

MASTEROPPGAVE

Emnekode:
SO330S-1

Navn / kandidatnr.:
Janicke Toxen Flack 11

Oppfølging av og ansvar for barn med
problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Dato: 15.11.2019

Totalt antall sider: 80

Abstract

Today, there is a greater focus on children with problematic or harmful sexual behavior, and it is possible to get guidance and help in identifying the child's need after discovery. The Child Welfare Service feels that concerns about this problem are being reported more often than a few years ago. Although the problem has become more focused, there are still challenges in terms of knowledge and good enough measures for this group of children.

This task focuses on the follow-up of children with problematic or harmful sexual behavior, and who is responsible for receiving an offer of help. I have interviewed seven people who have in common that they work to help these children. They work in various departments within the Ministry of Justice and Emergency Planning, the Ministry of Health and Care Services and the Ministry of Children and Family Affairs.

This study was conducted with a qualitative method to give a knowledge status as of today. The aim of the study is to shed light on areas that need attention and further development. No countries in the Nordic or Western Europe have succeeded in establishing good nationwide treatment services for children with problematic or harmful sexual behavior.

The study highlights the challenges that the auxiliary experiences around taboo attitudes and stigma. The informants focus on the need for comprehensive thinking in treatment, in order to provide the best possible care for the child. They argue that family therapy should be implemented to a greater extent, for the families inflicted. The ministries face challenges in establishing good interdisciplinary and interdisciplinary guidelines for their areas of responsibility, providing quality assurance in investigations and treatment, and establishing measures for children with problematic or harmful sexual behavior, as part of treatment.

Keyword: Children with Harmful Sexual Behavior, Treatment Services, Quality Assurance in Treatment.

Forord

Prosjektet mitt med å ta en master i sosialt arbeid har vært tidkrevende og tatt mye lengre tid enn jeg forventet. Men det har vært en lærerik prosess, som har gitt meg ny faglig innsikt og kunnskap på et område som er viktig. Studietiden har vært spennende og det har økt lysten min til å lære mer.

Det er mange jeg ønsker å takke nå som masterstudiet er fullført. I første rekke vil jeg takke informantene for at de satt av tid til intervju, og at de delte sine refleksjoner på et vanskelig tema som gir oss store utfordringer faglig sett. Jeg håper denne oppgaven kan være til nytte for flere.

Jeg ønsker å takke veilederen min, Kate Mevik for god støtte, innspill og raske tilbakemeldinger. Min gode venninne Nansy Schulzki som har lest korrektur og som har vært en god drøftingspartner slik at tematikken ble bedre forklart. Til siste men ikke minst vil jeg takke mannen min Simon Flack, som har vært den beste støtten jeg kunne hatt, og som har gitt meg pågangsmot til å fullføre dette.

Takk til nærmeste familie og venner for støtte, tålmodighet og forståelse for at jeg har vært fraværende, både mentalt og sosialt i denne prosessen.

Janicke Toxen Flack

November 2019

Sammendrag

I dag er det et større fokus på barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og det er mulig å få veiledning og hjelp for å kartlegge behovet til barnet etter avdekking.

Barneverntjenesten opplever at det meldes oftere bekymring om denne problematikken nå enn for noen år tilbake. Selv om problematikken har fått et større fokus, er det fortsatt utfordringer når det gjelder kunnskap og gode nok tiltak for denne gruppen med barn.

Denne oppgaven fokuserer på hvilken oppfølging barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd får, og hvem som har ansvar for at de får et tilbud om hjelp. Jeg har intervjuet syv personer som har til felles at de jobber for å hjelpe disse barna. De jobber i ulike avdelinger innenfor justis- og beredskapsdepartementet, helse- og omsorgsdepartementet og barne- og familiedepartementet.

Denne studien er gjennomført med kvalitativ metode for å gi en kunnskapsstatus pr i dag. Målet med studien er å belyse områder som har behov for oppmerksomhet og videreutvikling. Det er ingen land i Norden eller vest i Europa som har lyktes med å etablere gode landsdekkende behandlingstilbud for barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd.

I studien trekkes det frem utfordringer som hjelpeapparatet opplever rundt tabubelagte holdninger og stigma. Informantene fokuserer på behovet for helhetlig tenkning i behandling, for å gi best mulig ivaretagelse av barnet. De argumenterer for at familierapi bør iverksettes i større grad, for de familiene som er berørte. Departementene har utfordringer med å etablere gode tverrfaglige og tverretatlig retningslinjer for sine ansvarsområder, sørge for kvalitetssikring i utredning og behandling, samt etablere tiltak for barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, som ledd i behandling.

Innholdsfortegnelse

Abstract.....	0
Forord	1
Sammendrag	2
1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.1.2 Refleksjon	8
1.2 Hensikt og problemstilling.....	9
1.2.1 Begrepet SSA	10
1.3 Oppgavens struktur.....	11
1.4 Aktuelle institusjoner og nettverk.....	12
1.4.1 Kompetanseteamet V27 ved BUP Betanien i Bergen.....	12
1.4.2 Statens Barnehus.	14
1.4.3 Konsultasjonsteam og Kompetansenettverk i Norge.....	14
2. Tidligere forskning.....	15
2.1 SSA som fenomen.....	15
2.1.1 Begrepet SSA	16
2.1.2 Juridiske skillelinjer.....	17
2.2 Hvem er barna med problematisk eller skadelig seksuell atferd.....	18
2.2.1 Forekomst av SSA, etiologi og risikofaktorer	18
2.2.2 Jenter og SSA.....	20
2.3 Behandlingstilbud til barn med SSA	21
2.3.1 Utredning og kartlegging.....	22
2.3.2 Behovet for samarbeid.....	23
2.4 Forebygging	24
2.4.1 Forebygging i Norge.....	25
2.5 Dagens status.	26
3. Teoretisk rammeverk	27
3.1 Den sosiale konstruksjon av samfunnet.....	29
3.2 Egenskapsforklaringer og system	30
3.3 Problematisk og skadelig seksuell atferd som samfunnsfenomen	31
3.4 Kulturelle betingelser for overgrep	32
3.5 Barn med SSA som stigmatisert gruppe	34
3.6 Kulturell tabuisering	34
3.7 Etikk i sosialt arbeid.....	35
3.8 Anerkjennelse i møte med krenkeren og den krenkede.....	36
4. Metode	38
4.1 Kvalitativ metode	38
4.2 Epistemologi	40
4.3 Strategisk utvalg	40
4.3 Forskningsetikk	42
4.3.1 Forsknings- og fagetisk ansvar.....	42
4.4 Semistrukturerte intervju	43
4.5 Gjennomføring av intervju	43

4.6 Intervju over telefon.....	44
4.7 Asymmetri i intervju situasjon.....	45
4.7.1 Asymmetri og min egen forforståelse	45
4.8 Transkribering.....	46
4.9 Analyse	46
4.9.1 Analyseprosessen	46
4.9.2 Koding av data	47
4.10 Studiens nytteverdi og kvalitet.....	48
4.10.1 Reliabilitet	49
4.10.2 Validitet.....	49
4.10.3 Generalisering	50
5. Analyse av funn	50
5.1 Innledning.....	50
5.2 Hvordan møtes barn når det avdekkes problematisk eller skadelig seksuell atferd.	51
5.2.1 Etske perspektiv og faglige vurderinger.....	55
5.3 Med traumeperspektiv i møte med barn som har problematisk eller skadelig seksuell atferd.	57
5.3.1 Fornektelse og bagatellisering versus erkjennelse og anerkjennelse	60
5.4 Tiltak og koordinering i hjelpearbeid	63
5.4.1 Styrking av kompetanse på SSA	69
5.5 Kvalitetssikring av tiltak for barn med SSA.....	73
5.6 Behov for system og organisering	76
Litteraturliste.....	82
Vedlegg 1 Mail.....	87
Vedlegg 2 Informasjon og samtykkeskjema	88
Vedlegg 3 Intervjuguide.....	91

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har arbeidet innen barnevernfeltet siden 2002 og har erfaring som miljøterapeut på institusjon, og som saksbehandler og fagleder i barneverntjenesten. utfordringene man blir stilt ovenfor som saksbehandler og fagleder i barneverntjenesten kan være svært varierte, og det kan være krevende å jobbe med de ulike problemstillingene. Jeg ble raskt kjent med problemstillinger rundt barn som har en problematisk eller skadelig seksuell atferd, som saksbehandler i barneverntjenesten. Jeg vil presentere en case som belyser noen av de problemstillingene rundt en gutt og hans familie som jeg ble stilt ovenfor. De utfordringene jeg stod i for å gi gutten den oppfølgingen han hadde behov for, var svært krevende. Det som engasjerte meg mest med saken, var at jeg oppfattet det som uetisk at barneverntjenesten ikke hadde tiltak å sette inn, og at det kunne se ut som at hjelpeapparatet og samfunnet aldri hadde befattet seg med den problematikken tidligere. Temaet barn som seksuelt misbruker andre barn er et vanskelig område som bringer frem mange følelser. Flere jeg har snakket med som ikke jobber innenfor barnevern eller psykisk helse reagerer med en blanding av usikkerhet, vantro og overraskelse når jeg forteller hva denne studien handler om. De fleste sier at de ikke har tenkt over at det forekommer overgrep mellom barn. Dette belyser noe av problemet tenker jeg. Det kan være at dette ikke er et problemområde som er så utbredt, og derfor har ikke så mange hørt om dette, noe som kan være bra. En annen mulighet er det er for lite oppmerksomhet og kunnskap generelt om barn som har en problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Jeg startet å jobbe i barneverntjenesten som saksbehandler i 2010. En av mine første saker startet med en bekymringsmelding fra politiet, der en far hadde anmeldt sin sønn på 14 år, for seksuell omgang med sin halvsøster. Dette skulle ha skjedd da begge var på samvær hos sin far. Det var lite erfaring med slike saker på mitt arbeidssted, men jeg gjorde noen kartleggingssamtaler med guttens mor. Hun var selvfølgelig fortvilet, men også samarbeidsvillig og interessert i å få hjelp. Jeg tenkte at vi måtte finne ut om dette var en engangshendelse, samt bli kjent med gutten. Politiet hadde hatt gutten inn til samtaler, selv om han var under straffbar alder, og barneverntjenesten fikk oversendt utskrift av disse. Det var gjengitt relativt konkret hva han hadde gjort basert på samtaler med søsteren. Politiet

hadde vært hjemme hos gutten og beslaglagt hans pc, Ipad og telefon, der det viste seg at han hadde vært inne på nettsider som viste overgrep mot barn.

Når saken kom inn til barneverntjenesten var det mye fokus på søsteren og hva han hadde utsatt henne for. Som saksbehandler for gutten ble jeg opptatt av hvordan vi kunne finne ut om det var gjentakelsesfare og eventuelt hvor stor den var. Jeg ønsket også å finne ut om det fantes tiltak som kunne settes inn for å hjelpe han, slik at han ikke skulle utsette andre eller seg selv for nye tilsvarende situasjoner. Jeg startet tidlig å lete etter noen som hadde kunnskap på feltet som kunne gi oss noen råd på hva som var lurt å gjøre.

Jeg fikk ordnet med en time hos det lokale BUP kontoret for en anonym drøfting av case'et. Vi hadde da fått inn enda en melding som gjaldt overgrep på en 8 år gammel gutt, som var utført av en 14 åring. Dette ble en underlig seanse. Vi fortalte om situasjonen til begge guttene, samt hvilke utfordringer vi så at barneverntjenesten stod ovenfor. Vi hadde flere problemstillinger vi ønsket hjelp med. Avdelingsoverlegen var stort sett taus, og formidlet at han ikke hadde noe å bidra med, ei heller forslag til hvem vi kunne kontakte. Han var enig i at situasjonen for begge guttene var alvorlig.

Da vi ikke lyktes å få noe fornuftig råd hos BUP, fikk jeg på plass en telefonkonsultasjon med RVTS i Tromsø for å drøfte problemstillingene med dem. De mente det var problematisk at gutten bodde hjemme, ettersom det var mindre søsken der. Gutten hadde to yngre søstre på 1,5 og 11 år. Barna i hjemmet måtte aldri være alene på samme rom med broren, selv om det var andre voksne tilstede i huset.

Jeg søkte også om bistand fra fagteamet i Bufetat for å få hjelp til å finne egnede tiltak. Fagteamet skulle bidra med hjelp når kommunen ikke hadde faglig kompetanse eller egnede tiltak i barnevernssaker. Fagteamet var enig i at familiene måtte få hjelp, men de var mest opptatt av at det var kommunen sitt ansvar å få på plass hjelp i hjemmet. De mente at en miljøarbeider burde settes inn for å veilede familien. Jeg opplevde det som at fagteamet gikk "rundt grøten", og at de ikke var villig til å gå i dybden for å diskutere de primære problemene. Deres vurdering var at dersom tiltaket med miljøarbeider i hjemmet ikke endret situasjonen, kunne barneverntjenesten søke om MST for å hjelpe mor med grensesetting. Jeg var bekymret for at vi kom til å ende opp med å sette inn tiltak, som kun fokuserte på sekundære problemer. I denne perioden opplevdes det som at Bufetat, som skulle være et

rådgivende organ med bred faglig kompetanse på områder som kommunene ikke hadde, rett og slett motarbeidet barneverntjenesten, fordi de ikke tok inn over seg alvorligheten i det som hadde skjedd.

Jeg fikk et tips av en kollega om at jeg kunne ringe en psykolog som arbeidet ved Statens barnehus i Tromsø, for å høre om han visste av noen egnede tiltak og hvordan vi kunne kartlegge risiko for gjentakelsesfaren. Han skjønnte dilemmaene vi sto i, og han ønsket å se på hva han kunne bidra med for å hjelpe oss. Etter noen dager tok han kontakt og sa at han kunne gjennomføre en Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR) kartlegging av han, hvis vi fikk gutten med på det frivillig. Dette var en omfattende kartlegging av risiko for gjentakelsesfare, som innebar spørreundersøkelser og intervju av gutten, mor og meg. Det var ikke akseptert at Statens barnehuset tok i mot overgripere, så vi måtte tilpasse besøket til en dag de hadde stengt for avhør av fornærmede. Det tok tid å overtale gutten. Han nektet i utgangspunktet å bli med til Tromsø, så vi startet ut med at jeg gjennomførte de fleste spørreundersøkelsene under veiledning av psykologen. I tillegg hadde han et par telefonsamtaler med gutten. Den siste delen av kartleggingen fikk vi gjennomført i Tromsø, der psykologen gjennomførte intervju med oss. Etter noen uker var vi tilbake i Tromsø der vi fikk en gjennomgang av kartleggingen. Resultatet var alvorlig, og han la ikke skjul på det ovenfor gutten, mor eller meg. Han var klar på at risikoen for gjentakelse var høy. Gutten ble beskrevet å ha lav empati med offer, han ble oppfattet som svært sjarmerende og lett å like, og han hadde diagnosen ADHD. Gutten har vokst opp med enslig mor, som nok også har ADHD. Gutten gjennomførte sitt første samleie som 10 åring, med en jevnaldrende jente. Han hadde beskrevet dette som frivillig. Psykologen mente risikoen for gjentakelse var høy, selv om gutten benektet dette. Det kunne gå 1, 5 eller 10 år, så kunne tankene komme som "dråper", og terskelen bli lavere. ERASOR rapporten ble sendt til BUP og fagteamet.

I samarbeid med psykologen ble det laget en sikkerhetsplan for gutten i hjemmet. Han fikk begrensinger på hvem han kunne være sammen med, og at han kunne ikke være alene med andre barn på et rom. Han ble kontrollert store deler av døgnet og hadde begrenset nettilgang.

Kort tid etter denne kartleggingen, hadde Fagteamet funnet en plass for gutten på en privat institusjon på Østlandet. Gutten skrev noe motvillig under på en frivillig plassering etter barnevernloven § 4-26. Institusjonen drev miljøterapeutisk arbeid for barn med skadelig seksuell atferd, og personalet hadde jevnlig veiledning av V 27 i Bergen. Før behandling ble

han søkt inn til den lokale BUP avdelingen. Det tok 4 måneder før han fikk sin første time der. Behandleren hans deltok på et par ansvarsgruppemøter, men fremstod som passiv og negativ i samarbeidet. Etter 6 måneder ble behandlingen ved BUP avsluttet og epikrisen beskrev at de hadde jobbet med relasjonsbygging. Gutten fortalte at overgrep aldri hadde blitt tematisert. BUP mente at beskrivelsen fra barneverntjenesten om hva som skulle behandles var for upresis, og behandleren mente det var vanskelig å komme i posisjon til gutten for å ta opp temaet.

Da BUP ikke hadde gitt han behandling, klarte institusjonen å få time for han på institutt for klinisk sexologi i Oslo. Gutten manglet motivasjon, og dro dit kun to ganger. Gutten skulle nå starte på videregående skole og etterhvert etablerte han seg på hybel med oppfølging av institusjonen. Da han var 18 år avsluttet han oppfølging av barneverntjenesten.

1.1.2 Refleksjon

Det har undret meg mye at det var vanskelig å finne riktig tiltak, og at henvendelser til flere instanser ble besvart med at de ikke hadde kompetanse på området, og at de derfor ikke kunne bistå i saken. Jeg har stusset over at det ikke fantes kompetanse, og om det kunne handle om uvilje til å bistå på et komplekst område, eller om det var mangel på økonomi. Senere har jeg tenkt at det muligens handler om at temaet fortsatt er sterkt tabu belagt, til tross for at de fleste seksuelle problemer belyses og drøftes i media. Jeg har hatt en forestilling om at BUP og barneverntjenesten ikke var så bundet av tabu belagte tema, så i min naivitet er nok dette årsaken til at det ikke har streifet meg tidligere. Jeg hadde et bilde av at spesialister i barnevernet og psykiatrien var mer robuste og hadde kunnskap om slike områder.

Jeg har reflektert mye rundt den ene SSA saken jeg har fulgt som saksbehandler og da jeg presenterte denne som en case for en gruppe studenter nylig, slo det meg hvor vanskelig det ville være å jobbe med saken også i dag. Selv etter at det har kommet flere tiltak på banen, samt en noe større åpenhet rundt tema profesjonelt, er det helt klart flere stigmatiserende barrierer som gjenstår. Flere av informantene i min undersøkelse har vært tydelige på at det må jobbes helhetlig, familierapeutisk og ut i nettverket til barnet. Jeg er helt enig i at dette er nødvendig for å bryte ned barrierer med tanke på skam og stigmatisering. Personlig tenker jeg at jeg evner å møte personer og familier med respekt, anerkjennelse og toleranse, selv om de har krenket andre personer på ulike måter. Men da jeg sto og fortalte om dilemmaene rundt ivaretagelse av denne gutten og hans familie, kjente jeg på tvilen over om hans situasjon ville

blitt bedre ivaretatt om den oppstod i dag. Det å inkludere nettverk og skole i hva som har skjedd, betyr at de vil få innsikt i hva han hadde utsatt andre for og vurderingene som var gjort om gjentakelsesfare. Det er ikke nødvendigvis slik at alle vil forstå og ha tillitt til hvordan saken bør jobbes med for å re-integrere gutten. Hvis foreldre og lærere får vite at det er et barn i deres barns omgangskrets som har krenket andre barn, ser jeg det som sannsynlig at de vil handle ut i fra egen redsel og behov for å beskytte sine barn. Og da vil ikke det være med inkludering og toleranse. Jeg ser at det er løsningen, men veien dit er så lang å gå.

1.2 Hensikt og problemstilling

Formålet med studien er å se på hva slags oppfølging barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd får. I kartleggingsfasen har jeg sett at temaet har fått mer fokus de tre siste årene, og at Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet har bevilget prosjektpenger til V27 i Bergen, for å utvikle kompetanse innen avdekking-, kartlegging-, og behandlingsmetoder til bruk i de lokale Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i hele landet. Målet med bevilgningene beskrives å være; at det skal gis et helhetlig og likt tilbud uavhengig av hvor du bor i landet.

Det er ikke utalt at en seksjon eller enhet har ansvar for avdekking, oppfølging og behandling av barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Derfor undrer jeg meg over hvilken oppfølging disse barna får. Problemstillingen jeg ønsker å undersøke er; ”**Hvilken oppfølging får barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og hvem har ansvar for at tilbudet blir gitt**”. Ut i fra denne problemstillingen ønsker jeg å få innsikt i erfaringene som hjelpeapparatet har gjort seg. For å nærme meg tema gjennom intervju har jeg utformet følgende forskningsspørsmål;

-Hvilke utfordringer støter du/dere på når dere er i kontakt med barn, eller familier som har barn med SSA?

-Hvilke tiltak eller kartleggingsmetoder er du kjent med, og som kan settes i verk for barn med SSA?

-Hvem eller hvilken etat tar ansvar for koordinering av tiltak som blir iverksatt?

-Hva slags kvalitetssikring brukes i tiltaket, for å sikre at tiltaket som er iverksatt fungerer eller gir ønsket resultat?

-Tenker du eller dere at det tilbudet som gis i dag er godt nok faglig sett? – og hva baserer du det på?

Problemstillinger rundt barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd har engasjert meg i mange år. Jeg har gått flere runder med meg selv for å kunne konkretisere hva jeg ønsket å undersøke når jeg skulle i gang med masteroppgaven. Hva var det som gjorde meg engasjert og i stor grad frustrert i tematikken? Det var ikke barna med SSA i seg selv, men heller hvordan hjelpeinstanser og samfunnet rundt reagerte, eller ikke agerte som opptok meg.

Utgangspunkt for oppgaven og problemstillingen er utledet av egne refleksjoner over mine erfaringer. Jeg er opptatt av å forstå meningsinnholdet i mine studier av mennesker og hvorfor vi handler og tenker slik vi gjør. Temaet i problemstillingen er både sensitiv og tabubelagt, derfor krever det at man søker forståelse gjennom hvordan mennesker fortolker sin verden og hvilket menneskesyn de har, da dette preger deres handlinger i hverdagen.

Hensikten er ikke å få kunnskap om intervju personene eller individuelle sammenhenger, men hvilke sosiale mønstre de bærer med seg, som kan gi utslag i hvordan vi hjelper barna, og vår håndtering av problemstillinger som oppstår.

Alle yrker har en hensikt og et mål med oppgavene de løser, men i arbeidet med mennesker følger ofte en større kompleksitet i formålet. Innenfor yrker som omhandler sosialt arbeid er vi vant til ifølge Karen Healey (2014), å vurdere hensikten med de intervensjonene vi gjør. Mange av tiltakene handler om en inngripen i andre menneskers liv, og det krever omfattende avveielser som begrunner formålet med intervensjonen. Derfor er det viktig å være klar over de etiske, sosiale, juridiske og samfunnsøkonomiske argumentene for de beslutningen som tas. Jeg tenker dette belyser godt hvilke områder man bør være bevisst når man begrunner tiltak for barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Kontekstuellt er sosialt arbeid svært så mangfoldig, og det har mye å si for hvordan man vurderer problemene.

De rådende oppfatningene blant fagfolk av hva problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn er, handler om at dette er en type atferd eller et uttrykk som kan behandles og endres, og ikke forstyrrelser i deres seksualitet. Dette medfører et større traumefokus og vurdering av dysfunksjon hos barnet, når det gjelder kartlegging og vurdering av behandling.

1.2.1 Begrepet SSA

I NKVTS rapport 1/2017 belyses det at barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd har blitt omtalt på ulike vis, som for eksempel *unge pedofile*, *unge overgripere* og *unge seksualforbryttere*. For å hindre stigmatisering ble begrepet *barn og unge med problematisk*

eller skadelig seksuell atferd tatt i bruk. Begrepet dekker alle former for seksuelle overgrep. I oppgaven blir barn og unge med *problematisk eller skadelig seksuell atferd* forkortet til barn med SSA. Begrepet barn brukes om alle *barn* om alle mellom 0 og 18 år, som samsvarer med norsk lov jf. Vergemålsloven og Barnevernloven § 1-3. Hovedvekten av barn som er omtalt i de ulike forskningsrapportene, er ofte i alderssjiktet 8-12 år og 13-18 år.

Handlingene som er begått av barn med SSA, vil ofte være definert som straffbare handlinger innenfor straffeloven seksuallovbrudd. Ettersom den kriminelle lavalderen i Norge er 15 år, innebærer det at et barn under 15 år som begår kriminelle handlinger, ikke kan idømmes straff eller opphold til behandling i psykiatrien. I lov om barneverntjenester jf. § 4-6, og § 4-24 (§ 4-26) kan barn under 18 år pålegges behandling eller plasseres under tvang i behandlingsinstitusjon.

1.3 Oppgavens struktur

Jeg vil i denne oppgaven gjøre rede for hvordan barn med SSA blir fanget opp, hvordan fagpersoner og hjelpeapparatet kan få råd og veiledning på hva de bør gjøre videre. Jeg vil med et kritisk blikk belyse hvordan hjelpeapparatet selv vurderer tilbudet som er og hvordan de vurderer kvaliteten i tilbudet. I kapitlet om tidligere forskning beskrives kort historisk utvikling, forskning på kjennetegn hos barn med SSA og Norges fokus på forebygging og kompetanse på områder rundt vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt mot barn. I teoretisk rammeverk vil jeg gjøre rede for tabu, stigmatisering og anerkjennelse som kulturelle forhold, for å belyse konteksten som kan påvirke vår behandling av barn med SSA. I metodekapitlet beskriver og forklarer jeg vitenskapelig ståsted og den metodiske fremgangsmåten. I analysen redegjør jeg for empiriske funn som drøftes opp mot tidligere forskning og teoretisk rammeverk.

I denne studien er det brukt en kvalitativ tilnærming for å belyse problemstillingen. Med utgangspunkt i et rasjonelt menneske syn og samfunnskonstruktivistisk perspektiv.

Fagfeltet som har kunnskap om SSA er relativt lite og består av nøkkelpersoner ved ulike institusjoner. Det vil si at det er enkelte ansatte som innehar kompetanse og erfaring på feltet, hovedsakelig som følge av egeninteresse og engasjement. Det har gjort at undersøkelsen på mange måter begrenser seg selv, da fagmiljøet er noe spredt. Jeg kommer ikke til å gå inn på innholdet i de ulike kartlegging eller behandlingsmodulene, da jeg hverken har kunnskap eller

faglig bekgrunn for å uttale meg om deres terapeutiske funksjon eller kvalitet. AIM 2 vil få en kort beskrivelse da dette er et verktøy det er faglig kongruens om å ta i bruk, samt at opplæring i dette manualsystemet er satt i gang.

Studiet er en enkeltstående tverrsnittstudie for å kartlegge situasjonen i hjelpeapparatets status per i dag. Målet er ikke å trekke konklusjoner over tid, men heller belyse områder som har behov for oppmerksomhet og videreutvikling. Temaet har fått et større fokus de siste årene, og det er bevilget midler til forskning for å utvikle og spre kunnskap, samt utarbeide metoder til kartlegging og behandling. I følge rapport nr. 1 2017 fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), som er et statseid forskningsinstitutt, hadde ingen av de nordiske landene lyktes i å etablere et landsdekkende helhetlig tilbud for barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Men Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gav NKVTS (Rapport nr.3 2018) i oppdrag å utføre et utredningsarbeid knyttet til problematisk eller skadelig seksuell atferd gjennom en opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021). Denne utredningen skulle i større grad ha fokus på de kommunale tjenestenes samarbeid, i forhold til barn og unge som utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd. Utredningen konkluderte blant annet med at hjelpeapparatet opplevde sine egne roller som uklare og at det var usikkerhet på eget lov og rammeverk, taushetspliktens muligheter og begrensninger, samt manglende arenaer for å drive tverrprofesjonelt samarbeid.

1.4 Aktuelle institusjoner og nettverk

1.4.1 Kompetanseteamet V27 ved BUP Betanien i Bergen

I 2003 ble avdelingen V27, en enhet organisert under Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ved Hospitalet Betanien i Bergen, etablert som et prosjekt for ”unge overgripere” i 2003, med støtte fra Sosial- og Helsedepartementet. Målet var å lage et spesial team som skulle drive behandling av unge overgripere. Navnet V27 ble valgt med bakgrunn i gateadressen avdelingen har, og ble vurdert som både nøytralt og litt kult, slik at det lettere ville appellere til ungdommene som avdelingen var opprettet for.

Det var en personlig idealisme hos overlege Eile Knudsen Inghes som drev frem prosjektet for denne gruppen med barn, og som ikke fikk hjelp innenfor det tradisjonelle psykiske helsevernet, ifølge rapport V 27, *prosjektrapport 2004-08*. I denne rapporten blir prosjektet oppsummert, og sitatets siste setning fra innledningen belyser hvor ukjent temaet *unge*

overgripere var for menigmann, men også innenfor store deler av fagmiljøene; ”*Sosial- og helsedirektoratet (nå: Helsedirektoratet) var forutseende og modig, da det tildelte det 5-årige prosjekt V27 midler i 2004. Forutseende fordi det var svak, men økende fokus på gruppen unge som begår seksuelle overgrep, og en forståelse i direktoratet av at det var viktig å ha kjennskap til og kunnskap om denne gruppen unge. Modig fordi denne problemstillingen var ukjent ved flertallet av barne- og ungdomspsykiatriske enheter (vedlegg 1: Birkhaug, P. m. fl. 2005), og det var konkurranse om ressurser til vel definerte og kjente pasientgrupper. Det krevdes mot for å øremerke midler for arbeid med en ukjent og muligens ikke-eksisterende pasientgruppe.*” (V 27, prosjektrapport 2004-08, s.5). Ifølge Ingenes og Kleive (2011) var V27 sitt mandat å etablere kompetanse på overgripere under 18 år, og utarbeide et kartleggings- og behandlingsprogram for gruppen. I 2009 fikk de utvidet sitt mandat til å tilby kompetanse og veiledning til medarbeidere innen fagfeltet for BUP i Helse Vest.

V27 har bidratt som en sterk ressurs på fagfeltet og ifølge Jensen (nr.1/2017) har de deltatt både nasjonalt og internasjonalt innen nettverkskonferanser som omhandler SSA. De har bidratt til innføring og oversettelse av kartleggingsverktøy som Adolescent Sexual Abuser Project (ASAP) og Assessment Intervention Moving on 2 (AIM2), og disse er oversatt og gjort tilgjengelig for andre hjelpeinstanser i landet. Kartleggingsverktøyet Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR) har og vært brukt for å kartlegge risiko for gjentakelsesfare. V27 sitt tilbud er basert i barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse der de bidrar med kartlegging og behandling med spesifikt fokus på SSA. De tilbyr individuell oppfølging av klienter og deres familier, og de kjører behandlingstilbud for grupper i Helse Vest.

AIM2 er utviklet i England og ble oversatt til norsk i samarbeid med kompetansemiljøet V27 for SSA ved Betanien BUP i Bergen. AIM2-Basic gir en grunnleggende kunnskap om hvordan man kan gjenkjenne og identifisere problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn. Det andre kurset AIM2-utredning gir kompetanse til å kartlegge hvilke områder det bør intervenseres på for barnet og familien, slik at det kan lages trygghetsplaner. AIM2-behandling har fokus på barnet som utøver og familien som helhet.

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), bidrar med undervisning og opplæring for fagansatte i metoden AIM2 i hele Norge.

1.4.2 Statens Barnehus.

Ifølge Politidirektoratet (årsrapporten 2017) ble Barnehusene etablert med det formål å sikre særlige sårbare barn og personer med funksjonsnedsettelse som hadde vært utsatt for, eller vitne til vold og/eller overgrep. Det første Barnehuset åpnet i 2007, og i 2017 var det 11 Barnehus fordelt rundt i Norge. Samt to satellitt kontor for å dekke områder som har store geografisk avstander. I NKVTS rapport 1/2017 påpekes det at det er viktig å ivareta barneperspektivet når barn har begått seksuelle overgrep. Statens barnehus innehar spesialkompetanse på tilrettelagte avhør av barn, og de kan bistå pårørende og øvrig hjelpeapparat med råd og veiledning i situasjoner under avdekking og i oppfølging i tiden etter avhør. Barna som avhøres ved barnehusene i dag, er utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Barnehusene er designet med tanke på barn, og utstyrt slik at de kan virke avstressende i disse situasjonene.

Barnehusene skal sikre at barn ikke blir utsatt for unødige belastninger i forbindelse med avhør og medisinske undersøkelser, ved å tilby koordinert oppfølging og veiledning. Det skal være et hus, et organ, som kan bistå med alt på samme sted. Dette skal bidra til å styrke ivaretagelse og rettsikkerheten til fornærmede, samt den som har krenket en annen, dersom det er et barn. De ansatte ved Barnehusene har en tverrfaglig bakgrunn innen psykologi, jus og sosialt arbeid, men er sivilt ansatt i Politiet.

Statens Barnehus har de siste årene fått tilført midler for å ivareta barn med SSA. Flere Barnehus har tilegnet seg kompetanse for å kartlegge og gi behandling til denne gruppen, samt veilede andre fagansatte om hvordan de bør gå frem ved avdekking av SSA.

1.4.3 Konsultasjonsteam og Kompetansenettverk i Norge.

Det er beskrevet i NKVTS rapport nr. 12017 at Norge har gode grunnstrukturer for å sikre kunnskapsformidling og likeverdig behandling til barn med SSA. Det er opprettet to nettverk; et nasjonalt kompetansenettverk som består av fagansatte fra Statens barnehus, RVTS, Bufetat, habiliteringstjensten og barneverntjenesten, samt et nasjonalt klinisk nettverk som har kunnskap og erfaring med SSA innen kartlegging og behandling. Begge nettverkene består av fagpersoner som har kompetanse og erfaring med barns problematiske og skadelige seksuelle atferd. Disse nettverkene sin oppgave er å drive fagutvikling gjennom internasjonale SSA-fagmiljø, sikre felles faglig forståelse og plattform, formidle kunnskap og opplæring i de ulike regionene, samt å vektlegge tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid.

RVTS har bidratt til å opprette flere tverrfaglige konsultasjonsteam eller kompetanseteam, der ulike fagansatte kan søke veiledning i spørsmål som angår barn, som kan være utsatt for vold, omsorgssvikt og seksuelle overgrep (NKVTS, 2017:1). I dag er det ulike konsultasjonsteam med ulik forankring. Noen team er opprettet som kommunalt kompetanseteam for å veilede egne kommunale avdelinger, og det er konsultasjonsteam som ivaretar større områder innenfor ulike sektorer. Statens barnehus har tverrfaglige konsultasjonsteam ved flere av sine barnehus, som kan veilede i saker som sokner til den aktuelle avdelingen.

2. Tidligere forskning

Jeg vil trekke frem forskning som belyser hvilke faktorer som kan være medvirkende til utvikling av problematisk eller skadelig seksuell atferden. Ved å vise til nasjonal og internasjonal forskning vil jeg beskrive grensegangene for når SSA ansees å være en krenkelse og et straffbart forhold. Internasjonalt er det utarbeidet metoder for kartlegging og behandling som er oversatt og tatt i bruk i Norge, og det er satset en del på kurs og opplæring innenfor helseforetak, Barnehus og noe kommunal virksomhet. Til slutt vil jeg belyse noe forskning på forebygging, samt hvilke mangler departementene i Norge har funnet og hvilken satsning på forebygging de mener bør settes inn.

2.1 SSA som fenomen

På 1970-80 tallet uttalte de første fagpersonene seg i USA, om at barn og unges problematiske seksuelle atferd ikke nødvendigvis bare handlet om utforskning. Tidligere har redsel for å stemple andre eller bli assosiert med ”perversitet” ført til benektelser og ansvarsfraskrivelse av fagmiljøene (Ryan, Thomas, Miyoshi, Jeffrey, Metzner, Krugman & Fryer, 1996). Den første dokumentasjonen og erkjennelsen for at barn kunne misbruke andre barn seksuelt kom rundt 1990, der faglitteraturen begynte å omtale fenomenet som et problem. Ryen et al. (1996) sin kartlegging fra USA viser at når barn ble henvist til behandling i det offentlige hjelpeapparatet, ble primærårsakene ofte beskrevet som; ”utsatt for mishandling og/eller seksuelle overgrep”, ”Omsorgssvikt og vitne til vold i nære relasjoner”. Problematikk rundt SSA var innbakt eller unnlatt omtalt i henvisningen, men ble beskrevet i epikrisen til barnet. En del av tilfellene som tradisjonelt sett var blitt vurdert som seksuell utforskning og ”doktorlek”, ble erkjent som problematisk og skadelig fordi de overskred grensen mot

overgrep. Den erkjennelsen sannsynliggjorde at en betydelig andel av overgrepene mot barn, faktisk ble utført av andre barn (Ryen et al. 1996).

Utviklingen av oppfølgingen som barn med SSA fikk i den vestlige del av Europa og USA, er beskrevet i NKVTS rapport nr.1 2017. Utover 90-tallet hadde klinikere kartlagt at avvikende seksuell atferd hos barn ikke handlet om naturlig utforskning og nysgjerrighet, og dette utfordret systemene til å utvikle risikokartlegging og starte behandling av barn. I NKVTS rapport nr.1 2018, vises det til at man søkte å forstå barnas uttrykk på samme måte som voksne overgripere. Det ble brukt behandlingsmodeller som opprinnelig var utviklet for voksne i strafferettslig øyemed. I løpet av 2000-tallet og frem til i dag er det dokumenterte erfaringer fra forskning og klinisk arbeid med barn og deres pårørende, som viser at disse barna hadde behov for en utviklingssensitiv behandling. De nye metodene som er utviklet og tatt i bruk, er i større grad individuelt tilpasset; helhetlige, inkluderer familie, legger mer vekt på utvikling av tanker og følelser, øke sosial kompetanse, vekter forholdet relasjoner og overgrep og normativ seksuell helse. Barna blir i dag anerkjent som en heterogen gruppe, hvor behovet for behandling varierer og vurderes individuelt (NKVTS, 2017:1).

2.1.1 Begrepet SSA

I NKVTS rapport nr. 1 2017 (:27), brukes begrepet *problematisk eller skadelig seksuell atferd-SSA*. Her betegnes SSA ved handlinger som innebærer seksuell atferd hos barn og unge som ikke er utviklingsmessig adekvat, og som kan være skadelig for en selv eller andre, eller som kan innebære misbruk av andre barn, unge eller voksne. Begrepet dekker alle former for seksuelle overgrep, men innbefatter også vedvarende handlinger som ikke defineres som seksuelle overgrep. Disse handlingene faller inn under problematisk seksuell atferd, der handlingene i seg selv kan være adekvate, men ikke passende i situasjonen eller relasjonen den fremtrer i. Jensen, Garbo, Kleive, Grov & Hysing (2016) utdyper beskrivelsen slik; *”Problematisk seksuell atferd brukes om handlinger som kan være helt i orden, men som ikke er passende i situasjonen eller relasjonen den opptrer i. Skadelig seksuell atferd er handlinger som er skadelig for den som utsettes og den som utøver. Det er handlinger som ikke er aldersadekvate, og som ofte er planlagte og hemmeligholdte. Atferden er ofte gjennomført ved bruk av makt, der den utsatte har negative reaksjoner og den som utøver ikke tar ansvar. Atferden er gjerne gjentakende eller økende i frekvens, eller er vanskelig å avlede og stoppe. Den problematiske eller skadelige seksuelle atferden er ikke nødvendigvis*

intendert, villet eller tilsiktet. Konsekvensen av atferden kan likevel være skadelig for andre i relasjonen eller situasjonen". (NKVTS, 2017:1 s.27)

2.1.2 Juridiske skillelinjer

Problematiske eller skadelige seksuelle atferd må vurderes opp imot barnets alder, utvikling, fungering og konteksten den opptrer i. Fagmiljøet er opptatt av at det skal tas i bruk en felles terminologi for de som arbeider med denne gruppen. Seksuell vold og overgrep kan ifølge Kripos (NKVTS, 2017:1) være seksuell aktivitet uten fysisk kontakt. Ved å få barn til å se på eller delta i produksjon av seksuelle, pornografiske bilder og filmer, eller få de til å se på seksuelle aktiviteter, og/eller oppmuntre barn til å opptre på seksuelle måter. Det kan også være å "groome" et barn, for å senere forгриpe seg på det, da inkludert over internett eller sosiale medier. Ifølge det Store norske leksikon (Snl.no) er *grooming* når en voksen person, innnyder seg på et barn, med det forsett å ha seksuell kontakt med barnet. Grooming foregår ofte gjennom sosiale medier på internett.

Kriterier for hvorvidt en person har begått en kriminell handling varierer ut fra landets lovgivning (Kjellgren, 2009). Den kriminelle lavalderen i Norge er satt til 15 år. Det vil si at barn under 15 år som utfører kriminelle handlinger, ikke kan straffes (Straffeloven, 2015 § 20 første ledd, bokstav a). Den seksuelle lavalder i Norge er satt til 16 år, men den kan variere i Europa og i resten av verden. Det vil si at seksuell omgang med barn under 16 år, er i Norge straffbart ifølge straffelovens § 196 første ledd.

I Norge er det nylig åpnet for at barn som har begått et seksuelt overgrep kan tas inn til avhør på Statens barnehus. Politidirektoratet har gitt øremerkede midler til alle Statens Barnehus for å bygge opp et tilbud til denne målgruppen. Barn som er utsatt og barn som har krenket andre skal ikke møtes eller oppholde seg på Statens barnehus på samme tid. I samtale med en leder ved et Barnehus fremkommer det at det jobbes det med nye rutiner, kompetanse og ombygging av lokalene for å kunne gi et tilbud til gruppen. Barnehusene har ikke et eget lovverk, og de jobber daglig i skjæringssjiktet mellom barnevernloven, helseloven og strafferett til daglig. Dette gir flere utfordringer, slik at det kan være behov for en lovendring for å ivareta barn med SSA.

2.2 Hvem er barna med problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd har gjerne fått ulike merkelapper i de offentlige systemene. De har ofte sammensatte sosiale problemer og forskning viser at flertallet bærer på traumeopplevelser fra oppveksten (Kleive & Ingenes 2014). Det meste av forskningen som er gjort på SSA hos barn kommer fra USA, Australia, Norden, Nederland og England, og jeg vil trekke frem enkelte av funnene deres her.

2.2.1 Forekomst av SSA, etiologi og risikofaktorer

Cecilia Kjellgrens (2009) doktoravhandling fra Lund Universitet i Sverige tar for seg forekomsten av mindreårige med seksuell atferdsproblematikk, risikofaktorer forbundet med tvang og undersøkelse rundt utfall med tanke på helse, sosial tilpasning og tilbakefall i overgrep. Forskningen hennes viser at 5 % av gutter og 1 % av jenter har selv rapportert å ha begått overgrep. Disse undersøkelsene er i hovedsak gjort med svenske og norske ungdommer i videregående skole, og viser at en betydelig andel unge mennesker utøver seksuell krenkende atferd ovenfor andre. Så mye som 90% av disse forblir urapportert.

Oversiktsstudier fra utlandet der Bendiksby (2008) refererer fra flere undersøkelser, tyder på at så mye som 30 % av alle overgrep mot barn begås av barn. Disse estimatene varierer fra 10-50 %, men det påpekes at undersøkelsene som måler forekomster måler forekomst i ulike hendelser og i ulik alvorlighetsgrad. Studiene viser at majoriteten av barn med SSA er gutter, og at de er gjennomsnittlig 14 år når de begår sitt første overgrep (Långström, 2000; Bradley & Fisher, 2013). En kartlegging Betanien BUP i Bergen publiserte i mai 2016 i *Tidsskrift for norsk psykolog forening*, viser at deres egen klientgruppe var gjennomsnittlig 13,1 år ved sitt første overgrep.

Kjellgren (2009) opplyser at WHO ser alvorlig på disse resultatene, og ønsker at det forskes mer på å kartlegge risikofaktorer som kan føre til at barn og unge utvikler seksuell krenkende atferd. Forskningsanalyser viser at dette er en vanskelig oppgave, fordi resultatene av kliniske studier som viser årsak og virkning ikke har gitt/fremstått som robuste sammenhenger. Det har vært for mange variabler rundt ulike risikoer, som har kunnet påvirke utfallet i undersøkelsene. Kjellgren et.al (2009) studerte 29 risikofaktorer i et klinisk utvalg av gutter/menn i alderen 17-20 år med SSA, inkludert det som fantes av befolkningsundersøkelser av unge med overgrepstatferd, sett ut i fra et etiologisk perspektiv. Resultatet viste at 5,2 % oppgav selv at de hadde utøvd SSA og 6,8% hadde utøvd skadelig

(ikke seksuell) problematisk atferd. De resterende 87,9 % ble brukt som kontrollgruppe i undersøkelsen.

Cecilia Kjellgrens (2009) undersøkelser beskrevet i *paper 1* fra hennes doktorgradavhandling, beskriver risikofaktorene hun fant blant unge gutter med seksuell atferdsproblematikk. Sammenlignet med kontrollgruppen beskrives risikofaktorene å være: at de hadde lavere utdanning, skilte foreldre, de opplevde foreldrene som vesentlig mer overbeskyttende og mindre omsorgsfulle, de hadde en hyppigere bruk av rusmidler og narkotiske stoffer, viste oftere aggresjon og var mer villig til å ta risiko. De hadde kjønnsstereotypiske oppfatninger, debuterte tidligere seksuelt enn andre unge, og hadde gjennomsnittlig et høyere antall seksualpartnere. De rapporterte om en høyere seksuell lyst, og mange var selv utsatt for penetrerende overgrep. En høyere andel av dem solgte sex, de rapporterte om hyppigere bruk av porno og voldelig porno, og de anerkjente åpenlyst venner som likte voldelig porno og porno som innbefattet barn. Både kriminalitet og sexspesifikke risikofaktorer er assosiert med seksuell overgrepsatferd.

I *paper 2* (2009) rapporterte Kjellgren at jenter med seksuell tvang/atferdsproblematikk hadde mange sammenfallende risikofaktorer lik guttene i *paper 1*. I en Odds ratio, som beskriver ”sannsynligheten for at noe inntreffer mot sannsynligheten for at noe ikke gjør det” (Tjønndal 2018, s. 140), ble det beskrevet sannsynlighetsforskjell i 16 variabler mellom seksuell atferdsproblematikk opp mot ikke-seksuell atferdsproblematikk, der 4 av variablene var signifikante. Disse jentene hadde i mindre grad brukt cannabis, de var mer opptatt av sex enn kontrollgruppen, de hadde en mer positiv holdning til voldtekt og de hadde venner som brukte voldelig porno.

I *paper 3* bekrefter Kjellgren (2009) hypotesen om at den som utsettes for seksuell tvang, ofte vil utøve seksuell tvang ovenfor andre. (The sexually abused – sexual abuser). I den siste artikkelen *paper 5* beskriver Kjellgren (2009) en oppfølgingsstudie av gutter/menn som har begått overgrep, vært igjennom en risikokartlegging for gjentakelsesfare og mottatt behandling. Undersøkelsen viste at 20,5 % av mennene hadde begått nytt overgrep gjennomsnittlig 2,6 år etter kartleggingen. Samtlige som hadde begått nye overgrep hadde lærevansker og/eller en nevrologisk psykiatrisk diagnose, mens kun ¼ av de som ikke begikk nye overgrep hadde lignende diagnoser. Ifølge Kjellgren (2009) er de som begår nye overgrep i større grad opptatt av sex. Tankemønstret deres hindrer eller forstyrrer dem på en sånn måte

at andre aktiviteter blir vanskelig. Det kan for eksempel være å oppnå, eller vedlikeholde prososiale relasjoner med jevnaldrende, noe som øker risikoen for sosial isolasjon.

Hovedvekten av barn med SSA er gutter, noe som gjør at kartleggingsverktøy og behandlingsmaler i all hovedsak er tilpasset gutter. Når det gjelder omfanget av barn med SSA varierer tallene. Undersøkelser som tar for seg breddeforekomster har ulik gradering i alvorlighetsgrad, og undersøkelser utført av kliniske utvalg og kriminalitetsstatistikk tar for seg de mest alvorlige tilfellene. Finkelhor (2008) viser til at internasjonale studier forklarer at yngre mennesker generelt sett er mer utsatt for vold, overgrep og er vitne til dette, sammenlignet med voksne. Kartleggingsundersøkelser på norske og svenske ungdommer i videregående skole viser en variasjon på 5-9,5 % for gutter og 1-1,9% for jenter når det gjelder spørsmål om de har presset, tvunget eller overtalt noen til seksuell omgang (Kjellgren, 2009; Stefansen & Mossige, 2016). Denne variasjonen handle om at det er stilt ulike spørsmålene i de to undersøkelsen.

2.2.2 Jenter og SSA

I Norge er det V 27 ved Betanien i Bergen som har lengst erfaring med å kartlegge og gi behandling til barn med SSA. De oppgir at de 10 siste årene er det nesten bare gutter som er henvist eller tatt inn til behandling. Både i Norge og i internasjonal sammenheng er det rapportert om svært få jenter som utøver SSA. Kjellgren (2009) hevder det er høy underrapportering blant jenter med SSA. I hennes undersøkelse var tallet 1:100 i anmeldte tilfeller, mot 19:100 ved anonym selvrapportering. Det kan være at det foreligger barrierer i å fortolke jenters seksuelle aktivitet som problematiske eller skadelige. Det kan også være at gutter vegrer seg for å rapportere om at jenter har tvunget seg på dem seksuelt, og at disse to faktorene bidrar til å gjøre tallene lave. Det er mulig at handlingene som utføres av jenter må være mer alvorlige for at de skal fanges opp, og registreres som problematiske eller ulovlig. Når det kommer til kvinner og mødre som har utnyttet sine barn seksuelt, er dette svært normbrytende og tabubelagt, og det kan medføre store psykologiske vansker for den utsatte. I rapporten "Barndommen kommer ikke i reprise", (Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2014-2017) har kriminolog Tone Bremnes belyst at det å bli utsatt for seksuelt overgrep av sin mor er spesielt vondt og krenkende. Det kan være at tall på jenter og kvinner som overgripere er underrapportert på grunn av stigmaet det fortsatt representerer. En annen faktor for underrapportering kan være stereotypiske oppfatninger i samfunnet, som

at gutter eller menn ”alltid” har lyst på sex, og at en erigert penis tolkes som et samtykke og/eller ”seksuell lyst”.

2.3 Behandlingstilbud til barn med SSA

NKVTS har utarbeidet rapporten ”*Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd*” (Nr. 1, 2017) Rapporten gir en oversikt over hvilke behandlingstilbud som finnes i de andre nordiske landene, samt Nederland og Storbritannia, for barn som utøver seksuelle overgrep. Det var ønskelig å dra nytte av de ulike lands erfaringer i behandlingstilbud og se på hvilke muligheter som finnes for å videreutvikle et behandlingstilbud tilpasset denne gruppen i Norge. I undersøkelsen viste det seg at ingen av de øvrige landene hadde lyktes i å utvikle et offentlig landsdekkende tilbud. Storbritannia hadde derimot kommet lengre i arbeidet, ved å utvikle felles retningslinjer for opplæring og tjenestetilbud for barn med SSA. I tillegg har de satset på kartleggings- og behandlingsverktøyet AIM som nivådifferensierer hvilke tiltak som bør iverksettes.

Ifølge NKVTS (2017:1) krever utredning av barn med SSA en bred kartlegging på flere områder som; psykologisk fungering, hva som ligger til grunn for handlingen, barnets livssituasjon, ressurser, sterke sider og beskyttende faktorer. Dette kan bidra til å belyse om det foreligger risiko for gjentakelse, og hva som behøves av tiltak og behandling i oppfølging. Rapporten er tydelig på at verktøy alene ikke kan vurdere risiko. For å følge opp barn med SSA kreves det et godt tverretattlig og tverrsektorielt samarbeid, samt et godt og åpent samarbeid med barnets hjem og primære voksne. NKVTS (2017:1) sammenfattet flere hovedmomenter de mener bør iverksettes for å gi barn med SSA en koordinert og helhetlig oppfølging.

Det er faglig enighet om at gruppen barn med SSA vil ha behov for en form for behandling, da de ofte har komplekse og sammensatte vansker. Men det har vist seg at terapeuter kan finne det vanskeligere å tematisere og snakke om overgrepstatferd enn utsatthet (Ryan et al., 1996). Ryan et. al. (1996) viser til at *Uniforms Crime Reports 1990* fra USA beskriver at unge overgripere/SSA og deres foreldre etterlyste tematisering av problemer rundt seksuell atferd når barna var inne til behandling. Utfordringen med å snakke om vanskelige og tabubelagte tema i kartlegging og behandling av barn med SSA, er også bekreftet som en utfordring for fagpersoner i Norge. I NKVTS rapport 3 fra 2018 beskriver informantene at de må overvinne

personlige hindringer så vel som faglige vanskeligheter, når de skal tematisere skadelig seksuell atferd med barn og deres pårørende.

2.3.1 Utredning og kartlegging

NKVTS (2017:1) har redegjort for at det viktig å inkludere barnets psykologiske fungering, det som ligger til grunn for handlingen, barnets livssituasjon og resiliens faktorer som dynamiske elementer, når det kommer til utredning og kartlegging av barn med SSA.

De fleste barn med SSA vil ha behov for poliklinisk oppfølging. Mange av barna som utøver SSA har selv vært utsatt for seksuelt misbruk, men tallene varierer i ulike undersøkelser (Finkelhor et al. 2009; Ryan et al., 1996; Innes & Kleive, 2011; Långström, 2000).

I strategirapporten ”Barndommen kommer ikke i reprise” (2014-17), har departementene sett på internasjonale studier som viser at så mye som en tredjedel av alle kjente overgrep mot barn begås av unge under 18 år. Strategien viser til norske studier fra 2013, der 17 % av alle anmeldte overgrep var begått av barn og unge opp til 20 år. Det kan tyde på at dette kan være underrapportert, da terskelen for å anmelde påvirkes av tabu, følelser som skam og skyld, og det faktum at de fleste overgrep skjer i familier eller nær omgangskrets (Mossige & Stefansen, 2016; Finkelhor, Ormrod & Chaffin, 2009). Det er mulig å tenke at barn med SSA har en manglende bevissthet og kunnskap rundt hva seksuelt misbruk er. Både når det gjelder hva de selv er utsatt for, men og for å forstå hva deres egne handlinger forårsaker. Det er behov for forskning på tilknytning og etiologi i forhold til barn med SSA, ifølge Bendiksby (2008, s.738); *”...hovedtyngden av forskning på denne gruppen, som primært består av mer eller mindre overfladiske beskrivelser. Forhåpentligvis kan mer dyptgående studier lede forskningen til i større grad å forsøke å forstå bakgrunnen for voldtektshandlingene. Dette vil kunne øke den generelle forståelsen av disse ungdommene, og dermed kunne hjelpe oss til å tilby dem bedre og mer effektiv behandling enn vi kan i dag i vårt kliniske arbeid”*. Dette fordi flere av disse barna forsetter å forgripe seg på barn som voksne. Undersøkelser av voksne overgripere viser at 50 % av disse hadde avvikende seksuelle interesser fra tidlig ungdomsalder (Finkelhor, Ormrod & Chaffin, 2009).

De sterkeste risikofaktorene for tilbakefall eller gjentakelse er tidlig debut, avvikende seksuelle preferanser og sosiale tilpasningsvansker (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Ettersom undersøkelser viser at disse barna har sammensatte problemer og behov (Kjellgren, 2009), vil oppfølging og behandling kreve et samarbeid på tvers av sektorer og fagmiljø. For

barn som bor hjemme bør barne- og ungdomspsykiatrien, den kommunale barneverntjenesten, samt Statens barnehus kunne tilby veiledning og oppfølging. I de mest krevende sakene kan det være behov for spesialiserte fosterhjem, som mottar tett oppfølging og veiledning i oppfølging av barn med SSA. Norge har noen private institusjoner som har spesialisert seg på området, og som kan ta i mot barn med SSA, eller tilby veiledning til fosterhjem (Bufetat). Disse tilbudene administreres av Bufetat og det fordrer at det foreligger et vedtak fra den kommunale barneverntjenesten for å kunne benytte slike tilbud (jf. Lov om barneverntjenester §4-4 femte og sjette ledd, § 4-26 og §4-24).

2.3.2 Behovet for samarbeid

Søftestad (2018) belyser at de fleste offentlige etater som arbeider med barn har nedfelt i sitt lovverk at de plikter å samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer til barnets beste. Det samme gjelder plikten til å melde fra til barneverntjenesten ved bekymring eller mistanke, og til politi for å avverge overgrep og vold. Det ligger sterke statlige føringer spesielt for å forebygge og bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn, der myndighetene krever en samordnet innsats lokalt, regionalt og nasjonalt. Dette er beskrevet i to statlige planer; *”Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner”*(2014-2017) og *”En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn”* (2014-2017).

I NKVTS rapport nr 1. 2018 beskrives undersøkelsen de gjorde av kommunalt barnevernsarbeid og deres erfaring i arbeid med barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Hovedmålet med undersøkelsen var å ”frembringe mer kunnskap om hvordan ansatte i kommunalt barnevern arbeider når et barn eller ungdom viser tegn på bekymringsfull eller skadelig seksuell atferd”. Forskerne var opptatt av å få frem barnevernsansattes holdninger og normer, og hvordan fremgangsmåten var, når de fikk en tilsvarende sak. Det fremkom at fagpersonene opplevde at de savner grunnleggende kunnskap, erfaring, rutiner og støtte i saker som gjaldt bekymring rundt barns seksuelle atferd. De rapporterte at de hadde behov for kompetanseheving, spesielt i forhold til å vurdere om atferden lå innenfor normal aldersadekvat seksuell utvikling, eller den krysset grensen til problematisk eller bekymringsfull skadelig seksuell atferd.

2.4 Forebygging

I en studie fra Australia (McKibbin, Humphreys & Hamilton, 2017) er det intervjuet 14 ungdommer som har begått overgrep eller krenkelsjer ovenfor andre barn. Målet med studien var å kartlegge områder det kan jobbes bedre forebyggende på. Ungdommene ble brukt som eksperter på området SSA, og empirien ble supplert med intervju av sosialarbeidere ungdommene hadde kontakt med. Undersøkelsen identifiserte tre områder for å bedre innsatsen rundt forebygging. Ungdommene viste til at seksualundervisningen på skolene var for dårlig, og den ble satt i gang for sent. Ungdommene rapporterte at de allerede hadde begått sine første overgrep når temaet sex ble tatt opp på skolen. Innholdet i seksualundervisningen hadde ingen informasjon om grenseoverskridende seksuell atferd eller overgrep. Det var heller ikke tematisert at overgrep kunne skje mellom barn. Den samme rapporten beskriver at mødre som snakker med barna sine om seksuelle overgrep ikke tematiserer at overgrep kan utføres av et annet barn. Dette er i hovedsak fordi de ikke er klar over at det forekommer i så stor grad. Dette kan bidra til å underkjenne SSA mellom barn, og føre til en underrapportering.

Ungdommene i studien over påpeker også at de har et større behov for å bearbeide og motta behandling for traumer fra egen oppvekst. 13 av de 14 ungdommene rapporterte om en eller annen form for vold eller overgrep i sin barndom. I refleksjon over sine erfaringer og handlinger mente ungdommene at det var mindre sannsynlig at de ville utviklet SSA, om de hadde blitt møtt på en mer sensitiv og støttende måte. De beskrev handlingene som utøvelse av makt og krenkelse, og som en reaksjon på hva de selv var utsatt for. De hadde et ønske om at deres overgriper skulle holdes ansvarlig for hva de hadde utsatt dem for, og de ønsket å få hjelp til å beskrive eller ”finne ord” for å bearbeide traumene. Rapporten påpeker at det vil være preventivt å jobbe aktivt inn i familier som er preget av vold og omsorgssvikt, da ungdommene selv vurderte sin SSA som en direkte årsaksfaktor fra oppvekst.

Det tredje området som ungdommene ønsket hjelp til var å håndtere deres forhold til pornografi. Ungdommer rapporterte at de ofte så porno og at de vurderte dette som en trigger til SSA. Sosialarbeiderne reflekterte over at de så en strek sammenheng mellom pornografi og ungdommens SSA. De oppfattet at ungdommene fikk et skjevt bilde av sex, da mye av porno fremstilles som aggressive handlinger. En av sosialarbeideren var bekymret for at pornoen lærte ungdommene at vold mot jenter/kvinner er akseptert, og at man ikke trenger et samtykke fra jenta for å ha sex. Undersøkelsen trekker og frem at porno kan være svært

problematisk ovenfor barn og unge med lærevansker, da de kan ha større vanskeligheter med å differensiere mellom sosiale normer og adekvate seksuelle handlinger.

2.4.1 Forebygging i Norge

I strategidokumentet *Barndommen kommer ikke i reprise* (2014-2017) påpekes kommunenes overordnede ansvar for iverksettelse av forebyggende arbeid når det gjelder vold, mobbing og seksuelle overgrep. Strategien ble utarbeidet for å bedre det forebyggende arbeidet for å hindre at barn utsettes for vold og overgrep. Forebygging er et tverretatlig og tverrsektorielt arbeid, slik at det krever innsats fra flere enn kommunene alene. Rapporten beskriver behovet for å ta i bruk metoder som bedrer barns sosiale ferdigheter, og øker deres sosiale kompetanse som en del av det forebyggende arbeidet. Rapporten beskriver et utvalg av anbefalte og evidensbaserte programmer for å forebygge eller avdekke vold og overgrep.

I 2015 ba regjeringen om en kartlegging av alvorlige saker der barn og unge hadde blitt utsatt for grov vold, seksuelle overgrep og alvorlig omsorgssvikt. Hensikten var å undersøke systemsvikt og utforme forslag til tiltak på bakgrunn av undersøkelsene. Det ble nedsatt et utvalg som fikk i oppdrag å avdekke områder der samfunnet har sviktet, og på bakgrunn av kartleggingen ble det utformet en NOU 2017:12, *Svikt og svik*. I kartleggingen har utvalget kommet med anbefalinger på hva de ulike etatene bør utbedre og endre.

Strategiutvalgets vurdering er at kunnskapsgrunnlaget om rus, vold og overgrep mot barn er for mangelfullt under barnehage-, grunnskolelærer-, helse- og sosialfaglige utdanninger. De påpeker at alle yrkesutøvere som arbeider med barn må ha en basiskunnskap for å kunne hjelpe de barna som trenger det. Bufdir påpeker at dersom disse utdanningen får en felles faglig plattform om vold og overgrep mot barn, vil det bidra til å styrke grunnlaget for et bedre samarbeid på tvers av sektorer og tjenester. Rapporten avdekket at forbyggende kompetanseprogrammer som brukes av helsestasjoner i oppfølging av gravide og nybakte foreldre, i for liten grad omfatter kartlegging av risikofaktorer som foreldre har fra sin egen oppvekst. Mossige og Stefansens (NOU 2017:12) forskning viser at det å være utsatt for vold og overgrep i egen barndom, øker risikoen for at man utsetter sine barn for det samme som en selv har opplevd. Utvalget (NOU 2017:12) anbefaler at det kommer på plass en systematisk tematisert kartlegging, for å avdekke om vordende mødre og fedre har vært utsatt for vold, eller opplevd rus og overgrep i sin oppvekst. Erfaringer utvalget gjorde seg, viser at mange foreldre er bekymret for at de skal overføre sine dårlige opplevelser fra egen oppvekst til sine

barn. Det anbefales i rapporten (NOU 2017:12) at dette kombineres med å sikre informasjon og tematisering i de forebyggende behandlingstilbudene og foreldreveiledningsprogrammene, som kommunene har i sine lokale tjenester.

Utvalget (NOU 2017:12) påpeker at det mangler forskning på metoder som kan tas i bruk for forebygging og behandling av barn som har en SSA, og at det er en pågående diskusjon hvorvidt behandling hjelper personer som utøver seksuell vold og overgrep til å slutte.

Utvalget mener det må iverksettes flere forskningsprosjekter for å kartlegge både årsaker til SSA, og hva som gir behandlingseffekt. De påpeker at det er spesielt viktig å få kunnskap om barn og unge som begår vold og seksuelle overgrep, for å kunne forbygge at de fortsetter med dette i voksen alder.

Når det gjelder barn og unges kunnskap om vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt fant utvalget dette mangelfullt. De fikk informasjon om at barn i for liten grad vet hva vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt er. Utvalget foreslår at det settes inn opplæring om kropp, seksualitet og grenser allerede fra barnehagealder. Barn bør få informasjon om hva alle former for vold og seksuelle overgrep er, ut i fra et aldersadekvat nivå. Det er viktig i forebyggende øyemed at kunnskap om dette bedres, og at det differensieres slik at barn også kan få kunnskap om hva psykisk vold er. Undersøkelser som rapporten har brukt (NOU 2017:12) viser at informasjon om tema på grunnskolen er for tilfeldig, og at det i stor grad er opp til hver enkelt lærer å velge innholdet i tema, og måten det formidles. Det bør settes inn konkrete kompetansemål i rammeplan for grunnskole og videregående skole. Barn bør få bedre informasjon om barneverntjenesten og at de i stor grad kan hjelpe barn hjemme. Undersøkelser (NOU 2017:12) av barn som har vært utsatt for vold og overgrep, viser at de ofte har blitt skremt av sine omsorgspersoner med at barneverntjenesten ville plassere dem i fosterhjem hvis de sa noe.

2.5 Dagens status.

I rapport nr. 1 fra NKVTS 2018 forteller samtlige informanter som er ansatte i barneverntjenesten, at de opplever å ha for dårlig kunnskap om barns seksualitet etter endt utdanning. De savner relevante kurs og opplæringstilbud på SSA problematikk. Dette gir utfordringer med å gi god nok oppfølging til familier og deres barn med SSA. Informantene tar i bruk ulike barnevernfaglige metoder for å nærme seg problematikken. Det varierer fra

ulike samtaleteknikker til kartleggingsverktøy. Noen av informantene hadde kjennskap til Trafikklyset, som er et kartleggingsverktøy som kan brukes til å vurdere graden av barns seksuelle atferd, som vekker bekymring. Den hjelper med å differensiere uttrykkene hos barnet, og bidrar til å veilede på om man bør henvise barnet videre. Den kan også brukes av ansatte i barnehage og skole for å kartlegge om barnet bør meldes til første- og andrelinjetjenesten, for videre utredning og iverksette eventuelle målrettede tiltak. Noen få av informantene var kjent med at RVTS formidlet kurs i forhold til barn med SSA. De informantene som hadde deltatt på kurset AIM2 opplevde det som svært nyttig og lærerikt.

I rapporten blir informantenes egne tabuer og vanskeligheter med å snakke om kropp og seksualitet trukket frem. De reflekterer over hvordan dette påvirker deres samtaler som omhandler seksualitet med barnet og familien. De ser selv at det er uheldig at deres eget ubehag, kan legge begrensninger i hvordan de snakker med barn om seksuelle handlinger. De trekker frem at mengdetrening kan bidra til å bli mer komfortabel i situasjonen. Et annet aspekt som spiller inn i denne vegringen, er risikoen for å ta feil. Informantene trekker frem alvorret rundt saker som omhandler SSA. Når de blir kjent med en SSA-sak blir det vurdert om saken skal anmeldes, slik at politiet kan starte etterforskning. De skal selv snakke med barnet og foreldrene, og de må prøve å kartlegge alvorligheten rundt situasjonen og barnet. Konsekvensene for barnet og familien kan fort bli store. Denne vurderingen og at temaet i seg selv er tabuisert, kan føre til at redselen for å ta feil blir styrende.

3. Teoretisk rammeverk

Mine tanker om hvordan samfunnet møter og behandler barn med SSA, omhandler både fordommer og ideologiske tankesett som styrende mekanismer. I det teoretiske rammeverket vil jeg gjøre rede for innholdet i ordene kultur, stigma, tabu og anerkjennelse, som et utgangspunkt for å forstå hvordan vi håndterer barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Dette er begreper eller fenomener som påvirker oss i det daglige, både bevisst og ubevisst, samt legger føringer for hvordan vi resonerer og samhandler i det daglige.

Teori er noe vi bruker for å utforme og besvare forskningsoppgaven. Johannesen, Rafoss og Rasmussen (2018, s. 29) påpeker at ”en teori er et sett med antakelser om et fenomen”, og at teorier skal hjelpe til med å forklare hvorfor forskningsspørsmålet er interessant, samt bidra til

å forstå de forskningsresultatene man presenterer. Jeg ønsker å belyse at kultur, stigma, tabu og anerkjennelse kan være sterke konstruksjoner i samfunnet, og av den grunn være tidkrevende å endre. Disse områdene kan bidra til å utdype de sosialfaglige utfordringene som ligger i arbeidet med barn og SSA.

Den engelske sosiologen Anthony Giddens (Gilje & Grimen, 1993) har skrevet hvordan forskeren må forholde seg til en verden som allerede er fortolket. Dette kjenner vi som dobbel hermeneutikk. Giddens hevder at man i forskerrollen må ”rekonstruere de sosiale aktørenes fortolkninger innenfor et samfunnsvitenskapelig språk, ved hjelp av teoretiske begreper”. Denne metodiske prosessen kalte Giddens *dobbel hermeneutikk* (Gilje & Grimen 1993, s.146). Solli (2018) beskriver at Giddens i likhet med Weber, var påvirket av forholdet mellom hverdagskunnskap og vitenskapelig kunnskap. Han var opptatt av samspillet mellom den sosiale verden, der mennesker samhandler og skaper mening, og den vitenskapelige verden der forskeren konstruerer sitt språk for å forklare og forstå den sosiale verden.

I sosialt arbeid må man slik Levin (2016) beskriver forholde seg til spenningsfelt. Hun bruker dette som en metafor for å billedlig gjøre de utfordringene sosialarbeideren står ovenfor i møte med individet og samfunnet. Sosialarbeideren må kunne se individet som en del av et større sosialt problem, med bakgrunn i hverdagskunnskap og vitenskapelig kunnskap eller teori. I møtet med individet vil sosialarbeideren analysere og tolke situasjonen for å sette problemet inn i en større kontekst. På samme måte kan vi analysere barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd i dette spenningsfeltet. Barn med SSA er et relativt nytt fenomen. Det betyr ikke at fenomenet nylig har oppstått, men historisk sett er det først i nyere tid dette har blitt tematisert som et problem i den vestlige del av Europa og USA. Det er flere aspekter ved dette som er interessant. I et historisk tilbakeblikk kan man undre seg over om skadelig seksuell atferd hos barn var mer akseptert tidligere, eller om det var andre mekanismer som gjorde at dette ikke var et kjent fenomen. Ingenes og Kleive (2011) påpeker at det ikke har vært uvanlig å vurdere overgrep mellom barn som uskyldige, og som en naturlig del av barnslig seksuell utforskning. Slike overgrep fikk ikke særlige konsekvenser og ble generelt sett på som en atferd barna kom til å vokse av seg.

3.1 Den sosiale konstruksjon av samfunnet.

Det finnes mange ulike perspektiv man kan betrakte samfunnet igjennom, og det som gir best mening for min tolkning er teorien om den sosiale konstruksjon i samfunnsvitenskapelig perspektiv. I forsøket på å bruke sosialkonstruktivismen ser jeg som Haraway (1988) påpeker, at vi alltid er i bevegelse mellom ulike perspektiv. All kunnskap er situert og kontekstuell, og dette er i konstant endring. Våre menneskelige betingelser som innsikt og ståsted, er kontinuerlig tilstede i våre fortolkningsprosesser. I min rolle som forskeren må jeg søke å forstå empirien jeg har samlet i lys av samfunnets utvikling, analysere hvordan mennesker rundt meg samhandler og gjennom kritisk refleksjon vurdere hvordan jeg tolker samhandlingen. Dette er komplekse prosesser som jeg gjør ved å ta i bruk tidligere erfaring, samt gammel og ny kunnskap. Min bakgrunn bidrar til hvordan jeg oppfatter og tolker det som skjer rundt meg. Jeg søker å være bevisst på personlig refleksivitet i arbeidet, og vil forsøke å oppnå en epistemologisk refleksivitet i analysedelen i oppgaven jamfør Fooks tanker (2012). Hun hevder at måten vi konstruerer våre profesjonelle vurderinger på, har en direkte sammenheng med vår forståelse av hvordan vi refleksivt utvikler kunnskap i forskningsprosessen.

Gjennom samhandling og dialog hevder Donna Haraway at vi skaper vår virkelighet, og i ut i fra vår tolkning gir vi den mening (referert i Asdal, 1998). Ved å bruke sosial konstruktivisme som et redskap for å belyse problemstillingen og funnene, kan man søke å forstå prosessene som påvirker måten vi forstår og håndtere barn med SSA. Gjennom dette perspektivet vil jeg tolke funnene i analysen og drøfte resultatene. Berger og Luckmann (1966) har beskrevet hvordan mennesker skaper samfunn og kultur, og hvordan samfunn og kultur skaper mennesker. Med denne fenomenbeskrivelsen har de skapt begrepet «den sosiale konstruksjon av virkeligheten». I dette perspektivet belyses muligheten for endring av praksis rundt håndtering av med barn SSA. Ved å forstå hvordan vi ser på eller kategoriserer barn med SSA, i kombinasjon med kunnskap om behandling og forebygging, kan vi endre vårt syn og vår praksis i håndtering av problematikken.

I sosialt arbeid er det viktig å kunne tolke handlinger og situasjoner for å hjelpe andre mennesker. Ifølge Killén (2010) er empati sett på som en kompleks ferdighet, som innbefatter å kunne gjenkjenne og differensiere mellom følelser hos en annen, respondere på disse og kunne sette seg mentalt inn personens situasjon. Evnen til empati er sett på som en viktig ressurs for å kunne forstå hva mennesker i nød har behov for. Empati krever nettopp det at

man kan ta i bruk egne erfaringer på et abstrakt nivå for å kunne tolke og forstå hva et annet menneske opplever og føler. Ut i fra den konteksten kan en sosialarbeider sette seg inn i en annen persons situasjon og gi dem den hjelpen de har behov for. Ulla Holm (2000) belyser forholdet i relasjonen mellom hjelperen og den hjelpesøkende, og beskriver hvor viktig det er at hjelperen inntar en *profesjonell innstilling* for å trygge den hjelpesøkende, samt sikre egen ivaretagelse i arbeidet. Å være sosialarbeider i situasjoner som krever oppfølging av personer som har brutt med samfunnets normer, moralske grenser og norsk lov kan være svært personlig utfordrende.

3.2 Egenskapsforklaringer og system

Wadel (1990) beskriver hvordan vi er med på å definere hvordan vi forstår samfunnet og samhandlingen som foregår rundt oss, og at dette er sirkulære prosesser som stadig er i bevegelse. Ved å se på hvordan fokuset på barn med SSA har utviklet seg de siste tiårene, kan man søke å forstå hvorfor problemet ikke har blitt grepet fatt i tidligere. SSA har som Søftestad (2018) beskriver vært et delvis skjult, misforstått og tabubelagt problem, som jeg vil belyse nærmere i oppgaven. Ved å trekke inn egenskapsforklaringer ved mennesket lik Wadel gjør (1990), der man bruker attribusjon for å omgå eller håndtere vanskelig tema, kan vi se hvilke mekanismer som har gjort at SSA muligens har blitt underkommunisert. Ved å ta i bruk denne sirkulære/tautologiske operasjonsforklaringen kan man forstå hvordan SSA, har blitt bortforklart gjennom egenskapsforklaringer som ikke belyser det grunnleggende problemet hos barnet. For å forstå hvordan et barn utvikler SSA, kreves det at man analyserer problemet i et relasjonelt forhold i en utvidet sosial kontekst. Det er flere faktorer som spiller inn i barnets emosjonelle utvikling og sosiale atferdsmønster. Barnet påvirkes av sin omsorgssituasjon, ut ifra hvordan omverden responderer på dets signaler og emosjonelle ivaretagelse. Stimulering av barnet foregår gjennom samspill med foreldre og fra utvidet familie, både i hjemmet og på andre arenaer som i barnehage og skole der andre viktige personer bidrar til ivaretagelse av barnet. Wadel (1990) har også beskrevet hvordan man kan forstå egenskapsforklaringer ut i fra en sosial gruppe, og når man ønsker å formidle kunnskap og forskning er det ofte et poeng at man kan generalisere kunnskapen til å gjelde flere.

Barn med SSA blir mer eller mindre betraktet og omtalt som en sosial gruppe med bestemte egenskaper. Ved å omtale dem som gruppe står man i fare for å generalisere gjennom å forenkle, fordreie og tilskrive de kvaliteter som ikke er representative for alle. Denne

mekanismen kan være med på å opprettholde stigmatisering, og slik bidra til å fjerne det menneskelige og personlig hos det enkelte individ. På den måten kan det bli det vanskeligere å vekke empatien i menneskene rundt (for å gi de adekvat hjelp), og man skaper en avstand til barnet som opprettholdes av attribusjon rundt egenskapsforklaringene til dem som gruppe. I sosialkonstruktivismen brukes også forklaringer ut i fra system. Wadel (1990) argumenterer med at systemer ikke kan handle og operere i seg selv, og at det er mennesker bak systemene som legger føringer for handling og iverksetter disse. I systemene foregår det prosesser som er både relasjonelt og kulturelt betinget. Ved å aktivere flere systemer, som eksempelvis justis- og beredskapsdepartementet, helse- og omsorgsdepartementet, og barne- og familiedepartementet i samme retning for å hjelpe barn med SSA, vil man øke muligheten for å kunne gi adekvat oppfølging og behandling. Handlingsstyrken som kan utøves av systemer kan være vesentlig kraftigere enn på individnivå.

3.3 Problematisk og skadelig seksuell atferd som samfunnsfenomen

For å forstå hvorfor barn utvikler en SSA kan kunnskap om overgrep mot barn utført av voksne være informativt som et bakteppe. Her kan man trekke noen linjer for å søke å forstå noen av mekanismene i samfunnet som kan ha betydning. I media har det i flere tiår nå versert nyheter som har skapt store overskrifter om pedofile som misbruker barn. Det er få ting som skaper større reaksjoner og avsky i befolkningen, enn historier om barn som blir misbrukt og i verste fall drept av sin overgriper. Kravene om straff er ofte tilsvarende sterke og man kan se i media at det argumenteres for offentlig gapestokk der overgriperen presenteres med navn, bilde og adresse (Mossige 1997). Søftestad (2018) belyser at de sterke reaksjonene kan gjøre det vanskelig å se klart på problemet, og det er også noe av utfordringen når man søker å forstå mekanismene som utvikler fenomenet SSA. For barn som utøver SSA blir dette mer konfliktfylt, fordi barn skal ikke betraktes som "seksuelle vesen" hverken i voksen-barn relasjon eller barn-barn relasjon. Det ligger en moralsk fordømmelse i vår kultur og vårt samfunn der dette er betraktet som både krenkende og tabu.

Vi må være bevisst på at den kulturelle oppfattelsen av SSA er subjektiv og "konstruert" gjennom språket med fokus på egenskaper og atferd. Mossige (1997) beskriver at det finnes sosialantropologiske studier som jeg ikke går nærmere inn på, der seksuell omgang med barn er sosialt akseptert i kulturen og ikke ansett som misbruk eller overgrep. I medisinsk og vitenskapelig forskning i den vestlige del av Europa og USA, blir voksne og barn kategorisert

med diagnostiske skillelinjer basert på patologi, som er influert av dagens moral og normer. I vår kultur er voksne som forgriper seg på barn ofte kategorisert som pedofile, mens barn som forgriper seg på andre barn, har en problematisk eller skadelig seksuell atferd. I noen kulturer eller i religiøse samfunn kan det ligge en normal forventning om seksuell aktivitet mellom voksne og barn. Det er likevel viktig slik Mossige (1997, s.24) poengterer at fenomener som seksuell tiltrekning mot barn ikke utelukkende er sosiale konstruksjoner, men kan dreie seg om patologiske trekk og kategoriseres som pedofili.

Begrepet *barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd* er en ny betegnelse som ble tatt i bruk etter 2010. I vestlige Europa og USA ble den samme gruppen tidligere omtalt som *mindreårige overgriper*. Det er en viktig endring og distinksjon som ble gjort, for betegnelsen belyser (muligens indirekte) hvordan man vurderer mulighet for å lykkes i behandling og rehabilitering. Det å ha et problem eller en atferd som ikke er sosialt akseptabel, vil bli ansett som å kunne behandles og muligens ”løses”. Men beskrivelsen *en mindreårig overgriper*, er en definerende person karakteristikk som er langt mer deterministisk, fordi det stadfester noe som en personlig egenskap (Wadel, 1990; Mossige, 1997). I deterministisk tradisjon påpeker Tufte (2018) at man søker etter årsaksforklaringer eller årsakssammenhenger i handlingsforløpet. Hvis man skal fokusere på endringspotensialet hos barnet, bør man kartlegge formålsforklaringene som viser de utløsende faktorene. På den måten kan man identifisere hvilke grunnleggende faktorer som motiverer krenkelser, eller hvilke behov barnet prøver å få dekket. Ut ifra formålsforklaringer beskriver Tufte (2018) at ved forstå intensjonen for handlingen, kan vi forstå motivasjonen som utløser den. Og det er det som motiverer til handlingen vi bør behandle hos barn med SSA.

3.4 Kulturelle betingelser for overgrep

Det kan være flere årsaker til at SSA ikke har blitt registrert som et problem. Historisk sett så har overgrep mot barn blitt beskrevet både i Bibelens eldste bøker og i gresk historie, som tyder på en kulturell aksept på voksnes seksuelle forhold med barn (Søftestad, 2018. s.37). Barn er ofte betraktet som uskyldige vesen, der handlingene deres forklares ut i fra lek. Barn blir også sett på som impulsstyrte, vitebegjærlige og utforskende, så handlingene deres er ikke alltid å anse som planlagte, eller ment med overlegg. Sex har også vært et tabubelagt tema å snakke om historisk sett, slik at opplysninger om hva som var vanlig og innenfor normalen i seksuell aktivitet, har nok i stor grad vært fraværende i mange samfunn.

Det er ikke holdepunkter for at det er konkrete betingelser i kultur som skaper en større aksept for overgrep mot barn, men Søftestad (2018) beskriver at kulturen i samfunnet preger hvordan man forstår og håndterer seksualitet mellom barn. Når det gjelder overgrep utført av voksne mot barn, kan voksne ha forvrengte bilder som at barn er villige, eller at de opptrer forførende, slik at for disse voksne legitimerer overgrep. Vi ser at barn fremstilles i media og reklame med noen undertoner, som indirekte gir aksept for å betrakte barn som sex objekter. I enkelte trossamfunn har det også vist seg at religiøse overbevisninger og ritualer kan innbefatte overgrep. Det er likevel en uttalt politisk og offentlig holdning at overgrep mot barn er skadelig og ulovlig og skal bekjempes (Søfteland, 2018; Mossige, 2007).

Det er generelt lite forskning på barn med SSA, samt lite fokus på hva i kulturen som kan bidra til å fremme avdekking i samfunnet. Innenfor barneverntjenesten der jeg arbeider er det stadig diskusjon på hvordan vi skal klare å avdekke de tilfellene der barn utsettes for overgrep, da det er svært sjelden barn forteller om dette. I barneverntjenesten er det innarbeidet gode rutiner på at dette tematiseres med barna uten foreldre tilstede, slik at de skal få mulighet til å fortelle, men likevel uteblir de store resultatene. I Norge er det dokumentert at 1 av 5 jenter og 1 av 10 gutter utsettes for overgrep i barndommen (Mossige & Stefansen, 2007, 2016; Thoresen & Hjemdal, 2014). Likevel er det svært sjeldent at vi lykkes i å avdekke dette i en undersøkelse etter barnevernloven § 4-3. Vi kan ha mistanke om at det skjer overgrep ut i fra symptombilde, men terskelen for at barnet forteller er svært høy. Steine, Winje, Nordhus, Milde, Bjorvatn, Grønli & Pallesen (2016) viser til undersøkelser av overgrepsutsatte som gjennomsnittlig brukte 17 år på å klare å fortelle om overgrep. Søftestad (2018) har redegjort godt for hvilke elementer som påvirker barn til taushet, og det er ingen tvil om at krenkelser som seksuelle overgrep er skambelagt og at makten overgriperen besitter presser barn til taushet. Vi kan tenke oss at mange av de samme mekanismene som fører til taushet, også gjelder for barn som begår overgrep.

Det er en naturlig og forståelig reaksjon at man først kan avfeie barns symptomer på SSA som utforskning og nysgjerrighet. Innes & Kleive (2011) beskriver at seksuell nysgjerrighet er en naturlig del av pubertetsutviklingen, og at alle barn erfarer dette i forskjellig grad. Det å definere når utforskningen er i ferd med å bli problematisk eller skadelig kan være vanskelig. Derfor er det viktig at dette tematiseres i samfunnet, da det kan være vanskelig å differensiere mellom adekvat og bekymringsfull seksuell utforskning.

3.5 Barn med SSA som stigmatisert gruppe

Goffmans (1975, s. 8) definisjon av stigma betegner en person som har et karaktertrekk eller væremåte som bedømmes som negativt, ut fra stereotypiske idealer i samfunnet. På grunn av dette karaktertrekket eller væremåten, kan ikke denne personen helt og fullt oppnå full sosial aksept. Goffman tar i bruk ordene ”deviance” som i *begrepet avvik*, og ”deviation” om *særegenheten ved avviket*. En person som ikke overholder de normer og moralske verdier som verdsettes innenfor en gruppe eller samfunn kan man betegne som en avviker. Barn med SSA vil betegnes innenfor den gruppen som man kan kalle sosiale avvikere. Ifølge Goffman vil måten vi oppfatter en person på endres, etterhvert som avviket blir mer kjent eller synlig hos personen. Når avviket blir omtalt eller befestet hos personen innenfor en sosial gruppe, vil betegnelsen fungere som en merkelapp eller et stigma.

Jan Fook (2012) fokuserer på risikoen rundt det å stigmatisere personer eller brukere ved å sette merkelapper på deres funksjonsmangler. Dette øker risikoen for diskriminering om man ikke bruker det varsomt og gjennomtenkt. Hun poengterer at det også handler om hvordan vi som sosialarbeidere tenker rundt stigmatisering, og hun bruker et eksempel der vi ofte likestiller likhet med likeverd/likestilt, og forskjellighet med ulikhet. Fook (2012, s. 96) mener at måten vi reflekterer eller attribuerer rundt likeverd på, kan bidra til å anerkjenne forskjellighet. Ved å heller fokusere på motsetninger, ulike perspektiv og endring, når man tematiserer ulikhet kan man muligens unngå stigmatisering.

Utfordringer rundt det å iverksette tiltak som kartlegging og behandling av barn med SSA, kan bidra til å stigmatisere disse barna ytterligere. I behandler og klientrelasjon kan det å diagnostisere barn i form av å ha en SSA, samt vurdere hvor de ligger på skalaen i risiko for gjentakelse, bidra til å sette en merkelapp/stigma på en dysfunksjon. Tiltak som for eksempel innbefatter iverksettelse av sikkerhetsplaner, øker risikoen for stigmatisering i samfunnet, fordi det krever involvering av flere i nettverket rundt barnet.

3.6 Kulturell tabuisering.

Søftestad (2018, s. 57) forklarer at tabu er en beskrivelse som omhandler kulturelle oppfatninger som gir et sosialt forbud mot å synliggjøre eller fortelle om handlinger eller situasjoner, fordi det ansees som krenkende eller uhøflig. Tabu er ikke ensidig negativt, fordi det kan bidra til å beskytte gjennom å forebygge, ved at det ikke begås seksuelle overgrep mot

barn. Men det kan også bidra til å ugyldiggjøre gjennom å ikke snakke om, eller med barn, man vet har vært utsatt for overgrep.

Søftestad (2018) tar for seg begrepet kulturell tabuisering, der hun beskriver dette som en overordnet forklaring på fortielse om seksuelle overgrep mot barn. Selv om vi i dag har et langt større fokus på seksuelle overgrep generelt, gjennom media, faglig fokus og et offentlig apparat som jobber for å favne gruppen, så viser det seg at tabu fortsatt preger og delvis handlingslammer de som avdekker overgrep. Dette ser vi når for eksempel ansatte i skole eller barnehage vegrer seg for å melde bekymring til barneverntjenesten eller politi, når de oppdager eller har mistanke om at barn blir utsatt for seksuelle overgrep. Begrunnelser jeg selv har fått for å ikke melde dette videre til barnevern og politi, er at de som arbeider med barna, er redd for å miste tilliten og samarbeidet med foreldrene.

Jeg tenker at det også handler om at temaet *seksuelt misbruk*, som man har drøftet på abstrakt nivå og i tenkte tilfeller, plutselig blir til noe konkret. Det å sette seg selv i en situasjon, der man anklager eller mistenker nære omsorgspersoner for å gjøre ulovlige seksuelle handlinger, med deres eller andres barn, kan bli personlig utfordrende. I følge Lov om barneverntjenester § 6-4 er offentlige ansatte pliktige til å melde sin bekymring, og de har ikke lov til å være anonyme. Dette skal ivareta rettsikkerheten for barn, foreldre og de som melder. Med dette bakteppet tenker jeg at tabuisering kan spille en rolle i de bekymringsmeldingene som ikke blir sendt.

3.7 Etikk i sosialt arbeid.

Sosialt arbeid bygger sine metoder på humanistiske verdier. Troen på mennesket og dets iboende evne til fornuft og samvittighet, har lagt føringer for hvordan sosialt arbeids metoder har utviklet seg. Gjennom å jobbe med mennesker i svært vanskelige situasjoner, blir man av og til utfordret i *troen på om mennesket er grunnleggende godt*. Man kan oppleve situasjoner der andre har utsatt sine nærmeste for opprivende handlinger, som aktiverer tvilen på at alle mennesker er grunnleggende gode i sin natur, eller om de har i seg mulighet til forandring. Når det gjelder hjelp til barn med SSA, har man som hjelper en plikt til å tro på mulighet for endring.

I sosialt arbeid er det i stor grad deontologiske teorier som styrer vår etiske refleksjon og som sosialt arbeids metoder er tuftet på (Banks, 2012; Aadland, 2001). For å hjelpe barn med SSA er det like viktig å forstå hvorfor barnet handler slik det gjør. Ordet *etikk* er utledet av det greske ordet *ethos* og betyr *skikk og bruk*. I denne sammenhengen har etikk og moral samme opphav, men i dag bruker vi begrepene på ulike områder (Aadland, 2001). Aadland (2001, s. 26) beskriver at ”etikk er systematisk refleksjon over moralsk praksis, altså en moralteori. Moral er oppfatninger av rett og galt, knyttet til egne eller andre sine handlinger”. I kapittelet om *tidligere forskning* belyser jeg hvor sammensatt situasjonen rundt et barn med SSA er, og at det ikke er noen opplagte utløsende faktorer som ligger bak. Det kan være at vi som hjelpere må fokusere på hvilken funksjon atferden har for barnet, for å lettere identifisere hva som må jobbes med (Balsvik, 2018).

”Det etiske er ikke noe man bør, men noe man skal. Det som er etisk kan derfor ikke, i motsetning til konsekvensetikken, begrunnes i erfaring” (Mossige, 1997. S. 18). Man kan ikke teste ut hva som er bra eller dårlig innenfor seksuelt misbruk av barn. Det foreligger omfattende forskning som viser at seksuelle overgrep mot barn er skadelig (Finkelhor, Shattuck, Turner, Ormrod & Hamby, 2011). Og ifølge norsk lov er det straffbart å begå overgrep mot barn (Straffeloven § 196, første ledd), men overgrep mellom barn under strafferettslig lavalder har ingen juridiske konsekvenser. Dette betyr ikke at det er mindre skadelig, og derfor stiller det store etiske krav til det offentlige hjelpeapparatet, med tanke på hvilke konsekvenser dette gir/bør gi for den utsatte og den som krenker. De fleste beslutninger vi tar innenfor sosialt arbeid er sammensatt av etiske, juridiske, politiske og tekniske avveininger, som er uløselige fra hverandre. Våre egne verdier påvirker oss i de avgjørelsene og hvordan vi tolker lovverket vi jobber innenfor (Banks, 2012).

3.8 Anerkjennelse i møte med krenkeren og den krenkede.

Slik Axel Honneth (referert i Nørsgaard, 2005) beskriver, så må det være respekt og forståelse tilstede i møtet for å oppleve anerkjennelse. Honneths teorier om anerkjennelse står sentralt i pedagogisk arbeid, og jeg mener man bør ha en anerkjennende tilnærming for å komme i posisjon til barn med SSA, slik at man kan arbeide med endring. I anerkjennelse ligger det en aksept for at mennesker, ulike kulturer og livsformer er likeverdige. Dette sikrer muligheten til inkludering og deltakelse samtidig som man er ulik og autonom (Kristiansen, 2014)

Man kan trekke inn refleksjoner rundt tabu og stigma i Honneths beskrivelse av usynlighet, som han bruker for å filosofere rundt anerkjennelse. Barn som utsettes for overgrep prøver ofte å gjøre seg usynlige, for å unngå avdekking og stigmatisering. Ved å bli oppfattet som sosialt usynlig, står man i fare for å bli oversett og neglisjert, og dermed ikke oppleve seg anerkjent. Hvis et barn opplever krenkelser som vold og overgrep i *sfæren for familie og kjærlighet* (Kristiansen, 2014) vil barnet kunne miste sin identitetsdannelse og opplevelse av selvverd. Den første opplevelse av anerkjennelse formes gjennom de nære og primære relasjonene.

Honneth opererer med ulike sfærer i anerkjennelsesteori. For å jobbe med barn som utsettes for overgrep og barn med SSA er det viktig at man intervensjonerer i *sfæren for kjærlighet og familie, den rettslige sfære og den sosiale sfæren* (Kristiansen, 2014). Gjennom anerkjennelse i disse sfærene kan menneske utvikle selvtilit, selvaktelse og selvverdsettelse. Kristiansen (2014, s. 48) beskriver betydningen av anerkjennelse i sfærene ved at;” den første sfære er asymmetrisk, og her er anerkjennelsen ubetinget. De to andre sfærene er symmetriske og her er anerkjennelsen betinget. De følelsesmessige bindingene (kjærlighet) i første sfære, er en forutsetning for et vellykket møte med samfunnet. De universelle rettighetene som vi oppnår i andre sfære, er en forutsetning for at alle skal kunne se seg som likeverdige (kognitiv aktelse). Den sosiale sfære er nødvendig for at vi skal kunne se oss selv som et verdifullt medlem av samfunnet, hvor vi både yter og mottar (respekt og sosial aktelse)”.

Det er helt klart en utfordring å få alle voksne rundt et barn med SSA til å formidle anerkjennelse i sitt møte med barnet. Man må klare å legge fra seg fordommer og konfliktfylte følelser for å møte barnet ubetinget. Dette kan være en av grunnene til at barn ikke klarer å fortelle om krenkelser de er utsatt for. Samt om barnet ikke har opplevd ubetinget kjærlighet i første sfære, kan det være at barnet ikke har utviklet en grunnleggende selvverd for å møte samfunnet. Da kan det bli vanskelig for barnet å erkjenne problemet, eller fortelle om krenkelser det er utsatt for. Om de voksne rundt barnet klarer å møte barnet ubetinget, med respekt og sosial anerkjennelse, kan barnet muligens bli kognitivt i stand til å erkjenne, samt starte med bearbeidelse og endring.

4. Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for de metodiske prosessene, samt hvordan jeg har analysert og tolket innsamlet data.

4.1 Kvalitativ metode

I denne undersøkelsen har jeg tatt i bruk kvalitativ metode, da målet med problemstillingen er å få en grundigere forståelse og ny kunnskap på et felt som er preget av tabu og skamfølelse. Ifølge Thagaard (2018) vektlegger kvalitativ metode menneskelige erfaringer og fortolkninger, der man søker forståelse ved å gå i dybden. Mens kvantitativ metode kartlegger breddeforekomster og egner seg for å finne sannheter som er generaliserbare. Jeg har valgt en kvalitativ metode, fordi det egner seg best når man skal utforske et tema i dybden, og når man ønsker utfyllende kunnskap om andres erfaringer på et gitt tema. Målet med forskning er at det skal ta oss videre, kunne hjelpe oss til å forstå eller stille nye spørsmål, slik at vi muligens kan øke vår kunnskap på feltet.

Min bakgrunn og erfaring er med på å påvirke hvordan jeg tolker samfunnet rundt meg. Det vil si at jeg ikke kan opptre nøytralt eller objektivt, hverken i ord eller handling, fordi jeg bærer med meg erfaringer som preger hvordan jeg oppfatter eller persiperer samfunnet rundt meg (Johannesen, Rafoss & Rasmussen 2018). Dette danner en kontekst som er med på å *farge* bildet jeg beskriver, og som jeg igjen formidler til andre.

Forskernes kontekst eller de omgivelser vi i vid forstand er omgitt av, både faglig og i hverdagslivet, påvirker vår forskning (Johannesen et al. 2018). Hva betyr så det? For det første innebærer det at den vitenskap som en forsker eller et forskningsmiljø produserer ikke kan skilles fra sin sosiale og kulturelle kontekst, det vil si den sosiale og kulturelle virkelighet vi som forskere er en del av. Både forskerne og den kunnskapen vi produserer er en del av historien. Vi inngår i sosiale relasjoner. Vi er påvirket av og påvirker politikk. Vi forholder oss til kulturelle forskjeller, og vi forholder oss til kjønn. Vi er aldri kun forskere.

Forskningen foregår alltid i en større sammenheng. Hvis vi ikke tar med oss de kontekstuelle faktorene, kan vi da danne oss en adekvat forståelse av verden?

Gjennom en induktiv fremgangsmåte søker jeg å få frem empiri og etiologi som kan bidra til å utvikle kunnskapsfeltet vi jobber innen, slik Kvåle & Brinkmann (2015) beskriver det. Det

etiologiske perspektivet, *hvordan fenomener oppstår, og årsaken til hvorfor de utvikler seg slik de gjør det*, kan hjelpe oss til å utvikle bedre kartleggingsmetoder, samt kunne si noe om hva som kan virke forebyggende og rehabiliterende.

For å finne litteratur utførte jeg søk i Google Scholar og databasene som er tilgjengelig på universitetets bibliotekstjeneste Bibsys. Det ble brukt ”primære” og ”sekundære” nøkkelord fra problemstillingen og tema, samt synonymer og engelske oversettelser (Johannesen, Tufte & Christoffersen 2016). De ble brukt alene og i ulike kombinasjoner for å gjøre søk i databasene. De primære nøkkelordene rettet seg mot tema jeg ønsket å undersøke, og de sekundære mot mer spesifikke områder.

Eksempel på søkeord fra dokumentstudiet:

Primær	Sekundær
Seksuelle, overgrep, incest, mindreårig, atferd,	Behandling, skadelig, gjentakelsesfare, søsken, familie, organisasjon
Engelsk:	Engelsk:
Sexual, Incest, Adolescent, Abuser, Offender, Pedophile, Perpetrator	Harmfull, Behavior, Risk, Siblings

I undersøkelsen gjennomførte jeg syv dybdeintervju med ansatte innenfor ulike organisasjoner. De har til felles at de jobber med å hjelpe barn som har en problematisk eller skadelig seksuell atferd. Rekrutteringskriteriet som informant, var at en hadde erfaring og kunnskap om tiltak for problematisk og skadelig seksuell atferd.

Ettersom dette er en masteroppgave er det naturlig å gjøre en tverrsnittstudie for å svare på problemstillingen. Johannesen, Tufte, og Christoffersen (2016) beskriver at en tverrsnittstudie benytter data fra et gitt tidspunkt eller periode. Dette medfører at man må være forsiktig med å trekke konklusjoner og årsakssammenhenger i analysen. For å kunne si noe om sammenhenger bør man samle inn data over tid. Det kan være av interesse å gjøre et nytt tverrsnitt studie om noen år for å sammenligne, og se på utviklingen som har skjedd, da dette er et område det satses på i flere departement.

4.2 Epistemologi

Det vitenskapelige perspektivet i oppgaven har sin opprinnelse i postmodernismen og tar utgangspunkt i sosialkonstruktivismen slik tidligere beskrevet. Innenfor denne retningen oppfattes kunnskap som konstruert i sosial samhandling, og at vi tolker konteksten og meningsinnholdet innenfor våre kulturelle rammer (Thagaard, 2018). Det vil si at vi kan ha ulike oppfatninger av samme fenomen, og at denne oppfatningen kan variere mellom ulike samfunn og kulturer.

Som tidligere beskrevet er SSA er et relativt nytt fenomen. Gjennom samhandling og diskurs settes det rammer for hva som er sosialt akseptabelt. Dette blir samfunnsmessig regulert eller konstruert, gjennom politisk styre, lovgivning og juridisk håndheving. Oppgaven stiller ikke spørsmål ved om barn som utøver SSA eller overgrep generelt er konstruerte fenomener, men fremholder at dette er direkte skadelig og i mange tilfeller kriminelle handlinger. Det vil si at konsekvensene av slike handlinger ikke er konstruerte, eller betinget ut i fra samfunnets nåværende kontekst. Vi har kunnskap om konsekvensene disse handlingene gir for de involverte. Det vi nå trenger er å øke kunnskapen for hva som kan gi behandling, hvordan vi kan re-integrere barn i sitt miljø, og på hvilke måter utvikling av SSA kan forebygges hos barn.

4.3 Strategisk utvalg

Gjennom oppfølging av barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd i barneverntjenesten, har jeg fått et godt bilde av hvilke instanser som jobber med samme gruppe. Jeg har fulgt opp fire barn i ulike faser fra avdekking til behandling og sikkerhetstiltak snakket med fagfolk om utfordringer, og søkt etter veiledning for å finne gode løsninger. Jeg har brukt mye tid på å lese litteratur som finnes på området, samt kartlegge det som er av behandlingstilbud i Norge. Jeg hadde derfor med meg forkunnskap om hvem som kunne bidra med informasjon og kunnskap på området.

Jeg startet med en uformell tilnærming, hvor jeg sendte en mail til en psykologspesialist som hadde vært med i et tverrfaglig møte jeg hadde deltatt på. Jeg fortalte at jeg var i gang med en masteroppgave på tema, og spurte om han hadde tid til å drøfte eventuelle problemstillinger med meg. Han hadde arbeidet med dette tema i mange år, og jeg visste at han hadde konsultert SSA caser i tverrfaglige møter. Han stilte seg positiv til henvendelsen og var

forberedt på tematikken jeg ønsket å drøfte. Dette ble en form for pilotintervju der jeg gjennom samtalen fikk innspill på mine tanker, og han delte sine erfaringer og kunnskap om fagutvikling og aktuelle problemstillinger på området. Dette gav meg et bedre grunnlag for utarbeidelsen av forskningsspørsmålene, og jeg fikk de første tipsene om mulige aktuelle informanter.

For å belyse forskningsspørsmålene og konteksten de utspiller seg i, var det hensiktsmessig å bruke et strategisk utvalg. Dette førte til at jeg tok i bruk ”snøball metoden” (Thaagaard, 2018. s. 56) for å finne intervjupersoner til prosjektet. Kriteriene som lå til grunn for utvelgelsen var at deltagerne hadde kunnskap og erfaring for å besvare forskningsspørsmålene. Psykologspesialisten som jeg konfererte med i forarbeidet gav meg innspill til de første aktuelle informantene. Videre fikk jeg tips om nye navn på aktuelle informanter som var engasjert i tema, og som hadde erfaring i arbeid med barn med SSA. Det kunne blitt uheldige konflikter ut i fra denne formen for kontaktetablering, ettersom de potensielle informantene ikke gav sitt samtykke i forkant av spørsmålet om de kunne delta i forskningsprosjektet (Andrews & Vassenden 2007, s.154-156). Tilbakemeldingene fra dem som svarte på min henvendelse var kun positive, og jeg oppfattet ikke at noen syntes min måte å ta kontakt på var problematisk. De syntes det var bra at tematikken SSA hos barn ble tematisert. På ni forespørsler fikk jeg positivt svar fra syv personer om at de ønsket å bidra til forskningsprosjektet. De to siste fikk jeg ingen respons ifra.

Kriteriet for å være informant var at vedkommende hadde kunnskap og erfaring i arbeid med barn og deres problematiske eller skadelige seksuelle atferd. Det lå ikke begrensninger eller rammer for hvilken yrkesgruppe jeg ønsket å snakke med. De informantene som deltok arbeider ved ulike avdelinger underlagt barne- og familiedepartementet, helse- og omsorgsdepartementet og justis- og beredskapsdepartementet. De er geografisk spredt i Norge, men regionen helt i sør, samt Østlandet er ikke representert.

- Informant en; er psykolog og arbeider ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, er med i klinisk nettverk i nord som er nærmere beskrevet i innledningen.
- Informant to; er psykologspesialist og arbeider ved V27 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk Betanien.
- Informant tre; er seniorrådgiver ved Statens Barnehus.

Informant fire;	er politiadvokat, ved Retts og påtaleenheten.
Informant fem;	er seniorrådgiver ved Barne- og familieetaten, erfaring fra arbeid i ressursteam for bekymringsfull og skadelig seksuell atferd (REBESSA teamet).
Informant seks;	er psykolog ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, er med i klinisk nettverk i nord.
Informant syv;	er psykologspesialist, rådgiver ved regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

Tid og ressurser for å gjennomføre prosjektet satte begrensninger for utvalgets størrelse. Totalt er det gjennomført syv dybdeintervju, samt to pilotintervju; et i kartleggingsfasen og et for å teste intervjuguiden før jeg startet innsamling av data. Den kjønnsmessige fordelingen av informantene er jevn.

4.3 Forskningsetikk

Forskningsprosjektet ble søkt inn for Norsk senter for forskningsdata (NSD) 05.03.2019, og søknaden ble godkjent 06.03.2019. Det var ikke behov for å håndtere andre data som kunne gi implikasjoner for sårbare grupper, så jeg trengte ikke å søke andre godkjenninger (Thagaard 2018).

4.3.1 Forsknings- og fagetisk ansvar.

Fangen (2010) er opptatt av at man skal jobbe etter et ideal, slik at man opparbeider seg en forståelse for de menneskene man studerer. På den måten kan man beskrive med respekt og tilbakeføre kunnskap til samfunnet. Forskingen i denne oppgaven krever også varsomhet, fordi det dreier seg om barn som avviker fra normer og idealer i samfunnet, ved at de begår overgrep mot andre barn. Man må være varsom i forhold til hvordan barn med SSA beskrives og omtales. I forskningsetiske retningslinjer omtales forholdet mellom barns kompetanse og sårbarhet. Forskeren skal ta hensyn til at ikke alle kan forsvare seg og at man, ”bør være forsiktige med å operere med inndelinger eller betegnelser som gir grunnlag for urimelig generalisering, og som i praksis medfører stigmatisering av bestemte samfunnsgrupper”¹.

¹ (<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/C-Hensyn-til-grupper-og-institusjoner-20---26/>)

I mitt arbeid med barn og unge innenfor barneverntjenesten føler jeg et ansvar for å bidra til å utvikle feltet, slik at barna og deres familier får den hjelpen og oppfølgingen de har behov for. Resultatet som kommer ut av denne undersøkelsen kan bidra til å belyse et felt som trenger videre satsning. Informantene er gitt full anonymitet og de har fått informasjon både skriftlig og muntlig om at de når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen (Tjora, 2012) (Vedlegg 2.). Det var ingen belønning eller annen type godtgjøring for deltakelse i studien, og det ansees heller ikke som noen spesiell belastning eller ulempe for å ha deltatt som informant (Huberman, Miles, & Saldana 2014).

4.4 Semistrukturerte intervju

Intervjuguiden ble utarbeidet som relativt strukturert. Spørsmålene ble utformet i forkant og de var formulert som åpne spørsmål. Jeg hadde en tenkt progresjon på rekkefølgen i spørsmålene, som bygget på hverandre, og for å fange konteksten (Vedlegg 3.). Tanken var å bruke det slik Thagaard (2018) beskriver det kvalitative aspektet, der intervjupersonen står fritt til å utforme sine svar og sin forståelse i temaet. Dette stiller større krav til analysen. Hvis man derimot bruker en strukturert tilnærming, vil det være enklere å få besvart forskningsspørsmålene og sammenligne informasjonen som innhentes.

Da intervjuguiden var utarbeidet, valgte jeg å teste den på en tidligere kollega som har arbeidet innenfor barnevernfeltet i mange år. Han hadde arbeidet med tema SSA de to siste årene, og jeg vurderte at han kunne vært en informant i et ordinært intervju. Ved å gjøre et pilotintervju med en jeg kjenner, fikk jeg prøvd ut spørsmålene i intervjuguiden på en jeg var trygg på. Han svarte på spørsmålene, gav innspill på det jeg tematiserte og vi fikk kartlagt hvor lang tid det omtrentlig ville ta å utføre et intervju. Ut fra tilbakemeldingene ble noen av spørsmålene omformulerte, fjernet og et nytt tillagt, slik at muligheten for å belyse problemstillingen ble ytterligere favnet.

4.5 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble tatt opp på lyd ved bruk av appen; Alon Dictaphone, som jeg hadde lastet ned på telefonen. Denne kan spille av lydopptaket i ulike hastigheter, slik at det forenkler transkribering. De tre første intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, og de neste fire ble gjennomført pr telefon. Jeg valgte å ta intervjuene som jeg kunne utføre direkte med personen først, slik at jeg fikk en førstehånds erfaring med hvordan ukjente informanter responderte i

intervjusituasjonen. Dette gjorde at jeg selv ble tryggere på både intervjuteknikken og den tekniske biten med diktafon.

Etter de første intervjuene justerte jeg spørsmålstillingen noe. I tillegg forberedte jeg informanten bedre på hvordan intervjuguiden var bygget opp. Dette var små justeringer, men jeg opplevde at informantene virket tryggere når de var forberedt på tema i de ulike delene, og hva jeg ønsket fokus på i intervjuet.

Huberman, Miles og Saldana (2014) viser til at det er informantene som har kunnskap om feltet forskeren ønsker å undersøke, og derfor er det viktig at de forstår betydningen av sitt bidrag til undersøkelsen. Forskeren har et ansvar for å gi god nok informasjon om undersøkelsen og hvordan data vil bli håndtert. Jeg innledet alle intervjuene med kort å informere om studien, min bakgrunn og valg av tema. Jeg fortalte hvordan intervjuguiden var bygget opp, og hvor lang tid det erfaringsmessig hadde tatt å gjennomføre det. I forkant hadde de mottatt skriftlig informasjon og samtykkeskjema på mail (Vedlegg 1 og 2.).

For å få en god intervjusituasjon startet jeg åpent, der jeg presenterte meg selv, sa litt om min bakgrunn og hvilken yrkeserfaring jeg hadde. Min erfaring generelt er at det er lettere å få personer man ikke kjenner til å åpne seg, ved å starte med å fortelle noe om seg selv. Det kan være med å skape tillitt og gjensidighet i situasjonen.

4.6 Intervju over telefon.

Dybdeintervju gjennomføres tradisjonelt sett ansikt til ansikt. Det gir fordeler ved at man kan tolke informantens kroppsspråk, og man kan gi respons gjennom blikkontakt og ved å nikke. Dette kan virke bekreftende for informanten slik at det holder intervjuet i gang, og kan fungere som en positiv forsterkning. Som Tjora (2012) påpeker så kan det være både tidsmessige og økonomiske årsaker som gjør det nødvendig å gjennomføre flere intervju over telefon. Dette stiller større krav til sensitivitet hos forskeren for å kunne gi bekreftelser gjennom en telefonsamtale.

Selv om tema jeg fokuserer på er sensitivt, så dreier problemstillingen seg hovedsakelig om hvordan hjelpeapparatet evner å gi adekvat hjelp. Informantene er profesjonelle som arbeider med problematikken på system- og klientnivå. Jeg vurderte at vinklingen på tematikken ikke

er av en sånn karakter, at det ville være for følsomt til å tematisere over telefon. Hadde det derimot dreid seg om klienters egen opplevelse av hendelser og hva slags erfaringer de selv har gjort seg, tenker jeg at det vil være viktig å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt. Dette fordi det vil kreve en emosjonell ivaretagelse av informanten, da man ønsker å utforske egenopplevde sensitive og tabubelagte tema. Man bør være i samme rom som informanten for å kunne lese kroppsspråk og reaksjoner, slik at man kan justere seg etter informantens reaksjoner. De reaksjonene vil også være viktig å dokumentere, da de kan bidra til å gi vesentlig informasjon til forskningen.

Selve gjennomføringen av telefonintervjuene gikk bra. De hadde innledningsvis et formelt preg, men etterhvert i samtalen ble tonen løsere. I starten av samtalen spurte jeg om de hadde lest informasjonsskrivet, og jeg fortalte litt om meg selv og min bakgrunn. Jeg vurderte det som viktig at de fikk bli litt kjent med meg og mine erfaringer med problematikken. Jeg opplevde at informantene gav fyldige svar og lengden på intervjuet var lik den jeg gjennomførte i møter med informantene. Alle informantene var veldig positive til mitt engasjement på tema og problemstillingen, og ønsket å få lese oppgaven når den var ferdig.

4.7 Asymmetri i intervju situasjon.

Det er forskeren som styrer intervjuet og har kontroll på temaene som bringes frem. Utfordringene i slike strukturerte intervjusituasjoner, er om informanten får meddelt den informasjonen han eller hun synes er viktig. Faren er at informanten kan begrenses for mye, ettersom det er forskeren som avgjør når han/hun har fått tilstrekkelig med informasjon. En slik asymmetri preger alle forskningsintervju, ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s. 52).

4.7.1 Asymmetri og min egen forforståelse

Min forkunnskap og erfaring innenfor feltet kan ha bidratt til å forsterke denne asymmetrien i intervjusituasjonen. I forkant av intervjuene var jeg bevisst på at jeg har mye erfaring og kunnskap fra feltet, og at dette kunne påvirke intervjusituasjonene. I de fleste intervjuene opplevde jeg at det var lettere å få i gang samtalen, når jeg fortalte informanten innledningsvis om min kunnskap og erfaring fra oppfølging av barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Da kunne de snakke friere om sine erfaringer og kunnskap, uten å måtte forklare meg innholdet i ulike metodene, eller forklare hvordan systemene var bygget opp. Dette gjorde samtale mer dynamisk, og jeg opplevde at de var interessert i mitt engasjement for gruppen.

Samtidig kan det være at informantene opplevde intervjusituasjonen som mer krevende, fordi jeg meddelte min erfaring. I tillegg stilte jeg muligens spørsmål som var inngående på praksis og på den erfaringen informanten hadde på området. Dette kan ha ført til at samtalen ble mindre fri, og at informanten følte at han/hun stod i fare for å bli blottstilt hvis vedkommende opplevde at jeg hadde bredere kunnskap eller mer erfaring enn informanten.

4.8 Transkribering.

Alle intervju ble tatt opp ved bruk av lydopptak med mobil. Jeg valgte å transkribere opptakene selv, og det ble gjort ca. en til tre dager etter intervjuet. Da var intervjuet fortsatt friskt i minnet, og jeg kunne gjenskape stemningen informasjonen ble formidlet under. Nilsen (2014) beskriver at fordelen med å transkribere selv, som jeg også erfarte, er at man oppdager og kan få belyst problemstillinger og tema, som jeg ikke hadde vært så bevisst på under selve intervjuet. Dette lagde jeg stikkord på som første del av analyseprosessen.

I den transkriberte teksten ble det lagt inn tidsangivelser slik at det var enkelt å gå tilbake i lydfilen, hvis jeg hadde behov for å høre avsnitt på nytt. Jeg transkriberte nesten alt, med unntak av ”tanke” pauser som ”mmm” ”ehhh”. I et intervju valgte jeg å omsette enkelte ord til bokmål, da informanten snakket en form av vestlandsdialekt. Dette gjorde det lettere for meg å analysere det ferdige intervjuet. Det kunne være utfordrende å vite når jeg skulle sette komma og punktum i transkriberingen, for slik Tjora (2012, s. 145) skriver så ”snakker vi ikke i avsnitt, og vi signaliserer heller ikke tegnsetting mens vi snakker”.

4.9 Analyse

4.9.1 Analyseprosessen

I utarbeidelsen av problemstillingen skrev jeg notater på de personlige erfaringene jeg har fra samarbeid rundt oppfølging av barn med SSA. Jeg utarbeidet tankekart og skisserte saksgangen i en barnevernssak for et barn med SSA i et prosesskjema. I tillegg tegnet jeg flytskjema over fremgangsmåten i oppfølging, og lagde oversikter over hva ulike avdelinger jobbet med og deres ansvarsområder. På den måten bearbeidet jeg min forkunnskap og satte den i system. Slik kunne jeg lettere formulere problemstillinger, forsknings- og analyse spørsmål.

Analyse handler om å lete etter svar i dataene, og denne prosessen foregår synkront mens man samler inn data. I analysen opplever man at det stadig dukker opp nye spørsmål som kan være interessant å søke svar på. Denne bearbeidelsen av data foregår kontinuerlig i forskningsprosessen. For å få gode forskningsspørsmål, påpeker Johannesen, Rafoss, Rasmussen (2018) at må man stille de riktige spørsmålene, og ikke de man ikke allerede vet svarene til. De beskriver at analyse er en aktiv spørsmålsdrevet prosess, og at man ikke kan analysere uten å stille spørsmål.

4.9.2 Koding av data

Allerede under transkriberingen tok jeg notater på utsagn og tema som jeg fant interessante i intervjuet. Da transkriberingen var ferdig gikk jeg i gang med å lese alle intervjuene. Jeg la inn kommentarer i marginen og uthevet de ord, setninger og avsnitt, som kunne bidra til å besvare analysespørsmålene. Miles, Saldana, Huberman (2014) omtaler denne metoden som ”jotting”. Jotting består av forskerens umiddelbare og flyktige tanker, som skrives ned på f.eks. post-it lapper, om fenomener som omtales i dataen. De er opptatt av at jotting kan bidra til å styrke analysen, og sette søkelyset på underliggende temaer som fortjener fokus i datamaterialet.

I følge Miles, Saldana og Huberman (2014) er prosessen med koding av data, en analyse som krever dyp refleksjon og fortolkning. Fritt oversatt forklarer Saldana (Miles, Saldana og Huberman 2014, s.72) ”kode prosessen der forskeren oftest finner et ord eller en kort frase, som symbolsk tilordner et summativt, fremtredende, essensfangende og/eller stemningsfullt attributt innen tekst-basert eller visuell data. Dataene kan bestå av intervjuutskrifter, deltakerens observasjonsfeltnotater, tidsskrifter, dokumenter, tegninger, gjenstander, fotografier, video, internettsider, e-postkorrespondanse, litteratur og så videre. Den delen av data som skal kodes under første syklus, kan variere i størrelsesorden fra et enkelt ord, et fullstendig avsnitt, en hel side med tekst, og til en strøm av bevegelige bilder. I kodingsprosessene under andre syklusen, kan de kodede delene være nøyaktig de samme enhetene, lengre passasjer med tekst, analytiske notater om dataene, og til og med en rekonfigurering av kodene som er utviklet til nå. I kvalitativ dataanalyse er en kode en forskergenerert konstruksjon, som symboliserer og tillegger den en tolket mening. Senere i analyseprosessen kan man lete etter mønster i kodene, utarbeide kategoriseringer og bygge teorier. Å lage en kode er som å fange essensen i en bok eller film.”

Jeg fant at alle intervjuene hadde interessante tema som fanget min interesse, og på enkelte av spørsmålene var svarene informantene hadde gitt svært unisone. Da alle intervjuene var gjennomgått to ganger og prosessert med kommentarer, nummererte jeg kommentarene ut i fra hvilket tema jeg vurderte de omhandlet. På den måten kunne jeg konseptualisere hva som virket mest interessant og hente ut forbindelser som muligens var meningsfulle. Det falt naturlig å bruke en blanding av ”in vivo” koding og ”sub koding” som Miles, Saldana, Huberman har beskrevet i boken *Qualitative Data Analysis* (2014). I flere av intervjuene var det ganske like svar på enkelte spørsmål. Ved bruk av ”In Vivo”, der jeg trakk ut enkelt ord eller begreper som informanten brukte, ble styrken i empirien rundt disse temaene tydeliggjort. Sub koding ble brukt i andre runde for å analysere og tilføre tanker rundt første runde koding.

I et utdraget fra et intervju markerte jeg denne setningen; ”Vi har ingen kvalitetssikring ut over det at vi samarbeider med foreldre og henviser.”. I kommentaren i margin noterte jeg dette; ”Ingen kvalitetssikring” og sub kodet; ”dilemma; hvorfor er dette utfordrende? Kan vi gjøre noe med det?”. Dette var en setning som fanget min interesse og som jeg vurderte som vesentlig til en videre analyse. Deretter kategoriserte jeg dette til et tema om kvalitetssikring. Totalt kategoriserte jeg alle uthevingene og kommentarene som deretter ble fordelt innenfor ni temaer.

Materialet er for stort og omfattende til å analysere og drøfte alle de ni temaene. Jeg har valgt ut de temaene som ble mest omtalt, gav mest entydig tilbakemelding og som informantene engasjerte seg tydeligst innenfor, til analysen.

4.10 Studiens nytteverdi og kvalitet.

Gjennom språket lager vi oss bilder av verden som vi formidler til andre, der vi konstruerer oss selv og det samfunnet vi lever i. Gjennom våre relasjoner og vår samhandling med andre rundt oss, skaper vi vår egen virkelighet. Forskere inngår i denne formidlingen, fordi de er med på å skape bilder av samfunnet gjennom sin tolkning av det som foregår. Forskning skal bidra til nye tolkninger og nye konstruksjoner av det vi allerede kjenner, slik at vi kan utvide vår forståelse av den verden vi har rundt oss. For å oppnå kvalitet i forskningen kreves det at spørsmålene som stilles er relevante, fokuserte og tydelige. Det stilles også krav til hvordan

forskeren skal analysere og formidle sine resultater, slik at mottakeren kan stole på at forklaringene som gis har en allmenn verdi.

4.10.1 Reliabilitet

Reliabilitet skal kunne si noe sannsynligheten for at forskeren eller andre forskere, kan finne liknende resultat hvis undersøkelsen utføres med et annet utvalg. Dersom den kan gjennomføres og utfallet blir det samme vil man vurdere resultatet som pålitelig. Thagaard (2018) beskriver at forskeren må argumentere *for* reliabilitet, gjennom å forklare prosessen i utviklingen av data. På den måten kan man overbevise leseren om kvaliteten og verdien av resultatene. Dette kan være vanskelig innenfor kvalitativ forskning, da undersøkelser ikke kan gjentas eksakt slik de ble utført. I positivistisk tradisjon er nøytralitet forbudt med kvalitet innen forskning. Men i samfunnsvitenskapen forholder forskeren seg til allerede fortolkede data, samt egen kunnskap og erfaring. Jeg holder med Tjora (2012, s. 203) når han meddeler sin holdning til at forskerens erfaring er en ressurs, og ikke forurensning av forskningsprosessen.

Min erfaring fra barneverntjenesten og barn med SSA, har helt klart påvirket oppgaven. Det er på grunn av denne erfaringen jeg fattet interesse for å gjøre denne undersøkelsen. Min forkunnskap har påvirket mitt engasjement som forsker i denne prosessen, og jeg ser at dette kan ha lagt føringer for hvor åpen jeg har klart å være. Samtidig tror jeg ikke at jeg ville klart å samle den samme mengde data, uten mitt engasjement. Utarbeidelsen av problemstillingen og forskningsspørsmålene var motivert av ønsket om å øke min kunnskap på dette feltet. Og forhåpentligvis vil forskningsresultatet kunne bidra til noe konstruktivt for andre som arbeider med de samme barna.

4.10.2 Validitet

All empiri er provisorisk. Det vil si at den er gyldig frem til noe nytt foreligger. Validitet i kvalitativ forskning kan være omstridt, fordi noen kan hevde at det ene funnet ikke er sannere enn andre funn. I kvalitativ forskning kan man stå ovenfor slike problemstillinger, fordi forskeren har med seg en forforståelse som funnene tolkes ut i fra. For å sikre validitet bør sammenhengen mellom den data som er innhentet i undersøkelsen, og forklaringen som gis i funnene være rimelige. Det vil si at leseren skal kunne være enig i de slutninger som anvises fra empirien. Tjora (2012) viser til at vi sammenligner våre forskningsfunn med det som er

gjort tidligere, for å vurdere validitet. Han påpeker at dette gjør forskning konservativ, men og at det er med på å holde kvaliteten høy. Leseren skal finne forklaringene gyldige.

4.10.3 Generalisering

Generalisering av forskningsfunnene er et mål for det meste av forskning (Tjora, 2012). For at resultatet i undersøkelsen skal være generaliserbar må det være mulig å gjennomføre undersøkelsen på nytt med et annet utvalg, der resultatene blir de samme. Er det slik, kan man forstå resultatet som generelt. I denne kvalitative tilnærmingen er målet å fange opp mønstre, tolkninger og variasjon- ikke å generalisere funn.

I undersøkelsen har jeg tatt i bruk snøballmetoden for å skaffe et strategisk utvalg. Noen av informantene arbeider ved ressurs og kompetansesenter som veileder SSA saker. Ifølge rapport NORCE (2019:16) fremkommer det at det er få av konsultasjonsteam i landet, som kan veilede i SSA saker, fordi spesialistene som sitter der mangler kompetanse på problematikken. Ved å bruke et strategisk utvalg, der kriteriet er at de skal ha kompetanse og erfaring på området kan man få et bilde av kompetansen og muligheten for hjelp er bedre enn det som faktisk er reelt.

Utvalget av informanter i undersøkelsen er ikke representativt, fordi det ikke gjenspeiler et tverrsnitt av befolkningen. Tematikken SSA og hjelpeapparatet som undersøkes er egenartet og lite, slik at et representativt utvalg av befolkningen ville ikke forventes å kunne svare på forskningsspørsmålene eller problemstillingen for øvrig.

5. Analyse av funn

5.1 Innledning

Denne analysen handler om hva slags hjelp barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd får, og hvem som kan gi dem hjelp per i dag. I analysen vil jeg presentere følgende funn og drøfting; hvordan barn blir møtt når det avdekkes problematisk eller skadelig seksuell atferd, traumeperspektiv i møte med barn som har en SSA, tiltak og koordinering i hjelpearbeid og kvalitetssikring av tiltak i oppfølging av barn med SSA. Til slutt i oppgaven tar jeg opp behov for system og organisering. Empirien blir drøftet opp mot teori som omhandler fornektelse, bagatellisering og anerkjennelse, og dette ses opp mot tidligere

forskning som er presentert i kapitlet *Tidligere forskning*. Jeg vil også gå inn på enkelte tiltaksområder som bør utbedres for å øke kvalitetssikringen i oppfølgingen av barn med skadelig seksuell atferd. Analysen er utført i et samfunnskonstruktivistisk perspektiv.

Jeg ønsker å starte med et sitat av informant to som arbeider ved V 27, og som oppsummerer godt hvilke utfordringer vi står i;

*”Det som kjennetegner disse sakene er at det er vanskelig for barna å erkjenne at de har tråkket over. Når de har gjort noe som er over i det ”røde” området, så vil som regel de voksne rundt reagere nokså kraftig. Det å forstå hvor skammelig dette er, hvor redde disse barna er, det er **vår** utfordring! De kan bli avvist av sine foreldre, oppleve aggresjon fra sine nærmeste, eller avvising av venner, og det settes veldig sterke tilsynstiltak inn på skolen. Vi har også opplevd at skolen avviser undervisning til disse barna. Selv om dette ikke er lov, så blir det slik i praksis. Derfor må vi jobbe mye med motivasjonen deres, vi må jobbe med disse barna for å klare å få de henvist. Det nytter ikke å spørre om du vil til BUP. Vår utfordring er å komme sammen profesjonelt, komme sammen tidlig og drøfte, slik at vi kan møte barna og*

gi de håp.”

5.2 Hvordan møtes barn når det avdekkes problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Her vil jeg først belyse hvordan kompetanseteam opplever henvendelser og bidrar i veiledning. Deretter kommer jeg inn på spesialisthelsetjenesten sine erfaringer med henvisning av saker som omhandler SSA.

Ifølge informantene som arbeider innenfor konsultasjonsteam, er det i mange tilfeller ansatte i barnehage og skoleverk som først avdekker SSA hos barn. De som arbeider i skole og barnehage ser barna hver dag, og blir godt kjent med hvem de er. Dersom de ansatte har kompetanse på områder som atferds- og utviklingspsykologi, kan det bidra til at det er lettere å gjenkjenne bekymringsfulle tegn og uttrykk hos barnet. Når det gjelder spørsmål og bekymring rundt SSA tar ansatte i barnehage og skoleverk i mange tilfeller kontakt med

helsesykepleier eller barneverntjeneste for veiledning i hvordan de skal håndtere og forstå seksualiserte atferdsuttrykk som er bekymringsfulle.

Problematiske og skadelig seksuell atferd er et tema som er vanskelig for fagfolk generelt å forholde seg til både personlig og faglig, også for ansatte i kommunal førstelinje. I mange tilfeller søker barneverntjenestene konsultasjon med spesialister som sitter i ressurs- og kompetanseteam. Informant syv som jobber som rådgiver på et kompetansesenter forteller at;

”Ofte handler det om spørsmålet; ”Kan det være SSA”? De formidler sin bekymring og ofte handler det om hvordan de skal jobbe videre med dette barnet. Vi har bedt med skole, barnevern, BUP hvis de er inne i saken, og faktisk foreldre og fosterforeldre inn i konsultasjonen.”

Ved henvendelser til kompetanseteam handler det ofte om spørsmål og undring på om det er SSA. Hvis det er SSA, blir spørsmålet gjerne om barnet i tillegg kan være utsatt for seksuelle overgrep. Fremgangsmåten for å få drøftet en problemstilling er at saken meldes anonymt inn til kompetanseteamet. De setter av tid og problemstillingen drøftes i teamet med innmelder og eventuelt andre i barnets nettverk. Informantene forteller at det av rådsøkerne oppleves som en trygghet at det finnes spesialkompetanse som de kan kontakte, men kompetanseteamet uttrykker usikkerhet på hvor godt rådsøkerne klarer å nyttiggjøre seg veiledningen.

Det er naturlig at det skaper stor usikkerhet i hvordan man skal tolke seksuell atferd hos barn, samt vurdere hvor alvorlig det er. De barna som blir drøftet kan ha mange ulike atferdsuttrykk, slik at det ikke nødvendigvis bare er det seksuelle som er problematisk. Atferdsuttrykkene er ofte sammensatte og barnet kan ha problemer med impuls kontroll, språkbruk, vold og rus (gjelder hos eldre barn). Eller motsatt, at barnet kan være vanskelig å få kontakt med, innesluttet, flate i følelsesregisteret og lignende.

Utover drøfting anonymt er det ingen oppfølging av sakene som kompetanseteamene får inn, og de loggfører hverken problemstillingene eller hvilken veiledning som blir gitt.

Kompetanseteamene er tydelige på at de ikke har noe ansvar for hva som skjer i den videre oppfølgingen av saken som er drøftet. Når rådgivningen ikke loggføres eller følges opp, kan det bli vanskelig å kvalitetssikre progresjon og utfallet i sakene. Det er mulig for innmelder å ta kontakt på nytt for videre drøfting, og det kan være aktuelt der det dukker opp nye elementer som påvirker situasjonen til barnet. Informant fem med erfaring fra et annet

konsultasjonsteam forteller at de strekker seg langt for å gi råd og veiledning. De hjelper rådsøkerne med å sette opp en handlingsløype for hva de bør gjøre videre:

”Vi kan anbefale henvisning til barnehuset, bistå med henvisning til BUP, anbefale at omsorgen utredes, hjelpe med å få kartlagt om det er trygt nok i hjemmet, i forhold til andre hjemmeboende barn.”

Konsultasjonsteamene melder at de yter bistand med veiledning i den utstrekning de har mandat til å gjøre. De sitter med bred ekspertise og førstehåndkompetanse, men de kan ikke påta seg ansvar for videre løp i den rådgivningen som gis eller den anbefalte oppfølging. Konsultasjonsteamene skal være et rådgivende organ, og da er det naturlig at de ikke har et ansvar for oppfølging.

Informant syv fra konsultasjonsteam opplever at en del av de som avdekker SSA hos barn blir veldig redde og engstelige fordi de ikke vet hvordan de skal håndtere situasjonen.

Informanten meddeler;

” I en sak tok de barnet rett til Barnehuset. Hjelpeapparatet ble kjemperedde for å involvere foreldrene, og det var mye som ble feil ja, for mange tenker automatisk at dette må til politiet. [] Dette er avveininger som er krevende og vanskelig å ta, for man vet ikke helt om det er rødt (Trafikklyset), og da blir det skummelt å undersøke. Det er viktig å tenke over hva som er hensiktsmessig, og undersøke mer før man bestemmer seg for å levere inn en anmeldelse.”

I NOU (2017:12) Svik og Svikt beskrives brukernes erfaring med konsultasjonsteam som gode. Det påpekes at det er behov for å øke kunnskapen om barn som utsettes for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt på en mer systematisk måte. Dette fordi kartleggingen viser store mangler i kunnskap på disse feltene blant de som arbeider med barn. Rapporten belyser at de har sett behov for spesialisert kompetanse i mange saker som omhandler vold og overgrep. Det er avdekket for dårlig kvalitet i de kommunale tjenestenes kompetanse, og rapporten foreslår at det satses på tverrfaglige inntaksteam som kan bistå kommuner i kompliserte saker. De trekker også frem at informasjon om sakene bør gjøres tilgjengelig i rådgivingsarbeidet for å sikre kvalitet.

Sakene som fremlegges i konsultasjonsteamene presenteres anonymt, og med en allerede fortolket oppfatning. Konsultasjonsteamene må forholde seg til de fakta som blir presentert, og ut ifra dette danne seg et bilde av situasjonen. I beste fall får konsultasjonsteamene et sekundært bilde av utfordringene som fremstilles, og som førstelinje og øvrige berørte står i. Hvis vi trekker inn faktorer som påvirker menneskers persepsjon, og handling som kulturelle tabu, eget attribusjonsmønster og stigmatisering (som beskrevet i teorikapittelet), vil dette bidra til å endre tolkningen av situasjonsbildet som presenteres. I NKVTS sin rapport nr. 1 fra 2018 (s. 62) beskrives det; *”å rette fokus mot barn som aktivt handlende, seksuelle personer harmonerer dårlig med hvem en vanligvis ser på som offer og overgripere”*. Det belyses og det faktum at fagansatte i barneverntjenesten vegrer seg for å snakke om seksuelle handlinger med barn og deres foresatte, og at de opplever frykt for å ta feil i sine mistanker om overgrep mellom barn.

Ansvar for prosessene som settes i gang og redselen for å ta feil kan føre til at sakene ikke blir håndtert godt nok, og at alvorligheten i situasjonen underkommuniseres. Informant syv fra kompetanseteam beskriver;

”Manglende kunnskap hos de som oppdager SSA, gjør at de hiver ”ballen” videre fordi de ikke vet hva de skal gjøre. Ja, også blir det stort og fælt, fordi man vet man skal avverge, og man skal anmelde når det er snakk om overgrep mot barn.”

Jeg støtter NOU (2017:12) sitt forslag om å fremlegge dokumentasjon i saken for konsultasjonsteamene, og jeg mener det bør vurderes å innføre en form for dokumentasjon på hvilke anbefalinger som blir gitt. Dette kan bedre muligheten for vurderinger av metoden, samt de foreslåtte tiltakenes effekt, både av kompetanseteamet selv og fra øvrig hjelpeapparat som er involvert i oppfølgingen av barnet.

En del av barna som mistenkes å ha, eller har en SSA, blir henvist til spesialisthelsetjenesten for kartlegging og behandling. Informant to fra spesialisthelsetjenesten, bekrefter at det som regel er den kommunale barneverntjenesten som henviser barn med SSA til behandling hos spesialisthelsetjenesten. De tenker at barneverntjenesten har en nøkkelrolle i oppfølgingen,

fordi de har mulighet til å gjøre gode vurderinger selv i avdekkingsfasen, innen de henviser til spesialisthelsetjenesten, politi og Statens barnehus.

Informant en fra BUP, forteller at de i spesialisthelsetjenesten opplever at det er store mørketall eller uoppdaget problematikk rundt SSA. De har hatt pasienter inne til behandling på BUP som i utgangspunktet ble henvist for noe helt annet, men så blir det avdekket SSA-problematikk underveis. De har saker der noe av problemet er SSA, men hovedårsaken for henvisningen er av andre årsaker. Denne spesialisthelsetjenesten har foreløpig ikke mottatt en henvisning der primærårsaken er beskrevet som SSA. Informant tre som er rådgiver ved Barnehuset viser også til at SSA har blitt oppdaget underveis i behandlingsforløp på BUP. De har opplevd at henvisningen beskriver atferdsvansker hos barnet, og at det ligger en bekymring for seksualisert atferd mot andre barn uten at dette er konkretisert i henvisningen.

Dette forsterker mistanken om at SSA er underkommunisert og underrapportert. Det kan tyde på at SSA fortsatt har for lite fokus i barnehage, skole, og innenfor øvrig hjelpeapparat som helsestasjon, barneverntjeneste og hos fastleger. Man kan også undre seg over hvorfor SSA blir lite vektlagt i henvisninger. Det kan tenkes at de samme faktorene i vår persepsjon og handlingsmåte legger føringer eller hindringer i hvordan disse sakene håndteres.

5.2.1 Etske perspektiv og faglige vurderinger

De som avdekker SSA hos barn står ofte med vanskelige vurderinger når det gjelder etikk og jus. Barn har rett til og behov for beskyttelse ifølge Barnekonvensjonen artikkel 19. Dette innbefatter behov for beskyttelse mot at barn utsetter andre for overgrep på nytt, etter at SSA er avdekket. Ifølge Barnekonvensjonen artikkel 12 har barn rett til og skal gis anledning til å bli hørt. Ifølge Norby mfl. (2018) kan barn gjøre rimelige autonome valg, hvis de har et godt bilde av situasjonen rundt det de blir spurt om. Vet å utelate barns meninger i beslutninger som berører dem, bryter man med barns rett til medbestemmelse. Barnekonvensjonen påpeker og at barn har rett til beskyttelse mot vold og overgrep, samt at det skal iverksettes forebyggende tiltak. I artikkel 39 vektlegges det at det skal treffes; *”egnede tiltak for å fremme fysisk og psykisk rehabilitering og sosial reintegrering av barn som har vært utsatt for: enhver form for vanskjøtsel, utnyttning eller misbruk.”* Vi må (og jeg velger bevisst å bruke må), tenke at alle barn som har en SSA også er et krenket barn i disse situasjonene. Barn med SSA skader sin egen helse og utvikling ved at de skader andre barn. De trenger hjelp og beskyttelse fra egne handlinger. Barnverntjenestene har et etisk og juridisk ansvar for å hjelpe

alle barn som har behov for og rett til hjelp. Barnevernlovens formål § 1-1; beskriver at tjenesten; ”skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Loven skal bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse og at alle barn og unge får trygge oppvekstvilkår.” Loven krever at disse barna skal møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse. Som profesjonelle aktører må vi klare å romme barnet med de utfordringene det har. Dette stiller spesielle krav til omsorgspersonene og de profesjonelle som arbeider for å hjelpe barn.

Ved å møte barnet med empati og anerkjennelse kan muligens barnet oppleve trygghet og tillitt på at fagfolk ønsker å hjelpe dem. For å være en profesjonell hjelper bør man ha en tro på at mennesket er grunnleggende godt. Informant fem som er rådgiver i Bufetat, påpeker at det er emosjonelt krevende som fagperson å gå inn i problematikken og følge opp et barn med SSA. Informanten beskriver at

”for å hjelpe barna må man ha engasjement, det krever at man har forståelse og evner å gå inn i problematikken, for man får høre om de mest infame planer som barnet kan ha lagt for dagen”.

Gjennom anerkjennelse for hvem barnet er som individ, hvilke opplevelser de har med seg, samt hjelpe barnet å se hva som er feil uten å fordømme, kan man arbeide med barnets erkjennelse for hva de har gjort. Som Honneth (referert i Nørgaard, 2005) beskriver, så er det først etter en erkjennelse, man er kognitivt er i stand til å arbeide med endring. Prosessen frem til en erkjennelse kan være lang. Seksualitet kan være et pinlig tema for mange barn og unge, og SSA er et tema det snakkes generelt lite om både innad i fagmiljø og i samfunnet. For å oppnå en erkjennelse må barnet være i stand til å påta seg et ansvar for egen delaktighet i en krenkende situasjon. Dette krever at barnet har en stor trygghet i den voksne som snakker med barnet om situasjonen, og at denne voksne formidler anerkjennelse for de følelser og tanker barnet har for den gitte situasjonen.

I mange tilfeller tas det i bruk screeningverktøy i kartlegging av barn med SSA. Det er ment som et hjelpemiddel for å vurdere hvilke tiltak som bør settes inn i den videre oppfølgingen av barnet. Bruken av slike standardiserte kartleggingsverktøy krever en etisk bevissthet, og informant to, som arbeider ved V27, påpeker at det blir et etisk spørsmål om hvor mye slike

verktøy kan vektlegges når man er usikre på hvor treffsikre de er. Barnet må lære seg selvregulering, der de evner å tolke og ta i bruk normer og regler på hva som er akseptert i sosialt samspill med andre. På samme tid bør man fremholde handlingene de har utført som skadelige og alvorlige. I NKVTS rapport (2018:1) beskriver informantene at de blir stilt over vanskelige dilemma, fordi nettverket rundt barnet opplever at barnet i seg selv er en risikofaktor. Nettverket kjenner ofte både den som har utøvd seksuell handling og den som er krenket, og dette fører til at de ønsker å beskytte den som er krenket. Informantene som arbeider i barneverntjenesten har opplevd at enkelte presser på for at barnet skal flyttes ut av hjemmet og bort fra lokalmiljø. Dette er et skjæringspunkt som kan gi store utfordringer.

5.3 Med traumeperspektiv i møte med barn som har problematisk eller skadelig seksuell atferd.

Prosessene i avdekking av SSA er gjerne ulike, ut fra konteksten krenkelsene har foregått under. Det vil avhenge av barnets alder, utvikling, diagnoser, familiesituasjon og historie. Jeg vil her belyse noen av områdene som informantene har trukket frem, og som kan påvirke SSA-saker i et traumeperspektiv.

Å ha en traumeforståelse eller et traumeperspektiv med seg i møte med barn som har en SSA, er viktig for å kunne vurdere hvordan man kan ivareta deres behov på best mulig måte. Disse barna kan ha med seg opplevelser fra sin barndom som har gitt dem konsekvenser i sin utvikling. Dette bør være med å regulere hvordan barna møtes av profesjonelle aktører, samt bestemme hvilken type behandling som er best egnet. Søftestad (2018) beskriver at opplevelser i barndommen kan ha påvirket hjernen slik at den gir endringer i barnas utvikling. Forskning har belyst at ulike traumer kan endre et barns utvikling, tilknytning, tenkemåte, evne til følelsesregulering og handlingsrepertoar (Braarud og Nordanger, 2017). Det er forskjell på traumer, og mange kan oppleve et traume etter tap av nær familie eller at de opplever ulykker på nært hold. Søftestad (2018) belyser at barn som utsettes for seksuelle overgrep utsettes for *tabuiserte traumer*. Dette fordi traumet ofte gjentar seg, det forties og ugyldiggjøres ved at barnet ikke får eller kan snakke om det til andre. Barnet får da ikke mulighet til å bearbeide sine opplevelser eller inntrykk, samt at traumet kan påføres av en person som barnet har en relasjon til, og som kan vare over tid.

Informant seks som arbeider i barne- og ungdomspsykiatrien med behandling av barn opplever at;

”foreldre bagatelliserer det som har skjedd, de tenker at det ikke er så alvorlig. Mange foreldre ønsker at det skal være så lett, de er i samtaler og barnet har vært i utredning og da er det nok. De mener det vil gå seg til. Nå har de snakket om det, så da vil barnet skjerpe seg og ikke gjøre det igjen.”

Her er det en fare for at foreldre eller foresatte ikke tar barnet på alvor. Barnet har utsatt andre barn for krenkelser, og det er en mulighet for at barnet kan bære med seg egne vanskelige opplevelser som bør bearbeides. Selv om barnet har vært i samtaler med en profesjonell behandler, er det viktig at barnet blir møtt på sine opplevelser av sine nærmeste omsorgspersoner. Hvis barnets nærmeste bagatelliserer hendelsene kan de bidra til at barnet opplever ugylldiggjøring og manglende anerkjennelse.

Barn som utøver SSA har et sammensatt symptombylle, der det ikke bare er SSA som er utfordrende. De fleste kan ha en eller flere utfordringer i forhold til impuls kontroll, rus, vold, ufin språkbruk, eller nedsatt evne til moralsk resonnering. Eller det kan være helt motsatt, der de er innesluttet og har få eller ingen venner (Kjellgren, 2009; Søftestad, 2018). Felles er at de sliter med sosial kompetanse, samspill og har problemer med å identifisere sosiale signaler. Noe av problemet blant unge er at de mangler elementær kunnskap om seksualitet og hva som er lov. Kartlegging av enkelte ungdommer viser at omfanget av porno de ser er helt enormt, og det er ingen som korrigerer hvorvidt det som foregår på filmen er innenfor normalen eller ikke (McKibbin, Humphreys & Hamilton 2017; Kjellgren, 2009). Porno er tilgjengelig hele døgnet, slik at ”behovet” for tilfredstillelse kan imøtekommes når som helst. Dette kan være med på å skape et forvrengt bilde av at tilfredstillelse kan kreves når de ønsker det. Dette symptombylle har bidratt til å utforme ulike tiltak som det offentlige hjelpeapparatet kan tilby i dag. Dette kan eksempelvis være metoder i skoleverk for å øke sosial kompetanse hos barn, Parent Management Training- Oregon (PMTO) og Circle of Security (COS) som foreldreveiledningsprogram.

Det er ikke bare i behandlingsapparatet og i offentlige system det handler om kulturelle rammer og betingelser. Det belyser informant fem der vedkommende gjengir fra en samtale med en gutt som hadde blitt henvist for å ha forgrepet seg på yngre søsken;

”Så det å komme inn å snakke om noe som er veldig vanskelig, og som kan ha hatt betydning i familiegenerasjoner, det kan være vanskelig. Åpenhet og hemmeligheta...som han gutten som sa; ”det er jo for jævli at det e æ som skal få staffa for det familien min har holdt på med i generasjoner, og oldemora mi ho visste godt hva som foregikk i fjøse ho..” Han hadde vært utsatt for overgrep av sin bror og putta på institusjon for å ha krenka to småsøsken. Det er mye familiehemmeligheter.”.

Her ser man at innen familien som system der det avdekkes overgrep, kan ligge en form for aksept i handlingene. Da blir ”familiekulturen” en del av problemet. Informanten er opptatt av at problematikken må ses i et større perspektiv, og at familier som har barn med SSA må arbeides med i sin helhet. Informanten er opptatt av at familieterapeuter må inn i behandlingen, da man både har problematikk i familiens måte å omgå hverandre, og et perspektiv på at barnet skal reintegreres i familie og nærmiljø.

Utfordringene knyttet til problematisk og skadelig seksuell atferd er både skam- og tabu belagt. Barn som har vært utsatt for overgrep og er eller blir overgriper selv, er utsatt for tabuiserte traumer (Søftestad, 2018. s. 76). Disse barna møtes ikke på samme måte av samfunnet lik de som er utsatt for traumatiske hendelser i form av dramatiske ulykker og dødsfall. For overgriper og utsatt er ikke traumet anerkjent som en gyldig erfaring, og det viser seg at disse barna ikke møtes med samme omtanke og velvilje fra samfunnet, til å hjelpe de gjennom traumet. Når et barn utsettes for stigmatisering vil det mest sannsynlig påvirke dets utvikling negativt. Det er godt dokumentert hvilke negative effekter overgrep har på hjernen og følelseslivet (Søftestad, 2018). I NKVTS rapport nr.1 fra 2018 forteller informantene om erfaringer der barn med SSA blir omtalt med negative ord og begreper av personer i sitt lokalmiljø. De beskriver at i enkelte saker, kan dette gå helt ut av proporsjoner, og at dette kan virke skadelig for barnet. Informantene opplever at enkelte lokalmiljø ønsker at barnet skal stilles til rette for sine handlinger likestilt med voksne overgripere.

For barn med SSA vil mange oppleve stigmatisering fra flere voksne så vel som barn. Goffman (1975) var opptatt hvordan stigma påvirket sosialt samspill og skapte sosiale avstander mellom mennesker i samfunnet. Når det gjelder barn så er det å få en merkelapp som annerledes svært sårbart. Barn er under utvikling både fysisk og psykisk, slik at man som

hjelper på mange måter er forpliktet til å tro på at de kan endre seg. Det er essensielt at man finner formålsforklaringer i de handlingene de har gjort, slik at man kan forstå hvorfor deres situasjon har blitt slik. Da kan man intervensere innenfor de risikofaktorene man identifiserer for å jobbe med endring og utvikling. Barna kan oppleve en sosial eksklusjon, som Goffman (1975) betegner som en *sosial avviker*, der de faller utenfor i samfunnet dersom de ikke får riktig hjelp tidsnok.

5.3.1 Fornektelse og bagatellisering versus erkjennelse og anerkjennelse

Når et barn blir beskylt for en handling som han eller hun vet er ulovlig vil de ofte benekte handlingen for å slippe å ta stilling til den, fordi det er ubehagelig å bli konfrontert. Når foreldre avslører at barnet for eksempel har tatt noe fra en venn, eller lyver om at de ikke har spist lørdagssjokoladen på torsdag, er det vanlig i oppdragerøyemed å prate med barnet og forklare hvorfor dette ikke er greit. Man hjelper dem til å ordne opp i konfliktene de har viklet seg inn i, og å be om unnskyldning. Når barnet viser en spesiell asosial type atferd som SSA er, vil det skape usikkerhet for mange foreldre i hvordan de skal håndtere dette. Redselen for stigmatisering eller å få en merkelapp som overgriper, kan føre til benektelse eller bagatellisering av situasjonen. Det å benekte eller bagatellisere SSA, kan handle om en forsvarsmekanisme eller en attribusjon som trer inn både hos barnet og foreldrene. Dette kan være et forsøk på å opprettholde et selvbilde som ikke samsvarer med en som begår overgrep. (Kjellgren, 2009). Informant syv fra kompetanseteam forteller at;

”Foreldre synes det er vanskelig både pga skam og stigmatisering, men også at det er utfordrende fordi barnet viser en spesiell seksuell aktivitet. Det blir utfordrende å takle, fordi det er så hinsides det man tenker at et barn er i stand til. Men jeg synes helsepersonell er flink til å ta traumeperspektivet og forstå hvorfor dette skjer. Det er barna man trenger å hjelpe.”

Informant fem som tidligere var rådgiver i et kompetanseteam, referer fra en sak som belyser hvor viktig det er at primærpersonene rundt klarer å ta inn over seg alvoret. Samt hva dette handler om, både for å beskytte sitt eget barn, men også personene rundt;

”Denne mora hadde da invitert ei 13 år gammel jente til å overnatte hjemme hos lillesøstera, og når mora er på tur i seng observerer hun 17

åringen sin, sitte å halv-kline med denne jenta. Og likevel går hun å legge seg. Da ber du om å få et nytt overgrep under taket, og selvfølgelig blir han dømt for det.”

Familien rundt kan reagere med fornektelse og bagatellisering, der de forklarer hendelsene med at dette er innenfor normal utvikling, utforskning og uskyldig utprøving. Det er behov for å jobbe med både familien og barnet parallelt. Bendiksby (2008) mener man må ha et tilknytningsperspektiv på seksuelle overgrep. Han har forsket på tilknytningsproblematikk og påpeker at barn som begår overgrep ofte kan kjennetegnes av å ha vokst opp med en sterkt avvisende tilknytning av primære voksne. Dette kan utvikles til en sterk følelsesmessig distanse og sosial isolasjon hos barnet, og et sterkt avvisende tilknytningsmønster. Dette kan gi utfordringer i behandlingen av barna, fordi tilknytningsmønsteret de har med seg kommer av det mangelfulle samspeillet med foreldrene. Flere av informantene trekker frem at det er viktig å jobbe med hele familien i behandling av SSA, og dette blir viktig for å endre tilknytningsmønsteret hos barn.

Reaksjonsmønster med bagatellisering og minimering av krenkelser som tidligere beskrevet hos foreldre og foresatte i overgrepssaker, kan også ses i førstelinjetjenestene og hos andre profesjonelle som møter barn og unge hver dag. Behovet for å bagatellisere eller bortforklare krenkelser, kan muligens forstås og forklares ut fra manglende kunnskap hos ansatte og manglende rutiner i organisasjonen. Men det er også en fare for at det kan signalisere et grunnlag for barnet til å opprettholde benektelsen (Kjellgren, 2009). En annen utfordring kan være at barnet eller ungdommen selv bør kunne erkjenne hva de har gjort, for at det skal være mulig å behandle problematikken. Dersom nettverket rundt barnet ikke kan erkjenne at det er et problem, kan det bli vanskelig for barnet både å innrømme hendelsen, men også å forstå at det som har skjedd er galt. Informant en som er behandler ved BUP, opplever at det er vanskelig for barn å fortelle om SSA fordi;

”det er en veldig skjult og stigmatiserende problematikk. Det er stor forskjell på å komme hit (BUP) for en utredning i fht depresjon eller ADHD, enn å si at jeg trenger hjelp fordi jeg har en skadelig seksuell atferd. Vanligvis kommer barn hit fordi de ønsker hjelp, men min opplevelse er at det ikke gjelder denne gruppen. Og det er vanskelig å jobbe med

problemene, når de ikke vil vedkjenne seg at de har dem. De mangler eierskap til problematikken og da er det det vi må jobbe med først.”

For å jobbe for at barn trygt kan erkjenne og vedkjenne seg problemene, må de voksne rundt bli trygge på hvordan de skal gå frem først. I første omgang må første- og andrelinjetjenester bli trygge nok på å snakke om seksualitet med barn og deres foresatte. Fagfolk som arbeider med barn bør tilegne seg kunnskap om kropp, seksualitet og utvikling, samt øve seg på å snakke med barn om det, for at de skal bli trygge i egen rolle. For at barn skal klare å snakke om vanskelige og sårbare områder i sitt liv, bør den fagansatte fremstå som trygg og imøtekommende. Slik kan man signalisere nonverbalt til barnet, at det er trygt å snakke om det som er vanskelig. Hvis barnet tørr å åpne seg bør den fagansatte møte barnets fortellinger med anerkjennelse og empati. Da kan muligens barnet oppleve seg selv som ivaretatt og forstått, slik at man kan jobbe mot en erkjennelse hos barnet for krenkelser de har gjort.

I NKVTS (2018:1,:3) sine rapporter beskrives det at barneverntjenestene mangler både teoretisk kunnskap og erfaring for å møte barn og deres familier i disse situasjonene. I NOU (2017:12) rapporten *Svikt og svik* påpekes det at barn har for lite kunnskap om hva vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt er, og at opplæring på disse områdene i skoleverket er for tilfeldig. Den samme rapporten belyser også behovet for mer forskning og kunnskap om årsaken til utvikling av SSA og hva som gir behandling. Jeg tenker at vi må starte med oss som arbeider med barn i det daglige, og som møter barn og familier i krise. Det bør gjennomføres en systematisk opplæring av ansatte innen barnehage, skole, helsestasjon og barneverntjeneste, slik at alle avdelingene vet hvilke rutiner som gjelder når SSA avdekkes hos barn.

En annen utfordring med tanke på behandling av barn, er å prøve å forstå hvorfor barnet har den seksualiserte atferden, som et ledd i traumeperspektivet. Informant fem som er rådgiver i Bufetat mener at;

“ Seksualitetens funksjon er noe som er lurt å få fatt i, men som kan være vanskelig. Seksualitet blir ofte misforstått med nærhet og omsorg hos disse barna. Da tenker jeg på at det å søke nærhet, blir til seksuelle handlinger mellom søsken for eksempel. Det er vanskelig å forstå, for de har ikke

snakka med noen om det, det er det ene, også må de ha innsikt i egne behov.”

Erfaringer fra noen av informantene, er at ansatte i hjelpeapparatet som tar kontakt med dem er flinke til å ta traumeperspektivet og forstå hvorfor dette skjer, samt fokusere på at det er barnet som trenger hjelp. Informantene beskriver at foresatte har den mest utfordrende oppgaven med å romme barnet og handlingene deres. Det vil si at de bør kunne gi barnet ubetinget oppmerksomhet og kjærlighet i hverdagen. Dette kan skape utfordringer, fordi handlinger som seksuelle overgrep kan skape aversjonsreaksjoner hos enkelte. Opplevelser med at barnet har krenket andre, og brutt med moral og normer som en selv står for, kan utfordre den ubetingede omsorgsevnen. Barn med SSA som kommer i kontakt med hjelpeapparatet har ofte store sosiale problemer og en dårlig relasjon med jevnaldrende. I profesjonell oppfølging av barna bør det fokuseres på at barna får jobbet med sin relasjonelle kompetanse og empati. For at de skal kunne gjøre det, er det nødvendig at barna møtes med respekt og empati (Kjellgren, 2009; Søftestad, 2018). Som beskrevet over er Bendiksbj (2008) opptatt av tilknytningsproblematikken til disse barna. Utfordringene i familien som helhet er ofte komplekse, og flere av informantene trekker inn behovet for å jobbe familieterapeutisk i behandlingen. Da vil det være naturlig å trekke inn hvilken tilknytning barnet har til sine nærmeste omsorgspersoner. Ved å kartlegge tilknytningsmønstrer mellom barn og foreldre, kan man belyse hva som bør fokuseres på i familieterapien. Det er viktig at disse familiene får erfare og lære hva som er sunn nærhet og omsorg i relasjonene dem imellom, og at barna lærer hvor grensene går for at det blir seksuelle handlinger.

5.4 Tiltak og koordinering i hjelpearbeid

Det er ulike kurs som tilbys ansatte som arbeider med barn, der man lærer seg å identifisere bekymringsfull atferd med tanke på vold og overgrep hos barn. Alle informantene trekker frem AIM 2 som RVTS tilbyr opplæring i, og en del av informantene trekker frem *Trafikklyset*. I Trafikklyset tar de i bruk beskrivelsen gul, rød og grønn atferd. Her kan ansatte kartlegge barnets atferd for å finne ut hvor bekymringsfull atferden er, og om de bør kontakte annet hjelpeapparat for bistand i oppfølging. Det er viktig at ansatte er trygge på deres egen rolle, og de rutiner som deres arbeidsted eller kommune har ved avdekking av vold og overgrep på barn eller om barnet utsetter andre for dette. Det er nok ulikt hvor tydelige rutiner de ulike kommunene har på området, men i de større kommunene har de klare retningslinjer

her (Søftestad, 2018). I stor grad meldes slike bekymringer til barneverntjeneste og politi. Men i saker der det er usikkerhet, kan problemstillingene drøftes med et konsultasjonsteam før de setter i gang andre tiltak. De fleste som ta kontakt for veiledning, har behov for å få vite hvor alvorlig saken er og hvordan de skal håndtere situasjonen videre. Det kan være vanskelig å veilede enkelte saker, og informant syv fra kompetanseteam beskriver hvordan noen av henvendelsene kan fremstå;

”Det er utfordrende å vite hvor på skalaen man skal ligge mellom bagatellisering og hysteri for å sette i verk adekvate tiltak. Det krever både kompetanse og erfaring”.

De som jobber med barn og ungdommer må bli tryggere på å identifisere hva som er SSA, samt forstå hvordan de bør gripe situasjonen an. Barnet, familien og nettverket er tjent med at situasjonen håndteres adekvat.

Det er viktig at ansatte i barnehage og skoleverk har kompetanse på hvilke tegn som kjennetegner SSA. Å kunne differensiere mellom sunn og problematisk seksuell atferd er meget viktig for å kunne handle adekvat. Informant syv påpeker at man for eksempel ikke må lage seg rutiner der man automatisk sender bekymring til barnevern eller anmeldelse til politiet, før man har foretatt en kartlegging av hva som har skjedd. Det er viktig å avdekke om det som har foregått er aldersadekvat, og ut i fra gjensidig samtykke. Et eksempel kan være at en person oppdager to 13 år gamle gutter som tar hverandre på tissen. Dette kan være en helt normal utprøving, så lenge det skjer frivillig fra begge parter. For å kartlegge dette, fordrer det at man snakker med begge parter. Informant syv mener;

”hvis man skynder seg for fort her, vil man risikere å utsette barna for et helt apparat av barnevern, barnehus og politi, som er aldeles helt unødvendig, fordi det kan handle om ”grønn” sunn seksuell utprøving”.

Det kan være krevende avveininger i å definere når en sak skal sendes til politiet, men det er viktig at det gjøres en god kartlegging i starten.

Barnehusene har ansatte med en tverrfaglig bakgrunn. Flere ved Barnehuset jeg snakket med har lang erfaring i arbeid med vanskeligstilte barn og deres familier. De kan tilby veiledning

og kort oppfølging i etterkant av avhør. Informant tre forteller at primæroppgaven er avhør av fornærmede barn under 16 år, men at de også skal drive oppfølging av utsatte, og forebyggende arbeid. Informanten utdyper;

”Vi har egentlig anledning til ganske mange møtetreff med barn og familier. Vi erfarer at traumbearbeidelse er noe som blir gjort mer og mer her på barnehuset. Det kan være foreldre som trenger behandling i forhold til sin historie når de har unger som opplever ting. Det er ikke bare barnet som trenger traumebehandling, så jeg tenker det er veldig positivt at det er en mer helhetlig forståelse for at det er familier som trenger hjelp i etterkant av avhør.”

Informant fire, som arbeider som politiadvokat, forteller at de av og til blir oppsøkt av foreldre eller andre pårørende, som ønsker å anmelde forhold for en part som er krenket. De som oppsøker politiet kan være veiledet av for eksempel overgrepsmottaket til å anmelde forholdet til politiet. I andre tilfeller kan det være at varslingsplikten til helseforetak eller til barneverntjeneste som slår inn. Informanten forteller at etterhvert som Barnehusene har blitt mer kjent, tar utsatte og pårørende tar direkte kontakt dit for veiledning. På spørsmål om Politiet får henvendelser fra Barnehusene forteller informant fire;

”Ja, jeg tror Barnehuset veileder til anmeldelse hvis noe har skjedd. På barnehuset har de også noe som heter konsultasjonsteam og hvis det kommer dit, så vil man få råd om å kontakte politiet dersom det er en sak som burde etterforskes.”

I et brev fra Riksadvokaten 02.03.2017 til landets Statsadvokater, Politimestre og sjef for Kripos, redegjør Riksadvokaten for blant annet Barnehusenes rolle som deltaker i konsultasjonsteam. I brevet påpekes det som problematisk dersom påtalemyndigheten som deltaker i konsultasjonsteam, gir konkrete råd om et kjent eller anonymt forhold bør anmeldes eller ikke. Riksadvokaten har ikke negative bemerkninger til at politi og påtalemyndighet deltar i tverrfaglige konsultasjonsteam der det drøftes om mulige overgrep mot barn eller straffbare forhold. Men dersom spørsmålet om forholdet bør anmeldes kommer opp, mener Riksadvokaten at politi og påtale representanter bør forlate møtet. Dette gjelder også saker

som drøftes anonymt. Det er ikke tematisert hvordan politimyndighetene skal forholde seg til anmeldelse, dersom det avsløres overgrep begått av mindreårige under et tilrettelagt avhør.

Statens barnehus/politiet er muligens de som avdekker flest SSA-saker. Enten ved at de mottar direkte anmeldelse, eller at det fremkommer opplysninger gjennom avhør av utsatte barn. Ifølge informant tre prøver barnehuset å innkalle barnet som har utøvd SSA, til et avhør for å kartlegge omfanget av SSA. De forklarer sin posisjon ut i fra en hjelperrolle, og i mange tilfeller er det helt klart slik at de hjelper barnet og familien. Informant fire som ofte er avhørsleder ved tilrettelagte avhør, utdyper hvorfor avhør av mistenkte i SSA saker kan være en fordel;

”På den måten kan vi sluse mistenkte inn i et SSA spor, og hva er nå det? For meg som ikke har inngående kunnskap om hva som skjer etterpå, så handler dette om å få i gang en kartlegging, som gir mulighet til en videre henvisning til helse eller andre tilbud, avhengig av hvilken type problematikk barnet har. Hensikten med avhør av mistenkte på barnehuset, på generelt grunnlag er å være det ”nav”, der tverrfaglig samarbeid skjer til det beste for barnet. Merverdien ut over det at vi er i egnede lokaler, er at barnet eller ungdommen blir satt i en annen modus enn på politihuset, og vi har mulighet til å ha diverse kompetanse i tilhørerrommet”.

Informant tre som arbeider som rådgiver ved Statens Barnehus og informant fire som er politiadvokat, forteller at rådgivere og psykologer som arbeider ved barnehuset har et personlig engasjement. De strekker seg ofte langt for å hjelpe barn med SSA, selv om dette ikke er nedfelt i deres retningslinjer. De er genuint engasjert i å hjelpe, og har mulighet for å skaffe tverrfaglige vurderinger av det som fremkommer i avhør. De ser på avhøret som en start på en kartlegging for å få frem omfanget, og alvorligheten i hva som har skjedd. Informant tre fra Barnehuset meddeler at det som regel er politietterforsker som tar kontakt, og gjennom et samarbeid kan de ta mistenkte barn inn til avhør. Det er litt ulike meninger om det er nødvendig med et avhør hvis barnet ikke kan straffeforfølges. Det er også forskjell på rettigheter i avhør av utsatte barn og mistenkte barn. Informant tre beskriver;

”Det er forskjell på rettigheter og organisering for det er sånn at ved avhør av mistenkt så trenger ikke avhørsleder (politijurist) å være tilstede, og det

trenger ikke å være en som er utdannet i tilrettelagte avhør som tar avhør av barnet.”

Det foreligger noen utfordringer prinsipielt og på systemnivå som kan gi uheldige utslag når retningslinjene og ansvarsfordelingen ikke er klare. Informant fire forteller at som mistenkt barn i en sak på barnehuset, har man ikke de samme rettighetene som en fornærmet. Fornærmede har krav på å få et tilrettelagt avhør gjennomført av en spesialutdannet avhører. Det skal være en avhørsleder som leder avhøret, og barnet skal ha en oppnevnt bistandsadvokat og verge representert. For et barn som er mistenkt stilles det ikke krav til at avhøret gjennomføres av en spesialutdannet tilrettelagt avhører. Det er heller ikke krav til at jurist/avhørsleder er tilstede og leder etterforskningen. Dette kan være uheldig da Barnehuset har plikt til å undersøke det straffbare forholdet når barnet er over 12 år, samtidig som de har en rolle i kartlegging og rådgivning som ledd i oppfølging av den mistenkte. Informant fire forteller at undersøkelser av saker hvor mistenkte er under 15 år, ikke er en av politiets lovpålagte oppgaver å følge opp, men at de bidrar med sin kompetanse, til å undersøke sakene som ledd i sitt forebyggende arbeid.

Informant to som arbeider ved V 27, har erfart at det er mange kompetente ansatte ved Statens barnehus som har mye erfaring. Men trekker frem tvil i forhold til hvilken rolle Statens Barnehus har fått i SSA-saker;

”Hvilken lovgivning hører det inn under? Hvilke pasientrettigheter har de? Hvordan stiller det seg med det de sier, opp mot etterforskningen? Mange dilemma i dette. Mange er veldig kompetente og har mye erfaring, så på individnivå er det ikke betenkelig, men på instansnivå der det går galt for barnet er det betenkelig. Hvilket tilsyn føres det for behandling?”

Informanten stiller mange vesentlige spørsmål som det foreløpig ikke er gode svar på. Det som utmerker seg er spørsmålet om barnets rettsikkerhet blir ivaretatt og retten til å bli hørt oppfylles. I Barnekonvensjonen artikkel 12, andre avsnitt, står det at barn skal gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig eller administrativ saksbehandling, enten direkte eller gjennom en representant. Hvorfor har ikke barn som er mistenkt krav på tilrettelagte avhør, eller krav på at en jurist leder avhøret? Og hvorfor har ikke mistenkte barn krav på en forsvarer? I

Barnekonvensjonen artikkel 19, andre avsnitt, beskrives det at barn har krav på beskyttelse. Tiltakene som iverksettes av barnehuset slik de beskriver er ment som beskyttelse. De argumenterer med at en anmeldelse av et barns straffbare handling gir Barnehuset adgang til å iverksette kartlegging av barnet med tanke på risiko for gjentakelse og redegjøre for hvilket behandlingsbehov barnet har. Flere BUP har tilegnet seg kunnskap for å kunne utrede og behandle SSA. Men gangen i å få oppfølging fra BUP kan være tidkrevende for å gjøre dette, da det kreves skriftlig samtykke fra foresatte og barnet, dersom det er over 15 år for å gjøre dette. Barnet må deretter søkes inn til utredning, enten via henvisning fra fastlege eller fra barneverntjenesten. Mange BUP avdelinger har også ventetid for å få i gang utredning og behandling. På den måten kan det oppleves enklere for det offentlige systemet å sette i gang utredning ved å levere en anmeldelse til politiet. Jeg støtter informant to, med at det dog er med en bismak at systemet fungerer på denne måten. Også med tanke på hvilken institusjon Barnehuset representerer. Det kan være en fare for at Barnehuset sitter med en dobbeltrolle i denne prosessen. Barnehusenes ansatte har en tverrfaglig bakgrunn, men alle er ansatte i politiet. Derfor tenker jeg at man står i fare for miste perspektivet på hvilken organisasjon man representerer og hvilken makt man symboliserer i hjelpearbeidet. Et annet spørsmål er om man holder de etiske perspektivene godt nok oppe når man avhører mindreårige mistenkte, med det formål for å tilrettelegge for hjelp og sørge for ivaretagelse av barnet.

Informant fire forteller at politiet overleverer resultatene av sine undersøkelser og kartlegging i SSA-saker til barneverntjenesten. Dette kan bidra til at barnet får en bedre tilrettelagt oppfølging, da barneverntjenesten i større grad har myndighet til å pålegge og sette i verk tiltak rundt barn og deres familier. Tiltak i regi av barneverntjenesten kan være frivillig hjelpetiltak i hjemmet, frivillig plassering, eller tvangsplassering på en behandling sinstitusjon der de har kompetanse på barn med SSA (jf. Barnevernloven § 4-4, § 4-24, § 4-26). Man kan eventuelt pålegge hjelpetiltak i hjemmet gjennom Fylkesnemnda, dersom familien motsetter seg hjelp. I saker der barnet er over strafferettslig lavalder og får en dom, kan saken bli overført til konfliktrådet for strafferettslig oppfølging.

Informant to fra V 27 og informant fire som er politiadvokat, har begge erfaring med at Konfliktrådet kan følge opp tiltak systematisk, for å unngå påtale, med mulighet til å koble inn annet offentlig hjelpeapparat for å iverksette en koordinert oppfølging av barnet. På den måten er det mulig å skreddersy en kontrollert oppfølging på flere områder. Det fordrer noen grad av samtykke fra barnet, for at det skal være mulig å få til en endring i barnets liv.

Innenfor helseforetakene og psykisk helsevern må det foreligge et samtykke fra barnet og foreldrene (barn u.15 år) for at barnet skal kunne motta behandling for SSA, og følges opp av BUP.

Alle behandlere i BUP som tar i mot barn med SSA har fått eller får opplæring i AIM 2 ifølge informanter fra helseforetakene. AIM 2 er den nyeste validerte behandlingsmetoden som fagmiljøet har valgt å satse på. Informant syv som jobber i RVTS, mener det er viktig at man sammenfatter den erfaringen man får og formidler dette i fagmiljøet som driver behandling. Fokuset har i stor grad frem til nå vært rettet mot behandling av barnet med SSA. I dette ligger samtaler med psykolog eller klinisk behandler ved BUP. Informant seks som er behandler ved BUP, forteller at de har flere lavfrekvente saker med yngre barn der de kartlegger seksualisert atferd og seksualisert språk for å finne ut hva dette går ut på, og hvordan de krenker andre barn. Informanten forteller at det ofte gjøres grundige kartlegginger (ERASOR/ASAP/AIM2) av barnet med tanke på risiko for gjentakelsesfare. Ut fra denne risikovurderingen eller faren for gjentakelse, bidrar behandler med å sette inn tiltak. Det kan være individualterapi, der de tematiserer seksualitet, grenser, holdninger og problemløsning. Eller det kan være kognitiv atferdsterapi. Hvis barna er for små til samtaletterapi trekker de inn familieterapeutisk behandling. I svært alvorlige tilfeller har informant seks henvist barnet til psykiatrisk avdeling, for å få hjelp til å vurdere hvilke miljøterapeutiske tiltak som kan settes inn. Her bidrar behandler også til utarbeidelse av sikkerhetsplaner som skole og hjem bør følge, og som innbefatter kontrolltiltak der barnet følges med i hjemmet, på skolen, under fritidsaktiviteter og med venner. Informant seks forteller at barnet ikke skal være alene med andre barn, eller ha fri tilgang til internett. Dette er en sterk inngripen i barnets liv, og flere av de andre informantene mener det er behov for en helhetlig tilnærming som innbefatter en annen involvering av barnets familie og nærmiljø. Dette er i liten grad beskrevet konkret av informantene, men flere trekker frem at de ønsker en helhetlig familieterapeutisk tilnærming med fokus på tilknytning.

5.4.1 Styrking av kompetanse på SSA

Når det gjelder vold og overgrep, belyser Søftestad (2018, s. 63) og flere av informantene at det satses mye på forskning, samt kompetanseheving av fagansatte som arbeider med barn og unge. Det at Søftestad problematiserer at det fortsatt er store mangler i kunnskapen om SSA blant de fleste som arbeider med barn og unge, styrker min mistanke om at det per i dag kan

være for stor avstand mellom de som sitter med kunnskap lik spesialister og forskere, mot de som har direkte kontakt med barn i sitt arbeid.

V27 har lenge engasjert seg og jobbet metodisk for å kurse aktuelle faginstanser på området. De har gjennom sitt arbeid og forskning valgt å satse på noen modeller, blant annet AIM 2 som er integrert i deler av barne- og ungdomspsykologiske poliklinikkene. Informant to beskriver sine tanker om det videre arbeidet i hvordan man kan øke kunnskap og kvalitet i hjelpen fra det offentlige, slik at det i tillegg kan virke forbyggende;

”Vi må kurse noen fra barnehage, skole, helse, statlig og kommunalt barnevern, omsorgs- og justissektoren. Vi tenker at dette er en gruppe barn som trenger å nås av flere instanser. En fagperson eller faginstans kan ikke hjelpe denne gruppen alene. Det har skjedd positive endringer, fordi vi får inn flere saker til veiledning, og det er mer åpenhet og vilje i BUP og barneverntjenester til å ta slike saker. Spørsmålene som stilles til oss i dag, er mer profesjonelle og det er ikke lengre ”bare en stakkars barnevernsarbeider”, som har fått en vanskelig sak i faget.”

Informant syv forteller fra sin erfaring som rådgiver i konsultasjonsteam at de opplever å ha stor definisjonsmakt når det gjelder å adressere alvorligheten og behovet for videre tiltak, og at de som søker råd tar til seg det de formidler og foreslår. De er tydelige på at de ikke har ansvar for tiltak som iverksettes eller hva som skjer rundt saken:

”Vi har ganske stor makt som et konsultasjonsteam, fordi en del av de som søker hjelp er ikke så trygge på de sakene som tas opp, og det er vi klar over, men samtidig er det de som bestiller som har ansvar for de sakene de tar opp. Det er vanligvis barneverntjenestene som søker konsultasjon, og da er det de som koordinerer og tar ansvar i sakene”.

Ifølge rapport nr.1 fra NKVTS 2018 har barneverntjenestene ofte ulike måter å tilnærme seg saker som omhandler SSA. De bruker ulike samtaleteknikker og kun noen få av deres informanter hadde hørt om *Trafikklyset* som kartleggingsverktøy. De som hadde brukt *Trafikklyset* opplevde dette som svært nyttig, og de hadde god erfaring med å bruke dette i kombinasjon med barnesamtaler. Likevel rapporterte samtlige deltakere i denne

undersøkelsen om manglende kunnskap om barn og unges seksualitet etter endt utdanning. Etter å ha jobbet i barneverntjenesten over år, hadde alle tilegnet seg erfaring i å håndtere situasjoner der barn var utsatt for vold og omsorgssvikt. Men de hadde i liten grad erfaring med ivaretagelse av barn med SSA, eller med familier der både utsatte og utøver i SSA-saker bodde. Alle informantene opplevde rådløshet og frustrasjon over manglende kunnskap om SSA og manglende oversikt over tiltak som kunne iverksettes.

Det kan tyde på at det er en brist i den organisatoriske oppbygningen av kompetanse. Informantene beskriver at det er et fokus på kompetanseheving, og informant to forteller at det er tilført økonomisk midler fra helse- og omsorgsdepartementet til nettopp dette. Det kan være at det foreløpig har tilfalt helseforetakene og spesialisthelsetjenesten. Informant to, som har en aktiv rolle i formidling av kunnskap på SSA, meddelte at det var vanskelig å samordne tilbud om kompetanseheving til de kommunale barneverntjenestene i landet. Informanten mener det muligens er fordi de kommunale barneverntjenestene har ulike oppbygninger, både i størrelse og ledelsesorganisering, samt at noen er generalister og andre er inndelt i saksavdelinger. Dette gir utfordringer i å sende tilbud om kurs til riktig leder, og følge opp en systematisk kompetanseheving som vil gi et likt tilbud over hele landet. Jeg ser at dette kan være en utfordring, også med tanke på hvor mange kommuner det er i Norge. Fylkesmannen er aktiv i å tilby kompetanseheving til landets barneverntjenester, i tillegg til sine kontrolloppgaver. Mitt forslag er å kontakte Fylkesmannen i de ulike fylkene, og undersøke om de kan bistå i formidling av kompetanseheving på SSA til barneverntjenestene.

Selv om det er behov for kompetanseheving i hjelpeapparatet, kan problemet være mer sammensatt enn kun mangel på kunnskap. Det er viktig å ha med seg at det også er kulturelle betingelser som hindrer oss å snakke med barn om seksualitet, tematisere grenser for hva som er privat med tanke på kropp og sex, eller å gripe inn når man oppdager at et barn har en asosial seksualisert atferd. Det handler vel så mye om iboende fordommer og kulturelle tabu som preger oss fra vår oppvekst, og hvordan vi har lært å forholde oss til de rammer som gjaldt i vår familie eller vårt nærmiljø. Det å endre kulturelle rammer i samfunnet for å øke forståelse og skape handlekraft hos enkeltmennesker er tidkrevende. Det å snakke om sex, kropp og utvikling er fortsatt vanskelig for mange, selv om samfunnet i langt større grad er tilpasset for dette nå. Vi har tilgang til informasjon via tv, informative nettsider og sosiale medier, men mulige arenaer for å snakke om områder som er skambelagt, mangler antagelig fortsatt.

Informant syv som arbeider ved RVTS, forteller at flere av barna hun har hatt til behandling er usikre på hva den seksuelle lavalderen er. I rammeplan for grunnskolen (Udir.no) er temaene for hva elevene skal lære seg i seksualundervisning satt, men metodene som brukes i undervisning er opp til den enkelte lærer. Dette gjelder også hvor omfattende informasjonen de får om temaene. Det kan være behov for å starte seksualundervisningen tidligere på grunnskolen, da gjennomsnittsalder i Norge for første overgrep var 14 år (Jensen, Garbo, Kleive, Grov & Hysing, 2016). Det vil si at enkelte var yngre enn 14 år. I en studie fra Australia (McKibbin, Humphreys & Hamilton, 2017), der de hadde intervjuet barn med SSA, mente disse barna at seksualundervisningen startet for sent. Flere hadde allerede gjennomført sitt første overgrep når dette var tema på skolen. I NKVTS rapport nr.3 2018 påpekes det at det er behov for at lærere får kunnskap om SSA, og at dette knyttes inn i læreplan for kompetansemål om seksualitet for barn i grunnskolen. Jeg mener det er viktig at kunnskap om tema grenseoverskridende seksualisert atferd og overgrep blir en del av kompetansemålene i lærerplanen. Lærerne er ofte de som først kommer i kontakt med barn som har SSA, og da er det viktig at de har kunnskap om kjennetegn og at de vet hva som bør gjøres ved mistanke om SSA. I NOU (2017:12) Svikt og Svik påpekes det at det er viktig å fremme forskning og kunnskap, samt utvikle konkrete mål for hva barn og unge skal lære om vold, overgrep og omsorgssvikt. Det er også fokusert på at hjelpeapparatet bør inkludere spørsmål om vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt i Ungdata undersøkelsen, som gjennomføres blant barn og ungdom.

For at fagansatte i skole og hjelpeapparat skal få benyttet den kunnskapen kompetansenettverkene sitter med, kreves det kjennskap til det tilbudet de har når det gjelder veiledning. I følge en rapport som er utarbeidet av NORCE (2019:16), bør konsultasjonsteam ha en koordinator som jobber aktivt for å opprette kontakt og gi informasjon til kommunene om hvilket tilbud de har. Rapporten belyser også at ikke alle konsultasjonsteamene sitter med kunnskap om SSA, og de dermed ikke kan veilede i den type saker. Statens barnehus i Bergen og Stavanger har etablert spesialistteam knyttet til barn med SSA, og gjennom informantene fremkommer det at Statens barnehus i Bodø jobber med å øke sin kompetanse på dette området.

5.5 Kvalitetssikring av tiltak for barn med SSA

6 av 7 av de jeg har intervjuet, samt personene som inngikk i forstudiet, melder om helt manglende eller dårlig kvalitetssikring i den oppfølgingen som gis til barn med SSA. Med kvalitetssikring menes kunnskap og kontroll på om tiltakene og behandlingen som iverksettes har en ønsket effekt, og i så fall hvilken. Det ble ikke tematisert hvor grensen for god nok kvalitetssikring går.

Mange av informantene oppgir at de fortsatt er i startgropa når det gjelder oppfølging av barn med SSA. De har fått opplæring om SSA og i AIM 2 modellen, der de kan gi et kartleggingstilbud og eventuelt et behandlingstilbud. Flere av informantene oppgir at de mangler erfaring i bruk av modellen.

Informant en fra BUP poengterer sin erfaring i bruk av modellen som liten, det vil si i overkant av et år;

”Det man må være litt forsiktig med er at man ikke setter all sin lit til utredningen. Slik jeg har skjønnet det skal AIM kunne si noe om gjentakelsesfare og risikovurdering, men man skal være litt forsiktig fordi den kan finne falske positive og falske negative. Men det som er positivt med modellen er at den vil gi samme svar uansett hvem som utfører den. Den er lett å tolke og lett å forstå. Og selve behandlingsmodellen er veldig ryddig. Det er en slags manual, men jeg har ikke nok erfaring med å bruke den, til å trekke en konklusjon på om jeg synes den er god nok.”

Henvisning og behandling er frivillig, og det kan være utfordringer med å få med barnet og foresatte til å samtykke til videre oppfølging. Det bør fokuseres på tilstrekkelig med informasjon og støtte til familien som helhet, slik at man gjennom ivaretagelse kan skape tillitt og tro på at behandling nytter.

Informant to fra V 27 utdyper behovet for å øke kvalitetssikring og påpeker at det bør være tette tverrsektorielle faglige møter der gjerne barnet og foreldrene er med. Informanten savner også mulighet til å skreddersy et tilsyns- og behandlingsopplegg basert på den brede kartleggingen de har mulighet til å gjøre i dag. Det er behov for systematikk i evalueringer av sakene for å kvalitetssikre behandlingen som barna og familiene mottar.

Informant seks fra BUP meddeler at de ikke har noen systematisk kvalitetssikring;

”Det blir nok mest at vi evaluerer på ansvarsgruppemøte, det blir nok mye på det her med tilbakemelding på hvordan personen er, fra skole, hjem, barneverntjenesten, der vi sitter sammen og evaluerer om det har en effekt det her vi har gjort. Og hvis det ikke har gitt effekt blir spørsmålet; hva skal vi da gjøre? [] Jeg tenker det er viktig at vi tar sånne saker alvorlig, slik at det ikke skjer igjen. Men så kan det være saker der vi har brukt mer SSA spesifikk behandling, for i mange saker blir det brukt kognitiv atferdsterapi, og at vi trekker inne det seksuelle, men så blir spørsmålet om det blir for tilfeldig.”

Informantene rapporterer om ingen kvalitetssikring i veiledning fra konsultasjonsteam eller tiltak som settes inn. Hvis familien og hjelpeapparatet bagatelliserer de skadelige seksuelle handlingene til barnet, er det fare for at det velges for enkle tiltak som ikke har noen reell endringseffekt for barnet. Det er opp til hver enkelt behandler å vurdere omfanget og innholdet i behandlingen som gis fra BUP. Det er ingen kontroll på om tiltak som blir foreslått av konsultasjonsteam settes i verk, om de følges opp, eller hva resultatet av tiltaket er når de eventuelt avsluttes. Informantene melder om behov for en større grad av koordinert samarbeid mellom sektorer. De ser at det kan bidra til å få en helhetlig tilnærming, sikre kommunikasjon og tilrettelegging i oppfølging av barn og deres familier.

Informant tre ved Barnehuset beskriver at de kvalitetssikrer sitt arbeid i kartlegging av SSA ved at de alltid er to når de utfører kartleggingen. Da kan de diskutere resultatene, og sikre seg at de har samme oppfatning av resultatet;

”Har vi oppfattet feil så kan det gi store utslag. Vi går inn på utviklingshistorie, ressurser og familie. Det er viktig at vi er to når man skal gjøre en slik jobb. Det å samarbeide med andre folk er krevende og vi opplever å ha bedre kapasitet enn andre systemer.”

Informant tre forteller at resultatet av kartleggingen blir utformet som en anbefaling på videre løp for barnet. Barnehuset er opptatt av at de har både tid og mulighet til å delta på møter, og at de kan bidra med sin kompetanse og veiledning der det er behov. Informanten ser at de har større kapasitet enn BUP og barneverntjenestene til å delta i samarbeid og tverrfaglige møter.

Derfor ønsker Barnehuset at andre tjenester skal benytte seg av den kompetansen de sitter med. Statens barnehus har rådgivere som kan gi veiledning til barn og deres familier, og de kan bistå i oppfølgingen både i familien og i barnets nettverk. Dette tilbudet er helt nytt og Politidirektoratet er i ferd med å utarbeide nye retningslinjer for hvordan SSA saker skal håndteres.

Det er få instanser som har retningslinjer for hva som bør gjøres rundt et barn der det avdekkes SSA. Kunnskap om SSA og tilbud om oppfølging er i stor grad avhengig av personlig engasjement hos fagfolk slik det er i dag. Det vil si at ulike hjelpeinstanser er prisgitt ansattes personlige engasjement og interesse, for den kompetansen de besitter. To av informantene fortalte at dersom de sluttet på sin arbeidsplass, mistet de all intern kompetanse på SSA. De fremholder likevel at det er mulig å bruke klinisk og nasjonalt kompetansenettverk for veiledning til avdelingene.

I mange BUP avdelinger er det i dag kompetanse for oppfølging og behandling av SSA hos barn. Men ifølge informant én fra BUP, er dette i stor grad avhengig av et personlig engasjement, for at kliniske behandlere skal tilegne seg kompetanse på området. For å kunne gi behandling må de få barna henvist, og barna må ønske å ta i mot hjelp for at behandling skal ha en effekt. Informantene som har erfaring fra behandling, mener det er store mørketall på barn med SSA og at de i liten grad får henvist barn med problematikken. Flere behandlere mener de har for liten erfaring med de kartlegging- og behandlingsverktøyene de har i dag. Det er ikke utført noen undersøkelser i etterkant av de barna som har mottatt behandling, enten det er brukt AIM 2 eller andre metoder. Det er behov for å undersøke hvordan det går med barna etter behandling, på eventuelle tilbakefall, samt hvordan og om barnet er reintegrert i sin familie og sitt nettverk.

I Kjellgrens (2009) studie refereres det til en oppfølgingsstudie av unge, som kartla hvor stor tilbakefallsprosenten var blant de som var risikokartlagt og hadde mottatt behandling. Det står ikke beskrevet hva behandlingen de mottok bestod av, og i funnene beskrives det at noen av guttene/mennene begikk nye overgrep mens de var i behandling. Alle som begikk nye overgrep hadde læringsvansker eller en nevropsykiatrisk diagnose. I tillegg var sosial isolasjon, som få venner og lite eller ingen nettverk, ansett som en stor risikofaktor for gjentakelsesfare. Vi kan trekke paralleller her til at barn som har en svakere sosial kompetanse, og som sliter med å lese sosiale situasjoner kan være i større risiko for

tilbakefall. Hvis vi ser på hva vi kan gjøre for både å forebygge og snu skeiv utvikling hos barn, tenker jeg at det er viktig med tidlig intervensjon i barnehage for å øke den sosiale kompetansen og empati hos barn.

5.6 Behov for system og organisering

Informantene meddelte at det ofte er barneverntjenestene som tar ansvar for koordinering av SSA saker. Når det avdekkes SSA hos et barn fører det ofte til at det blir sendt en bekymringsmelding til barneverntjenesten. Barneverntjenesten har ansvar for at barnet får den hjelp og oppfølging det har behov for. Barneverntjenesten har mulighet til å koordinere tiltak og sørge for at barnet blir henvist til BUP for utredning og behandling. Både barneverntjenesten og BUP er lovpålagt å dokumentere beslutninger, vedtak som fattes og tiltak som iverksettes, slik at det som skjer i en oppfølging er etterrettelig og faglig begrunnet. Fylkesmannen er tilsynsorgan for disse tjenestene, og skal se til at de fyller lovkravene i oppfølging av klientene. Dette er en viktig del av rettsikkerheten. Andre instanser og de ulike konsultasjonsteamene har ikke de samme retningslinjer for dokumentasjon eller etterprøvbarehet. Konsultasjonsteamene har som tidligere nevnt ingen krav til dokumentasjon av hvilke råd som blir gitt under veiledning. Konsultasjonsteam kan gi veiledning på hvordan man skal, eller bør håndtere situasjoner der det avdekkes SSA hos barn, men de har ingen ansvar eller oversikt over hva som faktisk settes i verk av de tiltak som foreslås. Dette ansvaret blir liggende hos den part som søker veiledning. Konsultasjonsteam er et rådgivende organ som ikke har mulighet for noen større inngripen i beslutninger som tas rundt et barn, slik at kravet om kvalitetssikring i tiltak som iverksettes på bakgrunn av veiledning, blir liggende hos foreldre eller barneverntjeneste.

Helseforetakene er i stor grad innforstått med sitt ansvar for å tilby behandling av barn med SSA. Men informantene fra BUP forteller at ved SSA-saker er det ingen struktur eller krav til samarbeid med barnets hjemkommune, Statens barnehus, politi eller barneverntjenesten der problematikken er SSA. Med dette menes at det ikke foreligger noen retningslinjer for hva som kronologisk bør skje rundt et barn, fra tiden det avdekkes SSA til barnet re-integreres i familie og nærmiljø. Informantene etterlyser retningslinjer for strukturert oppfølging, koordinering av tiltak, samt kartlegging av effekt på tiltak som iverksettes.

Informant fem som er rådgiver i Bufetat etterlyser;

”et tydeligere engasjement fra andre etater. BUP har tatt ansvar for behandling, men det er jo sånn at det er vanskelig å innføre noe nytt i BUP selv om det er beskrevet fra direktoratet og departementet, så er det vanskelig å få gjort det om til praksis. Og jeg har prøvd å løfte problematikken inn for Bufetat, og har kunne tenkt meg å spesialisere institusjoner eller i hvertfall noen enheter som har kompetanse på problematikken.”

Informanten er også skeptisk til at det kommer for mange private organisasjoner på banen i forhold til kartlegging og behandling av barn med SSA, fordi disse er mest sannsynlig profitbaserte. Det gir etiske utfordringer med tanke på redelighet i risikovurderinger og institusjonens behov for inntjening. Dette styrker behovet for at det er en statlig styring av tilbud for gruppen, og ansvaret for oppfølging ikke bør kunne delegeres til private aktører.

Som tidligere beskrevet så etterlyser informantene kompetanseheving i alle ledd.

Begrunnelsen er at dette kan gi kvalitetssikring i avdekking, kartlegging og bedre kvalitet av iverksatte tiltak. Informant seks fra BUP ser at det er langt flere tilfeller av SSA blant barn som ikke blir henvist til dem, og undrer seg over om de får hjelp fra andre instanser.

Ifølge seks av informantene er utdanning og kursing av profesjonelle behandlere godt i gang når det gjelder tilbud om kartlegging og behandling av SSA ved BUP avdelinger. RVTS tilbyr gratis opplæring i AIM 2 modulene, for å sikre god spredning av kompetanse til hjelpeapparatet. AIM 2 er foreløpig ikke godt nok integrert i de ulike organisasjonene som ivaretar oppfølging og behandling av unge med SSA. Det kan se ut som at det er noe tilfeldig hvorvidt den lokale BUP kan gi behandling til barn med SSA, derav om de har tilegnet seg kompetanse og videreutdanning på området. Justis og beredskapsdepartementet har de siste årene tilført betydelige midler til Barnehusene, for at de skal kunne styrke fagmiljøet og overholde fristene for gjennomføring av avhør jf. straffeprosessloven § 239 e. Denne ressursøkningen har muliggjort at de kan bidra til å utvikle tilbud der det er for lite ressurser, som for gruppen barn med SSA. I årsrapporten for Statens barnehus fra 2017, beskrives det at Statens barnehus skal drive fagutvikling, bidra til undervisning og kompetansedeling, samt ivareta og veilede i oppfølging av utsatte barn og barn med SSA.

I arbeidsdelingen mellom kommuner og staten, er det staten som skal ta ansvar for koordinering og gjennomføring når det gjelder samordning av oppgaver på tvers av kommunale grenser og ulike etater. I offentlig virksomhet vil man alltid ta stilling til hvordan fordeling av midler skal gjøres ut i fra en prioritet. Når det gjelder arbeidsoppgaver i det offentlige som ikke er lovpålagte, vil disse alltid stå i fare for å bli nedprioritert eller utfaset opp mot oppgaver som er lovpålagte. Koordinering av arbeid i oppfølging av SSA på systemnivå, er krevende fordi dette ansvaret kan være fordelt over 3 ulike departement. Sakene som omhandler SSA er komplekse og det er behov for differensiert oppfølging. Kartlegging viser at det ofte er barnevern som koordinerer arbeidet, undersøker utfordringer i familien, samt følger opp familien og barnet. NOU Svikt og Svik (2017:12) belyser at enkelte utsatte barn som utredes av Statens Barnehus, ikke har et symptom bilde som gir dem grunnlag eller rett til psykisk helsehjelp. Eller at de er vurdert til å ikke kunne nyttiggjøre seg av ordinære behandlingstilbud, og dermed får de ikke oppfølging fra BUP. Innføringen av pakkeforløpet i spesialisthelsetjenesten har gitt strengere krav til inntak, og symptomkriteriene for inntak skal ligge mellom moderat til alvorlig. Det kan være at de barna som ikke fyller kriteriet for inntak på BUP, kan få et oppfølgingstilbud i regi av Statens barnehus. Det ser ikke ut til at det foreligger dokumentasjon på hvor mange barn som har en SSA, og ikke mottar eller får tilbud om hjelp eller behandling. Jeg tenker det er viktig at man vurderer disse kriteriene for rett til psykisk helsehjelp samt kravet for at saken anmeldes for å kunne gi hjelp, slik at man unngår at enkelte barn blir stående helt uten tilbud.

Det er gjennomført et grundig arbeid for å finne kartleggings- og behandlingsmetoder i utlandet, som kan være integrerbare med norske systemer (NKVTS, 2017:1). V 27 har i samarbeid med klinisk nettverk, systematisert kompetanseheving og innført behandlingsmoduler via helseforetakene. Dette har vært og er fortsatt en viktig og tidkrevende prosess. Mange av utfordringene rundt dette er at SSA-problematikken krever tverrsektoriell samhandling. Ifølge informant to fra V 27, er det er igangsatt en tverrsektoriell kommunikasjon, men erfaringene som er gjort hittil har reist en del nye problemstillinger som er av overordnet og prinsipiell karakter. Informanten påpeker at beslutningstakere innenfor helse- og omsorgsdepartementet, justis- og beredskapsdepartementet og barne- og familiedepartementet må bli enige om hvem som har ansvar for kartlegging og behandling. Hvem har ansvar for oppfølging når det er begått straffbare handlinger. Og hvem har ansvar for å utrede familieforhold og omsorgssituasjonen barnet bor under. Umiddelbart kan det se ut som at disse har spørsmålene har opplagte svar, men fra erfaring i arbeid med SSA-saker

påpeker informantene flere utfordringer og problemstillinger som beveger seg mellom sektornivå på disse områdene. Det kan stilles spørsmål ved om ansvarsfordelingen blir for utydelig, og at det kan skape usikkerhet og utfordringer når det gjelder ansvaret for oppfølging. Det som jeg oppfatter er positivt i min dialog med informantene, er at det er flere ute i feltet som har et genuint engasjement og ønsker å hjelpe barn med SSA. Men at det mangler helhetlige retningslinjer som ser på de tverrsektorielle ansvarsområdene for oppfølging av denne gruppen barn. Ved å tydeliggjøre disse differansene for ansvarsområder, kan det bidra til å sikre at barna får hjelp, uavhengig om det er BUP eller Statens Barnehus som gir hjelpen.

Det er stor enighet i fagmiljøene om at tilbudet for barn med SSA bør forankres i helsetjenestene, og at det er BUP som skal ha et behandlingsansvar i enkeltsaker (NKVTS, 2017:1). Det har vært fokus på opprettelse av flere konsultasjonsteam som kan veilede innen sine regioner. Konsultasjonsteamene skal serve faginstanser som involveres og være et fora hvor fagpersoner kan drøfte bekymringer og få veiledning. Det er med andre ord et stort fokus på tverrfaglig samarbeid og drøfting. Med tanke på dette undrer jeg meg over om vi står på stedet hvil i forhold til å fokusere på tilbud om konkrete tiltak for barn med SSA. Kan det være at ansvar for koordinering og at kvaliteten på oppfølgingen og tiltakene kommer i bakgrunnen? Nesten alle informantene uttalte at *"vi fortsatt er i "startgropa" "*, og at det er behov for å danne et fundament som det bygges videre på. Vi må være bevisst på å ikke få for mange fagkyndige som sitter og mener noe og veileder fagansatte, uten at de selv har erfaring i arbeid med barn og SAA. Jeg tenker det er viktig at vi klarer å integrere konkrete tiltak i behandlingen, og i barnets nærmiljø. Da bør vi ha kompetanse som er kommunalt forankret, og som kan bidra i direkte kontakt med barnet og familien. Vi bør passe på at ikke det blir for stor avstand mellom veileder/kompetanseteam, og de som evaluerer utviklingen hos barnet. For å sikre dette bør vi ha samme kunnskapsgrunnlag rundt SSA, for å være trygg på at kvaliteten i evalueringene blir god nok.

Arbeidet med struktur av oppfølging i SSA saker på overordnet nivå er godt i gang, men det kan være utfordringer rundt oppfølging og kontinuitet i enkeltsaker på grunn av usikkerhet hos de fagpersonene som følger barnet. Spørsmål rundt koordineringsansvar i enkeltsaker er for lite avklart. Mange av informantene opplyser at det er barneverntjenesten som står for koordineringsansvar, men det er langt i fra alle saker som meldes til barneverntjenesten. Og det er ikke slik at alle SSA saker nødvendigvis er et barnevernsanliggende. Hvis

omsorgsforholdene rundt barnet er tilfredsstillende, og foreldrene til barnet ikke ønsker hjelp fra barneverntjenesten, vil det ikke være grunnlag for tiltak etter barnevernloven. Hvem skal da ta ansvar for koordinering? Barne- og ungdomspsykiatrien har inntakskriterier og et pakkeforløp i behandlingen, som uvisst lar seg kombinere med koordineringsansvar. Kan det være at vi må se på en ny modell? Det å håndtere komplekse problemstillinger som SSA danner, krever holdningsendringer i hjelpeapparatet. Ulikt faglig ståsted og yrkesbakgrunn kan komplisere tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. For å få til et tverretatlig eller tverrsektorielt samarbeid, bør man innstille seg på å få til en enighet om problemet. Backe-Hansen (Studsrod, Paulsen, Kvaran & Mevik, 2019. s. 249) påpeker at: ”Det er nemlig ikke slik at denne typen problemer ”løses”, men det er mulig å hjelpe aktører med å forhandle fram en delt forståelse og delt oppfatning av problemet og mulige måter å løse det på. Følgelig vil utfordringen være å etablere gode betingelse for å diskutere og ta beslutninger om en midlertidig løsning.”

Det er viktig at vi har med oss perspektivet på barns rettsikkerhet når vi utformer retningslinjer som skal si noe om oppfølgingsansvar og behandling. Barnehuset og konfliktrådet sitter med kompetanse og erfaring i kartlegging og noe oppfølging av disse barna. Det er likevel noen etiske aspekt som muligens ikke er tenkt fullt ut eller tatt høyde for hvis vi tillegger de mer ansvar for oppfølging av denne gruppen. Det er allerede klarlagt at loven ikke dikterer hvordan mistenkte barn som kommer inn til avhør på barnehuset skal håndteres. De har ikke krav på advokat eller jurist tilstede for å lede avhøret, og det er Politidirektoratet som er barnehusets offisielle tilsynsorgan. Har Politidirektoratet barneperspektivet med seg i sine tilsyn på Barnehuset? Jeg ikke undersøkt dette nærmere, men jeg tenker det er en problemstilling man bør ha med seg. BUP følges opp av Helsetilsynet og de gjennomfører tilsyn med deres oppgaver. Innenfor kommune og sosiale tjenester er det Fylkesmannen som er tilsynsorgan. Bør vi ha et kontrollorgan som kan føre tilsyn på tvers av sektorer? Og som er opptatt av utvikling, rehabilitering og gode sosiale oppvekstforhold for å sikre barns rettsikkerhet, krav til riktig hjelp og etisk forsvarlig oppfølging?

NORCE (2019:16) har et forslag om å etablere et nasjonalt ansvar for konsultasjonsteam via Statens barnehus for å oppfylle kriteriet om å kunne nå alle uavhengig av hvor de bor i Norge. Der det er godt etablerte konsultasjonsteam er ventetiden kortere og de har ukentlige møter. Dette kan bidra til å sikre raskere hjelp til de som ønsker veiledning. En av barrierene de

opplever i konsultasjonsteamene, er å nå ut med informasjon om tilbudet til aktuelle aktører som kan ha behov for tjenesten.

Barneverntjenesten er en av aktørene som hyppigst søker veiledning og hjelp hos konsultasjonsteam i disse sakene. Det kan forstås ut i fra at SSA saker er komplekse, og det er behov for en tverrfaglig forståelse og et tverrsektorielt samarbeid for å hjelpe disse barna best mulig. Hjelpeapparatet for øvrig bør ha et holistisk syn på barn med SSA, samt arbeide ut ifra en habiliteringsmodell for å endre den dysfunksjonelle atferden. Det er et uttalt behov for et faglig godt helhetlig behandlingstilbud, som ser barnets behov og utfordringer i et kontinuum.

Barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd er en heterogen gruppe med sammensatte behov. Mange av barna har opplevd vold, traumer og generell omsorgssvikt. NOU *Svikt og svik* (2017:12, s. 11) belyser flere områder som har behov for økt kvalitet og sikring av regelverk. Dette vil føre til bedre rammer for oppfølging av barn og unge som utsettes for vold, omsorgssvikt og seksuelle overgrep. I sin kartlegging av svikt i oppfølging meddeler de at grunnen til dette kan handle om; ”utrygghet hos fagpersoner knyttet til hva eventuell avdekking kan føre til og hvordan den skal følges opp. Arbeidspress og små forhold kan også spille inn. Ofte vinner nok også lojaliteten til og identifiseringen med de voksne. Vi så flere eksempler på at saker ble avsluttet på grunnlag av forsikringer fra foreldre om at bekymringene var grunnløse.” Denne uttalelsen omhandler svikt hos barneverntjenesten, helsestasjonen, skolen og Barne- og ungdomspsykiatrien. Jeg tenker at dette beskriver de samme utfordringene vi som hjelpere står ovenfor, når det gjelder å gi god nok hjelp og oppfølging for barn med en problematisk eller skadelig seksuelle atferd.

Litteraturliste

- Aadland, E. (2001). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar* (3.utg). Oslo: Det Norske Samlaget.
- Aakvaag H. F., Strøm I. F. (2019). *Vold i oppveksten: Varige spor? (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) Rapport. Nr.1).*
- Andrews, T., Vassenden, A. (2007). Snøballen som ikke ruller. Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift* vol.15, s. 151-163
- Aasdahl, K., Berg, A.J., Brenna, B. Moser, I. & Rustad, A.M. (1998). *Betatt av viten. Bruksanvisninger til Donna Haraway*. Oslo: Spartacus Forlag
- Askeland I. R, Jensen M., Moen L. H., (2017). *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) rapport. Nr. 1.).*
- Balsvik, E., Solli, M., (red). (2018). *Introduksjon til samfunnsvitenskapene* (bd. 2) Oslo: Universitetsforlaget.
- Banks, S. (2012). *Ethics and Values in Social Work* (4.utg). London: PALGRAVE.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2013). *Barndommen kommer ikke i reprise. Strategidokument.*
Hentet fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/strategi_overgrep_m.bokmerker_r_evidert.pdf
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn. 2014-2017.*
Hentet fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf
- Bendiksby, O.H. (2008). Å forstå unge overgripere: Tilknytningsstrategier og utviklingshistorie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 45(6), 735-738
https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2008/06/forsta-unge-overgripere-tilknytningsstrategier-og-utviklingshistorie_
- Busch, T.A. (2017). Riksadvokaten. *Felles retningslinjer for Statens Barnehus-Politi og påtalemyndighetens deltakelse i konsultasjonsteam*. Politidirektoratet.
- Ellingsen, T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L.C. (red). (2015). *Sosialt arbeid. En grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood Victimization*. USA: Oxford University Press.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. & Chaffin, M. (2009). Juveniles who commit Sex Offences Against Minors. *Juvenile Justice Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/e630532009-001>

Fook, J. (2012). *Social Work. A Critical Approach to Practice* (2.utg.) London: SAGE.

FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. November 1989. Hentet fra

<file:///Users/janicketoxenflack/Downloads/FNs%20konvensjon%20om%20barnets%20Orettigheter.pdf>

Gilje, G. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Goffman, E. (1975). *Stigma. Om avvigerens sociale identitet*. Viborg: Gyldendal samfunnsbibliotek.

Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1154>

Halvorsen, T. (2018). Glimt fra tilknytningshistoriens historie. *Tidsskrift Norges barnevern*. 95(1), 50-67. <https://doi.org/10.18261>

Healy, K. (2014). *Social Work Theories in Context. Creating Frameworks for Practice*. (2.utg.) London: PALGRAVE.

Holm, U. (2005). *Empati. Å forstå menneskers følelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ingenes, E.K.I. & Kleive, H. (2011). *I møte med unge overgripere*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Jensen, M., Garbo, E., Kleive, H., Grov, Ø. & Hysing, M. (2016). *Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd*. *Tidsskrift for Norsk psykologi forening*, 53(5), 366-375.

Johannesen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.) Oslo: Abstakt forlag.

Johannesen L. E. F., Rafoss T. W., Rasmussen E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Killén, K. (2010). *Sveket I*.(4.utg) Oslo: Kommuneforlaget.

Kjellgren, C (2009). *Adolescent Sexual Offending: prevalence, risk factors and outcome*. (Doktorgradsavhandling). Lund University.

Paper 1 *Sexually coercive behavior in male youth: Population survey of general and specific risk factors*.

Paper 2 *Female Youth who have sexually coerced: Prevalence, risk, and protective factors in two national high school surveys*.

Paper 3 *Sexual victimization and sexually coercive behavior: A population study of Swedish and Norwegian male youth*.

Paper 4 *Adolescent sexual offenders: A total survey of referrals to Social Services in Sweden and subgroup areas.*

Paper 5 *Males who sexually offended during adolescence. A six-year follow up of clinical sample.*

Kristiansen, A. (2014). *Rom for anerkjennelse i utdanningsystemet.* Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet.* Oslo: Gyldendal akademiske.

McKibbin, G., Humphreys, C. & Hamilton, B. (2017). "Talking about child sexual abuse would have helped me": Young people who sexually abused reflect on preventing harmful sexual behavior. *Child Abuse & Neglect* 70, 210-221. ELSEVIER.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.017>

Lov om barneverntjenester. Norsk lovdata. *Lov om barneverntjenester.* (LOV-2019-06-21-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>

Lov om straff. (2005). Norsk lovdata. *Straffeloven.* (LOV-2005-05-20-28)
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

Långström, N. (2000). Sexuella Övergrepp mot barn: Unga som begår sexbrått. *En forskningsöversikt. Expressrapport.* Stockholm: Socialbestyrelsen.

Miles, M.B., Huberman, A.M. & Saldana, J. (2014) *Qualitative Data Analysis. A methods Sourcebook.* (3.utg) California: SAGE.

Mossige, S. (1997). *Barneovergriperen. Legning eller handling.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. *NOVA Rapport* 20/2007.

Mossige, S., & Stefansen, K. (red). (2016). Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015. *NOVA Rapport* 5/2016.

Nilsen, V. (2014). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren.* Oslo: Universitetsforlaget.

Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2017) *Utviklingstraumer. Regulering av nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi.* Bergen: Fagbokforlaget.

Nordby, H. (mfl.) (2013). *Etikk i barnevern.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

NOU 2017: 12 *Svikt og svik.* Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt.

Nørgaard, B. (2005). Axel Honneth og en teori om anerkendelse. *Tidsskrift for*

- Socialpædagogik*, nr.16. Reitzel forlag.
- Politidirektoratet (2016). *Årsrapport for barnehusene 2015*.
- Politidirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet & Helsedirektoratet (2016). *Nasjonale retningslinjer for barnehusene*. Politihøgskolen (2015).
- Regjeringen. (2018). *Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner. 2014-2017*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf
- Ricciardelli, R. & Moir, M. (2013). Stigmatized among the Stigmatized: Sex Offenders in Canadian Penitentiaries. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*. 353-385. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2012.E22>
- Ryan, G.M.A., Thomas, J., Miyoshi, M.S.W., Jeffrey, L. Metzner, M.D., Richard, D., Krugman, M.D. & Freyer, G.E. (1996). Trends in a National Sample and Sexually Abusive Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(1), 17-25. Lierferschein Staats- und Universitaetsbibliothek Bremen.
- Sandvik, M., Nettet, M.B., Berg, A. & Søndena, E. (2017). *The voices of young Sexual Offenders in Norway: A Qualitative Study*. *Open journal of Social Sciences* 5, 82-95. <https://doi.org/10.4236/jss.2017.52009>
- Store norske leksikon. *Grooming*. 12.11.19
Hentet fra <https://snl.no/search?query=grooming>
- Støren, I. (2018). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. (4.utg) Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Sæverud, O.B., Engset, N.E., Sigmund, A., Davik, T., Fjell, K.K., Langballe, Å. & Løseth, H.K. Justis- og beredskapsdepartementet. (2012). *Avhør av særlig sårbare personer i strafferettsaker*. Departementets servicesenter.
- Søftestad, S. (2018). *Grunnbok i arbeid med seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Tjønndal, A. (2018). *Statistisk analyse i Stata*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Tonheim, M. Danielsen, H. & Jakobsen, R. (2019). *Hjelp til å avdekke vold og overgrep mot barn og unge- en evaluering av konsultasjonsteam*. (NORCE rapport 813220.nr.16).

- Vorland N., Selvik S., Hjorthol T., Kanten A. B., Blix I. (2018). Tverrfaglig samarbeid om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) rapport. Nr. 3.*
- Wadel, C. (1990). *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*. Flekkefjord: SEEK A/S.
- Waldram, J.B. (2007). Everybody Has a Story: Listening to Imprisoned Sexual Offenders. *Qualitative Health Research. 17(7)*. 963-970. Sage Publications
<https://doi.org/10.1177/1049732307306014>
- Øverli I.T., Vorland N., Kruse A. E., Hjorthol T., Blix I. (2018). Også disse barnas beste. *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (NKVTS) rapport. Nr. 1.*

Vedlegg 1 Mail

Mail som ble sendt til aktuelle informanter.

Jeg holder på med en master oppgave ved Nord Universitet, der jeg ønsker å se på hva som finnes av ulike tiltak og behandlingstilbud for barn som har en problematisk eller skadelig seksuell atferd.

I min forundersøkelse har jeg fått oppgitt deres navn som forslag til mulig informanter, og jeg håper du/dere har mulighet til å stille på et intervju for meg. Dere kan gjerne gjøre det sammen. Jeg er ikke avhengig av personinformasjon, og for orden skyld vil intervjuet bli anonymisert. Metoden jeg bruker er kvalitativt intervju der jeg ønsker å snakke med fagpersoner som har kompetanse og/eller erfaring med området. Det vil bli utført lydopptak, som vil bli slettet når intervjuet er transkribert.

Min bakgrunn er fra barnevernfeltet og jeg har arbeidet i førstelinjetjenesten, og på institusjon med ungdom i mange år. Via min arbeidserfaring har jeg tatt interesse for feltet jeg ønsker å undersøke.

Jeg har mulighet til å gjennomføre intervju via Skype både på dag/ettermiddag og kveld.

Håper dere har mulighet til å sette av litt tid til meg.

Mvh Janicke Toxen Flack

Master i sosialt arbeid, samfunnsvitenskapelig fakultet, Nord Universitet.

Informasjon og samtykkeskjema til forskningsprosjektet:

”Hva skjer med disse barna”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt i forbindelse med min masteroppgave, hvor formålet er å kartlegge hvilken oppfølging barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd får. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å se på hva slags oppfølging barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd får. I kartleggingsfasen har jeg sett at temaet har fått mer fokus de tre siste årene, og at Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet har bevilget prosjektpenger til V27 i Bergen, for å utvikle kompetanse innen avdekking-, kartlegging-, og behandlingsmetoder til bruk i de lokale Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i hele landet. Målet beskrives å være; at det skal gis et helhetlig og likt tilbud uavhengig av hvor du bor i landet.

Det er ikke utalt at en seksjon eller enhet har ansvar for avdekking, oppfølging og behandling av barn med SSA. Derfor undrer jeg meg over hvilken oppfølging de får, om det er koherens om tanker rundt oppfølging, og om det er utalt enighet om hvor ansvaret skal eller hvor det bør ligge?

Problemstillingen jeg ønsker å undersøke er; **”Hvilken oppfølging får barn med SSA, og hvem har ansvar for at et behandlingstilbud blir gitt”**. Ut i fra denne problemstillingen ønsker jeg å få innsikt i erfaringene som hjelpeapparatet har gjort seg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord universitet er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet er en del av min masteroppgave i sosialt arbeid, ved Samfunnsvitenskapelig avdeling.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å skaffe informanter bruker jeg et strategisk utvalg, som kan sitte på kunnskap og erfaring om dette feltet. Kontaktopplysninger dine har jeg fått gjennom å forhøre meg med andre fagfeller og de har foreslått kolleger de tenker kan bidra.

Hva innebærer det for deg å delta?

Undersøkelsen utføres gjennom intervju og fokusgruppeintervju. Det vil bli benyttet diktafon for lydopptak av intervjuet. Lydfilen vil bli slettet når intervjuet er transkribert, senest 01.08.2019. Alt av opplysninger vil bli håndtert konfidensielt, og informantene blir anonymisert.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun meg som student, som har tilgang til opplysningen du gir i intervju sammenheng.
- Navn og kontaktopplysninger vil bli oppbevart adskilt fra intervju materialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.08.2019. Når prosjektet er avsluttet er alt av intervju materiale og personopplysninger slettet. Masteroppgaven vil bli vurdert av Nord universitet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Kate Mevik, veileder, Nord Universitet.
- Vårt personvernombud: personvernombud@nord.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kate Mevik
Prosjektansvarlig
(veileder)

Janicke Toxen Flack
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet; ”Hva skjer med disse barna”? og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15.08.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 Intervjuguide

”Hvilken oppfølging får barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA), og hvem har ansvar for at tilbudet blir gitt”.

”Hva skjer med disse barna?”

Ut i fra denne problemstillingen ønsker jeg å få innsikt i erfaringene som hjelpeapparatet har gjort seg. For å nærme meg tema gjennom intervju har jeg utformet følgende forskningsspørsmål;

Del 1 Introduksjon og bli kjent

-fortell litt om din arbeidsplass og tilbudet dere gir

-fortell litt om din erfaring fra arbeid med SSA (hvor hyppig/ofte er du/har du vært i kontakt med barn/unge med SSA)

Del 2 Organisasjon

-hvilket departement tilhører dere og hvor er dere organisatorisk i de offentlige?

-hvor kommer henvendelsene og henvisninger fra, hvem er oppdragsgiver for dere?

Del 3 Presentasjon av tema: “barn med problematisk og skadelig seksuell atferd”

-Hvilke tiltak eller kartleggingsmetoder bruker dere, og er du kjent andre metoder som kan settes i verk for gruppen?

-Hvilke utfordringer støter du/dere på når dere er i kontakt med barn, eller familier som har barn med problematisk eller SSA?

-Har dere noen naturlige samarbeidsparter i slike saker?

-Hvem eller hvilken etat tar ansvar for koordinering av tiltak som blir iverksatt?

-Hva slags kvalitetssikring brukes i tiltaket, for å sikre at tiltaket som er iverksatt fungerer/gir ønsket resultat?

-Tenker du/dere at tilbudet som gis er godt nok faglig sett? –hva baserer du det på?

-hvordan er fokuset på kompetanseheving i din enhet

Avrunding- takk for deltagelse