grad av trygghet på hvordan slike saker skal vurderes og håndteres. I tillegg ser deltakerne i større grad nødvendigheten av tverretattlig samarbeid i slike alvorlige saker.

Også deltakerne i fokusgruppene fortalte om positive erfaringer med AIM-kursene. Mange forteller at de i etterkant av AIM-kurset føler de har mer kunnskap om større deler av problemfeltet i SSA-saker. Noen setter ord på at kurset har gitt større faglig trygghet i å tåle og «stå i» vanskelige SSA-saker. Andre fortalte at AIM-kurset og kunnskapen om Trafikklyset har gitt dem et viktig verktøy i arbeidet med SSA-saker. En lærer ved en spesialscole fortalte følgende:

Etter [AIM-kurset] fikk vi jo noen verktøy, Trafikklyset og, vi fikk litt flere begreper og verktøy å drøfte med, så det løftet oss på min arbeidsplass betraktelig.

Verdien av å ha felles verktøy og et felles språk om problematisk og skadelig seksuell atferd på tvers av tjenester og etater fremheves av flere. Deltakerne beskrev også at Trafikklyset gjør samarbeidet mellom instanser lettere ved at man har en felles og mer inngående forståelse av barn og unge med SSA.

[...] bare det at man kan Trafikklyset ... For det er jo nå blitt det godkjente som også BUP skal gjennom. [...] At alle forskjellige instanser på en måte bruker samme språk. Man kan se etter de samme tingene, og så har man samme forståelse. Det tror jeg ville gjort det mye lettere for sånn tverrfaglig jobbing også.

De fleste deltakerne uansett yrkesgruppe mente at AIM-kursene har gitt dem nyttig og viktig kunnskap som kan benyttes i fremtidige SSA-saker. En representant stilte imidlertid spørsmål ved hvor overførbar AIM-modellen er til norske forhold. Hovedtendensen viste likevel en ubetinget positiv holdning til kursene, der deltakerne ivret for at slike kurs kan tilbys til langt flere innen egen etat så vel som til andre yrkesgrupper på kommunalt og statlig nivå.

Manglende kompetanse på SSA-feltet ble drøftet. Mange av deltakerne, og i særdeleshet ansatte i barnevernet, mente de i dag bedre kan håndtere et barn med en problematisk eller skadelig seksuell atferd på basis av den kunnskapen de nå besitter. Likevel ble det sterkt poengtert at de ikke alltid føler seg bekvemme og trygge nok når de skal vurdere barnets handlinger med tanke på alvorlighetsgrad; hva som er normal atferd for et barn og hva som er bekymringsfullt, problematisk eller skadelig seksuell atferd. Mange av deltakerne satte ord på at de trenger langt mer trening og veiledning i å bruke kunnskapen de har fått. Dette uttrykkes slik av en: «Jeg kjenner meg veldig sånn, ikke veldig komfortabel enda, men jeg tenker at kartlegginga skal jeg nok kunne klare å bli komfortabel med, når vi får øvd oss på det.»

Flere uttaler at de trenger «mengdetrening» for å bli gode fagpersoner for barn med SSA:

Jeg mener at all klinisk virksomhet, det må du ha i fingrene. Jeg må ha så og så mange inne og kan jobbe med det, for å bli god på det. Når det blir bare én eller to i året så blir ikke jeg god på det – man må ha mengdetrening. Jeg har seks stykker inne nå som jeg jobber med – men når ikke jeg har mengdetrening da blir jeg dårlig.

Påbyggingskurs og muligheter til å trene på hvordan en skal gå frem i møtet med barn med skadelig seksuell atferd blir etterspurt. Deltakerne ser for seg både oppfølgende kurs og systematisk veiledning av eksperter på SSA-feltet. I denne forbindelse ble det også debattert hvilke yrkesgrupper som skal delta på de ulike nivåene av AIM-kursene og om nytteverdi av kursene for de ulike yrkesgruppene. Foreløpig opplevde mange av deltakerne at de var i starten av en lengre prosess og utdanning på feltet.

3.4 Tverretatlig samarbeid

Både i fokusgruppene og i spørreskjemaundersøkelsen ble deltakerne spurt om de har et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i SSA-saker, hvordan samarbeidet er organisert, og hvordan de opplever samarbeidet på deres arbeidsplass. I det følgende beskrives først deltakernes forståelse av tverretatlig samarbeid. Deretter presenteres resultatene fra spørreundersøkelsen som handler om hvem tjenestene samarbeider med, hvor fornøyd de er med samarbeidet og fra hvilken instans de får innrapportert meldinger om SSA-saker. Til slutt i dette kapittelet vil det beskrives hvordan de ulike yrkesgruppene som deltok i fokusgruppene arbeider og forholder seg til andre samarbeidspartnere i arbeidet med SSA.

Deltakerne i fokusgruppene beskrev det tverrfaglige samarbeidet som «å dra lasset sammen» der fagpersoner fra forskjellige instanser og på forskjellige nivå kommer sammen for «å finne ut av hva vi gjør sammen med alle de andre som har kompetanse». En deltaker mente samarbeid handler om «å være flere sammen, da får vi ofte mer til». Deltakerne forklarte at et samarbeid kan være alt fra en organisert samarbeidsavtale mellom instanser til fast veiledning med eksterne

instans. For mange besto samarbeidet i kontakt mellom ulike etater på telefon eller ved møter ansikt til ansikt for å «lage planer for barnet sammen».

Deltakerne i fokusgruppene ga i hovedsak et bekreftende svar på at de samarbeider med andre tjenester og etater i SSA-saker, og at tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er helt nødvendig i arbeidet med barn som utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd. Da vi ba deltakerne beskrive hvorfor de mener et tverretatlig samarbeid er viktig i SSA-saker, fikk vi svar som: «Det er av hensynet til hele mennesket [barnet] og hele livsløpet på en måte, det blir så oppstykket hvis det ikke går an å samarbeide.» Andre ga uttrykk for at de ofte er usikre på hvordan de skal gripe an SSA-saker og at det derfor er trygt å være flere som tenker sammen. I denne sammenhengen fortalte noen at de ulike tjenestestedene ofte kan arbeide med SSA-saker hver for seg for etter hvert å se behov for hverandres kompetanse og støtte.

De fleste kommunalt ansatte fortalte at de regelmessig deltar i tverrfaglige fora for å drøfte SSA-saker anonymt. Flere vektla betydningen av å bli kjent på tvers av profesjoner og etater. En fortalte om sin første opplevelse da hun skulle delta i et slikt tverretatlig team:

[...] å sitte på sin egen tue og være utrygg. De første gangene jeg skulle møte barneverntjenesten, Barnehuset eller PPT ... Jeg var så svett. Jeg følte meg liten. Og det er det vi har jobbet med. [...] Nå har vi kommet dit at vi har fått et veldig godt samarbeid på det vi samarbeider om. Jeg vet at de ønsker meg vel. Vet at vi ønsker barna vel, og at foreldrene ... Ja, så vi er der.

Å skape trygge relasjoner på kommunalt nivå på tvers av etater og tjenestesteder ble fremhevet som viktig av deltakerne i alle fokusgruppene. Flere beskrev hvordan de legger mye arbeid i å få til gode samarbeidsteam i SSA-saker, og en fortalte om hvordan hun tenker og arbeider for å skape denne samarbeidsalliansen i sin kommune:

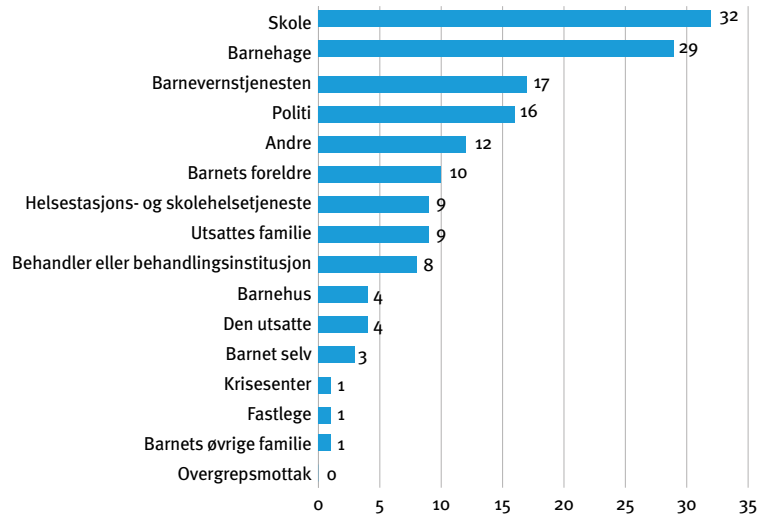
Jeg tenker sånn ... Vi har jo et veldig godt system i kommunen, vi har tverrfaglige team, det er hver sjette uke. Ja, det skal være ingen på jobb for å avlyse det, for vi har jobba mye med kontrakten i et sånt møte, det å ha kontakt, skape gode relasjoner, bli kjent, drikke kaffe, fordi da er det lettere for meg å ringe barneverntjenesten, ringe PPT, ringe helse. [...] Vi jobber mye med å ha det litt saklig og, at ikke det blir et slarveteam. [...] Så ja, jeg er jo trygg i jobben min, fordi jeg vet hvem jeg skal kontakte. Jeg er aldri utrygg på det, og jeg kontakter ofte andre etater for hjelp. For jeg må jo det.

3.4.1 Fra hvem får tjenesten vite om SSA-saker?

For å få et innblikk i samarbeidslinjene når SSA-saker diskuteres, spurte vi deltakerne i spørreskjemaundersøkelsen om hvilken instans som tok kontakt med dem eller deres tjenestested først i SSA-saker. Før vi analyserte svarene, delte vi en andel av deltakerne inn i tre grupper: de som kom fra *kommunalt barnevern* (N = 73), de som kom fra *helsestasjon/skolehelsetjeneste, skole og barnehage* (N = 29), og de som kom fra *BUP* (N = 20). Dette ble gjort fordi det var få deltakere i noen av gruppene, og disse gruppene kan sies å representere kategorier av spesiell interesse.

Frekvensfordelingene av de ulike svaralternativene innad i hver gruppe er presentert i figur 7-9. Vi ser at det er store forskjeller innad i hver gruppe når det gjelder hvem som først varsler deltakerne eller tjenestestedet om saker som handler om SSA (deltakerne oppga maks tre svar hver).

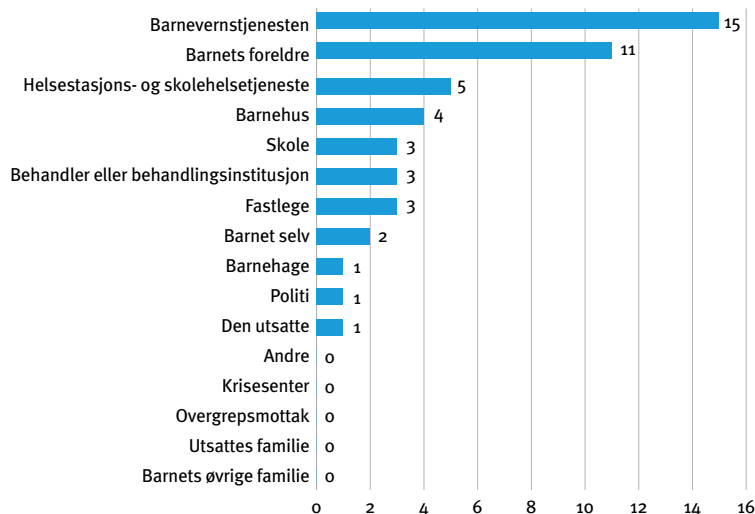
Figur 8. Kommunalt barnevern: Deltakerne ble spurt om hvem de eller tjenestestedet ble kontaktet av først i de fleste av SSA-sakene. Frekvensfordeling på ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester som fikk flest svar (N = 73; opptil tre svar per deltaker).



Blant ansatte i kommunalt barnevern (figur 8) viser resultatene tydelig at deres tjenester først og fremst blir kontaktet av skole eller barnehage. Også politiet tar i noen saker kontakt med barneverntjenestene for å informere om barn som er blitt anmeldt for SSA, eller de ber barneverntjenestene undersøke eller iverksette tiltak overfor barn med SSA som politiet har vært i kontakt med. Helsestasjoner og behandlingsinstitusjoner tar kun i enkelttilfeller kontakt med barneverntjenestene i SSA-saker.

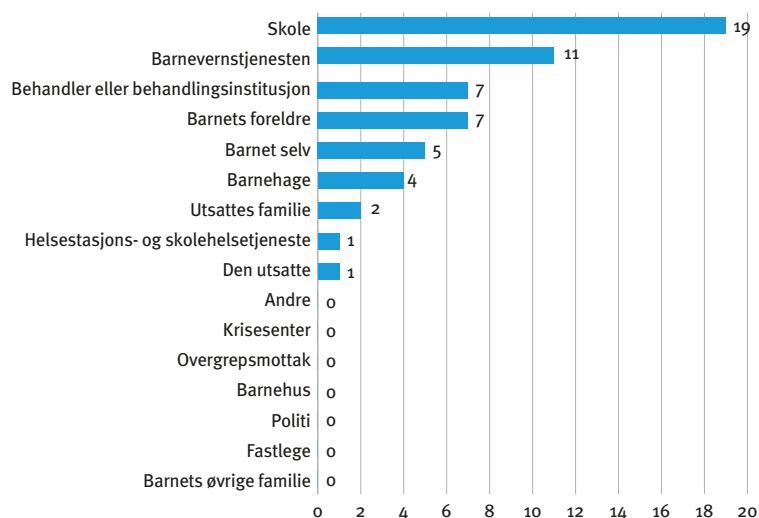
Barnas foreldre tar i liten grad direkte kontakt med barneverntjenestene. Det samme er tilfellet for foreldre til barn som er blitt krenket. I svært sjeldne tilfeller tar barna selv kontakt med hjelpeapparatet når det har oppstått en seksuelt krenkende handling.

Figur 9. Helsestasjon/skolehelsetjeneste, skole og barnehage: Deltakerne ble spurt om hvem de eller tjenestestedet ble kontaktet av først i de fleste av SSA-sakene. Frekvensfordeling på ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester som fikk flest svar (N = 29; opptil tre svar per deltaker).



Bildet ser noe forskjellig ut når vi ser på hvilke instanser som først tar kontakt med helsestasjoner, skoler og barnehager. Ansatte ved disse tjenestestedene (figur 9) svarte at de som regel ble kontaktet av barneverntjenesten og slik gjort kjent med aktuelle SSA-saker. Nesten like mange svarte at de først ble kontaktet av barnets foreldre. Skolene og helsesykepleiere tar ofte gjensidig kontakt med hverandre for å melde eller informere om SSA-saker. Foreldre synes i større grad å henvende seg til helsestasjoner og personalet i skole og barnehage enn til barneverntjenestene når det oppstår hendelser og problemer med barn som utøver problematiske eller skadelige seksuelle handlinger. I få saker tar barna selv kontakt.

Figur 10. BUP: Deltakerne ble spurt om hvem de eller tjenestestedet ble kontaktet av først i de fleste av SSA-sakene. Frekvensfordeling på ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester som fikk flest svar (N = 20; opptil tre svar per deltaker).



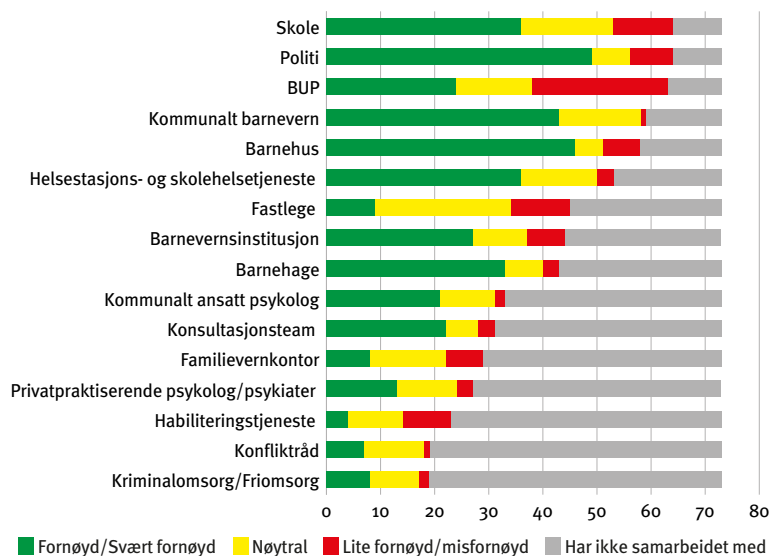
Blant ansatte i BUP (figur 10) svarte majoriteten at de først ble kontaktet av skolen når de var bekymret for barn og unge med SSA. Mange svarte også at barneverntjenesten ofte kontakter BUP for drøfting eller assistanse i SSA-saker. I noen grad tar foreldre eller ungdommer selv direkte kontakt med BUP. I få saker tar den utsatte selv kontakt. I denne undersøkelsen var det ingen fra politi og justissektoren som tok direkte kontakt med BUP.

3.4.2 Hvilke tjenester samarbeider med hverandre og hvor fornøyde er de med samarbeidet?

I spørreundersøkelsen ble deltakerne også spurt om hvilke andre tjenester de har samarbeidet med og hvordan de opplevde samarbeidet i SSA-saker. Vi benyttet den samme inndelingen av deltakerne som over. Hvordan de tre gruppene opplevde samarbeidet med andre tjenester er presentert hver for seg i figur 11-13. De tre gruppene svarte også på hvordan de opplevde samarbeidet med de(n) tjenesten(e) de selv kom fra. Vi tolker dette som opplevd samarbeid med kolleger. Et betegnende trekk ved resultatene er at

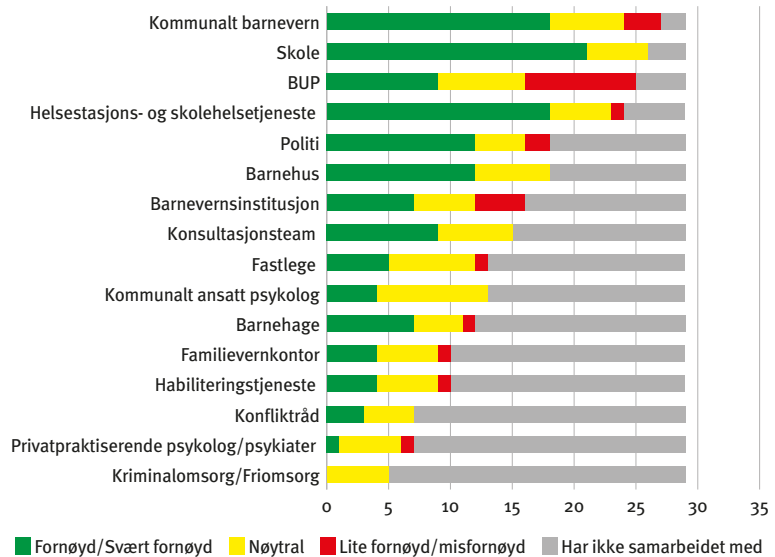
alle tre gruppene relativt sett sjelden rapporterer at de er lite fornøyd eller misfornøyd med samarbeidet. Her er det likevel noen unntak.

Figur 11. Kommunalt barnevern (N = 73): Opplevd samarbeid med andre tjenester. Frekvensfordeling av ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester flest deltakere rapporterer at de har samarbeidet med.



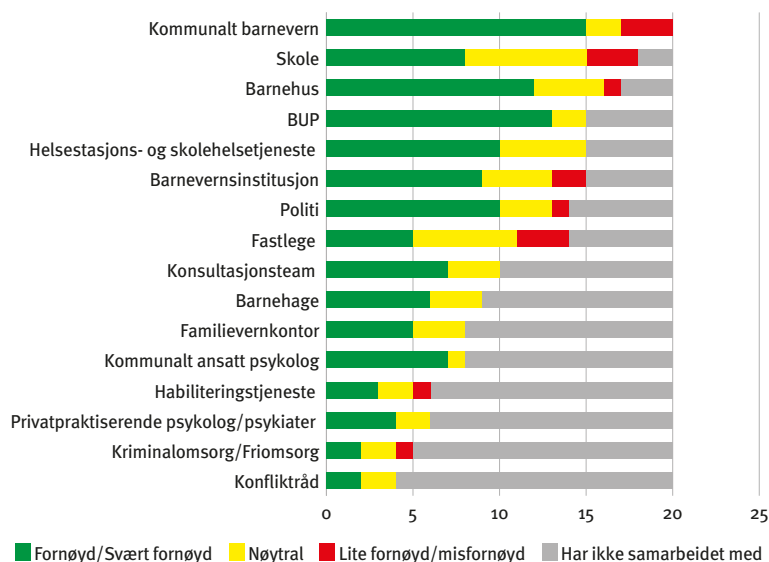
Blant ansatte i kommunalt barnevern (figur 11) svarte de fleste at de er fornøyd eller nøytrale når det gjelder opplevd samarbeid med de fleste andre tjenester. Skole, politi og BUP er blant de etater flest rapporterte å ha samarbeid med. Når det gjelder opplevd samarbeid med andre tjenester, skiller BUP seg ut: Om lag like mange svarer at de er misfornøyd som fornøyd med samarbeidet med denne tjenesten omkring barn og unge med SSA.

Figur 12. Helsestasjon/skolehelsetjeneste, skole og barnehage (N = 29): Opplevd samarbeid med andre tjenester. Frekvensfordeling av ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester flest deltakere rapporterer at de har samarbeidet med.



Når det gjelder deltakere fra helsestasjon, skolehelsetjeneste og barnehage kan man lese ut av figur 12 at deltakerne i spørreundersøkelsen ofte rapporterer å samarbeide med kommunalt barnevern, og at de opplever dette samarbeidet som stort sett bra. De samarbeider også ofte med BUP. I likhet med deltakere fra kommunalt barnevern, rapporterer en ikke ubetydelig andel at de i liten grad er fornøyd med samarbeidet med BUP (cirka like mange er fornøyd som misfornøyd).

Figur 13. BUP (N = 20): Opplevd samarbeid med andre tjenester.
Frekvensfordeling av ulike svaralternativ, rangert etter hvilke tjenester flest deltakere rapporterer at de har samarbeidet med.



Deltakere fra BUP (figur 13) rapporterer også oftest at de samarbeider med kommunalt barnevern, og at de i hovedsak er fornøyd med dette samarbeidet. Figur 13 viser også at de jevnt over er fornøyd med samarbeidet med helsestasjon, skolehelsetjeneste, skole og barnehage.

I det følgende vil vi beskrive hva de ulike etatene selv forteller om samarbeidet med øvrige etater sett fra deres ståsted. Dette er beskrivelser hentet fra deltakerne i de seks fokusgruppene.

3.4.3 Barnehagers samarbeid med andre instanser i SSA-saker

Et fåtall barnehageansatte var representert i fokusgruppene. Disse deltakerne la imidlertid stor vekt på betydningen av å samarbeide med andre instanser, og da særlig i SSA-saker som de beskriver som utfordrende. Deltakerne fra barnehagene ga også sterkt uttrykk for at

de trenger veiledning og støtte når barn viser en problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Deltakere fortalte at de i utgangspunktet drøftet bekymringsfull seksuell atferd internt i barnehagene mellom pedagoger og styrer. Om de «ikke klarer å finne ut av veien selv», blir ofte barnevernet kontaktet. Flere forteller at de har en egen kontaktperson ved barneverntjenestene og at det gjør det lettere å henvende seg dit. Ofte får de råd av ansatte om hvordan de kan gå frem i de enkelte saker og situasjoner. I saker hvor barn er blitt utsatt for overgrep eller barn utsetter andre for krenkende atferd forteller noen av deltakerne at de har interne rutiner. Som oftest drøftes slike saker itverrfaglige team på kommunalt nivå. I disse teamene er BUP, PPT, helsesykepleier og barnevernet foruten barnehagene representert. Foreldre eller fosterforeldre kan i visse tilfeller være til stede. Her drøftes det hvordan barnehagen skal forholde seg til barna fremover. Barnas utfordringer kan bli kartlagt og det vurderes om det kan settes inn tiltak som for eksempel forsterking av mer personell for å ha større fokus på barna og gi dem støtte dem i lek og samvær. For at samarbeidet skal gå smidig, understrekes klar ansvarsfordeling og formelle diskusjonsarenaer. En sier om dette:

Vi opplever at vi må være tydelige når det gjelder hvor vi snakker om denne saken, ikke i garderoben, men i ansvarsgruppemøter, foreldresamtaler. Og barnehagen må trekke i noen tråder, og så har vi jo BUP og PPT som må trekke i sine tråder. Og barnevernet selvfølgelig.

Barnehageansatte pekte også på at de etter AIM-kurset har fått bedre kunnskap og større innsikt i at det er mulig å rådføre seg med regionale ressursteam som er spesialister på SSA. Noen forteller at de nå har benyttet dette tiltaket og drøfter saker anonymt med konsultasjonsteamet på Statens Barnehus. Det leder ofte til et møte med teamet for å diskutere saken mer i detalj og legge en plan for det videre arbeidet både med tanke på barnet, familien og barnegruppen som helhet.

Manglende kompetanse om barn med SSA blant instanser på lokalt nivå kan gjøre det kommunale samarbeidet krevende, ifølge barnehageansatte. En fortalte om et eksempel hvor hun «gjorde alt etter boka» og rådførte seg med konsultasjonsteamet ved Statens Barnehus. Hun opplevde likevel at samarbeidet med lokale aktører ble vanskelig. De kommunale samarbeidende instanser har ikke nødvendigvis den samme forståelse og kunnskap om SSA og kan derfor utfordre et tverretattlig samarbeid om enkeltbarn lokalt. Hun forteller:

Det er bare fordi de manglet kunnskap om hva alle skulle gjøre. Og det det har resultert i at her har alt svikta. For hvem tok vare på foreldrene da, når de kom i denne krisa? Hvem tar vare på denne jenta i barnehagen – det er meg – og så er det mine kollegaer. Mange av dem [kollegaene] har ikke kunnskap om traumeomsorg, eller hva vi skal gjøre når en jente utfører seksuelt skadelig atferd ...

I denne saken opplevde barnehageansatte at de sto igjen med ansvar for barnet, barnets foreldre og de andre barna i barnehagen. De opplevde dette som en lite ønskelig løsning i en vanskelig krisesituasjon.

Når det gjelder barnehagers samarbeid med helsestasjoner, opplyses det at barnehagene kan gi informasjon om barna til helsestasjonen, mens helsestasjonen ikke kan informere barnehagen om bekymring for barn med SSA uten samtykke fra foreldre. Flere fortalte at de ofte ikke vet hva som skjer videre i en sak når de har henvendt seg til helsestasjonen om et barn de er bekymret for. Taushetsplikten ble opplevd som et hinder for samarbeidet i slike situasjoner.

Tilsvarende uttalelser og opplevelser ble formidlet om barnehagers samarbeid med BUP og barnevernet. utfordringer i samarbeidet med BUP er ifølge flere barnehageansatte at foreldre må gi samtykke til at informasjon gis videre til barnehagene. De ansatte mener dette kan komplisere deres daglige arbeid. De fortalte at de savner mer kunnskap om enkeltbarn, bedre informasjon og forslag til gode tiltak

når BUP avslutter behandling av et barn. I slike situasjoner kan barnehageansatte bli sittende tilbake med ansvar for å følge opp barnet videre uten å ha den nødvendige kunnskapen slik de ser det:

Vi skal jo [...] ivareta barnet, opplæring og hvordan det har det, så om vi mangler opplysninger ... Vi ser skjevutviklingen og så vet vi ikke hva som skjer. Særlig BUP er litt på siden sånn da.

Lignende erfaringer ble fortalt om barnehagers samarbeid med barneverntjenestene. Samarbeidet mellom disse to instansene kan i tillegg preges av uklarhet om hvem som skal ha den videre kontakten med familiene. De mente det bør samarbeides bedre når det gjelder ansvar for løpende veiledning og informasjon til foreldre og foresatte.

3.4.4 Skolens samarbeid med andre instanser i SSA-saker

Skoleansatte i fokusgruppene understreket at de tre viktigste samarbeidspartnere i SSA-saker er helsesykepleier, skolepsykolog (der det finnes) og PPT. Barneverntjenesten og BUP ble også beskrevet som naturlige samarbeidspartnere for skoleansatte. Viktige instanser for drøfting og veiledning er også brukt på ulike måter i de ulike fylkene, for eksempel konsultasjonsteamene på de ulike barnehusene, kommunal barne- og familietjeneste, politiet og V27.

Hvordan håndterer skolen SSA-saker?

Flere ansatte med ulike funksjoner i skolesektoren deltok i fokusgruppene. Deltakerne uttrykte at det ikke er ofte de møter barn med SSA. Hvem læreren først tar kontakt med er ulikt basert på hvordan skolen er organisert. Noen drøfter med kolleger hvordan de skal gå videre og hvilke tiltak som er best å iverksette:

Jeg jobber på en spesialscole. Når vi får inn barn som viser SSA, så ... Det er ... Ikke daglig kost – så river vi oss littegrann i håret og er veldig usikre. Jeg som lærer drøfter med kollegaene mine hvordan vi skal løse det, hvilke tiltak som er best, vi prøver å ha en sånn åpen diskusjon i kollegiet.

Andre forteller at de ofte melder saken til lærer eller spesialpedagog, som selv har ansvar for å kontakte sosiallærer og rektor. Noen ganger tas saken videre i skolens ressursteam, som møtes jevnlig. Her er helsesykepleier, PPT, sosiallærer, rektor og inspektør representert. I andre sammenhenger drøftes saken direkte med helsesykepleier, skolepsykolog eller sosiallærer for å kartlegge hva de skal gjøre videre. Saken blir også drøftet i spesielle møter og arbeidsgrupper for å få bredest mulig kunnskap «på bordet» før saken meldes videre til ekstern instans.

Lærere kan også drøfte saken anonymt med samarbeidspartnere utenfor skolen som for eksempel V27, barnevernet, kommunale og regionale kompetanseteam eller Statens Barnehus. Skoleansatte fortalte at saksgangen er forskjellig fra skole til skole. Deltakerne fra skolesektoren peker på manglende retningslinjer og rutiner i SSA-sammenheng. Som en deltaker sa:

Vi sliter litt rett og slett, det finnes ingen gode nedskrevne regler eller rutiner, det er veldig ønskelig å få samlet [dem]. Man blir litt sånn overlatt til seg selv. Egne meninger og synsinger om hva som kan være riktig å gjøre, og det er litt sårbart.

Ved alle de representerte skolene var det imidlertid rektor som hadde det endelige ansvaret for å melde SSA-saker til barnevernet. Noen ganger får skoleansatte støtte fra skolens ledelse. Andre ganger kan det oppstå uenighet mellom skoleadministrasjonen og lærere om hvordan en skal forholde seg til barn med SSA. Resultatet kan bli at saken ikke blir meldt til barnevernet. En lærer fortalte om sin erfaring av ikke å bli trodd på sin skole:

Jeg hadde begynt på en skole som faglærer. Og så ba jeg om å bli kontaktlærer i en klasse fordi det var en elev som jeg hadde fulgt tett, og som jeg reagerte på. Og akkurat på den tiden så gikk jeg på studier i seksuelle overgrep. Jeg kom da i kontakt med V27 og fikk drøftet denne aktuelle saken [...] så vi prøvde å få gehør for at han [saken] måtte drøftes og tas til barneverntjenesten. Han var på rødt i Trafikklyset. Og alle andre kartleggingsskjemaer. Foreldrene ville ikke at barneverntjenesten skulle inn i bildet, de

ville heller ikke ha BUP. Det eneste vi fikk lov til var PPT. Og skolen [sa]: «nei, men da skal vi bare ha PPT». Så prøvde jeg å komme med disse funnene [...] og prøve å si at vi må gjøre sånn, men jeg fikk ikke gjennomslag for noe av [det], og kjente på sånn massiv re-traumatisering rett og slett. Fordi det ikke ble løftet videre fra skolens ledelse. Til slutt endte det med at jeg sluttet på skolen og ringte barnevernet anonymt og sa: «Han må opp hos dere» [...] Og alle dere og jeg kjenner på at det ikke er noen nasjonale retningslinjer ennå ... Man vet ikke ... Det blir litt sånn: Hvem skal man henvendelse seg til?

Noen skoleansatte fortalte at de i drøftingsprosesser kan velge «å trå litt varsomt» når det gjelder å involvere foreldrene, og vente til de har kartlagt og drøftet saken internt og eksternt. Dette fordi de opplever «at foreldrene velger å slutte på dagen eller bytte skole så fort som mulig» om det blir satt søkelys på dem. Enkelte fortalte at måten de arbeider på er forskjellig fra sak til sak og at en «er veldig tilpasset enkelteleven ... fordi situasjonen er så sårbar». Skoleansatte understreket likevel betydningen av å involvere BUP og barnevernet tidlig for å sammen finne frem til gode tiltak.

Skolenes samarbeid med helsesykepleier⁵, skolepsykolog og PP-tjeneste

Skoleansatte opplever samarbeidet med helsesykepleiere som «... veldig ålreit å bruke, fordi det er et lavterskeltilbud, for de har så mye informasjon og det fungerer så bra.»

Generelt nevnte deltakere at skolehelsetjenesten er en viktig samarbeidspartner, sammen med skolepsykolog og PP-tjenesten. Som en skoleansatt sa:

Synes det er veldig, veldig godt å ha PPT-rådgiveren vår, skolepsykologen, helsesøstrene – vi har to heldigvis – de tenker jeg som kanskje de viktigste instansene eller arbeidspartnerne mine.

⁵ «Helsesykepleier» er nytt offisielt navn på «helsesøster» fra juni 2018 (Norsk sykepleierforbund, 31.05.18)

Det ble også fremhevet betydningen av helsesykepleieres tilgjengelighet: «Jeg har veldig god erfaring med helsesykepleier, samarbeider mye med dem [...], for det er behov for samtaler med én gang, og det er litt vanskelig å få til i BUP.»

Skoleansatte ga uttrykk for at de har tett samarbeid med helsesykepleiere og bruker dem som drøftingspartnere i kartlegging av saker, i samtaler med barn og for å kontakte andre instanser. De er også sentrale i seksualundervisningen som et forebyggingsiltak på skoler. Noen av deltakerne brukte også skolepsykologen både som drøftingspartner og som henvisningsinstans til BUP. Også skoleleger kan gjøre observasjoner, snakke med elever og skrive rapporter for henvisning om nødvendig.

Samarbeid mellom skole og barnevern

Mange deltakere viste til at de vegrer seg for å melde saken til barnevernet. En skoleansatt forklarte hvorfor:

Da får foreldrene beskjed, og det er ikke alltid noe vi ønsker i første omgang, for da har vi opplevd at tiltak og samarbeidet med oss har stoppet opp, og at det ofte har gått ut over eleven. Og det ønsker vi ikke at skal skje.

I slike tilfeller velger noen skoler å ta kontakt med Statens Barnehus for å få en anonym tilbakemelding på hva de skal gjøre videre. En annen deltaker beskrev at skoleansatte kan vegre seg for å involvere eksterne instanser fordi skolen føler et ansvar for å ta vare på elevene på egen hånd. Flere av deltakerne opplevde at den tette relasjonen mellom skoleansatte og barn og foreldre kan hindre åpenhet og samtale med andre instanser. En melding av SSA-saker til barnevernet blir mer aktuell hvis det oppstår kommunikasjonsproblemer mellom skolen og foreldre, eller dersom skolen blir alvorlig bekymret for et barn med SSA. Deltakerne fortalte at de gjennomgående har faste kontaktpersoner i barnevernet eller barne- og familietjenesten i kommunen.

Deltakerne fortalte også om jevnlig møter på skolene med barneverntjenestene. Møtene har ulike navn som ansvars-, gruppe- eller

samarbeidsmøter. I disse møtene drøfter skoleansatte blant annet SSA-saker anonymt. Deltakerne fortalte at det varierer hvem som sitter i slike grupper.

Ifølge deltakerne varierer det fra kommune til kommune hvor mye barnevernet er i kontakt med skolene. I noen kommuner er barnevernsansatte aktive på skolens personalmøter, blir kjent med skoleansatte og informerer om barnevernets mandat og arbeidsprosedyrer. Dette gjøres for å gjøre det mindre «skummelt» for ansatte å melde til barnevernet. De mener dette har ført til at skolene melder flere saker til barnevernet enn før.

Hva ønsker skolen fra samarbeidspartnere?

Flere av deltakere understreket at SSA-saker er komplekse og at informasjonsflyt mellom instansene er viktig. Lærere opplever at skolen får veldig lite informasjon fra andre instanser. Dette er noe som gjør det vanskelig å «tilrettelegge og ta vare på barnets behov på best mulig måte i skolehverdagen». En av deltakerne fortalte at hun kompenserer med et «detektivarbeid» som «er kanskje førti telefoner med ulike saksbehandlere fra ulike kommuner, ulike barneverntjenester, ulike BUP-er...». Dette gjøres for å samle mest mulig informasjon for derved å kunne gi barnet best mulig tilrettelegging. Når hun ringer rundt til instansene barnet har hatt kontakt med, får hun inntrykk av at det «er ingen egentlig som har noe eierskap eller føler ansvar for mange av disse barnas skjebne, fordi det er blitt så fragmentert...».

Deltakerne fra skolen ønsket å få mer informasjon om de enkelte barna de er i kontakt med fra barnevernet og fra BUP. De opplever at de ofte ikke får tak i «riktig person» når de prøver å nå dem og at det kan ta lang tid før de eventuelt får svar og tilbakemelding. Under ventetiden opplever de at de sitter med et barn som trenger hjelp og som de er nødt til å sørge for får oppfølgingen det trenger, samtidig som de ikke helt vet hvordan de skal hjelpe barnet uten informasjon fra andre instanser. Frustrasjonen rundt informasjonsflyt forklares av en deltaker slik:

Hva slags tilbakemeldinger får vi som skole? Ofte så opplever vi at vi melder og så hører vi ingenting, og det er kjempefrustrerende. For vi fortsetter jo å møte det barnet hver dag. Og lur på – hva skjer nå, skjer det noe? Og det er jo veldig vanskelig.

Den samme deltakeren forklarte at resultatet av begrenset informasjonsflyt mellom instansene er at: «Det har tatt lang tid å få gode tiltak på plass, fordi alle de smårinnene imellom har tatt veldig lang tid, fordi folk ikke har ringt tilbake, fordi det har vært vanskelig ...». I likhet med barnehageansatte, sa også lærerne at de trenger mer informasjon fra BUP når de er ferdig med sin behandling, fordi barnet trenger god og treffsikker oppfølging i skolehverdagen. En deltaker foreslo obligatoriske samarbeidsmøter eller informasjonsmøter for å sikre en smidig overgang som ivaretar barnet.

Kunnskap og kompetanse om SSA i skolen

Gjennomgående beskrev skoleansatte at de selv har lite kunnskap om barn med SSA og heller ikke kompetanse på hvordan slike saker skal gripes an. For at barn med SSA skal få hjelp i skolen må ansatte:

[...] i første omgang tørre å snakke om den magesfølelsen vi har. Vi har en elev vi er bekymret for, og vi må faktisk tørre å se på hva vi har foran oss. Det er det ikke så mange som gjør. Så det er jo første runde å gå. Å faktisk tørre å ta tak i det.

Skoleansatte forklarte at mange lærere kan være redde for å spørre barn fordi de har lite kunnskap om hvordan de skal samtale med barn om vanskelige tema. De vet heller ikke hva de skal gjøre med kunnskapen de eventuelt får fra barna. Da er det ifølge en deltaker «litt lettere å ikke spørre, enn å stå der med noe du ikke vet». En sosiallærer bekreftet at det snakkes lite med denne gruppen barn og unge på grunn av mangelfull lærerutdanning om seksualitet og hvordan de skal gjennomføre gode samtaler med barn. En mente at skolen satser mer på fagkunnskap enn psykisk helse:

Kunnskapsskolen og fag står frem [mer enn] det med psykisk helse, nyutdanna lærere har jo ikke forhold til det sosiale og relasjoner og sånne ting. Det er veldig sånn fagpersoner som

kommer inn, og så har de ingen ting ... veldig lite i lærer-høyskolen og i utdanningen om sånne type ting da, det begynner å vises.

Flere informanter nevnte andre årsaker til manglende samtaler med barn i skolen. En mener at skoleledelsen er mest opptatt av «[...] kartleggingsprøvene, tallene, det faglige ... Så det her [SSA] blir jo litt glemt. Man [ledelsen] vil ikke kurse læreren i SSA, for eksempel, eller hva barnevernet står for ...». Andre forklarte at lærere kan oppleve at de har nok med å ta ansvar for det faglige og kontakten med foreldrene, og derfor ikke klarer flere oppgaver. En sosiallærer løftet frem at det er begrenset hva en lærer skal eller kan pålegges:

De har et pedagogisk ansvar, de skal undervise i det faget de har etter en læreplan, de har utrolig begrenset tid, jeg samarbeider med veldig mange lærere, og når jeg hører hvor lite tid de har til å samtale med hvert enkelt barn, og til foreldresamtaler, hvor stressa de blir når jeg sier at: «Her trenger vi å sette oss ned og ha en gjennomgang av tiltaksforslag» ... Det er ikke fordi de ikke vil ...

Samme deltaker foreslo en beredskapsplan som veileder lærere om hvem i skolen de skal ta kontakt med når problemer oppstår i klasserommet og «[...] hjelpe til med å lage et system som er gjennomførbart i en skolehverdag».

3.4.5 Helsesykepleieres samarbeid med andre instanser i SSA-saker

Helsesykepleierne fortalte at deres naturlige samarbeidspartnere er skoler, barnevernet og BUP. Først og fremst arbeider de tett sammen med lærere, som er deres viktigste drøftingspartnere. Hvem de velger å involvere eksternt i saken er betinget av barnets alder og sakens karakter. Deltakerne opplevde en positiv utvikling i samarbeidet de har med BUP sett fra deres ståsted:

Siden jeg begynte som helsesykepleier, så synes jeg ... Veldig bra utvikling i at BUP kommer mer ut. Og veileder skole, veileder oss i helse. Fordi det handler om: «Hva gjør vi når ungen gjør sånn?».

Lærere får noe håndfast: «Hva gjør jeg da, hvordan hjelper jeg ungen da?».

Både helsesykepleierne selv og de øvrige deltakerne i fokusgruppene mente helsesykepleiere som profesjon representerer en viktig og trygg instans som barn og foreldre kan kontakte i en krisesituasjon og som samtidig er lett tilgjengelig. En helsesykepleier beskrev hvordan hun arbeidet med en elev i ungdomsskolen som hadde en problematisk seksuell atferd overfor elever i barneskolen:

Jeg kom inn som en helseressursperson og snakket med denne gutten. Om pubertet, vanlig seksualitet og sånn, fordi at ... Vi vil jo veldig gjerne være med og bygge opp så barn og unge får et mest mulig naturlig forhold til sin egen seksualitet.

Helsesykepleieren kan også være et viktig bindeledd mellom foreldre og barnevernet fordi mange foreldrene vegrer seg for å kontakte barneverntjenestene:

I denne saken ble det sånn at vi hadde et møte sammen – barnevernet, foreldrene og jeg. Og barnevernet ville gjerne at jeg skulle snakke med denne gutten om kropp og seksualitet. Så det gjorde jeg, og så ble jeg på en måte litt sånn forlenget arm til barnevernet.

Deltakerne fortalte videre at helsesykepleiernes arbeid primært er av forebyggende art. Samtidig har mange helsesykepleiere ansvar for undervisning på skolen der de snakker med elevene om vold, overgrep, psykisk helse og hvem elevene kan henvende seg til hvis de trenger noen å snakke med eller trenger annen hjelp. Deltakerne mente det er et resultat av helsesykepleieres undervisning om blant annet seksualitet at flere barn enn før oppsøker dem og forteller om vold, overgrep og andre bekymringer. Helsesykepleierne var opptatt av å bli gode på samtaler med barn for å kunne engasjere dem og «fange opp» barnas opplevelser og vanskeligheter. Helsesykepleierne har både en-til-en- og gruppesamtaler med barn:

Jeg snakker mye med ungdom om seksualitet, både vanskelig seksualitet og på alle mulige vis. Jeg driver og finner ut litt ... Om de kanskje driver og selger sex eller hva det egentlig er som foregår. Og vi har jo også seksualundervisning på skolene, og vi tar opp temaet, dette med porno, og hva ... Hva det gjør med synet på hva som er normal seksualitet, det er jo også et tema vi ofte tar opp.

Deltakerne opplever et økende behov for voksen tilstedeværelse i skoletiden som har tid og anledning til å lytte til barna når de trenger det, eller er til stede når elevene selv ønsker eller våger å fortelle om problemer i eget liv: «Da må det sitte noen der og ta det imot». Helsesykepleiere har muligheter til å fylle denne rollen, ifølge mange av deltakerne.

3.4.6 Barneverntjenestens samarbeid med andre instanser i SSA-saker

Samarbeid sett i et forebyggende perspektiv

Barn som viser en problematisk eller skadelig seksuell atferd er ikke alltid «hjemmehørende» i barnevernet. I SSA-saker hvor barnet lever i en hjemmesituasjon som er ikke er bekymringsfull, og barnets foresatte kan ivareta barnet på en omsorgsfull og forsvarlig måte, er ikke tjenester og tiltak fra barnevernets side nødvendigvis påkrevet. I slike saker kan helsetjeneste, skole og barnehage ta i bruk egnede tiltak innen egen etat for å understøtte barna og deres familier. Familier og fagpersoner kan søke hjelp i helsesektoren, spesialisttjenester og hos politiet uten at barnevernet trenger å bli alarmert.

Samtidig har det lenge vært politisk vilje til å senke terskelen for å benytte barnevernets tjenestetilbud. Tanken har vært at familier fortrinnsvis skal ytes assistanse på et tidligst mulig tidspunkt. Barnevernets omdømme skal bedres, og man skal i større grad vektlegge barneverntjenestens forebyggende ansvar (NOU 2017: 12).

Deltakerne fra barnevernet i våre fokusgrupper beskrev hvordan råd og veiledning til familier og ansatte i skoler og barnehager er blitt en

del av tjenestens forebyggende arbeid. Slik deltakerne fra barnevernet ser det, er det først og fremst fagpersoner som har den daglige kontakten med barna og ungdommene som skal ivareta og støtte dem i trygge og kjente omgivelser. Dette gjelder i hovedsak barn med en seksuell atferd innenfor områdene grønt eller gult i henhold til «Trafikklyset». En ansatt i barneverntjenestene fortalte om sin rolle i slike saker:

Vi har jevnlig tverrfaglige møter i barnehagen for eksempel. Og da er også PPT og helsesykepleier og psykisk helsetjeneste til stede og vi kan drøfte saker anonymt og kan da anbefale hva barnehagen skal kunne gjøre videre. Og vi ser jo etterhvert som jeg har hatt flere av de møtene at barnehagene blir veldig mye flinkere til å snakke med foreldrene. Eller sjekker ut litt mer før de melder saker.

Ansatte i barneverntjenesten opplever det meningsfullt å gi råd og veiledning på et tidlig stadium, og at det er et stort behov og etterspørsel etter deres bistand til ulike kommunale tjenester i SSA-saker. Deltakere fra barnevernet fortalte at ansatte på skolene og i barnehagene ofte ringer til barneverntjenestene når de står overfor barn med bekymringsfull seksuell atferd. Etter deres erfaring er lærere og barnehageansatte generelt engstelige for å snakke med barna om seksualitet, og er usikre på hvordan de skal forholde seg til barn med en bekymringsfull seksuell atferd. Barnevernsansatte understreket betydningen av at kunnskap og erfaring i arbeidet med barns og unges seksualitet når ut til fagpersoner som arbeider med barn, som i skoler og barnehager. Våre informanter i barneverntjenestene var samtidig opptatt av at et godt tverretattlig samarbeid på kommunalt nivå er viktig, og understreket at barnevernet skal være en aktiv bidragsyter i å støtte og hjelpe kolleger i utfordrende og komplekse SSA-saker.

Barneverntjenestens bruk og deltakelse i konsultasjons- og samarbeidsteam.

Deltakerne fra barneverntjenestene hadde gjennomgående god erfaring med å benytte kommunale konsultasjonsteam for å drøfte SSA-saker anonymt. Flere av deltakerne fra barnevernet var også

representert i slike kommunale konsultasjonsteam. I tillegg hadde deltakerne nyttige erfaringer fra å delta i tverretatlige samarbeids-møter der enkeltbarn har vært i sentrum (ansvarsgrupper).

De fleste deltakerne fra barneverntjenestene fortalte om jevnlig deltakelse i kommunale tverretatlige team i SSA-saker. I mange sammenhenger er det barneverntjenestene som innkaller til slike møter. Enkelte trakk imidlertid frem utfordringer ved slike team når etatene sender forskjellige representanter til fast oppsatte møter. Dette oppleves som tilfeldig og lite samlende. Andre fortalte om forvirring når det etableres flere tverretatlige team i samme kommune. For ansatte i barnevernet kan det være vanskelig å holde oversikten over hvilke aktører som skal samarbeide med hvem i de ulike sakene:

Jeg har jobbet i mange år med sånne typer saker og tverretatlig samarbeid, men likevel slutter jeg aldri å forundre meg over hvor mange nye aktører som kommer på banen og ja, her er det et fagteam her, der er det et ressursteam der ... Så det er veldig sånn tilfeldig for min del da.

De fleste er likevel samstemte i at kommunale instanser må samles om barn som viser tegn på problematisk eller skadelig seksuell atferd for å diskutere og fordele ansvar og oppgaver. Samtidig vektlegges det at de kommunale konsultasjonsteamene bør settes mer i system. Flere etterlyser bedre kompetanse i teamene i tillegg til et tettere samarbeid med spesialiserte, rådgivende institusjoner. Flere ønsket også mer hjelp og veiledning i kompliserte saker. Mange av deltakerne fortalte at de er i kontakt med V27 i Bergen eller REBESSA i Trondheim når de trenger råd og veiledning i SSA-sammenheng. Likevel etterlyses det spesialister nærere deres kommuner og arbeidsplasser som de kan kontakte og få hjelp av i arbeidet med i alvorlige og kompliserte SSA-saker.

I diskusjoner om forskjellen på kommunale versus regionale tverretatlige team synes deltakerne å ha en omforent holdning til ansvarsfordelingen. Dette ble gjort tydelig av en deltaker:

Ja, vi er kommunalt, men det finnes jo et regionalt team som styres av Statens Barnehus, og det er de sakene som er såkalt røde, skal jo meldes inn der, der det har vært snakk om.

Moderator: Så det er forskjellen på de kommunale og de regionale?

Ja, da er det gjerne konsultasjonsteamet som melder saker inn til det regionale konsultasjonsteamet, når det er på en måte klassifisert som rødt, med tanke på enten veldig stor aldersforskjell mellom to barn – hvis det har vært konkret samleie eller den type bekymringer – men hvis det er såkalt gult og grønt i dette Trafikklyset, så er det mer å veilede skole eller barnehage eller at saken meldes inn som en bekymring til barneverntjenesten. Og så planlegge avdekking eller, ja, samtale med barnet det gjelder.

Ifølge disse uttalelsene forholder de kommunale teamene seg i hovedsak til barn og unge som har bekymringsfull atferd som ikke nødvendigvis trenger behandling eller inngående kartlegging. Alvorlige, «røde» SSA-saker synes i større grad å bli løftet til regionalt nivå og behandlet i tverretatlige team der. Det er imidlertid regionale forskjeller på hvordan denne «arbeidsdelingen» praktiseres. I Trondheim fungerer for eksempel REBESSA som et kompetanseteam både for førstelinjetjenester og for regionen som helhet.

Barnevernets undersøkende rolle i SSA-saker

Når vi spør ansatte i kommunale barneverntjenester om hvordan de går frem for å undersøke SSA-saker, får vi ulike svar. Generelt er det ingen fast norm på hvordan undersøkelser i barnevernet skal foregå (Vis, Lauritzen & Fossum, 2016). Fremgangsmåten synes å være betinget av hvem meldingen kommer fra og innholdet i bekymringen.

I enkeltsaker opplever deltakerne fra barnevernet at det kan være en utfordring å holde fokus på barnet som har utvist en problematisk seksuell atferd. Ofte erfarer de et stort press fra lokalsamfunnet, der foreldre og andre samarbeidspartnere kan true med å holde andre barn hjemme fra skolen dersom barnevernet ikke raskt iverksetter

tiltak. En deltaker siterte uttalelser som kan komme i slike forbindelser:

«Hvis han kommer på skolen, så kommer ikke min datter på skolen». Og det kan gå til et høyt nivå i kommunen der både ordfører og rådmann blir alarmert, hvor forferdelige de her barna er, og at de andre barna ikke skal treffe dem mer.

Utsagnet over viser hvor krevende enkelte SSA-saker kan være både for familiene som er berørt og for de profesjonene som skal håndtere slike hendelser.

En representant fra en middels stor by fortalte om hvordan deres kontor vil gå mer aktivt inn i en sak dersom de er bekymret for at barn utsetter andre barn for seksuelle uønskede handlinger:

Hvordan vi avdekker? Hvis man har hatt en sak inne i konsultasjonsteamet, så råder man eventuelt den skolen eller barnehagen til å melde sin bekymring, så gjør de det, veldig ofte, og da planlegger man en dag der man går på skolen eller i barnehagen og snakker med barnet, den som i utgangspunktet har utsatt et annet barn for noe som man mener er bekymringsfullt. Og det er jo veldig ofte ikke for å finne ut hva som er skjedd mellom de to barna, men for å finne ut: Har dette barnet vært utsatt for noe i sin egen omsorgssituasjon? Og da er det jo å snakke med barnet, gå tilbake til kontoret igjen, drøfte hva som kom frem i den samtalen, drøfte hvordan vi gjør det videre. Så må vi snakke med foreldrene samme dag. Vi har ikke lov til å snakke med barnet den dagen uten å snakke med foreldrene i tillegg, men vi har lov til å snakke med barnet på forhånd uten å informere. Så kommer foreldrene til kontoret vårt, går gjennom samtalen med barnet, hva handler dette om, forklare dem hvorfor de er invitert inn på så kort varsel, snakke litt om rutinene for hva barneverntjenesten gjør, og så inviterer vi barnet inn i samtalen – for de er ofte med oss, enten tilbake på kontoret, etter den samtalen, eller vi henter de etterpå. Det er litt i samråd med skolen eller barnehagen. Og så ser vi hvordan den familien møtes igjen.

Fremgangsmåten som denne deltakeren beskriver kan på mange måter minne om forløpet eller metoden mange barneverntjenester benytter i saker som handler om barn som er utsatt for vold og overgrep (Gamst og Langballe, 2004; Gamst, 2011; Vorland og Skjørten, 2017). Denne informanten trekker også en forbindelseslinje mellom barn som begår seksuelle handlinger og barn som selv har vært utsatt for overgrep fra andre, noe forskning støtter (se Hackett, Phillips, Masson & Balfe, 2013; Seto & Lalumière, 2010). At barneverntjenestene ofte trekker denne parallellen og derfor ofte forholder seg til SSA-saker med dette som utgangspunkt, er også dokumentert i NKVTS-notatet «Også disse barnas beste» (Øverli et al., 2018).

Barnevernets arbeidsform kommenteres imidlertid av flere representanter fra blant annet skoleetaten. De kan fortelle at de har arbeidet med et barn over tid, men opplever å bli satt på sidelinjen når barnevernet engasjeres i saken. En fortalte at:

Dette kjenner jeg er vanskelig, fordi at ja, vi har alltid lært at vi ikke skal snakke med foreldrene om alle ting. Vi må få lov å undersøke litt før vi begynner å fortelle foreldrene. Og så kan barnevernet komme og ta en avdekkende samtale med barna på skolen, der de da må varsle foreldrene at de har gjort det etterpå. Da føler vi at alt det arbeidet bare raser, skjønner dere hva jeg sier? Altså. Jeg kan ikke helt forklare det, for det er som du sier, jeg vet ikke alt som foregår bak dørene hos barnevernet, men det jeg spør etter i møte med barnevernet er såpass mye informasjon at jeg kan gå trygt ut og være rolig på at barnet har det greit.

Spesielt deltakere fra skole- og barnehagesektor opplever at barneverntjenestene kan «holde kortene tett til brystet» og bruke god tid på å undersøke saken. Etter bvl § 4-3 jf. § 6-9 skal undersøkelse skje innen tre måneder. Lignende holdninger finner Baklien (2009) i sin kvalitative undersøkelse av relasjonene mellom lærere, barnehageansatte, helsesøstre og barnevernsansatte. Å vente på barnevernets avgjørelser kan være utfordrende, ifølge deltakere i våre fokusgrupper:

Jeg opplever ofte at jeg syns barnevernet har litt god tid. Vi sitter og tripper på barns vegne, at her [...] har gutten en seksuell utagering, negativt. Og så skjer det ingenting, sant? Da skulle jeg ønske, at jeg hadde hatt noe sånn, nærmest et verktøy og [kunne] si at nå har jeg gjort punkt én til fire, og så nå er dere forpliktet til å gjøre punkt fire til ti. Jeg vet at sånne manualer og programmer ikke er det som redder verden, men jeg skulle av og til ønske at det fantes noe som jeg bare trygt og greit bare kunne ta frem.

Ansatte i barneverntjenestene svarte at de kan ha forståelse for slike utspill og mente de selv ikke alltid var åpne nok og aktivt informerende om hvorfor de handler som de gjør. En sier: «Vi skulle ha vært flinkere til å informere om at vi gjerne vil hjelpe det barnet, men at det er sånn og sånn. Og så har vi også våre begrensninger, og så kan vi oppleves som lite samarbeidsvillige, ikke sant.»

Ansvar for trygghetstiltak

I SSA-saker nevnte flere av deltakerne et særskilt behov for gode trygghets- eller sikkerhetsplaner hjemme hos familier og i aktuelle institusjoner dersom barn har utøvd seksuelle overgrep mot søsken eller andre mindreårige. Deltakere i gruppene benyttet begreper som trygghetsplan, sikkerhetsplan og mestringsplan når de omtalte slike tiltak. Alle deltakerne mente at slike tiltak og planer er viktig og nødvendig for å ivareta både utøvere av seksuelle overgrep og potensielle utsatte. En representant for et av Statens Barnehus hadde gode erfaringer med å samarbeide med barneverntjenestene når slike tryggingstiltak skulle utarbeides og organiseres. Representanten sa:

Når vi lager sikkerhetsplaner så kan jeg og barnevernet dra ut og se på hjemmet. Jeg synes det er viktig å se hjemmet sammen. Men hvem som har ansvaret for sikkerhetsplanene, det har vi definert at barnevernet har, ikke sant. Jeg syns det er mest naturlig når barnevernet er inne og skal sikre familien, jeg har den forventninga. Men det er nå sånn vi jobber.

Representantene fra barnevernet derimot var ikke alltid innforstått med at arbeidet med trygghetsplaner lå innenfor deres

arbeidsområde. Flere stilte seg spørrende til hvem som skal ha ansvaret for å tilrettelegge for at slike planer utarbeides og gjennomføres.

Så er det det her med trygghetsplaner, og da har jeg et sånt spørsmål eller utfordring: hvem har ansvaret for å lage de her trygghetsplanene? [...] Er det at noen personer tar tak i det fordi at de kan noe om det her, eller fordi samvittigheten gjør at du er nødt til å ta tak i det? For jeg har erfaring med at når BUP sier at «barnevernet må lage en trygghetsplan». Hvor står det, da? Jeg har ikke sett det noe sted, at det er vi som skal gjøre det. Men alt det som de andre ikke kan gjøre, det føler jeg at barnevernet må gjøre. Så jeg synes det er fryktelig diffust hvem som skal gjøre hva.

Flere av deltakerne fra barneverntjenestene mente denne oppgaven ikke automatisk var en del av deres mandat og oppgave og pekte i denne sammenhengen på politiets og barnehusenes rolle. Flere stilte seg åpent spørrende til hvem som har den beste kompetansen til å utarbeide og gjennomføre trygge og sikre planer for både utsatte og utøvere av problematisk seksuell atferd i hjem og institusjoner.

Barnevernets hjelpetiltak versus behandling

De aller fleste av deltakere fra barnevernet mente at de har en viktig støttefunksjon og rolle i å hjelpe barn med SSA i deres liv og hverdag. Barnevernet skal følge med barna i deres kommuner og sørge for at forholdene rundt hvert enkelt barn er forsvarlig. Barnevernet skal også samarbeide tett med andre instanser for sammen å påse at barnet får den nødvendige hjelpen. Videre kan barnevernet sette inn ulike hjelpetiltak, som for eksempel støttekontakt, avlastning i familiene, økonomisk hjelp og regelmessige samtaler med barna og familiene som er berørt. Slike tiltak kan ha en terapeutisk effekt, men er ikke behandling slik de fleste av deltakerne forstår det (jf. definisjon p. 1.2.) De aller fleste av deltakerne fra barnevernet mente at de verken har kompetanse eller mandat til å gi psykologisk behandling til barn med alvorlige SSA-problemer. Dette uttrykkes på ulike måter av flere.

Det er jo faktisk ikke min rolle å være behandler. Altså, i min jobb og i mitt samfunnsmandat i barneverntjenesten, så skal jeg ikke drive behandling, uansett om jeg har kompetanse til det. Og det tenker jeg er kjempeviktig at vi klarer å finne ut: Hvem gjør hva? For jeg syns disse greiene er et virvar, og sånn som du sier, at ingen vil tak i det. Og så er det barneverntjenesten som sitter med svarteper, og ingen vil gjøre noen ting, ingen vil ta i dem, ingen vil snakke med dem, ingen vil ha dem i nærheten av seg, og vi kan ikke si nei takk, men av og til så tenker jeg: Jeg sier nei takk, men det kan jeg ikke gjøre. Vi må prøve å si litt sånn tydelig, «hva er det vi skal gjøre» for å ansvarliggjøre andre som faktisk skal gjøre noe?

En annen representant sa det på denne måten:

Jeg er familieterapeut, men jeg skal ikke jobbe med familieterapi når jeg jobber i barneverntjenesten. Nei, jeg skal være saksbehandler, og da skal familien vite hva slags rolle jeg har, av respekt for familien, tenker jeg.

I forlengelsen av slike utsagn fortalte ansatte ved barneverntjenestene at de overfor samarbeidspartnere prøver å være tydelige på hva de kan bidra med og ikke. Allikevel har de gjentatte ganger erfart at deres utspill overses eller tilbakevises. Flere mener de ofte blir sittende tilbake med ansvaret fordi andre etater ikke kan eller ønsker å gå inn i et behandlingsforløp med disse barna. En sa: «Du prøver på en måte å sende det ut til dem du tenker kan være mottakere, og så kommer det bare tilbake, så der har vi noen hull å tette, absolutt.» Dette temaet opptok mange fra barneverntjenestene. Det ble pekt på nødvendigheten av å ha med BUP på laget, men at det ikke alltid er mulig.

Når det kommer til behandlingsbiten, så kjenner jeg jo at vi i barnevernet er ikke behandlere, vi er ikke eksperter. Og da er det jo noe med å få med BUP-er. Sant, få med de som kan, og det kan ofte være utfordrende. Og når vi har ungdom som sier at «nei» – det opplever vi ofte, unger som sier: «nei, vi skal ikke på BUP, vi

går ikke dit». Og da er det vi som sitter vi igjen og har ansvaret, men [har] ikke verktøyene til å ta det ansvaret.

Det pekes i denne forbindelse på flere dilemmaer. Selv om BUP er åpen for å gå inn i et behandlingsforløp med et barn med SSA, ønsker ikke alle barn og unge å gå i terapi. BUP er i hovedsak et frivillig tilbud. Når barn avviser kontakt med BUP blir det, slik ansatte i barneverntjenestene opplever det, deres tjeneste som blir sittende med det videre ansvaret for barn med SSA. Eller som en sa i denne forbindelsen:

Det kan være så fryktelig «fattig» å sitte der som saksbehandler med denne problematikken. Og så har jeg erfaring med at, ja, BUP prøver å være på banen. Mange ganger så tenker jeg at BUP gjør mer enn de skal, og tar mer ansvar fordi at det er så lite tiltak å få, sånn at vi skal ikke bare svartmale BUP.

Deltakere fra barneverntjenestene diskuterte i denne forbindelse at de kan få tillagt en rolle de ikke har forutsetninger for å fylle. Faren er at de handlingslammes. Likevel forteller flere at de tar utgangspunkt i virkemidler som er tilgjengelige innenfor deres etat og velger å fokusere på betydningen av tiltak som letter barnas hverdag. En forteller dette:

Man skal ikke kimse av hverdagslivet. Og det må vi jo få bygget opp sånn at det blir helende for de her ungene, det òg – og da må vi vite hva vi holder på med, alle sammen, som skal jobbe i samarbeid tverrfaglig ...

Barnevernet skal påse at barnas livssituasjon er god og at det settes inn tiltak som støtter opp om barnet og hjelper det videre. Slike tiltak blir særlig viktige der barna ikke følges opp videre i et behandlingsforløp. Selv om barn er i behandling hos BUP, er det ingen motsetning mellom deres arbeid og barneverntjenestens intervensjoner. Tvert om kan tiltak fra begge instansene utfylle hverandre og gi viktige bidrag og «løft» til barnet det gjelder. Skal barn ha nytte av terapi må de for eksempel samtidig fungere på skolen og ha en god omsorgsbasis.

I situasjoner der barneverntjenesten blir sittende uten et behandlingstilbud for barn med skadelig seksuell atferd kan det bli nødvendig å spille på lag med andre kommunale etater som helsesøstre, fastleger og kommunale psykologer, og søke råd hos ulike konsultasjonsteam og de statlige barnehus.

Kommunenes langsiktige ansvar

Enkelte deltakere og instanser var opptatt av de lange linjer og poengterte kommunenes ansvar for barn med skadelig seksuell atferd i et lengre tidsspenn. Når barn flyttes ut av sin hjemkommune for kortere eller lengre tid er det med en forutsetning om at de skal tilbakeføres til sine opprinnelige hjemkommuner. Det er her de skal oppholde seg og være; for en kortere periode eller for resten av livet.

Flere gir likevel eksempler på at det kan oppstå store samarbeidsproblemer når barn skal tilbakeføres til sine hjemkommuner. I enkelte kommuner kan man være lite villig til å ta ungdommen tilbake, eller man vegrer seg mot å bruke tid og ressurser på å finne egnede tiltak som letter overgangen for barnet. En fagperson ansatt ved en behandlingsinstitusjon forteller dette:

Nå er denne ungdommen klar for å komme hjem, men for at det skal gå bra trenger han MST [multisystemisk terapi] og samarbeid med skole. Vi tenker at det er på tide at han begynner å øve seg på å leve et normalt liv, han har vært på institusjon i flere år, det er ikke bra, ikke sant. Så vi begynner å krangle om hvem som skal ha han, ta ansvar for han på en måte.

Flere hadde lignende erfaringer og uttrykte bekymring for ungdommer som skal tilbakeføres til hjemkommuner etter endt opphold i institusjon. En reflekterer over slike situasjoner og sier:

I disse sakene hvor det er så mange elementer, mange hensyn å ta, så tenker jeg: Har de noe kompetanse ytterst ute i, på å møte det. Og hvis ikke, ja, hva må vi gjøre da? For jeg tror det er litt sånn russisk rulett, har jeg inntrykk av nå. Det er litt sånn: «Ja, vi behandler dem og så tenker man, ja, da er jo alt fint og flott», men så kommer de hjem igjen – og hva møter dem da? Litt som

med ettervern sånn generelt. De er veldig god på å ta folk inn i systemene. Og så hopper vi kanskje litt bukk over det livet de skal tilbake til, da.

I tillegg har flere av deltakere et inntrykk av at mange kommunale instanser sliter med manglende tilbud og ressurser. Her blir ofte diskusjonen «by versus land» aktivert. Flere av deltakerne fortalte at geografisk avstand og få ressurser i små kommuner kan føre til at barn med SSA ikke alltid får de nødvendige tilbud om hjelp og støtte. Mindre kommuner som i tillegg ligger langt fra store sentra har ikke tilgang på den samme bistanden fra for eksempel multisystemisk terapi om det skulle være nødvendig. En representant fortalte om en situasjon hun nylig var i:

Bor dere for langt unna så kan dere ikke få MST. «SSA – det har vi ingen modul på», ble det sagt. Så da kunne de ikke ta han. Ungdommen var da 15 år. Ble sendt på institusjon, han var der i fire måneder, kanskje, og skulle da sluses ut og hjem i løpet av en to måneders periode. MST skulle inn i bildet – og han var jo ikke noe monster – han var en snill, flott, pen gutt, og ikke slåss han med faren, og ikke protesterte han, men var jo skada, ikke sant. [...] For noen av ungdommene kan MST være på banen, mens for andre kommer de ikke på banen fordi de har en grense for reisetid på en og en halv time eller noe sånt. Vi ligger akkurat utenfor.

Samtidig beskrev våre deltakere fra mindre kommuner at motsatsen til manglende spesialiserte tilbud i SSA-saker kan oppveies noe ved nærheten til andre fagpersoner og ved å ha oversikt over eksisterende tilbud i kommunen. Det ble sagt at ansvaret på mindre steder kan være tydeligere; der kan de verken løpe fra ansvar eller la være å følge opp saker:

I store, tette samfunn, sånn som i byområder, så kan en sak glippe og du merker ikke mer til den. I en liten kommune så har du saken rundt og over deg hele tida, så den blir veldig tydelig, og da blir på en måte de personlige utfordringene kanskje enda sterkere.

Uansett kommunestørrelse og kommunens beliggenhet er det viktig at tjenestene har et langsiktig perspektiv når barn i deres kommuner viser tegn på problematiske eller skadelige seksuelle problemer.

Barnevernets samarbeid med politiet og Statens Barnehus

Barneverntjenesten står ofte i situasjoner hvor de må vurdere om en SSA-sak skal meldes til politiet eller ikke. Det ble i denne sammenheng gitt eksempler på forhold hvor barnevernansatte mente det ikke var nødvendig å alarmere politiet.

- Barn som tegner seksuelle tegninger uten at de forteller konkret hva tegningene handler om. I slike saker gjennomfører barneverntjenestene samtaler med barnet selv sammen med en trygg voksen i barnehagen eller på skolen før en vurderer saken på nytt.
- Barn som tar initiativ til seksualisert lek med hverandre, der det ikke er trusler eller hemmelighold, og der barna er i noenlunde lik alder.

I slike saker arbeider barneverntjenesten med å snakke med barna om grenser, kropp og seksualitet, utforske om dette er lek de har opplevd med andre, og hva barnets handlinger kan være uttrykk for. Saken vurderes fortløpende. Våre informanter fra barnevernet mente at ved å bruke Trafikklyset vil saker som vurderes som «grønne» ifølge Trafikklyset sannsynligvis ikke meldes til politiet. De gule sakene vurderes underveis med tanke på videre oppfølging eller politianmeldelse dersom barn har begått et seksuelt straffbart forhold, mens de røde sakene med stor sannsynlighet vil meldes til politiet, særlig om en alvorlig seksuell handlingen er rettet mot andre barn.

Det fortelles om dilemmaer og vanskelige avveininger når barneverntjenesten vurderer å politianmelde et barn. Selv når barnevernsansatte henvender seg til politiet med en sak, erfarer de at det kan ta tid før politiet avhører barna i denne typen saker. I verste fall kan det gå måneder før avhør foretas:

Og det er kanskje det vanskeligste, i hvert fall for skolen og barnehagen som står i det, å vente på at disse avhørene skal gjennomføres, de kan ikke informere foreldre, de kan ikke snakke med barnet, og så går tiden.

En deltaker fortalte at hun reagerer på at det tar lenger tid før avhør foretas jo lenger det er siden det kriminelle forholdet skjedde. I slike situasjoner velger ofte barneverntjenestene å undersøke forholdet på egen hånd og å snakke med barna. For som en sier: «Fordi vi kan ikke vite hva som har skjedd og ikke skjedd, og vi ikke har tid til å vente på politiet.» En fortsatte dette resonnementet:

Det kan ta fryktelig lang tid hvis vi skal vente med å gå inn i vår undersøkelse til politiet har gjort sitt. Noen ganger tenker jeg vi faktisk ødelegger etterforskninga. Og Fylkesmannen sier at det skal vi gjøre. «Dere skal forholde dere til fristene, dere skal ikke gå over undersøkelsesfristen på tre måneder. Dere gjør deres jobb». Så det jeg tenker er at det er noen systemer som må begynne å snakke sammen.

I SSA-saker synes ikke samarbeidet mellom barneverntjenesten og politiet å være like godt organisert og formalisert som i familievolds-saker. Mens det i familievoldssaker er klare frister på hvor lenge tjenester skal vente før politiet avhører barna, er ikke dette på samme måte tydeliggjort i SSA-saker. Hvis ventetiden gjentatte ganger er lang før politiet gjennomfører avhør, kan dette etter hvert føre til at barnevernets ansatte nøler med å politianmelde barn som har begått seksuelle overgrep. Barnevernet kan ikke vente med å undersøke og sette inn tiltak som skal støtte og hjelpe barnet (Vorland og Skjørten, 2017).

3.4.7 Statlige instansers rolle i SSA-saker

Flere statlige institusjoner har viktige funksjoner i arbeidet med barn med SSA, og ansatte ved disse instansene samarbeider tett med de kommunale tjenestestedene om barn som viser tegn på en problematisk seksuell atferd. Enkelte av disse statlige tjenestene var derfor representert i våre undersøkelser. Utsagn fra disse tjenestene i teksten nedenfor er imidlertid basert på få informanter.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratets ansvar i SSA-saker

For barn med en skadelig seksuell atferd er det ikke alltid mulig å bli i sitt hjemmemiljø. Ikke alle familier klarer å imøtekomme barnets omsorgsbehov i vanskelige livssituasjoner. Barnets atferdsproblemer kan også oppleves som så omfattende og alvorlig at barnevernet, ofte i samarbeid med foreldrene, anser det som påkrevet å foreta en omsorgsplassering der barnet må flytte til egnet fosterhjem eller institusjon. Det er det statlige barnevernet (Bufetat) som administrerer slike tiltak.

Flere av deltakerne i fokusgruppene etterlyste egnede institusjoner i regi av Bufetat med større fokus på psykisk helse som kan ta imot barn med SSA over tid. Tilbud om langtidsinnleggelse på institusjon ble av deltakerne opplevd som mangelfull, og det eksisterende tilbudet er ofte av akutt karakter. Andre mente at dagens institusjonstilbud er beregnet på ungdom med rus og utagerende atferd. De passer derfor i liten grad for barn med SSA, som kan ha et komplekst bilde med psykiske helseplager og depresjoner. Flere av deltakerne mente at nye behandlingstiltak for denne gruppen må vurderes, og at det bør bygges opp bedre kompetanse om SSA på de eksisterende institusjonene. En representant fra barne- og familietjenesten i en kommune mente følgende:

For det er så trist når vi får dem under omsorg, og så flytter de så mange ganger fra det ene tiltaket til det andre. Av og til så blir det på grensen til offentlig omsorgssvikt, sant, for vi klarer ikke å treffe med de rette tiltakene. Men det er nydelig når vi får det til, samarbeid med skole og barnehage og de jobber mot et felles mål, helt sånn konkret.

Noen deltakere var imidlertid urolige for at institusjonsplassering ble foreslått litt for raskt og sikter til at hjelpeapparatet kan reagere under affekt og nærmest handle i panikk når seksuelle overgrep mellom barn blir kjent. Flere var urolige for at barn kan påføres tilleggsbelastninger ved å bli tatt ut av sitt nærmiljø og skole. De mente at dette i verste fall kan sementere barnets atferd på en negativ måte. Andre deltakere var opptatt av eventuelle tilleggsproblemer barn kan møte ved å være institusjonsplassert. For

eksempel beskrives det at det tar lang tid før barn kommer i behandling hos BUP i de kommunene de plasseres i på grunn av «byråkrati» og tiden en henvisning tar. I noen tilfeller kan institusjonsplasseringen være avsluttet før behandlingen hos BUP er påbegynt.

Enkelte barn kan også oppleve å bli flyttet mellom ulike institusjoner. Dermed får de stadig nye saksbehandlere og terapeuter å forholde seg til. De kan utsettes for mange korte behandlingstilbud som av ulike grunner avsluttes. En forteller om en slik sak: «Han har allerede snakket med tre BUP-er, V27, en behandlingsinstitusjon, barneverntjenesten pluss, pluss, pluss. Han sier: 'Nå er det nok', på en måte.» Institusjonsplassering er ikke alltid et godt alternativ. Skal et slikt forløp hjelpe barn med SSA er det betinget av kvalifikasjoner hos institusjonens personale, tilgang på ekstern støtte og behandling og at den kommunale kontakten og ansvaret på hjemstedet opprettholdes.

Familieverntjenesten

Familieverntjenesten er statlig fullfinansiert. Det er Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som har det faglige og administrative ansvaret for tjenesten. Familievernet skal gi tilbud om behandling og rådgivning dersom det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. På enkelte innsatsområder som vold i nære relasjoner og SSA-saker er det opprettet et spisskompetansemiljø ved enkelte av familievernkontorene.

Det var få deltakere fra familievernet i våre fokusgrupper. De fortalte imidlertid at de har et bredt mandat som favner mange problemstillinger. Kun få kontorer har spisset kompetanse på barn og unge med bekymringsfull seksuell atferd. Familievernkontoret er en instans der familier selv henvender seg for hjelp. De tar imidlertid imot barn med SSA når foreldre selv er bekymret for deres seksuelle atferd. Ansatte i familievernet mente likevel at deres tjeneste i liten grad er i kontakt med barn og familier hvor SSA er problemet. Det ble satt ord på at tjenesten ikke er et lavterskeltilbud og derfor ikke alltid det første tilbudet familier tenker på når de er i krise.

[...] vårt problem er at vi er ikke er i «tiltaksvifta» til barn på den måten som jeg ville ønske [...] vi mangler lavterskeltilbud som jeg av og til tenker at kommunepsykolog eller andre kan være i mindre kommuner. Der er det mye lavere terskel fordi man kjenner hverandre ...

Andre fra familievernnet mente derimot at deres tjeneste kan ha en meningsfull rolle i SSA-sammenheng nettopp fordi de kan arbeide helhetlig med familier og nettverk:

Jeg tenker at det skal gjøres mye jobb på et lavere nivå, [...] og da kan jeg for eksempel trekke inn familievern. Vi kan utgjøre en kraft med tanke på foreldre, familie, søsken og nettverk, for så vidt, for å håndtere det trøkket som det er å oppleve disse tingene. Det kan være typ behandlingsarbeid det også, men det er ikke sånn individualterapi på SSA-problematikk som sådan.

Denne informanten mente også at alle ansatte i familievernnet trenger en basiskunnskap om barn med SSA. Han la vekt på at dersom kun en på hvert kontor har kunnskap om SSA, blir det svært sårbart dersom denne personen slutter.

Jeg tenkte at det vi trenger er den grunnleggende kunnskapen om tematikken, forståelsen for hva dreier det seg om, på en måte som gjør oss i stand til å kanskje særlig møte familiene, søsken, foreldre, til klienter som er inni det her bildet – og det gjør vi. Men vi trenger – det trenger å være en kunnskap som alle sammen i familievernnet har. For det er også et viktig oppdrag, slik at familien og søsken kan fange opp og verne om disse som har på en eller annen måte gått over streken, og fange det opp på en klok måte, håndtere det.

Deltakerne fra familievernnet mente de kunne ha en viktig rolle i SSA-sammenheng dersom kunnskapen om SSA ble bedre integrert i deres tjenester. Erfaringer fra familiearbeid kan være en god kompetanse å ha når en skal arbeide med kompliserte SSA-saker der familiene er i krise og alle familiemedlemmer rammes. I enkelte regioner er det opparbeidet et tettere samarbeid mellom familie-

vernkontorer, barnevern og BUP som gir tilbud til barn og deres familier når barn sliter med skadelig seksuell atferd. «På tvers»-tiltaket i Kristiansand er et slikt tilbud.

3.4.8 BUPs rolle og ansvar i behandling av barn med SSA

Om en finner at et barn med SSA trenger psykisk helsehjelp, er det en omforent mening blant våre deltakere at barne- og ungdomspsykiatrisk fagpersonell skal ha behandlingsansvaret for denne gruppen barn og unge. Flere ga uttrykk for at BUP er den viktigste instansen når barn trenger en bred barnepsykiatrisk utredning, og at BUP har det nødvendig behandlingsverktøy med tanke på atferdens alvor.

Samtidig fortalte BUP-ansatte at mange innen deres tjeneste i liten grad har spesifikk kompetanse på barn eller ungdom som begår seksuelle overgrep eller har annen seksuell atferdsproblematikk. I sakene hvor barn har en alvorlig SSA, har enkelte BUP-er henvist barna til for eksempel Institutt for klinisk sexologi og terapi. BUP-ansatte forteller at deres klinikker har hatt fokus på å opparbeide kompetanse på traumer og barn som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Det har til nå vært lite fokus på SSA, og følgelig er det få som har denne kompetansen. Det pågår imidlertid et kompetanseutviklingsprosjekt om SSA for spesialisthelsetjenesten fra 2017 til 2019. Dette er i regi av det nasjonale kliniske nettverket for SSA (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017,).

BUP-ansatte formidler at det stilles høye forventninger til BUPs arbeid og kompetanse. BUP arbeider allerede med et stort spekter av saker og «gaper høyt». BUP har spisskompetanse på en rekke områder som spiseforstyrrelser, depresjon, suicidalitet mm. Å ytterligere innarbeide spisskompetanse på SSA kan derfor være utfordrende. Om SSA-tematikken fortalte en:

Det er nok en vei å gå – og så føler jeg jo at dette feltet er fryktelig nytt, og at det trengs mye ... Altså, det må løftes opp mange steder. Ikke minst i forhold til avdekking. Og det tror jeg ikke vi har god nok rutine på i det hele tatt. Vi spør mye rundt traumer

under inntak, men ikke: «Hva utsetter du andre for?». Nei, det er ikke en del av ...

Deltakerne fra BUP reflekterte over at deres tjeneste trenger å rustes opp både faglig og ressursmessig om de i større grad skal behandle barn med skadelig seksuell atferd. Samtidig forteller deltakerne at barn med SSA ikke utgjør en stor pasientgruppe i BUP. Dette er imidlertid vanskelig å måle fordi flere av barna BUP er i kontakt med har svært sammensatte symptomer, hvorav SSA kan være ett av dem. En mulig løsning, slik en av deltakerne skisserer det, er at en fylkesdekkende BUP spesialisere seg på SSA, slik at lokale poliklinikker kan henvise barn som sliter med denne typen problemer til disse spesialiserte klinikkene. Dette vil virke avlastende for de lokale poliklinikkene, samtidig som barna får kompetent hjelp. Dette er i tråd med anbefaling fra NKVTS (Askeland et al., 2017).

Det ble understreket fra BUPs side at selv om de har god kompetanse på SSA lar det seg ikke gjøre å hjelpe alle barn. Samtaleterapi som behandlingsform er ikke nødvendigvis den beste eller den eneste løsningen for alle barn og unge med SSA. Det er derfor nødvendig med et bredt tilbud og et tett samarbeid med flere instanser og etater for å finne frem til egnede tiltak for hvert enkelt barn.

Spesialisthelsetjenestens samarbeid med førstelinjetjenester

I fokusgruppene fortalte representanter fra BUP at de i liten grad har naturlige treffpunkter med førstelinjetjenester. En fortalte:

Jeg føler jo at vi på BUP blir litt sånn utenfor det [kommunale] samarbeidet. Ja, vi har ingen treffpunkter med førstelinja, egentlig. Sånn naturlig, dersom det ikke er saksrelatert. Så det er jo kanskje et minus. Det har vært forsøkt noen sånne ressursteam på skolene for at vi skal delta der ... Men det faller litt i fisk. Jeg hører jo mye om forventninger til BUP, at BUP skal liksom klare det meste ...

Ansatte ved BUP beklaget det manglende samarbeidet med førstelinjen. Enkelte mente også at samarbeidet de siste årene har blitt forverret. Dette ble delvis forklart med at det var «umulig» å

finne ut av hvem som var ansvarlig saksbehandler og tidkrevende å «få fatt i» riktig person. Det at mange opplevde at kommunale aktører hadde en negativ holdning til BUPs tjeneste ga dem heller ikke et insitament til dialog og samarbeid.

Førstelinjetjenester innen både skole og sosialomsorgen forteller at de i mange sammenhenger opplever å få mangelfull assistanse fra BUP i SSA-saker. De fikk lite informasjon om avslag fra BUP skyldes kapasitetsmangel, manglende kunnskaper om SSA eller andre forhold ved barnet og barnets omgivelser. En mente at «det er en flaskehals, og så er det lite fleksibilitet i systemet til BUP». Andre ga uttrykk for at BUP må «på banen» i større grad enn tilfelle er i dag når det gjelder samarbeidet om barn som strever med bekymringsfull seksuell atferd. En deltaker mente at barn med SSA «glipper litt i BUP», fordi disse barna tilsynelatende kan være godt fungerende og ha et lavt symptomtrykk. I tillegg kan BUPs manglende erfaring på feltet medføre at SSA-saker ikke rubriseres under «alvorlig atferdsforstyrrelse» som er en prioritert diagnose og gir tilgang på raskere behandling hos BUP.

Selv om de fleste fagpersonene i fokusgruppene ga BUP en sentral rolle i å utrede og behandle barn med SSA, ble det samtidig pekt på BUPs manglende erfaring og prioritering av barn med SSA. Det ble i slike sammenhenger også stilt spørsmål ved hvilken rolle barnehusene skal ha i behandling av barn og unge med SSA versus BUPs ansvar. «Fagfeltet er ikke samlet rundt hvem som skal ta behandlingsbiten» og lignende uttalelser kom frem i flere diskusjoner. BUPs rolle i SSA-saker ble problematisert i forbindelse med at det per i dag foregår en omfattende skolering for å heve kompetansen på SSA via ulike AIM-kurs. Flere var urolig for at BUP-ansatte ikke på samme måten får den nødvendige kunnskapen og kompetansen.

Og nå er det jo [AIM-kurs] ute og går, både utredning og behandling. Og så blir det jo sånn når det plover opp noe nytt, at det er mange som vil lære. Men ikke sant, hva du skal bruke den lærdommen til, og det er jo her jeg tror at vi [alle] ofte kommer i en skvis. I forhold til, ja, jeg tror barnevern kan gjøre

utredninger på [AIM-kurs 1 eller 2]. Men så kommer de i konflikt når det går på behandling, som jeg er klar på bør ligge innenfor BUP, men så kommer det: BUP henger ikke med i fagfeltet.

Mange av de kommunale aktørene ga uttrykk for at de var urolige og usikre på BUPs ansvar og rolle når det gjelder gruppen barn og unge med SSA. Det ble etterlyst klarere retningslinjer og en tydeligere prioritering og satsning på at barn med SSA får den nødvendige helsehjelpen.

Hovedlinjen i deltakernes opplevelse og samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien var et ønske om tettere samarbeid. De aller fleste representantene i fokusgruppene ønsket BUP som en aktiv samarbeidspartner i SSA-saker og ønsket å henvende seg dit når de er i kontakt med barn og unge som sliter med skadelig seksuell atferd. Dette er i tråd med Bliksvær et al. (2004) som viser at kommunale tjenester ønsker større nærhet og tettere samarbeid til den psykiatriske kompetansen som finnes i BUP.

På tross av opplevelser hvor kommunale tjenester ikke alltid føler de får den nødvendige hjelpen i SSA-saker, trekkes det likevel frem flere positive aspekter og eksempler på meningsfylt felles innsats i enkeltsaker på SSA-feltet. Følgende fortelles som et eksempel på hvor nyttig samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP fungerte i en konkret sak:

Det ble gjort en henvisning til BUP av fastlegen, som er veldig påkoblet familien. Og BUP har starta kartlegging og litt behandling. De er i gang med de terapeutiske samtalene, og vi var der på et møte nå på midtveisevaluering og vi fikk også en foreløpig epikrise. Og da ser vi at [barnet] nyttiggjør seg veldig godt den kontakten hun har i BUP. Psykologen er så dyktig og de har liksom funnet tonen, hun er god på samtaler, god med det å bygge relasjoner og finne tillit. Og nå går jo også BUP ut og det synes jeg er så flott, de er med på ansvarsgruppemøte. De er jo litt forsiktig med hva man kan si til skolen sant, skolen skal jo ikke ha den hele og fulle informasjonen. Men litt skal de ha, sånn at de skal forstå jenta, og skjønne hva de skal gjøre hvis hun på

en måte er nedi et sånt dalsøkk ... Så går de ut og veileder fosterforeldrene og de veileder også skolen. Sånn at det er et system som samarbeider. Og det er så bra, og jeg er så glad for at de er på banen. Jeg er så glad, fordi det er så ofte at sånt ikke skjer, ikke sant. Men hvis det gjøres sånn skikkelig grundig, så er det til nytte og hjelp for alle parter.

3.4.9 Akutthjelp

I forlengelsen av diskusjoner om behandling av barn og unge med SSA og hvem som skal ha ansvaret for at barna får god helsehjelp, tok enkelte av deltakerne opp behovet for umiddelbar hjelp til barn og deres pårørende når det blir gjort kjent at et barn har utøvd en skadelig seksuell handling. Mange familiemedlemmer kan reagere med sjokk og usikkerhet og vil trenge profesjonell hjelp i en kritisk fase. Familier må i tillegg ofte forholde seg til et lokalmiljø hvor skoler, naboer og foreldre til mulig krenkede barn kan reagere med «storm» når skadelige seksuelle hendelser blir kjent. Samtidig skal foreldrene ivareta et barn som i stor grad vil trenge trygghet og støtte. Slike situasjoner aktualiserer behovet for et tilgjengelig akuttilbud som kan støtte familiene i krise, mente deltakerne.

Hvem er ryggstøtten til resten av familien? Det er så sårbart – for dette er en krise, det vet vi. [...] fordi det er mange velmenende mennesker, men vi har ikke kunnskapen vi trenger.

Enkelte av deltakerne fortalte at det finnes ulike team og instanser i deres kommuner som kan være aktuelle hjelpeinstanser for familier i krise. Flere var likevel usikre på om disse ville være aktuelle i SSA-sammenheng. I noen kommuner ble det fortalt at eventuelle akuttilbud og kriseteam fungerte tilfeldig og var personavhengig. At kommunenes krisehjelp til barn og unge fungerer ulikt i kommuner Norge er vist gjennom flere undersøkelser (Barne-, ungdoms- og familieetaten, 2014; Falck og Vorland, 2009). Flere hadde erfaring fra at det var få instanser som sto klare med akseptable tilbud i slike sammenhenger.

En deltaker fortalte om en sak hun nylig hadde arbeidet med. I denne saken ble mangelen på et raskt tilgjengelig tilbud et stort problem. Et

mindre barn ble beskyldt for å ha begått seksuelle overgrep mot en jevnaldrende. Saken skapte mye støy i lokalmiljøet, familien var i krise og en barnevernsansatt forsøkte å få oversikt over hva som egentlig hadde skjedd i saken. Dette er ett av hennes utsagn i denne forbindelsen:

Vi var i kontakt med V27, vi var i kontakt med BUP, var i kontakt med politiet, var i kontakt med helsesykepleier, de har sine mandat. Hva de skal gjøre i sin stillingsbeskrivelse. [...] Og når man endelig får ryddet litt i systemene og avklart hva som har skjedd, og hva som er hjelpebehovet, så er det gått kanskje halvannen måned, men det er jo ubeskrivelig lang tid for denne familien som har stått i dette. [...] Vi kan ringe til Barnehuset, og si at «her er det en jente, hun trenger noen å snakke med, hun er i krise, litt i sjokk, foreldre som ikke vet hvordan de skal ivareta verken henne eller situasjonen i seg selv». Barnehuset sier: «Jo, de må gjerne komme, men vi har ikke tid før om to uker». Og her er det en familie som har henvendt seg, og vi óg har henvendt oss til veldig mange instanser, som alle sier: «nei, vi skal ikke gå inn i dette, dere må snakke med noen andre, eller dere må gjøre det selv», ikke sant. Sånn at ting tar tid.

Denne informantens opplevelser stemmer overens med erfaringer flere har. Mange av deltakerne opplevde et manglende tilbud for familier i krise når et barn viser tegn på en problematisk seksuell atferd. Gode støtteteam eller institusjoner som ivaretar familier i en akutfase ble etterspurt.

3.4.10 Deltakernes syn på politiets og Statens Barnehus' rolle i SSA-saker

Politiets rolle

Blant deltakerne var det primært saksbehandlere i barnevernet som hadde erfaring fra samarbeidet med politi og barnehus.

Barnevernsansatte hadde imidlertid ulike holdninger til politiets og barnehusenes deltakelse i saker som handler om barn som begår skadelige seksuelle handlinger overfor andre mindreårige. Enkelte i barneverntjenesten mente at politiet burde involveres i de fleste SSA-sakene og at politiets etterforskende oppgave har en viktig

funksjon for å få kartlagt hva som faktisk har skjedd i de enkelte situasjonene. En av disse representantene sa dette:

Av hensyn til både overgriper og offer er det utrolig viktig at barn her blir møtt og behandlet på en så forsvarlig måte som overhodet mulig. [...] Jeg tror at politiet sitter med den etterforskningstekniske og taktiske kompetansen alene, jeg tror ikke at det er noen andre som har den kompetansen.

Denne deltakeren var også opptatt av at det ikke burde være noen nedre grense for når politiet kan snakke med barn dersom det er mistanker om at barn utøver en skadelig seksuell atferd mot andre. Det er i dag åpnet for at politiet kan snakke med barn ned i tolvårsalder ved mistanker om seksuelle overgrep (Strpl §§ 224-226). Denne representanten mente at politiet burde snakke med alle barn uansett alder slik at sakene blir belyst best mulig. Andre deltakere fortalte at selv om de henvender seg til politiet, er det ikke alltid politiet har grunnlag for å anmelde sakene. Følgelig vil ikke disse barna kvalifisere for bistand fra Statens Barnehus. I slike situasjoner blir barneverntjenesten i stor grad stående alene med ansvaret for barna, slik de opplever det.

Vi har politietat, som avviser sikkert 90, ja – etter at jeg har begynt så har de avvist 100 prosent av sakene vi har anmeldt. Og det er nok med rette, sånn rent strafferettslig. Samtidig så betyr det at de ungene som vi jobber med får ikke den hjelpa som de ungene som er så heldige å få oppretta en sak på Barnehuset får. Og det er en kjempefrustrasjon, og det er også en grunn for at vi har meldt oss på AIM-kurs. For ok, så får vi ikke hjelp, men det fraskriver ikke vår etat ansvaret for barna. Vi ser ungene, vi møter dem, vi får historia, vi må håndtere det, og vi kan ikke bare late som at «nei, de her ungene, de vet vi ikke om, eller vi har ikke sett det».

På den annen side var mange av deltakerne fra barneverntjenestene skeptiske til å alarmere politiet i alle SSA-saker og stilte spørsmål ved hvor grensen for en politianmeldelse skal settes. De fleste mente at hendelsenes alvorlighetsgrad var en avgjørende faktor og at det

ville være naturlig og viktig at politiet blir alarmert dersom atferden rammer andre mindreårige barn og faren for gjentakelse er til stede. I hendelser der svært små barn var utøver, var det blant våre deltakere stor skepsis til å trekke inn politiet. Følgende er en dialog mellom en ansatt fra barneverntjenesten og en representant fra Barnehuset:

Fra barneverntjenesten: Hvis det er en sjuåring som viser tegn på skadelig, seksuell atferd, da kan han vel ikke anmeldes til politiet? Hvis barneverntjenesten er bekymra for et barn som er sju år gammel, har en type atferd som man definerer i forhold til «gul» på den her trafikklysskalaen, så tenker jeg ikke at min første tanke som ansatt i barneverntjenesten, hadde vært å anmelde den saken til politiet?

Fra Barnehuset: Det foreligger jo en sak, saken blir jo henlagt, men den [saken] kommer jo inn ved at barnevernet melder til politiet.

Fra barneverntjenesten: Hvorfor skal barnevernet melde en sak på en seks-sjuåring for en type seksualisert atferd som man er bekymra for. Er det straffbart?

Flere deltakere i fokusgruppene var opptatt av etiske og faglige dilemmaer ved å politianmelde de minste barna som viser en problematisk eller skadelig seksuell atferd. Selv om handlingene rammer andre mindreårige, mente mange at mindre barn likevel ikke burde politietterforskes. Etiske dilemmaer ved å politianmelde små barn ble trukket frem ikke bare av ansatte i barnevernet, men også av andre etater med ansvar for barn. En av disse representantene sa dette:

Jeg syns jo det tristeste er at man må anmelde saker for at barn skal få rett på den helsehjelpa de trenger. For jeg jobber jo med en del av dem som har ulike diagnoser, så det her viser jo at det er et tomrom, eller et hulrom i behandlingen til disse, som jeg tenker man kanskje bør finne noen andre løsninger på. En annen ting som bekymrer meg litt er jo det at ved å anmelde – og det vet

jo dere som jobber i barnevernet, det her med terskler, når skal man anmelde, når skal man ikke ... Det jeg er bekymra for er at det som kan være en del av den seksuelle utviklinga til en del barn blir – i gåseøyne – «kriminalisert». Og at man setter på for sterke varsellamper rundt noe som kunne ha vært håndtert på en annen måte. Og nå snakker jeg ikke om disse som har utsatt andre, fordi de kan jo ha en selvstendig rett til at en sak blir etterforska hvis de har, hvis de har vært utsatt for et overgrep, men jeg er litt bekymra for hvis det skal være en sånn løsning man skal ty til på sikt.

Dersom politianmeldelse ble normen i SSA-saker, ville terskelen for å melde forhold til deres tjenester bli høyere, var kommentarer flere hadde. Flere etterlyste andre alternative tilbud for denne gruppen barn og unge.

Da tenker jeg at det ikke er naturlig at den [SSA-saken] blir anmeldt. Det her en type – et barn som trenger en behandling og en kartlegging av atferd, og kanskje vil man etter hvert se at det ligger noe i nettverket, eller i familien, og da er vi på et annet nivå. Hvis vi på en måte ser at dette barnet kanskje har vært utsatt for noe – som barnevernet ser i en kartlegging eller i sin undersøkelsesfase. Men i utgangspunktet så vil det ikke være en anmeldelse i mitt hode i hvert fall, jeg ville kanskje tenkt mer behandling, og da er det jo BUP som burde ha sittet med den kompetansen ...

Statens Barnehus – mandat og rolle i SSA-saker

Ifølge informantene er barnehusene en sentral instans som i stor grad assisterer dem i vanskelige og omfattende SSA-saker. Deltakerne fra barnevernet forteller at de ofte ringer ansatte ved de lokale barnehusene når de trenger å drøfte aktuelle saker om barn som er mistenkt for problematiske eller skadelige seksuelle handlinger. Barnehusene har ressurser både i form av tid og kunnskap, og de oppleves derfor som en viktig faginstans som står andre tjenester bi i arbeidet med barn med SSA. Særlig forteller ansatte i mindre kommuner om situasjoner der de som fagpersoner står alene med sterk mistro og motstand fra personer i lokalmiljøet,

og hvor både kompetanseteam og barnehusene blir viktige støttespillere. Ansatte i barnehusene er likevel tydelige på at skal samarbeidspartnere ha mer bistand enn en anonym konsultasjon, må sakene politianmeldes. Dette stadfestes slik av ansatt ved ett av barnehusene:

Jeg tenker hvis vi skal gå inn og gjøre en vurdering av det enkelte barnet og det enkelte barnets videre behov, og det skal være noe ut over den anonyme drøftingen i konsultasjonsteamet, så må det anmeldes.

Deltakerne opplevde ikke at Statens Barnehus' mandat og oppgaver var tydelig i alle henseender. Særlig barneverntjenestenes ansatte var usikre på hvilken rolle barnehusene har i SSA-saker. En uttrykte sin usikkerhet på denne måten:

Det er jo litt nylig at man har grepet tak i problematikken, sånn at det er en vei å gå, men så lurer jeg på når vi snakker om barnehus, hva er det vi snakker om da? Snakker vi om behandling? Snakker vi om kartlegging? Snakker vi om konsultasjon og rådgivning? Vi har jo et regionalt konsultasjonsteam som ligger på Barnehuset, og som er sammensatt av alle oss i fagfeltet rundt familievold og seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Og i det organet gir vi jo konsultasjon til alle brukere, alle, ja barneverntjenester, familievernkontor, skoler og barnehager. Men det er jo bare på topplanet – før man liksom går i gang med videre kartlegging.

Ansatte fra barnehusene som deltok i våre fokusgrupper var opptatt av at deres tjeneste i likhet med politiet, skal ha en forebyggende profil. Å gripe inn tidlig for å hindre at et barns uheldige seksuelle atferd utvikler seg på en negativ måte, og samtidig hindre at flere barn blir skadelidende, var viktig slik barnehusenes ansatte ser det. Først når saker politianmeldes kan barnehusene gå aktivt inn med tiltak. Ved politiavhør av barnet på Statens Barnehus kan fagpersonene der starte utredning av barnas situasjon og få et bilde av barnets støtte- og oppfølgingsbehov. Samtidig forteller flere ansatte ved barnehusene at de vurderer forholdets alvorlighetsgrad

og forankrer hjelpen til barnet i samarbeid med andre kommunale instanser. En ansatt på Barnehuset forteller om sitt syn på deres arbeid i SSA-saker når hun sier:

Vi vurderer hva barna trenger ... da samarbeider vi ... det kan være henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien, det kan være samarbeid med barneverntjenestene i forhold til å lage trygghetsplaner, vurdere krisesituasjon i familier, det kan være noen samtaler med barnet, men det ligger jo fortsatt ikke i vårt mandat på en måte ... å tilby oppfølging ... Så det er jo litt sånn vurdering fra sak til sak.

At de statlige barnehusene har ansvar for kartlegging, utredning og oppfølging av barnas situasjon og hjelpebehov i et begrenset tidsrom var det enighet om. I diskusjonene som fant sted i fokusgruppene var det likevel usikkerhet knyttet til barnehusenes rolle med hensyn til å behandle barn og unge med SSA. En sier dette:

Det er fortsatt ganske uavklart hvilken rolle Barnehuset skal ha da ... i forhold til denne gruppen her, og særlig i forhold til oppfølgingsbiten da ... så vi håper jo at det kommer til å skje noe på det fremover.

Deltakerne fra barnehusene var innforstått med at deres mandat primært er rettet inn mot forebygging og kartlegging av barnas situasjon og støttebehov. Enkelte mente imidlertid at deres erfaringsgrunnlag og nylig opparbeidede kunnskap via «behandlingsmodulen» i AIM, også gjorde dem godt rustet til å gi et utvidet tilbud til barn med SSA. En argumenterte for sitt syn på denne måten:

Vi går jo på den utdannelsen som blir presentert nå i forhold til AIM, og jeg kunne gjerne ha tenkt at vi fikk mer avklart [...] Vi kan gi behandling, men jeg vet vi er i grenseland ... Og at det er BUP som skal inn her.

Å tilby psykologisk (psykoterapeutisk) behandling og oppfølging over tid til barn og unge ligger ikke innenfor barnehusenes mandat i

dag. Det synes likevel å være forskjeller mellom hvordan de ulike barnehusene praktiserer dette.

Avhør av mistenkte barn på et av Statens Barnehus

Per i dag er det også uavklart om barn som begår seksuelt skadelige handlinger skal avhøres på ett av de statlige barnehusene. Dette er formelt sett ikke en del av barnehusenes mandat og oppdrag. En ansatt ved et av barnehusene uttalte i den forbindelse at:

Det ligger jo ikke i Barnehusets mandat egentlig. Og det er jo dumt ... For det betyr at de [barna] får ikke det samme tilbudet som de som er fornærmet i straffesaker. Fordi de som er fornærmet ... Da er det jo pålagt at de avhørene skal tas på Barnehuset [...] og det er også i vårt mandat å vurdere oppfølging og behandling da ... Men de som da anmeldes for overgrep ... Det er fortsatt noen av de avhørene som tas på politistasjon uten at barnefaglig kompetanse er til stede og uten at avhører har spesialutdanning i å avhøre barn da ... Så det er fortsatt ikke en lov om at de skal tas hos oss.

Flere av deltakerne argumenterer for at barn som er mistenkte også bør få mulighet til å avhøres av særskilt utdannede politiansatte med bred erfaring fra samtaler med barn. Det er i hovedsak dette som er argumentasjonen for dagens praksis når det foretas avhør ved Statens Barnehus av barn som har status som mistenkt for seksuelle krenkelser og overgrep. Ved enkelte av barnehusene er det i dag også etablert en praksis der barnets forsvarer og/eller verge er til stede under avhøret.

3.4.11 Konsultasjonsteam og kompetanseteam

I de aller fleste regioner er det opprettet konsultasjonsteam sammensatt av ulike profesjonelle fagpersoner (Riksadvokatens skriv av 2017). De regionale konsultasjonsteamene er opprettet og organisert noe forskjellig i de ulike regioner, men er i hovedsak tilknyttet ett av de statlige barnehusene eller lokale RVTs. Konsultasjonsteamene er tverretattlig og tverrfaglig sammensatt med en fast struktur og jevnlig møter. Teamene kan kontaktes av alle aktuelle samarbeidspartnere (barneverntjenester, helsepersonell,

skole og barnehager osv.) og privatpersoner når en trenger råd og veiledning i saker som handler om omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. Her kan aktuelle saker legges frem og drøftes anonymt.

I enkelte regioner er det også opprettet egne kompetanseteam som gir råd og veiledning i spesifikke SSA-saker. Kompetanseteamene administreres av lokale RVTS eller Statens Barnehus. Kompetanseteamene har regelmessige møter med faste representanter.

Det er regionale forskjeller på organisering og fungering av konsultasjonsteam og kompetanseteam. De fleste i fokusgruppene beskriver både konsultasjonsteamene og kompetanseteamene som viktige tiltak for å drøfte SSA-saker. Teamene er en viktig kilde til å hente inn faglig solide råd og å motta veiledning i kompliserte saker når barn viser tegn på bekymringsfulle seksuelle handlinger.

3.4.12 Konfliktrådets oppgave i SSA-saker

I Norge blir voldtektssaker der gjerningspersonen er mindreårig ofte henlagt og henvist til barneverntjenesten for videre oppfølging (Kripos, 2017). Mange saker blir også henvist til konfliktrådene. De har derfor en viktig rolle i SSA-sammenheng. Ansatte som arbeider i konfliktrådet forteller at de kan få «bestillinger» fra politiet om å gå inn i SSA-saker, eller de kan få henvendelser fra sivile partnere når et barn har opplevd en seksuell krenkelse. Andre saker kan handle om barn som har spredt nakenbilder. Spennet i sakenes innhold er stort. Barna kan variere i alder fra ned til 10 år til ungdommer på vei inn i voksenlivet. Deltakeren fra konfliktrådet forteller at deres mandat i SSA-saker i stor grad handler om å få de ulike aktørene til å snakke sammen og om å gjenopprette tillit og trygghet i lokalsamfunnet:

For ofte så bor det folk i bittesmå bygder hvor det blir vanskelig å gå og ta bussen fordi at «han som befølte meg på den klasseturen skal på samme buss som meg». At man da kan inngå en enighet om hvordan kan vi da forholde oss til hverandre i hverdagen, og i lokalsamfunnet ...

Deltakerne fortalte at den straffedømte ofte er interessert i å delta i meklingsmøte, men at den fornærmede i mange tilfeller ikke ønsker dette.

Dersom en mindreårig blir dømt for seksuelle overgrep, vil barn under 18 år sannsynligvis bli ilagt samfunnsstraff eller ungdomsstraff. De siste fem årene er 13 personer som var mindreårige på gjerningstidspunktet idømt ubetinget dom for voldtekt og fengselsstraff (Kripos, 2017). Samfunnsstraff som straffereaksjon brukes som hovedregel ved førstegangslovbrudd, mens ungdomsstraff retter seg mot barn mellom 15 og 18 år som har begått gjentatt eller alvorlig kriminalitet (ibid.). Ungdomsstraff ble innført i 2014 og bygger på prinsippet om en gjenopprettende prosess. Straffen består av gjennomføring av ungdomsstormøte, utarbeidelse av en individuelt tilpasset ungdomsplan og oppfølging av planen, jf. konfliktrådsloven § 22.

I dag arbeider konfliktrådet med ungdomsoppfølging og ungdomsstraff. Deltakerne forteller at det stadig meldes alvorlige saker til konfliktrådet hvor mange omhandler seksuelle overgrep og seksuelle krenkelser i form av deling av bilder. I slike saker bygges det et sammensatt team rundt hver enkelt ungdom som koordineres av ansatte lokalt i konfliktrådet. Deltakere forteller at ungdomsoppfølging og ungdomsstraff gir konfliktrådet gode muligheter til å følge opp hvert enkelt barn.

Samtidig fortelles det at arbeidet med ungdommene kan være tidkrevende, særlig i utkantdistrikt:

Dessverre er det en realitet å skulle kjøre tre timer for å komme til en BUP eller en voksenpsykiatri, da må man være kreativ ... Da bruker vi helsesykepleier, da bruker vi fastleger ... altså, vi gir dem et mandat i oppfølgingsteamet om å snakke [med barna] om disse tingene, fordi vi vet at det å snakke om ting er forebyggende i seg selv, det at man tematiserer det [...] her er det faktisk et problem, og vi er interessert i å bidra til å forebygge nye overgrep.

Ungdomsoppfølging og ungdomsstraff blir opplevd som et viktig virkemiddel for å forebygge seksuelle krenkelser av andre mindreårige og å hjelpe den enkelte ungdom til en normalisert tilværelse.

3.4.13 Kriminalomsorgens arbeid med SSA-saker

En deltaker fra kriminalomsorgen fortalte at deres mandat omfatter straffedømte i SSA-saker i alderen 15 til 18 år. De fleste av ungdommene kriminalomsorgen har kontakt med bor hjemme, i fosterhjem eller i ulike institusjoner. Deltakerne fortalte at de i stor grad arbeider selvstendig; de foretar ofte egne kartlegginger, igangsetter målrettede tiltak for den enkelte og følger opp ungdommen ved hjelp av regelmessige samtaler. Det legges stor vekt på å bygge en god relasjon til den enkelte ungdommen og til ungdommens foreldre.

Innledningsvis så er de vettaskremte. De er dømt for noe som er forferdelig skambelagt. De skammer seg så veldig. Og de som jeg jobber med, de har i det store og det hele innrømmet det de er dømt for. Og det er jo selvfølgelig et fortrinn. Når du kommer opp i eldre alder, og de som sitter inne, da er det jo veldig få som innrømmer at de har begått overgrep. Men disse ungdommene gjør det.

Deltakerne forteller at de arbeider systematisk med de straffedømte barna dersom barn har utført seksuelle handlinger som ikke er akseptable. Samtidig prøver de å få ungdommen til å se fremover og å skape betingelser som gir mening og vekst videre:

Jo, så sitter du her. Du har fått en dom. Og jeg bruker kanskje flere timer på det, men så snakker vi om fritidsinteresser. Skole, arbeidsliv, hva du ønsker deg, og så setter vi inn noe i alle disse forholdene. Altså jeg driver ikke og mauler på med og sånn fy-fy og moralens vokter og mer skam. Når vi er litt sånn ferdig med – altså, poenget er at dette ikke må gjenta seg. Og da må det puttes inn noe som er betydningsfullt for ungdommen i livet, i tillegg til å snakke med meg om disse vanskelige tingene. Og da er det å gå inn i skole, i jobb, kontakt med institusjonen, få til noe

som vedkommende ikke har fått til før, som er faktisk den ordentlige interessen, sant?

Det ble fortalt at kriminalomsorgen er forpliktet til å motivere ungdommen til å delta i mekling mellom utsatt og utøver i regi av konfliktrådet. Ofte kan dette være vanskelig for den som har vært utsatt for den seksuelle krenkelsen. Deltakeren problematiserte også samarbeidet med andre etater og tjenestesteder og fortalte at mange av deres naturlige samarbeidspartnere vegrer seg for å gå inn i et forpliktende samarbeid om straffedømte ungdommer.

Kriminalomsorgen har en viktig rolle som igangsetter av behandlingstiltak både frivillig og under tvang. Kriminalomsorgen har en særskilt rolle overfor straffedømte med reduserte kognitive evner og som har en problematisk eller skadelig seksuell atferd. Deltakeren understreket at denne gruppen ikke skal straffes på lik måte som andre, og at om dette skal ivaretas fordres bredt samarbeid med andre involverte instanser.

3.5 Utfordringer og positive elementer ved tverrfaglig samarbeid

3.5.1 Hvilke faktorer kan hindre eller vanskeliggjøre et tverretatlig samarbeid?

Og vi hadde ett tilfelle, altså én av kommunene hvor jeg jobba før, hvor vi hadde en femåring, faktisk, som utførte SSA i den form av at han putta gjenstander inn i annalen på andre unger i barnehagen. Og der vet du, det var en suppe og et sammensurium, og ingen visste hvem [som] gjorde hva og hvordan vi skulle gå frem for å hjelpe denne gutten. [...] Det var altså et inferno å jobbe i. Så jeg tenker at når man begynner å fokusere på SSA, så er det altfor uklart, ikke sant, hvem skal være ansvarlig? Og hvordan skal det foregå? Altså, disse rammene rundt. Hvor er de?

Dette sitatet er hentet fra en deltaker fra en kommunal barnehage. I denne saken ble samhandlingen mellom instanser og etater opplevd som kaotisk. Denne representanten er ikke alene om å peke på enkeltepisoder og forhold som ikke er tjenlig i et godt samarbeid

mellom kommunale etater. Når deltakerne forteller om uheldige erfaringer og fragmenterte samarbeidsforhold, forteller de samtidig om mangler i rammer rundt barn med SSA og dårlig tilpassede tiltak for de enkelte barna. Vi ønsket å komme tettere på hvilke elementer i et tverretattlig samarbeid som gjør at en god dialog forkludres og hindrer instansene i å samarbeide og samhandle til beste for det enkelte barnet. Når deltakernes utsagn og holdninger i det følgende diskuteres, skilles det i liten grad mellom hvilke etater utsagnene kommer fra. Enkelte av beskrivelsene som løftes frem i dette kapittelet er mer «allmenne» utfordringer, mens andre mer spesifikt retter seg mot hjelpeapparatets arbeid med SSA-saker. I det følgende vil enkeltelementer fra deltakernes erfaringer med tverretattlig samarbeid trekkes frem.

Deltakernes kunnskap om taushetsplikt i SSA-saker

Ansatte innen ulike sektorer av det kommunale tiltaksapparatet mente det tverretattlige samarbeidet ofte er preget av dårlig informasjonsflyt i saker som handler om barn og unge med SSA. Mange oppgir at de er usikre på hva de kan formidle videre til andre etater om barns personlig forhold. Fagpersoner hadde til dels ulik kunnskap om lovverket som regulerer taushetsplikten, og fortalte at de forstår og praktiserer bestemmelsene om taushetsplikten forskjellig.

En ansatt med lang erfaring fra barnevernsfaglig arbeid tolket lovens bestemmelser strengt, og mente at uten samtykke fra familiene må en være varsom med å gi personlig informasjon om barn til andre etater. «*Nei, jeg tenker at det ikke er lov, enkelt og greit*» var hans kommentar. For denne representanten veide personvernet til det enkelte barnet tungt.

Andre fortalte at informasjon mellom etatene og også mellom de ulike forvaltningsnivåene innen en og samme etat ikke uten videre ble delt med fagpersoner i andre avdelinger. Dette ble imidlertid av enkelte opplevd som uforståelig og uhensiktsmessig. En sier dette:

Det er fryktelig vanskelig å være begrenset av taushetsplikt når man skal gå inn og arbeide med skolen og familien for å prøve å

finne ut av hvordan man kan gi skolen mulighet for å tilrettelegge best mulig. Det er den ene siden. Og den andre siden er [...] forvalter og skolen, den taushetsplikten ... den begrenser igjen, det blir ikke – man får ikke – gitt godt nok informasjon [...] det er så følsomt, dette her. Man kan ikke sitte og mangle informasjon, men jeg vet ikke hvordan man skal gjøre det.

Mange deltakere fra skolesektoren hadde derimot et mer pragmatisk syn på hva de selv kunne formidle om enkeltelever til andre kolleger innen samme etat. Praksis synes å være at informasjon om enkeltbarn kan deles innen de enkelte kommuner. Når barn med problematisk seksuell atferd flyttet ut av kommunen ble deltakerne mer usikre på i hvilken grad personlige opplysninger kan deles på tvers av skoler og kommunegrenser. Sosiallærere i våre fokusgrupper forteller at de vurderer fra sak til sak om de skal kontakte den nye skolen. På den ene siden vil de at barnets lærere skal gjøre seg kjent med barnet uten å bli forutinntatt. På den annen side kan det være av stor viktighet for barnet at forholdene legges til rette for dem i deres nye skolesituasjon. I dette eksempelet ble prinsippet om barnets beste lagt til grunn for at svært personlige opplysninger om barnet ble delt med den nye skolen:

Dette er en gutt på ti år som har seksuelt skadelig atferd, og vi hadde ganske konkrete beskrivelser av hva han hadde gjort, hva han hadde fått med seg andre barn på. Det var ganske grovt. Og hvis vi da ikke hadde informert den nye skolen om det – de har også taushetsplikt, de skal heller ikke spre opplysninger til andre lærere, andre ansatte på skolen, men tenk da, hvis han hadde begynt på den skolen, og så hadde det skjedd det samme der. Forferdelig trasig for gutten, han har fått stempel og andre reagert, og det hadde vært tragisk for det barnet som ble utsatt. Så da de fikk denne informasjonen, så pøste de på med ressurser. Tok imot han, og fulgte han gjennom hele undervisningen.

Enkelte av aktørene i fagfeltet gir uttrykk for en «tilbakelent» holdning til lovverket. En erfaren skoleansatt bemerker at i hennes daglige praksis blir lovverket mer å regne som «veiledende» der

tolkningen av de ulike lovparagrafer i stor grad baseres på eget skjønn og sakens karakter.

Jeg kan nesten alltid si at på grunn av taushetsplikten og at den er så viktig så kan jeg ikke si noe. [...] Så kan jeg nesten alltid ta det samme med avvergeplikten ... at jeg vurderer, for det er jo så subjektivt ... at det er så viktig at avvergeplikten trer inn. Lovverket blir til syvende og sist et rammeverk, og det er den enkelte saken som i hvert fall for meg blir avgjørende [...] tror ikke jeg ville kommet til å trå feil egentlig.

Det er et stort spenn mellom hvordan de ulike aktørene forstår og praktiserer taushetspliktsbestemmelsene. Særlig lærere som til daglig arbeider med barn med skadelig eller problematisk seksuell atferd mente at taushetsplikten i enkelte tilfeller vanskeliggjøre samarbeidet, og var oppgitte over at de ikke får tilstrekkelige bakgrunnsopplysninger for å tilrettelegge barnas skolehverdag på en tilfredsstillende måte. I hovedsak mente lærerne at informasjonsflyten mellom skolen, PPT og helsesykepleier i praksis fungerer godt, men at problemer oppstår når andre etater var involvert i arbeidet med familiene. Mangelfull informasjon ble sett på som et problem når skolen skal igangsette tiltak samtidig som de skal ivareta hele klassers behov og skolemiljøet for øvrig. Sosiallærere fra flere skoler fortalte at de kan drive det reneste detektivarbeid for å samle nok kunnskap om barna de har ansvar for. Dette ble opplevd som både slitsomt og unødvendig bruk av tid og krefter.

Enkelte av deltakerne beskriver at de også støter på utfordringer i informasjonsflyten mellom ansatte i BUP og eget tjenestested. Ansatte ved flere ulike kommunale instanser opplevde barne- og ungdomspsykiatriens praksis vedrørende taushetsplikten som «streng», da informasjon bare kan deles med samtykke fra barnets foreldre/foresatte. Selv om mange deltakere hadde forståelse for denne praksisen, ble det likevel pekt på at BUP etter endt behandling i større grad burde dele sin kunnskap og erfaring slik at de kommunale tiltakene for barn og unge kan bli mer treffsikre. Selv om deltakerne fra skolene etterspurte mer informasjon om enkeltbarn, var de samtidig tydelig på at de ikke trengte å vite alt: kun spesifikke

opplysninger som vil kunne innvirke på barnas skolehverdag og forholdet til medelever.

Unntaksbestemmelser i taushetsplikten

De fleste deltakerne visste at saker kunne diskuteres anonymt når de trengte å snakke sammen på tvers av faggrupper og etater. Samtlige deltakere hadde gode erfaringer med å spørre barnas foreldre om tillatelse til å drøfte personopplysninger med andre faginstanser. Som en sa: «Jeg spør foreldrene, og det er alltid grønt lys.» De fleste deltakerne i ulike profesjoner og etater fortalte at de rutinemessig søker å få foreldrenes tillatelse når de oversender opplysninger til andre instanser.

Når foreldrene gir tillatelse til å dele informasjon om et barn med skadelig seksuell atferd, gjelder dette kun forhold foreldre er blitt informert om og har godkjent (Stang, 2013). Om det oppstår ny informasjon eller nye elementer i en sak, må aktørene be om foreldres aksept på ny for å dele slike opplysninger. Imidlertid fortalte deltakerne om flere hendelser hvor foreldrene ikke gir tillatelse til å dele sin informasjon om enkeltbarn med andre instanser. Slike tilfeller kan få svært uheldige konsekvenser, ifølge enkelte deltakere. En lærer fortalte om en slik situasjon:

Vi fikk nettopp en elev fra [sted] nå, men der ga foreldrene ikke tillatelse til det og der fortsetter den seksuelle skadelige atferden som hun gjorde på andre elever da. Fordi vi ikke hadde fått til å stoppa det, men vi fikk ikke informasjon om det. For foreldrene nekta det.

De fleste skoler har rutiner for at mistanker om SSA hos elever alltid skal meldes til rektor. Ved disse skolene blir det rektors ansvar å vurdere om sakene skal rapporteres videre eller ikke. Deltakerne fortalte at rektor får en stor avgjørelsesmyndighet som ikke alltid tjener de enkelte berørte barna. Imidlertid har alle offentlige ansatte en selvstendig plikt uten hinder av taushetsplikten til å melde til kommunens barneverntjeneste når det blant annet er grunn til å tro at barn skades eller utsettes for omsorgssvikt eller viser en sterkt

avvikende seksuell atferd (bvlj. § 6-4). Dette gjelder også i SSA-saker.

Enkelte av deltakerne i fokusgruppene mente imidlertid at de også kunne benytte avvergebestemmelsene i straffelovens § 196 når de i enkeltsaker besluttet seg for å dele informasjon om barn med bekymringsfull seksuell atferd med andre faginstanser og etater.

Manglende nasjonale retningslinjer i SSA-saker

Mangel på overordnede kommunale eller nasjonale retningslinjer var et tema som opptok mange. Når deltakerne uttalte at de ikke hadde formelle rammer for arbeidet i SSA-saker, ble det samtidig formidlet at manglende overordnede og formelle føringer kunne være en kime til usikkerhet når de skulle arbeide med barn og unge som viste tegn på bekymringsfulle seksuelle handlinger. Flere av deltakerne gir uttrykk for at de savner tydelige og mer håndfaste anbefalinger om hvordan de skal forholde seg til barn med alvorlig SSA-problematikk og ikke minst hvordan etatene skal arbeide sammen til beste for det enkelte barnet. En deltaker sa dette:

Som alle dere kjenner til er det ikke noen nasjonale retningslinjer ennå ... Man vet ikke hvem skal man henvendelse seg til? Og hva slags rutiner som ligger der ... Det skaper så mye usikkerhet, for det skaper krise i dem som sitter med slike saker også.

Deltakerne beskriver hvordan barn med SSA berører dem dypt. Behovet for å ha større klarhet i hvordan de skal gå frem i de enkelte sakene og vite hvem de kan henvende seg til for støtte og nødvendig samarbeid, blir derfor særs viktig. En problematiserte manglende føringer på denne måten:

Det vi hovedsakelig har er jo «guiding» på vold og seksuelle overgrep mot barn. Har ikke så mye på barn [som begår overgrep]. Innenfor de siste år så har vi hatt flere alvorlige saker, og de er ikke blitt gjort noe med. Innenfor dette området er det ikke kommet noen arbeidsløyper, til tross for at vår kommune har flere av disse triste historiene.

Flere av deltakerne viser til nasjonale føringer og «Forskrift om avhør av barn og andre særlig sårbare fornærmede og vitner» av 2015 som benyttes i saker om familievold og overgrep, og mener at lignende retningslinjer eller forskrifter burde utarbeides ned tanke på barn og unge med problematisk eller skadelig atferd. Uten enhetlige og tydelige nasjonale retningslinjer er deltakerne engstelige for at det tverretatlige samarbeidet og kommunenes tilbud til barn med SSA ikke vil fungere effektivt og enhetlig i kommune-Norge.

3.5.2 Manglende kommunale handlingsplaner og interne rutiner

I spørreskjemaundersøkelsen ble deltakerne spurt om kommunale handlingsplaner for arbeidet med saker om bekymringsfull seksuell atferd, presentert i tabell 6.

Tabell 6. Handlingsplaner.

	ja	nei	usikker	N
Finnes det handlingsplaner som spesifikt omtaler barn og unge med bekymringsfull seksuell atferd i din kommune(er)?	18,2%	22%	59,7%	236
Hvis ja; brukes disse ved utformingen av tilbudet til denne gruppen ved din arbeidsplass?	73,2%	9,8%	17,1%	41

Denne oversikten viser at et fåtall av deltakerne, det vil si i underkant av 20 prosent, svarte at de har handlingsplaner som spesifikt omtaler barn og unge med bekymringsfull seksuell atferd i deres kommune. Nesten 60 prosent av deltakerne svarte at de er usikre på om det finnes slike planer. Blant de som svarte bekreftende på at det eksisterer handlingsplaner i deres kommune, rapporterte flertallet av disse at handlingsplanene benyttes ved deres arbeidsplass.

I spørreundersøkelsen ble det også spurt om rutiner for samarbeid i forbindelse med barn som viser en bekymringsfull seksuell atferd.

Tabell 7. Rutiner for samarbeid i SSA-saker

	ja	nei	usikker	N
Har dere spesifikke rutiner på din arbeidsplass for det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet i disse sakene?	30,9%	46,6%	22,5%	236
Hvis ja; brukes disse aktivt for utformingen av tilbudet til denne gruppen ved din arbeidsplass?	74,6%	2,6%	22,5%	71

Resultatene er presentert i tabell 7. Kun i overkant av 30 prosent svarer bekreftende på at det finnes slike rutiner. Flertallet av de som opplyser at det eksisterer rutiner på deres arbeidsplass, svarer at disse rutinene brukes aktivt. Nesten halvparten av de spurte (47 prosent) svarte med andre ord at det ikke finnes slike rutiner på deres arbeidsplass.

I fokusgruppene ble temaet kommunale handlingsplaner i liten grad direkte berørt. Deltakerne her etterlyste også klarere retningslinjer på «hvem som skal ha ansvar for hva» i SSA-sammenheng og peker på uklarheter i ansvarsfordeling mellom de kommunale etater og de ulike statlige behandlingsnivåene. Følgende sitat beskriver en aktørs usikkerhet på hvordan han skal gå frem i en SSA-sak han arbeidet med:

At du har ett eller annet verktøy, noe mer konkret enn bare en sånn vag «lykke-til-kanskje-du-skal-ring-Barnehuset»-beskjed, for jeg tror mange ikke vet hva som er lurt.[...]. Og så blir det opp til deg selv.

De ulike yrkesgrupper har ulike roller i SSA-saker og vil følgelig bruke ulike intervensjoner overfor barn som trenger hjelp. Hver sak er forskjellig, både når det gjelder hvor sårbare de involverte barna er og alvoret i de ulike hendelsene. Dette gjør at samme tiltakskjede neppe passer for alle saker, men fordrer bruk av skjønn fra profesjonenes side. En sier dette:

Vi idémyldrer veldig – «hva er det vi kan gjøre?» - for vi har ingen fasit. [...] Det er ingen retningslinjer for hvor vi starter [...] for det

er så unikt, ikke sant, for det er så forskjellig fra elev til elev ... Og hvem som melder [...] men det hadde vært genialt å ha hatt noe sånn fremdriftsplan eller beredskapsplan: hva gjør vi, når gjør vi det ...

Når det gjelder tjenestenes interne rutiner opplyser noen at de har utarbeidet interne retningslinjer mens andre ikke har slike. Det er derfor vanskelig å vite om uttalelser i fokusgruppene stemmer overens med spørreundersøkelsens funn der kun halvparten opplyser at de har interne rutiner som benyttes i arbeidet med barn og unge med SSA.

Manglende kunnskap om andre etaters retningslinjer og lovverk

Deltakerne forteller om utfordringer ved ikke å kjenne godt nok til hvilke rammer og lovfestede mandat de ulike etater arbeider innenfor. Flere forskere har pekt på utfordringer i denne forbindelsen (Glavin og Erdal, 2013; Vorland og Skjørten, 2017; Martinsen et al., 2014; Kinge, 2012). I NOU (2017: 12) «Svikt og svik» understrekes det at kommunale tjenesters kjennskap til hverandres oppgaver, roller og lovverk er viktig for at instansene skal se nytten av et tverretattlig samarbeid.

I alle våre fokusgrupper ble samtalene penslet inn på at fagpersoner gjennomgående har lite kunnskap både om eget og samarbeidspartners mandat og lovverk. Deltakere refererer til at de er usikre på hvordan lovparagrafer som er aktuelle innenfor deres arbeid er utformet og skal forstås, og hvilke personlige data fagpersoner kan dele med andre instanser og etater. Enkelte fortalte i forlengelsen av dette at de heller ikke visste hvor de skal slå opp i loven for å finne de aktuelle lovparagrafer om de skulle trenge det. Ikke alle har tid til å dra på kurs, fortalte de, og flere mente at kunnskap om lovverket heller ikke alltid er høyest på deres prioriteringsliste. Bedre kunnskap og forståelse om aktuelt lov- og rammeverk gjeldende for deres arbeid og yrkesutførelse var likevel ønsket. Samtidig ble det gitt uttrykk for at deltakerne også ønsker en bedre forståelse av samarbeidspartners mandat og lovverk. Dette ble artikulert slik av to representanter:

Kunnskap om loven, bl.a., ikke sant, hvilke retningslinjer vi har å forholde oss til, og så blir man ... (pause) – Jeg tror at samarbeidet kunne hjulpet veldig hvis man hadde fått mer informasjon om andre etaters lovverk.

Og så kjenner de ikke lovverket, og så blir det på en måte dårlig samarbeid, fordi at vi har de begrensningene vi har, som altfor få tjenester kjenner til. At altså ... Vi har en lov å forholde oss til, og hvis foreldrene ikke samarbeider, og vi ikke vurderer at det er så skadelig at vi må påtvinge dem det, så må vi henlegge, selv om bekymringa er høy.

Manglende kjennskap til egne og hverandres muligheter og begrensninger innenfor respektive lov- og rammeverk er en utfordring i samarbeidet ifølge mange. Når våre informanter særlig trekker frem behovet for å ha bedre kunnskap om samarbeidende instansers mandat og lovverk, er dette med en erkjennelse av at en slik kunnskap vil lette et tverretattlig samarbeid og gi en større forståelse av hvordan og hvorfor de ulike instansene må handle som de gjør. Etaters handlinger kan skyldes faktiske begrensninger i eget lovverk og ikke nødvendigvis handle om «lite samarbeidsvilje» der en blir «mistenkeliggjort» slik flere i barnevernet opplever det.

Ansvarsfraskrivelse og ansvarsdiffusjon

Flere av deltakerne i fokusgruppene fortalte at de sliter med å forstå og integrere anbefalinger som andre etater gir dem når de skal samarbeide om barn og unge med SSA. I tillegg opplever flere av deltakerne intern uklarhet og faglig uenighet om hvordan de skal forholde seg til barn med SSA. En representant i skolesektoren forteller dette:

Mange kolleger sier raskt at: «Nei, det her må noen andre gjøre, eller det her har ikke jeg kompetanse til». Og så møter vi andre tjenester som vi henvender oss til som sier at «nei, det må dere gjøre på skolen». Det er jo ikke godt samarbeid det. Det er det motsatte.

Flere av deltakerne beskrev også erfaringer som i stor grad handler om ansvarsfraskrivelse. De fortalte at de ofte føler de ikke blir tatt på alvor når de ber andre instanser om assistanse i vanskelige SSA-saker, og ofte skyves ansvaret tilbake til dem uten at de får noen form for støtte og hjelp. Følgende utsagn stammer fra en lærer, men utsagnet kunne ha vært uttalt av flere yrkesgrupper:

Vi har jo den arbeidsrutinen hvor vi skal prøve ut tiltak og diskutere det på lavest mulig nivå innenfor teamet, og så prøver vi – men det fungerer ikke. Når vi da søker råd og hjelp utenfra, møtes vi med: «Men har dere prøvd ut ting, har dere gjort sånn?» Da må vi svare at: «Nei, det har vi ikke, men vi har et stort problem, og vi klarer ikke å hankses med det.»

Flere beskrev hvordan ansvaret i SSA-saker lett kan pulveriseres og at samarbeidende etater unndrar seg ansvar for sakene de presenteres for. En benytter benevnelsen «ansvardsdiffusjon», for å beskrive at det blir utydelig hvem som skal ha ansvaret for hva:

Akkurat her tenker jeg at det er barn og at det er komplisert. Og jeg syns ikke samarbeidet er godt nok. Og jeg syns igjen at det blir ansvardsdiffusjon. Altså, at tjenestene skyver problemet over på hverandre litt. Altså, fra det jeg har erfart. «Dette kan ikke vi ta i, dette kan ikke vi noe om, det må dere ordne» - hører jeg, fra mange. Akkurat som ... det er et barn med relasjonelle vansker som har det vondt og er trist, og det er noe folk ikke kan røre ved?

Andre fortalte at det i enkeltsaker kan være veldig mange personer som alle skal mene noe om sakene de arbeider med. Samtidig er det ingen som egentlig vil gripe tak i saken og ta ansvar videre. Dette oppleves særlig i SSA-saker blir det fortalt. En fagperson uttalte at barn i slike sammenhenger kan bli gjenstand for «systemvold», og utsettes for tilleggsbelastninger til den bagasjen de allerede bærer med seg. De fleste av yrkesgruppene vi var i kontakt med fortalte om erfaringer med ansvarsfraskrivelse og ansvarspulverisering. En deltakers utsagn blir derfor gjeldende for flere når det formidles at: «Det er veldig mange som skal mene noe ... Hjelpe, fikse og ordne,

mens i disse sakene hører du: 'Dette får noen andre ta, for vi skal ikke'».

Tydelig koordineringsansvar

Det er veldig greit når samarbeidet fungerer da, så er det jo veldig bra. Men jeg savner at det er noen som drar frem samarbeidet, savner litt denne personen som drar det frem. Det kan være hvem som helst, men at det er noen som er samlende som har kontakt med alle.

At ansvar for barna ofte blir pulverisert eller at ingen har oversikt over hvem som gjør hva er tidligere beskrevet. Alle vi var i kontakt med var opptatt av et velfungerende tverretattlig samarbeid, men mange etterspurte likevel hvem som har det formelle ansvaret for å påse at barn med SSA får den nødvendige hjelpen.

Det ble problematisert at det i SSA-saker ofte er mange personer som blir rammet og at det derfor er naturlig å trekke inn flere samarbeidspartnere og instanser. Flere mente at det i slike sammenhenger kunne bli utydelig hvilke av instansene som hadde et hovedansvar for å følge barnet gjennom et helhetlig saksforløp. En deltaker sier dette:

Det er ikke bare behandling av individet ... Det er så mange ringer i vannet, så mange skadelidende i farvannet – i hvert fall når man har begått seksuelt krenkende handlinger ... Og kanskje er det fra et kompetansesenter, det være seg BUP eller Barnehuset, at de må ha en form for koordineringsansvar, hvor man samhandler med kommune, med skolen, familie. Noen har vel et utvida mandat regionalt?

Diskusjonene i fokusgruppene og sitatene over viser at det er usikkerhet blant deltakerne i flere yrkesgrupper om hvem som skal koordinere SSA-saker og hvilken instans som har det formelle mandatet for å påse at barn med SSA får den nødvendige hjelpen og følger barnet gjennom hele saksprosessen. Deltakere syntes ikke alltid å være informert om barneverntjenestens sentrale ansvar for at enkeltbarn mottar adekvat hjelp og koordinerte tiltak fra det

kommunale tjenesteapparatet (jf. rundskriv fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet om barneverntjenestenes saksbehandling punkt 10.4 jf. barnevernloven § 3-2a). Samtidig ble det i liten grad satt fokus på og erkjent at alle fagpersoner og tjenestesteder har et selvstendig ansvar i møte med hjelpetrengende barn og unge. Flere tjenestesteders innsats er nødvendig for at barn som har en avvikende seksuell atferd som både kan skade dem selv og andre, får et best mulig tilrettelagt tilbud.

Frustrasjon mellom etater – høye forventninger

Enkelte deltakere trakk frem at samarbeidspartnere på kommunalt nivå ofte kan legge listen høyt for hva enkelttjenester og behandlingsinstitusjoner kan gi av hjelp til barn og unge med SSA. I slike sammenhenger stilles det til dels høye krav til hva de enkelte institusjoner kan utføre og realisere i arbeidet med barn og unge med SSA. Urealistiske forventninger kan oppleves som meningsløse, føre til økt stress og irritasjon, og forringe et tverretattlig samarbeid, slik flere av deltakerne opplevde det.

Enkelte fagpersoner opplevde at barn blir plassert i institusjon nærmest med beskjed om at «barna skal fikses». Det fortelles i slike sammenhenger om mye press fra de kommunale aktørers side. Deltakere ansatt i BUP beskriver at de opplever liknende krav om at barna som får tilbud om behandling skal bli bra eller gjøres friske. Å behandle barn med omfattende problemer tar tid samt at ikke alle barn kan hjelpes i BUP-systemet eller nyttiggjøre seg terapi.

Ansatte ved barneverntjenestene opplevde også et stort press på å ordne opp i barns vanskelige liv og hverdag. Slike krav fremsettes oftest fra skoler og barnehager, ble det fortalt. En satte ord på et slikt krav:

Noen ganger drøfter vi med lærerne, vi kan veilede dem og det er jo veldig fint når det på en måte blir på denne måten. Men jeg synes ofte at mange instanser har så høye forventninger til barneverntjenesten, og så blir de så skuffa når vi ikke oppfyller det de forventer.[...]det er veldig mange samarbeidspartnere som

ikke har nok kunnskap om oss, og kanskje litt for høye forventninger i forhold til hva vi kan få til.

Lite dialog på tvers av etater og lite kunnskap om samarbeids-partneres lovverk, oppgaver og profesjonell tenkning og arbeids-metoder kan være et utgangspunkt for at urealistiske forventninger til samarbeidspartnerne får stor plass.

Treffpunkter og felles kurs

Som motvekt mot uhensiktsmessige krav og usikkerhet om fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike tjenestesteder, blir felles treffpunkter og felles kurs trukket frem som viktige tiltak for å bli kjent på tvers av etater og fagmiljø. Enkelte deltakere er likevel urolig for at kursvirksomhet generelt sett ikke fungerer på denne måten:

Det som kjennetegner fagfeltet? Det er bare å gå og se på kursene. Når barnevernet er på kurs, så er barnevernet og de kommunale instansene der. Og når psykiatrien er på kurs, så er det psykiatrien. Det er jo et vanntett skott her, som jeg syns noen burde ha sett på.

Flere fagpersoner bruker betegnelsen «vanntette skott» når de forteller om sine erfaringer fra kurs de har deltatt på. En deltaker med bred barnevernfaglig kompetanse sier dette:

[...] nå, siden jeg har skifta beite og plutselig tilhører der hvor alle spesialisttjenestene er. Så ser jeg det plutselig fra en litt annen kant igjen, hvor vanntette skott det egentlig er mellom hjelpe-tjenester og type førstelinjetjenesten. Vi hadde for eksempel en sånn barn og unge-dag, og det var jo kjempespennende med masse gode foredrag og så videre. Men det var bare noen få barnehager som kom, tror jeg. Jeg tror ikke det var en eneste skole som kom, og da er det jo veldig dumt, da. Og så tenker jeg at tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er godt fordi at alle tjenesteledere sitter i samme gang for å kunne drøfte og møte hverandre. Men jeg skulle ønske at det kunne gå videre nedover i nivåene også.

Deltakerne forteller at førstelinjetjenestene gjennomgående har få naturlige møteplasser og felles kursdager på tvers av etater. Felles kurs i AIM Basic Awareness hvor flere profesjoner på tvers av etater deltar, blir opplevd som nyttig og givende. Kursene har også gitt dem muligheter for å treffe erfarne yrkesutøvere, få råd og veiledning, og tilgang på en nødvendig inspirasjon i det videre arbeidet.

Personlige forhold i samarbeidet mellom etater

Alt samarbeid er avhengig av den eller de du skal samarbeide med, eller sagt med en deltakers ord: «Med alle samarbeidspartnere så er du jo litt prisgitt mennesket du møter i andre enden av telefonen. Eller over bordet. Så det er min erfaring på samarbeid kommunalt.»

Samarbeid og samarbeidsrutiner vil til enhver tid farges av personene en samarbeider med. Et godt samarbeid og nettverk er viktig i de fleste typer saker, også når en skal forholde seg til barn og unge med SSA. Mange av deltakerne mente at et godt tverrfaglig samarbeid er betinget av god kjennskap til hverandre som personer og yrkesutøvere. En representant fra en middels stor by har erfaring fra at godt nettverk og god kjennskap til kolleger i feltet er viktig: «Jeg kan kjøpt ta en telefon, hvis jeg står i en sak». Personlige relasjoner kan imidlertid også slå ut i negativ eller manglende kontakt. En fortalte at hun samarbeider godt med enkelte bydeler, men ikke alle:

Men det er liksom noen bydeler vi ikke får helt taket på. Sånn at det er tydelig at det kommunale samarbeidet går mye på kontaktnett. Å nå folk gjennom brosjyrer og sånn er vanskelig. Så det kjenner vi litt på, at vi ikke alltid når ut ordentlig til alle.

Deltakere fra mindre kommuner ser på manglende personlig kjennskap som et problem fordi de i praksis ikke møter sine kontakter og kolleger særlig ofte. Sett fra deres perspektiv er nært personlig kjennskap til fagpersoner og kolleger i praksis nærmest en umulighet.

Jeg ser at vi har en utfordring fordi vi dekker et så stort område, og særlig med tanke på å få innarbeidet relasjonen og ansiktet på

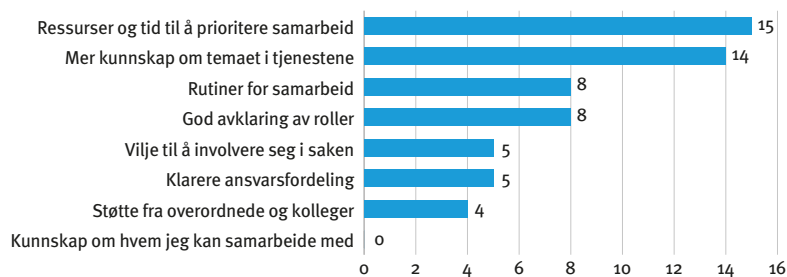
folk, ikke sant. Vi ligger jo i [fylke] og de som ligger nært oss, er det jo enkelt å få til å møte. Det som er vanskelig er lange avstander, og der har man jo ikke ressurser til å reise opp og delta på møter i samme grad som vi har i vårt distrikt, da. Så det tenker jeg er en utfordring også i SSA-sakene, ikke sant, å sikre godt samarbeid.

At personlige relasjoner virker inn på ulike måter i saksprosessen i SSA-saker drøftes som et høyst aktuelt tema. Personrelaterte forhold i samarbeidssituasjoner kan være utslagsgivende for hjelpen som ytes til barn med SSA, hvordan saker tas imot og behandles. Eller som en deltaker sa: «Ingen institusjon føler ansvar. Derimot kan enkeltpersoner føle ansvar i enkeltsaker.»

Hva er viktig å styrke der samarbeidet ikke fungerer så godt?

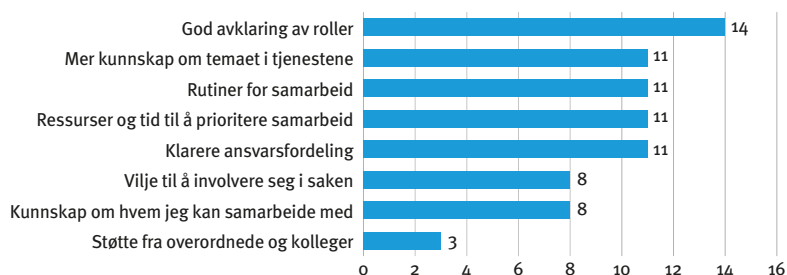
I spørreundersøkelsen ble deltakerne spurt om hva som var viktig å styrke der samarbeidet ikke fungerte så godt (maks tre svar per deltaker). Resultatene for tre grupper av deltakere er presentert i figur 14-16 (den samme gruppeinndelingen som ved «opplevd samarbeid»).

Figur 14. Kommunalt barnevern: Der samarbeidet ikke fungerer så godt, hva er viktigst å styrke? Frekvensfordeling på ulike svaralternativ rangert etter hvilket element som fikk flest svar (N = 73; opptil tre svar per deltaker).



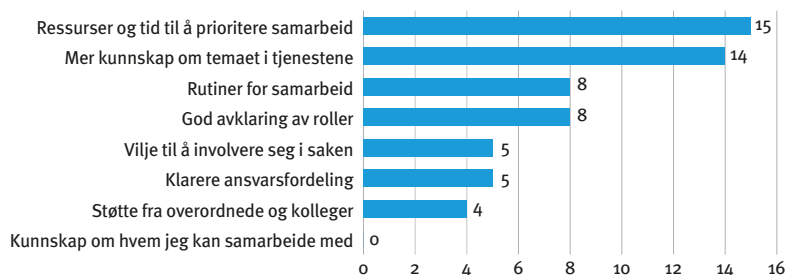
Blant deltakerne fra kommunalt barnevern (figur 14) trakk flest frem at mer kunnskap er viktig for å styrke samarbeid. Videre trakk de frem ressurser og tid til samarbeid, rutiner for samarbeid og vilje til å involvere seg som viktige faktorer.

Figur 15. Helsestasjon/skolehelsetjeneste, skole og barnehage: Der samarbeidet ikke fungerer så godt, hva er viktigst å styrke? Frekvensfordeling på ulike svaralternativ rangert etter hvilket element som fikk flest svar (N = 29; opptil tre svar per deltaker).



Også blant deltakere fra helsestasjon, skolehelsetjeneste, skole og barnehage var «mer kunnskap om temaet i tjenestene» et vanlig svar (figur 15). Blant disse deltakerne var imidlertid svaralternativet «god avklaring av roller» det mest høyfrekvente svaret.

Figur 16. BUP: Der samarbeidet ikke fungerer så godt, hva er viktigst å styrke? Frekvensfordeling på ulike svaralternativ rangert etter hvilket element som fikk flest svar (N = 20; opptil tre svar per deltaker).



BUP-ansatte trekker frem «ressurser og tid til å samarbeide» og «mer kunnskap om temaet i tjenestene» som de viktigste områdene å styrke (figur 16).

3.5.3 Hva fremmer et godt tverretatlig samarbeid?

Som motsats til utfordringer i samarbeidet, snakket deltakerne i fokusgruppene også om positive erfaringer med tverretatlige samarbeidsrelasjoner. Flere faktorer trekkes frem som forutsetninger for at samarbeid på tvers av etater skal «gli lett».

Kunnskap, kompetanse og felles verktøy

God kunnskap og opparbeidede ferdigheter er helt avgjørende for om unge med en problematisk eller skadelig seksuell atferd møtes på en god måte og får den faglige assistansen de trenger. En deltaker formulerer dette slik:

Den grunnleggende forståelsen som jeg tenker alle skal ha, det er forståelse og håndtering i dagliglivet av disse spørsmålene, tenker jeg, som ikke går på utredning og som ikke går på behandling, men som går på det første trinnet.

Denne informanten vektla at en felles grunnforståelse av hva SSA er og et felles verktøy i arbeidet med disse barna er viktige kriterier for at tverretatlig samarbeid skal fungere godt. I forlengelsen av denne diskusjonen nevnte deltakerne betydningen av «å snakke samme språk» og å benytte samme verktøy. Flere mente det er en stor hjelp om tjenestesteder og faggrupper er forent i hvordan SSA-saker skal defineres og at de nå har implementert et felles verktøy.

Flere trakk også frem at ferdigheter i bruk av trafikklysmodellen blant samarbeidspartnere fremmer samarbeid mellom de ulike kommunale aktørene, og fører til et bedre arbeid rundt barn og unge med en bekymringsfull seksuell atferd. En informant sa:

Jeg tenker kompetanse, jeg tenker veldig kompetanse fordi det er avgjørende i et samarbeid. Og det er også viktig at den faglige kompetansen begynner å bli bygget opp i forhold til hvordan møte barn. Den virkeligheten, den er så utrolig positiv og jeg tenker at det er den riktige vei å gå.

Et felles verktøy gir den enkelte yrkesutøver større trygghet i arbeidet med SSA-saker, men gir også større trygghet i en samarbeids-

relasjon. Om fagpersoner på tvers av etater snakker «samme språk», vil samarbeidspartnere i større grad kunne enes om et felles mål, og samarbeidet vil i større grad oppleves som meningsfullt (Glavin & Erdal, 2013).

En deltaker fortalte om følelsen hun umiddelbart får når en sak skal overføres eller informeres om til andre samarbeidspartnere eller annet tjenestested. Slik hun ser det må tillit i tillegg til kompetanse være på plass for at hun skal føle seg trygg på at saken blir tatt imot og håndtert på en forsvarlig måte:

Jeg tror jeg kjenner på det at ... Om kompetansen er til stede når jeg skal beskrive samarbeid. Så for min egen del ... For å slippe saken når vi overfører til andre, må vi merke at de som tar imot, setter seg ordentlig inn i det. Og jeg [må] kjenne at de engasjerer seg, [at] de skjønner alvoret. For begge sider, ikke bare for barnet som er utsatt som må beskyttes for flere overgrep, men også for det barnet som har den seksuelle atferden som er skadelig for det barnet, slik at de ikke blir en «farlig voksen», men at det får hjelp. At de forstår kompleksiteten i et familieperspektiv. Så når jeg kjenner at den bekymringa og alvoret vi har kjent på blir møtt. [...] For det er annerledes for de som tar over som bare får noe skriftlig. Så vi merker at ord eller uttrykk de bruker ... Ja, at de tar det.

Denne informanten understreket viktigheten av å ha en felles forståelse av saken, kunnskap til å se familier og barns helhetlige behov samtidig som en erkjenner sakenes kompleksitet. For denne informanten var en slik forståelse hos mottakeren avgjørende for om hun trygt kunne overføre saken til andre etater og fagpersoner. Videre var det også avgjørende for samarbeidet å føle et faglig engasjement hos samarbeidspartneren og vilje til å involvere seg i familien de ble presentert for. Et personlig engasjement i tillegg til faglig forståelse og erfaring inngir tillit og er faktorer flere i spørreundersøkelsen trekker frem som viktige komponenter i tverretattlig samarbeid.

Åpenhet, god informasjonsflyt og klar arbeidsdeling

At viktig informasjon i større grad deles, og at fagpersoner og etater er mer tilgjengelig for hverandre i aktuelle SSA-saker nevnes også som gode elementer i et velfungerende samarbeid. Dette handler i bunn og grunn om en god dialog mellom partene, mente denne deltakeren som arbeider i skolesektoren:

Skal jeg svare på hva samarbeid betyr for meg? Ja, det er jo litt av det samme at man kan tørre å ta kontakt og viser en åpenhet rundt samarbeidet i sakene. Og jeg opplever jo at samarbeidet med saksbehandlere ofte går veldig bra, for det er på en måte en tett dialog. Vi samarbeider også mye med Bufetat, som på en måte blir organet over. Dem kjenner man ikke så godt, og det blir mye mer kunstig, da. Jeg tenker at samarbeid for meg også betyr at man er lydhør, eller møter hverandre på en ok måte, og er lydhøre for hverandres kompetanse.

At samarbeidende fagpersoner er mer transparente på det de gjør, samtidig som de holdes oppdatert og er delaktige i et felles «løft» om å støtte og hjelpe barn med SSA nevnes som viktige elementer i det tverrfaglige samarbeidet. Winsvold (2012) trekker også frem som god informasjonsflyt som viktige for samarbeidet mellom ulike yrkesgrupper og etater.

Flere viser til at samarbeid i stor grad handler om å vise respekt for hverandre som fagpersoner og respektere hverandres mandat og ulike oppgaver. Som en deltaker sa: «Vi er opptatt av at vi ikke skal tråkke i hverandres bed, men at vi samarbeider tett og finner ut at dette kan jeg gjøre, og så hjelper vi hverandre å være kloke rundt dette barnet.» Klar arbeidsdeling og respekt for hverandres mandater trekkes frem som viktige grunnpilarer i arbeidet med å hjelpe barn og unge med en problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Personlig veiledning

En deltaker trakk frem betydningen av personlig veiledning og støtte som viktige faktorer i alt tverretattlig samarbeid. Denne deltakeren satte tverrfaglig samarbeid i sammenheng med aktørenes trygghet

på egen rolle og yrkesutøvelse. Deltakeren mente dette ofte er en underkommunisert faktor når etater skal arbeide sammen:

Nei, jeg tenker det å være trygg som fagperson, det å kunne stå tryggere i en sak. For jeg tenker: Når man står tryggere i samarbeidet, det tverrfaglige samarbeidet også, er det viktig. [...] og det jeg syns jeg er så utrolig bra og det er det som har gjort at jeg har holdt ut i 20 år i feltet: at jeg har fått den individuelle veiledningen. Og den er det veldig lite av. [...] For å bli trygg som fagperson trenger man den veiledningen for å knytte teori og praksis sammen og også føle seg trygg i det man står i. Og det tenker jeg på i de sakene her [SSA], at man skulle hatt noen som man kunne fått veiledning fra. Man må ikke møtes hele tiden, men at det er noen man kjenner litt til, så man kan ta den telefonen til. Jeg er helt avhengig av å kunne drøfte med folk som er kompetente på de områdene. Og det er noe med kvalitetssikringa av det man driver med også, når man står i så mye.

Deltakeren mente at hennes profesjonelle yrkesutøvelse i en tverretattlig sammenheng i stor grad var betinget av god veiledning og noen å rådføre seg med, både på det faglige og det personlige plan. Også britisk forskning har vist til at fagpersoner vil kunne profitere på personlig veiledning når en arbeider med sammensatte sakskompleks som barn og unge med SSA. Dette er viktig for å kunne håndtere de følelsesmessige belastninger slike saker medfører (Clements et al., 2017). Også Glavin og Erdal (2013) peker på at trygghet i eget fag er en viktig betingelse for et godt samarbeid på tvers av etater og yrkesgrupper.

3.6 Barn med SSA i «systemet»

Hvordan barn og unge mottas og behandles av fagpersoner ved de ulike tjenestesteder, var en viktig del av diskusjonene i fokusgruppene. Vi vil derfor avslutningsvis formidle noen av deltakernes opplevelser av barns møter med det offentlige hjelpesystemet. Som tidligere beskrevet fortalte deltakerne at barn med SSA kan bli omtalt negativt og «stemplende» og kan møtes med

uforstand og uheldige holdninger fra ansatte i ulike posisjoner i hjelpeapparatet. I tillegg kan barn oppleve at feilaktig informasjon om dem spres i lokalsamfunnet, at barn blir flyttet bort fra sitt hjemmemiljø uten at hendelser og forhold i barnets liv er grundig undersøkt og at barn har måttet vente lenge før de får tilbud om behandling for sine problemer.

Flere av deltakerne fortalte at det har vært urovekkende å være vitne til hva barn med SSA kan bli utsatt for. En deltaker fortalte at:

[Jeg] ble forferdelig fortvila og på gråten over hva disse ungdommene sto i. For jeg tenkte: «Hva er det vi gjør med disse barna?». Og selv om det åpenbart var SSA, så tenker jeg på mange måter at noen av disse barna er like mye ofre selv ...

Instanser og fagpersoner kan være lite lydhøre for barn med SSA og lite oppmerksomme på deres behov og ønsker. Det ble blant annet fortalte at barn kan bli «påtvunget» mange behandlingskontakter mot sine ønsker. Ansatte ved ulike ungdoms- og behandlingsinstitusjoner tok også opp problematiske aspekter ved at deres institusjon mottar en ferdig vurdering av barna der de er «dømt i systemet uten å være juridisk dømt».

Så det står på en måte svart på hvitt hva dette barnet har gjort, eller hva slags type dette barnet er. På godt og vondt. Så dette barnet er jo uten å være juridisk dømt, dømt. Fordi det sendes jo på tvang, på straff, på institusjon, bort fra hjemmet. [...] Jeg tenker det er veldig problematisk fordi det ikke er blitt avgjort av politi eller andre instanser at dette faktisk har skjedd.

Flere av deltakerne var berørt av barnas situasjon. Flere satte ord på at «hjelpesystemet» i større grad skulle møte barn og unge med SSA med anerkjennelse og respekt. Eller som en deltaker uttaler det: «Du har en gruppe som trenger noe mer. Og ikke [...] fordømme eller fortape seg [i det de har begått], men å se på det her på en verdig måte, og møte noen som har tråkka litt feil.»

3.6.1 Barn med SSA nektes skoleplass

I flere av fokusgruppene ble skolars vegring mot å inkludere barn med SSA et tema. Enkelte deltakere fortalte om konflikter med skoler som ikke vil ta imot barn med SSA. Dette til tross for flere forsøk på å komme med støttende tilbud for å kunne mestre oppgaven:

Vi har kranglet med skoler. Kranglet og kranglet. Én skole nekter skoleplassen, og vi kommer med anbefalinger – vi har et eget pedagogteam, som samarbeider med skoler og lærere. Vi kommer med tilbud om [...] [at skolen kan få] handlekraftagenter [fagpersoner], som kan lære om traumebevisst omsorg i skolen, ikke sant, «Her er nummeret, dere kan komme og lære». Vi prøver på en måte å tilrettelegge så godt som mulig og gi dem det de trenger. Men så nekter de da i noen tilfeller ungdommer skoleplass, og det går så langt som at vi må klage inn til Fylkesmannen. Men da kan de bruke så lang tid de bare vil, så da står vi der da, og hvor stopper vårt ansvar der? Så vi må få familien til å hyre sin egen advokat, for å sørge for... «Her bryter dere norsk lov ved å nekte denne gutten skoleplass» - det er bare én skole på denne plassen han bor, sant?

Barn og unge med SSA har ifølge deltakerne opplevd å bli utvist fra skolen og i enkelte tilfeller nektet skoleplass. Ifølge deltakerne er skolene engstelige for sikkerheten og har i tillegg ofte et stort press fra foreldre og lokalsamfunnet om ikke å ta imot barn med SSA. En deltaker fortalte:

Jeg har faktisk vært med på at de ikke har fått komme på skolen, de har blitt utvist. De har fått hjemmeundervisning, på grunnlag av at skolen ikke vil ha de, fordi de er engstelige for sikkerheten, at de skal forgripe seg på andre jenter ...

Lignende forhold beskrives blant sosialarbeidere i England der flere skoler opplevde SSA som vanskelig å håndtere i en gruppekontekst (Clements et al., 2017). Å balansere barn med SSA og deres behov samtidig som en skal vurdere og minske risikoen for medelevene, kan være en utfordring (ibid.).

3.6.2 Manglende samtaler med barn i SSA-saker

Flere deltakere understreket betydningen av å snakke med barna på et tidligst mulig tidspunkt når det oppstår mistanke om SSA. Det barna forteller kan være oppklarende, og i noen tilfeller kan mistanken avkreftes, eller det kan bringes på det rene at saken er mindre alvorlig enn det man opprinnelig var bekymret for. At mulige SSA-saker oppklares så raskt som mulig er svært viktig både for barn som mistenkes for å ha begått skadelige, seksuelle handlinger og for dem som eventuelt har blitt utsatt for slike hendelser. Konsekvensene av å la mistanke om SSA «henge ved» et barn over tid kan være store. Flere deltakere gir eksempler på tilfeller hvor historier om SSA har fått leve sitt eget liv og hvor innholdet i historiene har eskalert gjennom ryktespredning. I et eksempel hadde rykter mellom klassevenninner og deres foreldre spredt seg til flere instanser, og en ti år gammel gutt var blitt politianmeldt uten at noen hadde snakket med de involverte barna.

Mor til den «utsatte» jenta var blitt kontaktet fordi det gikk rykter om at datteren hadde blitt utsatt for overgrep av en klassekamerat. Overgrepene skulle ha pågått siden barnehagen. Helsestasjonen tok kontakt med barnevernet og forholdet ble meldt til politiet. Begge barnas foreldre var i «sjokk og krise». En deltaker forteller:

Denne gutten går i samme klasse, samme skole, bor i samme gate [som jenta]. Det er blitt brukt ord som «samleie», «overgrep», «tvang», «hemmelighold», «trusler» - alt som gjør at det lyser rødt i alle kanter, sant, og man blir veldig ... Ja, handler litt sånn på autopilot de første dagene.

Da barna fikk fortalt sin historie, viste det seg å være en «grønn» sak. Ingen overgrep hadde skjedd. I etterkant har både jenta og gutten hatt oppfølging fra Statens Barnehus for å bearbeide det som skjedde, og for å finne ut hvordan de kan forstå hverandre og omgås. Foreldrene til jenta er fortsatt opprørt og vurderer å flytte fra nabolaget. Deltakeren fortalte at det er en stor utfordring når foreldrene forstår det som har skjedd helt ulikt.

Denne saken kan illustrere at hendelser som i utgangspunktet er av en relativt uskyldig karakter, kan blåses opp og få store konsekvenser via ryktespredning og manglende fakta. Saken viser også hvor betente slike hendelser kan være og hvor ulikt seksuelle hendelser kan forstås og oppleves av barna og foreldrene som er involvert. På den annen side kan barn ikke få tiltrengt hjelp fordi voksne som møter barna ikke har tilstrekkelig kunnskap og innsikt i barnas problemer og forstår alvoret i hendelser som innbefatter SSA.

Flere deltakere er også bekymret for at man ikke i tilstrekkelig grad snakker med barna slik at de får fortalt sine historier om hva som har hendt. Dette sammenfaller med en undersøkelse der barn utsatt for vold opplever lite anerkjennelse og få samtaler om sin livssituasjon fra læreres side (Selvik, Raaheim og Øverlien, 2016). En deltaker sa: «Jeg tror det blir snakket veldig mye over hodet på barn i disse situasjonene, sånn på et generelt grunnlag. Snakket litt for lite med barna, og litt for mye med hverandre, rundt ...». En annen deltaker uttalte: «Jeg fikk inntrykket av at ingen egentlig hadde snakket så mye med disse guttene verken der de kom fra, og heller ikke med familien eller barnevernet eller, ja, jeg vet ikke.»

En deltaker fra barnevernet fremhevet at lærere er tillitspersoner som er tett på barna, og at det er til dem barna mest sannsynlig vil åpne seg for når de ønsker å fortelle sine historier:

Jeg har erfaring med at lærerne på en måte får noen hint ... og så i stedet for å jobbe videre med de hintene, så blir lærerne redde for det, så stopper de heller og noterer og så ringer de barneverntjenesten, og så skal vi [barnevernet] fortsette der de stoppa. Og så blir det veldig vanskelig. Så jeg heier jo veldig på at lærerne skal begynne å tørre å snakke mer om det ... Og lære seg mer av de teknikkene vi bruker når det gjelder å gjenta, ikke sant, at det er ikke så skummelt. For det er jo noe med at når disse barna først tør å åpne seg, så tror jeg at man må benytte den anledningen, for det er ikke sikkert at det åpner seg for de som kommer fremmed fra barneverntjenesten om én uke eller to.

Å snakke med barn så tidlig som mulig i en saksprosess er viktig fordi barn er den viktigste informasjonskilden til eget liv (Søftestad, 2008). Betydningen av å snakke med barn understrekes også i NOU (2017: 12) «Svikt og svik».

4 Diskusjon

4.1 Hvordan fungerer tverretatlig samarbeid i arbeid med barn og unge med SSA?

Målsetningen med denne rapporten har vært å fremskaffe kunnskap om tverretatlig samarbeid i SSA-saker. Gjennom en spørreundersøkelse og seks fokusgrupper undersøkte vi hvilke utfordringer fagpersoner møter når de skal samarbeide på tvers av etater i saker som omhandler barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Flertallet av deltakerne i spørreundersøkelsen opplyser at de har arbeidet med en eller flere SSA-saker, og at de regelmessig deltar i ulike former for tverretatlig samarbeid hvor SSA-saker diskuteres.

Deltakerne i fokusgruppene fortalte at de opplever vilje til samarbeid både fra kolleger i egen etat og fra andre etater, men at de også møter vanskeligheter i samarbeidet rundt barn og unge med SSA. Resultatene fra spørreundersøkelsen og fokusgruppene peker på utfordringer i samarbeidet som blant annet; mangelfull kunnskap om SSA, uklare roller mellom aktørene, mangelfull kunnskap om andre etaters mandat, retningslinjer og ansvar, manglende informasjonsflyt mellom etater og mangel på treffpunkter. Flere av disse utfordringene er velkjent fra tidligere forskning (Andersson et al., 2005; Biong, 2011; Glavin & Erdal, 2013; Hauglie, 2011; Kinge, 2012; Martinsen et al., 2014; Norvoll et al., 2006). Ufullstendig kunnskap om eller feiloppfatning av lovverk og taushetspliktbestemmelsen ble også trukket frem som relevante faktorer som hemmer god informasjonsflyt mellom tjenestesteder. I fokusgruppene ble også uklarhet om rollene til Statens Barnehus og manglende kompetanse om SSA i BUP trukket frem som spesielt problematisk.

Av positive erfaringer som fremmer et godt samarbeid ble det særlig trukket frem felles forståelse av SSA-saker, kompetanse og felles verktøy, åpenhet og god informasjonsflyt, klar arbeidsdeling og

personlig veiledning. Igjen er dette betingelser for vellykket samarbeid som er kjent fra tidligere forskning (Glavin & Erdal, 2013; Winsvold, 2011).

4.1.1 Betydningen av kunnskap for samarbeid og holdninger

Både i spørreundersøkelsen og i fokusgruppene kom det frem at deltakerne opplever en generell mangel på kunnskap og kompetanse om SSA både i egen og samarbeidspartners tjenester. Mangel på kunnskap og kompetanse oppleves som et av mange hindre når de sammen skal hjelpe barn med SSA. Deltakerne i fokusgruppene fortalte i tillegg om problematiske holdninger til barn med SSA blant enkelte aktører i hjelpeapparatet, noe som ytterligere kan vanskeliggjøre et samarbeid. Barn som utøver skadelige seksuelle handlinger kan utfordre vanlige forestillinger om, og forventinger til barn og barnets seksuelle handlinger, særlig dersom slike handlinger skader andre. Lignende holdninger fant Øverli et al. i sin undersøkelse (2018). Deltakerne i denne undersøkelsen formidler at kolleger og samarbeidspartnere kan vegre seg, bli passive eller bagatellisere bekymringsfull seksuell atferd, eller motsatt at de reagerer med å sette inn raske tiltak uten grundig undersøkelse av hele sakens innhold. Det er derfor både nødvendig og viktig at profesjonelle som arbeider med skadelig seksuell atferd forstår hvordan egne holdninger og erfaringer kan hemme eller forkludre kontakten med dem de skal hjelpe (Kaplan, 1984; Ray, McKinney & Ford, 1987). Tidligere forskning har vist at det er en sammenheng mellom holdninger, nærhet til klientene og fagpersoners kunnskaper på fagfeltet (Nelson, Herlihy & Oescher, 2002). Mangel på kunnskap om SSA vil derfor trolig ha en innvirkning på holdningene fagpersoner har til disse barna. Kunnskap om SSA kan gi de profesjonelle et mer positivt syn på personer med SSA og en større grad av toleranse overfor barn og unge med SSA enn fagpersoner som ikke har spesifikke kunnskaper på fagfeltet (Lea, Auburn og Kibblewhite, 1999).

De aller fleste deltakerne i denne undersøkelsen hadde deltatt på AIM Basic Awareness-kurs og hadde derfor en grunnleggende kunnskap om SSA. De hadde også erfaring med denne gruppen barn

og unge fra sine respektive arbeidsssteder. Kunnskap om SSA og kompetanse gjennom erfaring og opplæring ga aktørene en helt nødvendig trygghet og handlekraft i arbeidet med barn og unge med SSA. Det synes også å være en gjennomgående holdning i fokusgruppene at barn med SSA sees på som personer som av ulike årsaker har utviklet en problematisk seksuell atferd. Det er viktig at de profesjonelle ser barnet bak atferden og forsøker å hjelpe den enkelte. Vi antar at dette også gjelder for deltakerne i spørreundersøkelsen tatt i betraktning av at de har oppsøkt kursene og vist et ønske om å øke sin kunnskap, kompetanse og forståelse for barn med SSA. At fagpersoner viser en imøtekommenhet er viktig for å skape en positiv endring hos barn og unge med SSA (Hogue 1993). Saksbehandlere i våre fokusgrupper som hadde hatt en nær kontakt med barna over tid ga særlig uttrykk for å ha et sterkt engasjement for barn med en bekymringsfull og skadelig seksuell atferd. De beskrev dem i positive ordelag og trakk ofte frem bekymringer og håp om at barn med SSA ble ivaretatt på best mulige måte. Dette sammenfaller også med forskning som peker på at profesjonelle som arbeider tett på personer med problematisk seksuell atferd, oftere har en mer positiv holdning til dem enn fagpersoner som har mer perifer kontakt (Hogue, 1995).

Deltakerne i fokusgruppene beskriver arbeidet med SSA som krevende. Det stiller store krav til dem personlig så vel som faglig. Sosialarbeidere og behandlere opplever ofte stor stressbelastning og mange utfordringer i arbeidet med personer med SSA (Etgar, 1997; Wodarski & Whitaker, 1988). I forlengelsen av diskusjoner knyttet til belastningene ved denne type arbeid trakk mange av deltakerne frem behovet for faglig rådgivning og tilgang til støtte fra erfarne kolleger. En erfaren terapeut mente også at personlig veiledning var et underkommunisert tema i arbeidet med kompliserte SSA-saker. Behovet for kunnskap og støtte av personer med god faglig kompetanse i tillegg til personlig veiledning er viktig for å redusere spenninger og belastningsskader hos fagpersoner som arbeider med SSA. Verdien av veiledning for praktikere innen helse og sosialomsorgen har bred støtte i forskning (Farrenkopf, 1992; Scaletta, 1995).

4.1.2 Behov for retningslinjer og rolleavklaringer

Mange av deltakerne i denne undersøkelsen opplever at de mangler kunnskap om hverandres mandat og roller. I spørreundersøkelsen svarer mange, særlig blant ansatte i barnehage, skole og skolehelse-tjeneste, at når samarbeidet i SSA-saker ikke fungerer tilfreds-stillende, skyldes dette først og fremst at roller og oppgaver ikke er godt nok formulert og avklart. Også ansatte i barneverntjenestene og barne- og ungdomspsykiatrien peker på manglende rolleavklaring som en av de viktigste hindringene for godt samarbeid i SSA-saker. Kommunalt ansatte i denne studien er usikre på hva som er deres rolle og hva man kan forvente av andre etater i arbeid med barn og unge med SSA. Dette vil sannsynligvis også hindre et optimalt samarbeid. Et godt samarbeid krever en felles forståelse av oppgave- og ansvarsfordeling i felles saker (Hauglie, 2011) og klare roller og mål (Sloper, 2004; Glavin og Erdal, 2007).

Behovet for rolleavklaring i arbeidet med SSA-saker kan sees i sammenheng med manglende nasjonale retningslinjer og få utarbeidede kommunale handlingsplaner for arbeidet med SSA. I spørreundersøkelsen svarte et flertall at de ikke kjenner til, eller at det ikke finnes formaliserte handlingsplaner for arbeidet med SSA-saker i deres kommune. Det var også et flertall som svarte at de ikke kjenner til eller at det ikke finnes rutiner for samarbeid i SSA-saker ved deres arbeidsplass. Det synes å være et behov for at det utarbeides klarere nasjonale føringer og målrettede kommunale handlingsplaner for arbeidet med barn og unge med SSA. Slike føringer bør gi tydelige signaler om hvordan det tverretatlige sam-arbeidet i slike saker skal organiseres og utformes. Nasjonale retningslinjer kan utarbeides i form av prinsipper for hvordan aktørene skal arbeide med SSA eller i form av en forskrift hvor tverretatlig samarbeid settes i mer lovfestede rammer. I familie-voldssaker ble det tverretatlige samarbeidet mellom politi og barnevern vesentlig styrket etter innføring av «Forskrift om avhør av mindreårige barn og andre særlig sårbare fornærmede og vitner» i 2015 (Vorland og Skjørten, 2017). Trolig vil samarbeidet om barn og unge med SSA også kunne profitte på lignende overordnede retningslinjer.

I forlengelsen av diskusjoner om rolleavklaring ble også andre instansers ansvarsfraskrivelse i arbeidet med barn og unge med SSA trukket fram. Flere av deltakerne hadde opplevd å ikke bli tatt på alvor når de henvendte seg til andre tjenestesteder for å få hjelp til barn og unge med SSA. Snarere ble slike saker avskrevet som ikke aktuelle å arbeide med. Slik ansvarsfraskrivelse eller ansvarsdiffusjon kan handle om manglende kunnskap om SSA der samarbeidende instanser kan oppleve at de har lite å tilføre i arbeidet rundt et barn med SSA, at de mener SSA-saker ikke faller inn under deres mandat og ansvarsområde, eller at den enkelte fagperson ikke har anledning til å involvere seg i en sak som vil kreve mye tid og ressurser. Det er imidlertid viktig at hver enkelt fagperson tar et ansvar og aktivt deltar innenfor sitt kompetanseområde for å sikre at barn og unge med SSA får bred og helhetlig faglig hjelp. Klare retningslinjer og rollebeskrivelser knyttet til den enkeltes stilling vil være med på å sikre dette.

4.1.3 Et behov for bedre kjennskap til lovverket og bestemmelsene om taushetsplikt

Det generelle inntrykket fra fokusgruppene var at mange hadde en relativt overfladisk kunnskap om hvilke bestemmelser og lovregler deres samarbeidspartnere arbeider innenfor. Det ble også etterspurt bedre kompetanse og juridisk innsikt i aktuelle lover som regulerer egen yrkesutøvelse. Flere mente at dette ville trygge og hjelpe dem i arbeidet med SSA. Deltakerne i fokusgruppene trakk ved flere anledninger frem utfordringer når det gjelder taushetspliktsbestemmelsene. De ulike etatene og profesjonene er imidlertid bundet av ulike bestemmelser når det gjelder taushetsplikt. For eksempel har barnevernet (jf. barnevernlovens § 6-7 3. ledd) en snevrere adgang til å videreformidle opplysninger om barn enn det forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 åpner for. Tilsvarende taushetsbelagte opplysninger i helsesektoren kan bare gis videre dersom det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp (Lov om helsepersonell § 25) eller når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysninger videre (§ 23 nr. 24). Helse- og omsorgsarbeidere har imidlertid en opplysningsplikt til barneverntjenestene dersom et barns omsorgssituasjon er alvorlig truet, eller et barn har en atferd som er skadelig for dem selv eller

andre (§ 33). I slike alvorlige tilfeller går opplysningsplikten foran taushetsplikten sine bestemmelser.

Mange av deltakerne i fokusgruppene mente at lovverket kan være vanskelig å forstå, flere beskrev problemer med å anvende bestemmelsene i praksis og enkelte mente at taushetsplikten bidro til å begrense samarbeidet når flere profesjoner og etater skal arbeide sammen. Taushetspliktsbestemmelsene ble forstått og praktisert ulikt av aktørene i denne undersøkelsen. At fagpersoner uten juridisk kompetanse kan oppleve lovens bestemmelser som uvant og uoversiktlig når den brukes i feltet er forståelig og ikke uvanlig (Andersen et al., 2005; Stang 2013).

Usikkerhet med hensyn til hva en kan formidle videre til andre tjenestesteder og etater kan bidra til at fagpersoner blir tilbakeholdne med å dele bekymringsfulle observasjoner om barns seksuelle atferd med andre fagpersoner. Flere pekte på at mangelfull informasjon kan føre til at barnets behov ikke blir godt nok kartlagt, og at barnet ikke får et godt nok tilrettelagt tilbud. Flere understreket at informasjon om barn med skadelig seksuell atferd ikke alltid nådde frem til instansene som har ansvar for barna i det daglige. Det er utarbeidet veiledere og rundskriv med sikte på å bedre forståelsen av hvordan taushetsplikten regelverk kan benyttes av ulike kommunale tjenester (NOU 2009: 22). Resultatene fra denne studien tyder på at denne kunnskapen ikke er tilstrekkelig implementert i alle kommuner.

Flere deltakere i fokusgruppene kjente til de vanligste unntakene som å diskutere saker anonymt eller be foreldre om lov til å dele informasjon på tvers av faggrupper og etater. Mange hadde imidlertid erfart at foreldre ikke alltid gir en slik tillatelse. I slike saker får ikke alltid barn hjelpen de trenger.

Flere forskere (Glavin og Erdal, 2007; Stang, 2013) fremhever at på tross av problemer med å orientere seg i det aktuelle lovverket, gis det åpning for et utstrakt samarbeid og felles tverretattlig innsats i enkeltsaker. Det pekes likevel på behov for forenklinger i lovverket fordi reglene kan være kompliserte og spredt over flere lover. Slik

disse forskerne ser det ligger de største utfordringene i uenighet om hvordan reglene skal tolkes og hvordan lovens bestemmelser skal praktiseres. Her kan ulike holdninger hos enkeltpersoner, ulike kulturer og forskjeller i arbeidsmåter mellom ulike profesjoner spille inn.

I denne undersøkelsen fant vi stor uenighet om hvordan lov om taushetsplikt skal forstås og bestemmelsene praktiseres. Slike uenigheter skapte ifølge deltakerne grobunn for samarbeidsproblemer mellom kommunale etater og mellom kommunale og statlige tjenestesteder. Deltakerne etterspør opplæring om lovverket og taushetsbestemmelsene; muligheter så vel som begrensninger for tverretattlig samarbeid i SSA-sammenheng. I tillegg ønskes bedret tilgang på gjeldende rundskriv og veiledere på feltet.

4.1.4 Politiets og Statens Barnehus' rolle

Mange av deltakerne i denne undersøkelsen mente at det er et særskilt behov for avklaring av barnehusenes rolle i SSA-saker. Statens Barnehus er i dag et tilbud til barn og unge som har vært utsatt for eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep der det foreligger en politianmeldelse. Det er per i dag ikke avklart om barn og unge som er mistenkt for å ha begått straffbare seksuelle handlinger skal avhøres av politiet på barnehusene og dermed inkorporeres som del av barnehusenes oppgaver. Det er en pågående diskusjon innen ulike faggrupper hvorvidt alle barn uavhengig av om de har vært utsatt eller er mistenkte for å ha begått et seksuelt overgrep skal avhøres av politibetjenter med spesiell opplæring og erfaring i å samtale med barn, og at mistenkte barn bør ha tilgang på faglig støtte og oppfølging fra erfarne fagpersoner ved Statens Barnehus.

Det var flere årsaker til at dette temaet vakte debatt i fokusgruppene. Flere av deltakerne fant det problematisk at barnehusene som er organisert under politietaten, skal tilby behandling eller psykisk helsehjelp til barn og unge. Rettslig sett er det også en stor forskjell på om barn avhøres som offer for vold og seksuelle overgrep eller som mistenkt for å ha utøvd en skadelig seksuell handling. Et mistenkt barn har en helt annen status og tilhørende juridiske

rettigheter (se Lov om rettergangsmåter i straffesaker kap. 8 og 9). Som mistenkt skal barnet gjøres kjent med hva saken gjelder. De skal informeres om at de ikke har plikt til å forklare seg, og at mistenkte barn har rett til å ha forsvarer og eventuelt verge til stede under avhøret. Loven tillater ikke at barn gir en tilståelse uten en forsvarer til stede. Barn er sårbare for stress og kan komme med tilståelser fordi de ønsker seg ut av en stressrelatert situasjon (Ask, Granhag & Rebelius, 2008). Det er i dag praksis ved flere barnehus at forsvarer og eventuelt verge er til stede under avhøret av barna. Likevel er det viktig å få en avklaring av barnehusenes mandat slik at det sikres at barnets juridiske rettigheter ivaretas ved alle barnehusene. Dette er viktige tema som i dag er under utredning (Kripos, 2017; Askeland et al., 2017).

Deltakerne fra ulike deler av kommunesektoren har erfart at flere av Statens Barnehus har opparbeidet seg god kunnskap og kompetanse på SSA-feltet de senere år. Samtidig opplever mange av deltakere en mangel på tilgjengelige behandlingstilbud for barn med SSA. Barnehusene trer bare inn i saker som er politianmeldt. Det hender derfor at fagpersoner velger å politianmelde et forhold for å sikre at barn får del i barnehusenes faglige kompetanse, selv om de ideelt sett ikke hadde valgt en slik løsning. Lignende forhold er beskrevet i notat fra NKVTS 2018 (Øverli et al., 2018). Det er imidlertid problematisk dersom veien til forsvarlig helsehjelp til barn med SSA må gå via en politianmeldelse med de belastninger det medfører for barn.

I de nasjonale retningslinjene for Statens Barnehus fremgår det at barnehusene skal kartlegge og avklare barns behov for oppfølging, men at «oppfølging og behandling som en hovedregel skal skje gjennom lokalt hjelpeapparat» (punkt 5.3.2.1). Mangler i tilbud hos barne- og ungdomspsykiatrien kan føre til at barnehusene påtar seg oppfølging og behandlingsansvar for barn med SSA selv om dette ikke inngår i deres mandat. Dette kan føre til at aktørene innen kommunesektoren blir usikre på barnehusenes oppgaver og rolle. Det er derfor viktig at barnehusenes mandat og prioritering av barn og unge med SSA tydeliggjøres.

4.1.5 BUPs behandlingsansvar for barn og unge med SSA

Barn og unge med SSA trenger et bredt tilbud av hjelp og støtte; alt fra voksne som snakker med dem om seksualitet, grenser og regulering, til hjelpetiltak på ulike nivå tilpasset den enkeltes behov. Mange av deltakerne i denne undersøkelsen rapporterer at barn med SSA ofte sliter med psykiske vansker i en slik grad at de trenger hjelp og oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Også Askeland et al. (2017) peker på at mange barn og unge som har begått et lovbrudd av seksuell karakter mot en mindreårig, har behov for psykologisk behandling. Dette harmonerer med forskere som Letourneau et al. (2017), som hevder at det er et blindspor om en kun har fokus på etterforskning og rettergang når det gjelder seksuelle overgrep mot barn dersom voldsutøveren er mindreårig selv. Mindreårige barn som begår seksuelle overgrep må også møtes med støtte og behandlingstilbud.

Deltakerne i denne undersøkelsen var gjennomgående enige om at BUP har ansvaret for å tilby barnepsykiatrisk utredning og behandling i alvorlige SSA-saker. Mange av deltakerne hevder imidlertid at tilbudet i BUP ikke imøtekommer behovet for utredning og behandling av barn og unge med SSA. Særlig trekkes tre forhold frem som forklaring på at barn ikke alltid får nødvendig helsehjelp; manglende kapasitet ved BUP, manglende kunnskap om barn med SSA hos ansatte ved BUP, eller en uheldig kommunikasjon mellom BUP og øvrige tjenester på kommunalt nivå. Vi understreker at denne undersøkelsen verken har kartlagt omfanget av SSA-saker eller kapasiteten hos BUP for å ta inn slike saker.

At kunnskapen om SSA var begrenset ved flere polikliniske enheter med ansvar for barns og unges helse ble uttalt både fra ansatte ved BUP og fra ansatte i kommunale tjenester. Det nasjonale kliniske nettverket for behandling av barn og unge med SSA har som mål å heve kunnskapen til ansatte ved BUP på SSA-feltet. Videre blir det anbefalt å opprette regionale poliklinikker for psykisk helse med spisskompetanse på SSA. Dette er i tråd med Askeland og kollegers (2017) anbefalinger. Slike enheter vil kunne fungere som viktige kompetansesentre hvor andre poliklinikker så vel som kommune-sektor kan få spesialisert kunnskap om barn og unge med SSA.

I denne undersøkelsen har det også blitt reist spørsmål ved hvorvidt SSA bør bli en egen diagnose og inkorporeres i prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2015). Deltakerne fra BUPs side understreket at dersom SSA ikke er oppført i prioriteringsveilederen vil slike saker stå i fare for å bli avvist, og barna vil dermed ikke få tilbud ved BUP. Det er videre mindre sannsynlig at ansatte ved BUP får tilstrekkelig kunnskap og kompetanse i SSA dersom temaet ikke blir prioritert. Deltakerne i denne undersøkelsen ønsker en økt satsing og prioritering av SSA-saker ved de enkelte poliklinikker for psykisk helse, og at dette forankres på ledelsesnivå.

Samarbeidsklimaet mellom BUP og kommunal sektor ble av flere deltakere beskrevet som anstrengt. Deltakerne i fokusgruppene uttrykte en tidvis mangelfull dialog med BUP. BUP-ansatte på sin side opplevde at samarbeidspartnere i kommunale tjenester var lite tilgjengelige for dem i deres arbeid. Gjensidig negative holdninger fremmer i liten grad et tverretattlig samarbeid. Flere av deltakerne etterspurte møteplasser og fora for felles opplæring for å sikre at ansatte i etatene møtes og blir kjent. I tillegg etterspurte de jevnlig diskusjonsfora hvor det åpnes for å diskutere enkeltsaker og eventuelle problemer i samarbeidet mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten for barn og unge. Å bli kjent og få bedre innsikt i hverandres oppgaver og arbeidssituasjon, vil senke terskelen for å ta initiativ til samarbeid på tvers av etater.

4.2 Styrker og svakheter ved denne undersøkelsen

I undersøkelsen har vi snakket med mange som på ulike måter har arbeidet med SSA-saker. Både i den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen var ansatte fra flere tjenester representert. Ved bruk av fokusgrupper som metode har vi også fanget opp forståelser og meninger som har oppstått eller blitt klarere i dialog mellom ansatte i ulike tjenester. Det er stor grad av samsvar mellom hovedfunnene fra den kvalitative og kvantitative undersøkelsen. Det har også i stor grad vært sammenfallende syn på ulike tema som har blitt reist av deltakerne i fokusgruppene i de ulike geografiske områdene.

Verken spørreundersøkelsen eller fokusgruppestudien kan betraktes som representativ for ansatte i kommunale tjenester som gjennom sitt arbeid får kjennskap til SSA-saker. Informantene som ble rekruttert deltok alle på AIM-kurs. Det er grunn til å tro at de som har gått på kurs, og som har valgt å svare på spørreskjema, har større bevissthet rundt og mer kunnskap om temaområdet enn andre i samme arbeid eller stilling. I fokusgruppene valgte vi bevisst ut deltakere som rapporterte at de hadde erfaring fra å arbeide med barn og unge med SSA ved sitt arbeidssted. Dette gjorde vi fordi vi var interessert i å høre erfaringene spesielt fra ansatte som har god kjennskap til arbeid med slike saker. Deltakerne både i fokusgruppene og i spørreundersøkelsen fortalte at AIM-kursene har vært nyttige for deres arbeid i med barn og unge med SSA. Våre data viser imidlertid at det er for tidlig å vurdere implementeringen av AIM-kursets verktøy i kommunene.

At alle deltakerne har deltatt på AIM-kurs, kan også ha påvirket rapporterte antall saker med SSA i spørreundersøkelsen. Man kan tenke seg at de som har vært på AIM-kurs allerede har kjent behov for å lære mer om SSA og har fått mulighet til å gå på kurset fordi de allerede har hatt saker som har krevd kunnskap om problematisk seksualitet hos barn og unge. I tillegg kan respondentene fra AIM-kurset overlappe hverandre i antall SSA-saker de rapporterer om i spørreundersøkelsen, fordi flere deltakere kom fra samme arbeidsplass og kan ha siktet til de samme sakene. Dette gjør at det totale antallet SSA-saker deltakerne oppgir i spørreundersøkelsen kan være høyere enn det reelle antallet saker.

En mulig begrensing i denne studien er at fokuset for samtaler om SSA ofte gled over på volds- eller overgrepssaker der voksne hadde begått overgrep, trolig fordi dette er saker deltakerne har mer erfaring fra. Det er også verdt å merke seg at den yrkesmessige sammensetning i spørreundersøkelsen og fokusgruppene er ulik. I underkant av halvparten av deltakerne i spørreundersøkelsen er ansatt i barnevernets ulike avdelinger mens skolesektoren var lite representert. I fokusgruppene var det gjennomgående flere deltakere fra skole- og barnehagesektor, og ansatte fra barnevernet var ikke i overvekt i forhold til øvrige yrkesgrupper. I fokusgruppene ble det

vektlagt å ha bred yrkesmessig sammensetning så vel som geografisk spredning.

4.3 Konklusjon og veien videre

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at SSA-feltet fremdeles er nytt for mange som arbeider med barn og unge. Det er derfor viktig å heve kunnskapen og kompetansen om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Selv om denne undersøkelsen ikke er en evaluering av kvaliteten eller effekten av AIM-kursene, er likevel det samlede inntrykket fra både spørreundersøkelsen og fokusgruppene at kursene er blitt godt mottatt og at de har bidratt til en felles kunnskapsplattform for ansatte som skal samarbeide i SSA-saker. Det er imidlertid tydelig at kunnskapen om SSA ennå ikke er implementert i alle kommuner og tjenestesteder. I en undersøkelse av barnevernsansattes arbeid med SSA-saker fant vi at ingen av deltakerne i fokusgruppene der hadde deltatt på AIM-kurs, og at bare noen av deltakerne hadde kunnskap om at det fantes slike kurs (Øverli et al., 2018).

I denne undersøkelsen formidlet deltakerne at det er en generell mangel på kunnskap om barns og unges seksualitet og SSA blant kommunalt ansatte med ansvar for barn. Deltakerne oppgir at det kun tilbys opplæring om SSA via AIM-kurs. Det bør diskuteres om barns og unges seksualitet og SSA bør bli en del av grunnutdanningen til yrker som i sitt daglige arbeid er i kontakt med barn og unge. Det ble også påpekt hvor viktig det er med opplæring i hvordan fagpersoner skal samtale med barn og unge om sensitive temaer som seksualitet og grenseoverskridende atferd.

Selv om deltakerne i denne undersøkelsen hadde deltatt på AIM Basic Awareness-kurs, ble det likevel formidlet et behov for en generell kompetanseheving blant kommunalt ansatte om barn og unge med SSA. Profesjonene i førstelinjetjenester gir uttrykk for at de mangler trening i bruk av trafikklyset og erfaring fra arbeid med flere SSA-saker for å føle at de har den nødvendige tryggheten og kompetansen i arbeidet med slike saker. Fremtidige kurs for kommunesektoren bør derfor inneholde veiledning og trening i

hvordan tilgjengelige verktøy skal brukes i praksis, samt kunnskap om hvor de kan henvende seg for å få kvalifiserte råd og støtte i aktuelle SSA-saker.

Mange deltakere innen førstelinjetjenestene opplyser at de er usikre på hvordan de skal vurdere en problematisk seksuell atferd hos et barn, og er også usikre på hvor de kan henvende seg for å drøfte sin bekymring. Særlig etterlyste flere innen skolesektoren et lavterskeltilbud hvor de kan få en uforbindtlig kontakt med fagpersoner som kan rådgi dem i saker de står overfor. Verdien av helse-sykepleieres rolle ble understreket. Helse-sykepleiere er i kontakt med barn og unge daglig og har muligheter for å fange opp barn med problematisk seksuell atferd og kan samtale med barna på et tidlig stadium. Deltakere i samtlige fokusgrupper vektla viktigheten av å ha helse-sykepleiere tilgjengelig på alle skoler. Dette mente mange ville ha en viktig forebyggende effekt når det gjelder barn og unge med SSA.

Veiviseren dinutvei.no gir en samlet oversikt over hjelpetilbud i hele landet og over hvor man kan få råd og hjelp. I korte artikler presenteres også temastoff rettet til både allmennheten og fagfolk, for eksempel om aspekter ved overgrep og om gjeldende lovverk. Det er rikelig med henvisninger til andre nettsteder hvor man kan finne mer informasjon. Videre har dinutvei.no har en nettbasert spørsmål- og svartjeneste der det også er anledning til å stille spørsmål anonymt. Tjenestene bør derfor kjenne til veiviseren.dinutvei.no.

Resultatene fra denne undersøkelsen peker på et behov for nasjonale retningslinjer for tverretattlig samarbeid i SSA-saker. Slike retningslinjer vil kunne gi tydeligere føringer for samarbeidet i kommunene og bidra til rolleavklaring i SSA-saker. I denne sammenheng må det avklares i hvilken grad og på hvilken måte barn som er mistenkte for å ha begått en seksuelt straffbar handling skal være en del av barnehusenes oppgaveområde. Våre data peker også på at BUPs behandlingsansvar i SSA-saker må tydeliggjøres og at SSA-saker i større grad må prioriteres i barns og unges psykiske helsetilbud.

I fokusgruppene ble det også diskutert tilgjengelige akutttilbud for berørte familiemedlemmer i etterkant av at en skadelig seksuell handling er blitt gjort kjent. Ansatte i kommunesektoren beskriver hvordan familier kan være i alvorlig sjokk og krise og ofte vil trenge umiddelbar profesjonell hjelp. Det er ikke tatt stilling til hvordan et akutttilbud til disse familiene kan organiseres. Familievernets rolle overfor barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd og deres familier bør likevel diskuteres. Deres kompetanse på å se hele familiers hjelpebehov og utfordringer kan være nyttige når familier skal håndtere vanskelige livskriser.

Som fremhevet av Askeland et al. (2017) bør SSA-saker i større grad drøftes i regionale og lokale tverretatlige samarbeidsteam. Det bør derfor opprettes konsultasjonsteam og eventuelle spesialiserte kompetanseteam i alle regioner. Både i spørreundersøkelsen og i fokusgruppene ga deltakerne uttrykk for at det er behov for tid og ressurser til å prioritere samarbeid. Flere deltakere ønsket at en større del av deres arbeidstid ble disponert til tverrfaglige samarbeidsmøter. For at tverretatlig samarbeid skal fungere godt må det skapes arenaer hvor ulike yrkesgrupper møtes i den enkelte kommune. Samarbeid må også prioriteres ved at det settes av ressurser. Slike tiltak må forankres i ledelsen på de ulike arbeidsplasser.

Det er behov for videre forskning på barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Omfanget av ulike typer SSA-saker er ukjent og bør kartlegges. Det er også et behov for forskning som belyser hvordan det går med barna og ungdommen over tid og hvordan de selv opplever å bli ivaretatt av ulike instanser de er i møte med. Videre er det behov for mer kunnskap om hva som er god behandling av barn og unge med SSA (Askeland et al., 2017). AIM-kursets verktøy og implementeringen av disse i kommunene bør evalueres på et senere tidspunkt.

Referanser

- Ageton, S. S. (1983). *Sexual assault among adolescents*. Lexington, MA: Health and Company.
- Anderson, H. (2012). Collaborative relationships and dialogic conversations: Ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51(1), 8-24.
- Andersson, H. W., Røhme, K., & Hatling, T. (2005). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge - Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Delrapport 2*. Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/helsetjenesteforskning/stf78ao55002.pdf>
- Antonsen, F. (2015, 26. mars). La barna leke seksuelle leker. *Barnehage.no*. Hentet fra <https://www.barnehage.no/artikler/la-barna-leke-seksuelle-leker/428471>
- Ask, K., Granhag, P. A., & Rebelius, A. (2011). Investigators under influence: How social norms activate goal-directed processing of criminal evidence. *Applied Cognitive Psychology*, 25(4), 548-553.
- Askeland, I., Jensen, L. G., & Moen, L. H. (2017). *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd* (Rapport 1/2017). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Baklien, B. (2009). Skole, barnehage, barneverntjeneste-bilder av «de andre» hindrer samarbeid. *Norges barnevern*, 86(4), 236-244.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Endringer i barnevernloven (2012–2013)* (Prop. 106 L 2012 – 2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7doea1b89cc54939b17e69a20d5f7b48/no/pdfs/prp201220130106000dddpdfs.pdf>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2017a). *Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)* (Prop. 73 L 2016 – 2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/67954c9d29dd4coca3134e0931f32fdc/no/pdfs/prp201620170073000dddpdfs.pdf>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2017b). *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)* (Prop. 12 S 2016 – 2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000dddpdfs.pdf>
- Barne, ungdoms- og familiedirektoratet. (2017). *Saksbehandlingsrundskrivet*. Hentet fra <https://www.bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/saksbehandlingsrundskrivet/>
- Barne, ungdoms- og familieetaten. (2014). *Akuttarbeid i kommunalt barnevern*. Oslo: Barne, ungdoms- og familieetaten.
- Barnehageloven. (2005). *Lov om barnehager (barnehageloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>.
- Biong, S. (2011). «Å guide hverandre i hverandres systemer»—En fenomenologisk hermeneutisk studie av godt samarbeid i en tverretattlig styringsgruppe. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(01), 35-45.
- Bliksvær, T., Fylling, I., Gjernes, T., & Handegård, T. L. (2004). *Fyrtårn og balansekunstner: En evaluering av regionsentrene for barn og unges psykiske helse*. Bodø: Nordlandsforskning.

- 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*. Hentet fra <https://www.brook.org.uk/our-work/category/sexual-behaviours-traffic-lighttool>.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative Analysis*. Sage.
- Clements, K., Holmes, D., Ryder, R., & Mortimer, E. (2017). *Workforce perspectives on harmful sexual behaviour: Findings from the Local Authorities Research Consortium 7*. Hentet fra https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/field/attachment/LARC%207%20Harmful%20sexual%20behaviour_Final_Web_o.pdf.
- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P., & Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse: Brother–sister incest does not differ from father–daughter and stepfather–stepdaughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 26(9), 957-973.
- Etgar, T. (1997). Parallel processes in a training and supervision group for counsellors working with adolescent sex offenders. *Social Work with Groups*, 19(3-4), 57-69.
- Falck, S., & Vorland, N. (2009). *Problemer har ikke kontortid: Akuttberedskapen i Barnevernet* (NOVA rapport 5/09). Oslo:NOVA.
- Farrenkopf, T. (1992). What happens to therapists who work with sex offenders? *Journal of Offender Rehabilitation*, 18(3-4), 217-224.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009). Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors. *Juvenile Justice Bulletin*. Hentet fra <https://doi.org/10.1037/e630532009-001>
- Fjelltvit, I. (2015, 25. juni). Her lærer barn om seksualitet. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/4KqQ/Her-larer-barn-om-seksualitet>
- Forsman, M., Johansson, A., Santtila, P., Sandnabba, K., & Långström, N. (2015). Sexuallycoercive behavior following childhood maltreatment. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 149-156.
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>
- Gamst, K. T. (2001). *Profesjonelle barnesamtaler. Å ta barn på alvor*. Oslo: Unversitetsforlaget.
- Gamst, K. T., & Langballe, Å. (2004). *Barn som vitner: En empirisk og teoretisk studie av kommunikasjon mellom avhører og barn i dommeravhør. Utvikling av en avhørsmetodisk tilnærming* (Doktorgradsavhandling). Oslo: Institutt for spesialpedagogikk. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: Til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). «Sammen er vi sterkere» - *En casestudie av hvordan utvalgte kommuner i Telemark arbeider tverrfaglig med folkehelsearbeid* (Masteroppgave). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2401650/eik%C3%A5%20og%20nedberge_2016.pdf?sequence=3
- Gray, A., Peters, W. D., Busconi, A., & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behaviour problems: Treatment implications. *Child Abuse and Neglect*, 23(6), 601-621.
- Grøvdal, Y, Saur, R., & Skaalerud, A. R. (2014). *En velvillig og oppmerksom tilhører: Mennesker som har vært utsatt for vold og deres møte med hjelpeapparatet og politiet* (Rapport 2/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hackett, S. (2010). Children and young people with harmful sexual behaviours. *Children Behaving Badly? Peer Violence between Children and Young People*, 121-135.

- 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*. Hentet fra <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/publications/harmful-sexualbehaviour-framework.pdf>.
- Hauglie, A. (2011). Sammensatte lidelser krever nye måter å samarbeide på. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(03), 263-266.
- Hegge, B. (2016). *Trafikklyset: Seksuell atferd hos barn og ungdom*. Oslo: Hertervig Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017a). *Mestre hele livet - regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017b). *Oppdragsdokument 2017 Helse Sør-Øst RHF*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_sor-ost_rhf_2017.pdf.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det: Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fdo4338a817e116of4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for barn og unge*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hogue, T. (1995). Training multidisciplinary teams to work with sex offenders in the English prison system. *Criminal Justice and Behaviour*, 21, 55-71.
- Hogue, T. E. (1993). Attitudes towards prisoners and sexual offenders. *Issues in Criminological & Legal Psychology*.
- Hollis, V., & Belton, E. (2017). *Children and young people who engage in technology-assisted harmful sexual behaviour; A study of their behaviours, backgrounds and characteristics*. Hentet fra <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/research-reports/exploring-technology-assisted-harmful-sexual-behaviour.pdf>
- Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H., & Askeland, I. R. (2016). *Behandlingstilbudet til barnsomer utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep. En nasjonal kartleggingsundersøkelse* (Rapport 6/2016). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hickey, N., McCrory, E., Farmer, E., & Vizard, E. (2008). Comparing the developmental and behavioural characteristics of female and male juveniles who present with sexually abusive behaviour. *Journal of Sexual Aggression*, 14(3), 241-252.
- Ingnes, E. K., & Kleive, H. (2011). *I møte med unge overgrepere*. Oslo: Gyldendal.
- Iversen, A. C., Havik, T., Jakobsen, R., & Stormark, K. M. (2008). Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra barnevernet. *Norges barnevern*, 85(1), 3-9.
- 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

- Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). Behandling av barn og ungdom som har erfart traumer. I C. Øverlien, M. I. Hauge & J. H. Schultz (red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 237-259). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jonassen, W., & Paulsen, M. (2007). *Hjelp og behandling til personer med volds- og aggresjonsproblemer: En nasjonal kartlegging av tilbud*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Kaplan, S. P. (1984). Rehabilitation counseling students' perceptions of obese male and female clients. *Rehabilitation Counseling Bulletin*.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kinge, E. (2012). *Tverretattlig samarbeid omkring barn. En kilde til styrke og håp?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjellgren, C. (2009). *Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome*. (Doktorgradsavhandling). Lund: Lund University, Faculty of Medicine.
- 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.
- Kjønstad, A. (2009). *Taushetsplikt om barn. Kommunikasjon og samarbeid mellom helseetaten, skoleetaten, sosialtjenesten og barnevernet*. Oslo: Kommuneforlaget.
- 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.
- Kripos (2017). *Mindreårige anmeldt for voldtekt i 2016*. Hentet fra https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/mindreareige-anmeldt-for-voldtekt-i-2016_web.pdf.
- Lea, S., Auburn, T., & Kibblewhite, K. (1999). Working with sex offenders: The perceptions and experiences of professionals and paraprofessionals. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(1), 103-119.
- Letourneau, E. J., Schaeffer, C. M., Bradshaw, C. P., & Feder, K. A. (2017). Preventing the onset of child sexual abuse by targeting young adolescents with universal prevention programming. *Child Maltreatment*, 22(2), 100-111.
- Lewis, R. (2018). Literature review on children and young people demonstrating technology-assisted harmful sexual behavior. *Aggression and Violent Behavior*, 40, 1-11.
- Långström, N. (1999). *Young sex offenders: Individual characteristics, agency reactions and criminal recidivism*. Stockholm: Department of Public Health, Karolinska institute.
- Martinsen, N., Andersen, K., Strekerud, H., Evensen, S., Torp, C., & Olsen, P. (2014). *Når blått og gult blir grønt - Tverrfaglig samarbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007-2015* (Rapport 5/2016). Oslo: NOVA.
- Murphy, W. D., Page, I. J., & Hoberman, H. M. (2016). Adolescents who have engaged in sexually abusive behavior: An overview. In *Sexual Offending* (pp. 185-212). Springer, New York, NY.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *NICE guideline: Harmful sexual behaviour among children and young people (NG55)*. Hentet fra <http://nice.org.uk/guidance/ng55>
- Nelson, M., Herlihy, B., & Oescher, J. (2002). A survey of counselor attitudes towards sex offenders. *Journal of Mental Health Counseling*, 24(1), 51-67.
- Ness, O. (2014). *Samarbeid eller samhandling? Er det noen forskjell?* Hentet fra <https://www.napha.no/content/14929/Samarbeid-eller-samhandling-Er-det-noen-forskjell>

- Norvoll, R., Andersson, H. W., Ådnanes, M., & Ose, S. O. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud for psykiske problemer*. Trondheim: SINTEF Helse (Rapport).
- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik - gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou20172017001200odddpdfs.pdf>
- NOU 2009: 22. (2009). *Det du gjør, gjør det helt: Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/aoba82b642e343b890b94b7314boa4e4/no/pdfs/nou20092009002200odddpdfs.pdf>
- Ogloff, J. R. P., Cutajar, M. C., Mann, E., Mullen, P., Wei, F. T., Yi, H., Herma A. B., & Yih, T. H. (2012). Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45 year follow-up study. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, 440, 1-6.
- Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2016). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (Vol. Sintef A27975). Hentet fra <http://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/download/?pubId=SINTEF+A27975>
- Politidirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. (2016). *Felles retningslinjer for Statens Barnehus*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1442/Felles-retningslinje-for-statens-barnehus.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., Griffin, H., Beech, A., Quale, J., Bradshaw, H., Henniker, J., & Morrison, T. (2012). *AIM2 assessment guidance manual*. Manchester: G-Map & AIM Project.
- 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.
- Riksadvokaten. (2017). *Felles retningslinjer for Statens Barnehus- politi og påtalemyndighetenes deltagelse i konsultasjonsteam*. (Rundskriv 2017). Oslo.
- Roschelle, J., & Teasley, S. (1995). The construction of shared knowledge in collaborative problem solving. In C. E. O'Malley (Ed.), *Computer supported collaborative learning*, (pp. 69-97). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ryan, G., Leversee, T. F., & Lane, S. (2011). *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction*. John Wiley & Sons.
- Ryan, G., Miyoshi, T. J., Metzner, J. L., Krugman, R. D., & Fryer, G. E. (1996). Trends in anational sample of sexually abusive youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 17-25.
- Scaletta, S. (1995). *The effect of adolescent sexual offenders' abuse history on counselor judgments*. Unpublished doctoral dissertation, University of Virginia.
- Selvik, S., Raaheim, A., & Øverlien, C. (2016). Children with multiple stays at refuges for abused women and their experiences of teacher recognition. *European Journal of Psychology*. doi:10.1007/s10212-016-0302-0
- Seto, M. C., Hermann, C. A., Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., & Långström, N. (2015). Viewing child pornography: Prevalence and correlates in a representative community sample of young Swedish men. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 67-79.

- Seto, M. C., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G., & Långström, N. (2010). Sexual coercion experience and sexually coercive behavior: A population study of Swedish and Norwegian male youth, *Child Maltreatment*, 15(3), 219-228.
- Seto, M.C., & Lalumiere, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575.
- Sex og politikk. (2017). Uke 6. Hentet fra <https://sexogpolitikk.no/seksualundervisning/om-uke-6>
- Sloper, P. (2004). Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. *Child: care, health and development*, 30, 571-580, doi: 10.1111/j.1365-2214.2004.00468.x
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stang, E. G. (2013). *Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt: Regelkunnskap og praksis* (NOVA rapport 3/2013). Oslo: NOVA.
- Statsministerens kontor (2018). *Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e4c3cfd7e4d4458fa8d3d2bb1e43bcbb/plattform.pdf>
- Straffeloven. (2015). *Lov om straff (straffeloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1902-05-22-10>.
- Straffeprosessloven. (1986). *Lov om rettergangsmåten i straffesaker (straffeprosessloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25>
- Strong, T., Sutherland, O., & Ness, O. (2011). Considerations for a discourse of collaboration in counseling. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2(1), 25-40.
- Søftestad, S. (2008). *Avdekking av seksuelle overgrep – veier ut av fortelsen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Utdanningsdirektoratet. (2017). *Rammeplan for barnehagen*. Hentet fra <https://www.udir.no/globalassets/filer/barnehage/rammeplan/rammeplan-for-barnehagen-bokmal2017.pdf>
- Vis, S. A., Lauritzen, C., & Fossum, S. (2016). *Barnevernets undersøkelsesarbeid – fra Bekymring til beslutning. Delrapport 1*. Hentet fra https://www.bufdir.no/global/Barnevernets_undersokelsesarbeid_oppsummering_av_hovedtrekkene_i_forskningslitteraturen_RKBU_Nord_2016.pdf
- 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.
- 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.
- Vorland, N., & Skjørten, K. (2017). *Barn i krise: Samarbeidet mellom barnevern og politi* (Rapport 4/2017) Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- 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.
- Wilkinson, S. (2016). Analyzing focus group data. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research* (pp. 83-100). London: Sage.
- Winsvold, A. (2012). Levekårene for de unge voksne i barnevern – en tverrfaglig utfordring? I, *Barn i Norge 2012: Rettssikkerhet i barnevernet?* Oslo: Voksne for barn.

- Wodarski, J. S. & Whitaker, D. L. (1988). Issues in treating sex offenders in the community. In J. S. Wodarski & D. L. Whitaker (Eds.), *Treatment of Sex Offenders in Social Work and Mental Health Settings* (pp. 145-165). New York: The Haworth Press.
- Ødegård, A., Lohne, M., & Willumsen, E. (2015). Utsiktet flytting fra fosterhjem – Enkvalitativ studie av fosterforeldrenes erfaringer. *Tidsskrift Norges Barnevern*, 92(3), 169- 181.
- Øverli, I., Vorland, N., Kruse, A., Hjorthol, T., & Blix, I. (2018). *Også disse barnas beste* (Notat). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Øverlien, C., & Moen, L. H. (2016). «Takk for at du spør!» En oppfølgingsstudie om kunnskap om vold og seksuelle overgrep mot barn blant blivendebarnvernspedagoger, grunnskolelærere og førskolelærere (Rapport 3/2016). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Øverlien, C., & Sogn, H. (2007). *Kunnskap gir mot til å se og trygghet til å handle* (Rapport 3/2007). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Denne rapporten handler om hvordan ulike faginstanser på kommunalt og statlig nivå samarbeider i saker som omhandler barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA). Gjennom en spørreundersøkelse og seks fokusgrupper undersøkte forskerne hvilke utfordringer fagpersoner møter når de skal samarbeide på tvers av etater i SSA-saker.

Resultatene fra spørreundersøkelsen og fokusgruppene viser at SSA-feltet fremdeles er nytt for mange som arbeider med barn og unge. Deltakerne i fokusgruppene formidlet et ønske om å støtte og hjelpe denne gruppen barn og unge, og de fortalte at de gjennomgående opplever vilje til samarbeid på tvers av etater. Data fra spørreundersøkelsen og fokusgruppene peker imidlertid på utfordringer i samarbeidet som blant annet; mangelfull kunnskap om SSA, uklare roller mellom aktørene, mangelfull kunnskap om andre etaters mandat, retningslinjer og ansvar, manglende informasjonsflyt mellom etater og mangel på treffpunkter.

Med bakgrunn i data fra spørreundersøkelsen og fokusgruppene drøfter forskerne hva som skal til for å fremme samarbeid på tvers av etater i SSA-saker. Forskerne trekker særlig frem et behov for å heve kunnskapen og kompetansen om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. De understreker også viktigheten av rolleavklaring i tjenestene og peker på et behov for nasjonale retningslinjer for tverretattlig samarbeid i SSA-saker. Samarbeid må prioriteres og legges til rette for. Resultatene fra denne undersøkelsen peker på et behov for at det skapes arenaer hvor ulike yrkesgrupper møtes i den enkelte kommune.



Rapporter kan lastes ned fra www.nkvts.no

ISBN 978-82-8122-136-9 (trykk)

ISBN 978-82-8122-137-6 (PDF)

ISSN 0809-9103

Rapport nr. 3 2018

NKVTS.NO