

Problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn

Begreper, karakteristika og vurdering i norsk kontekst

Monica Jensen

Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
Universitetet i Bergen
2023

UNIVERSITETET I BERGEN



Problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn

Begreper, karakteristika og vurdering i norsk kontekst

Monica Jensen



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
ved Universitetet i Bergen

Disputasdato: 17.11.2023

© Copyright Monica Jensen

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser.

År: 2023

Tittel: Problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn

Navn: Monica Jensen

Trykk: Skipnes Kommunikasjon / Universitetet i Bergen

Fagmiljø

Denne avhandlingen er utarbeidet som et offentlig ph.d. prosjekt og presenteres som et samarbeid mellom Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen (UIB) og Betanien sykehus, Bergen. Opplæringsprogrammet har vært knyttet til Forskerskolen for sosial samhandling og vekst (GHIG; The Graduate School of Human Interaction and Growth), Psykologisk fakultet, UIB. Jeg har vært tilknyttet Forskergruppe for utsatte barn og unge, HEMIL, UIB.

Det praksisnære fagmiljøet under ph.d. arbeidet har vært kandidatens tilknytning som kliniker i V27 (/BUP/DPS/Betanien sykehus), som leder av Nasjonalt klinisk SSA nettverk og kompetanseprosjekt i BUP/PHBU (2017-2021), som deltaker i Nasjonal (tverrsektoriell) kompetansegruppe om seksuell atferd/SSA (2017-2021) og som tilknyttet fagressurs i Helsedirektoratets Lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utøve problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge. Jeg har ellers deltatt i forskernettverket (tema; utøvelse av vold) som Nasjonalt Kunnskapsenter om vold, traumer og stress (NKVTS) har invitert til.

Hovedveileder for dette arbeidet har vært professor Ragnhild Bjørknes, Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen (UIB), Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU), Oslo. Biveileder har vært forsker Ingunn Rangul Askeland, Alternativ til Vold (ATV), Oslo og førsteamanuensis/instituttleder Fungisai Gwanzura Ottemöller, Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen (UIB).



**Betanien
sykehus**



UNIVERSITETET I BERGEN
Det psykologiske fakultet

Takk til

Idet jeg skal til å oppsummere et krevende ph.d. arbeid, så retter jeg blikket tilbake på en livsreise hvor jeg blir påminnet egne milepæler og viktige små og store bidrag fra andre mennesker jeg har møtt. Først og fremst, er jeg dypt takknemlig for at jeg ble født og har vokst opp i Norge. I ett land hvor tidligere generasjoner hardtarbeidende har ryddet, sådd og utviklet velferdssamfunnet slik at jeg, født i Bergen på 1960-tallet med noe trange og traurige oppvekstår, kunne høste og få anledning til å gjennomføre videregående skole og høyere utdanning. Jeg vil takke alle oppmerksomme voksne som for eksempel lærer Arne Ødegård og dirigent Knut Løken (Midttun skole/musikkorps) som inspirerte og bekreftet ressursene mine, samt familiene Hjartåker og Devold m.fl. som åpnet hjemmene sine og som ga meg mulighet for å delta på aktiviteter og turer.

I 1990, da jeg hadde gjennomført embetsstudiet i psykologi, fikk jeg min første jobb som kommunepsykolog i Sel kommune, Gudbrandsdalen. Jeg fikk en bratt læringskurve i møte med mange unge brukere med ulike utfordringer samtidig som jeg ble godt opplært og ivaretatt av kloke og fremtidsrettete ledere som blant andre Kåre Eide, Annlaug Øvstegård og veileder Per H. Midtstigen. Privat må Wenche (og Rolv Øvstedal†) og volleyballmiljøet i Otta v/Anna (Ullmo & co) takkes for mange «kjøle trevelige» stunder. Dere fikk meg tidlig til å forstå at å nyte aktiv fritid, er viktig for å kunne yte og ha det bra også på jobb. Jeg kom til Telemark i 1993 hvor jeg sto i mange utfordrende læringssituasjoner sammen med dyktige, kloke, gøyale og engasjerte ledere og miljø-terapeuter/arbeidere ute på fylkesbarnevernets institusjoner. Det var her jeg møtte de første ungdommene som hadde utøvd bekymringsfull seksuell atferd og som gjorde meg videre motivert for å kunne lære mer, forstå og hjelpe dem bedre enn det jeg som fagperson den gang fikk til. Så til alle mine unge pasienter – takk for alt dere har lært meg å lære! Fra tiden i fylkesbarnevernet og senere ved Telemark sykehus (BUP Skien og Porsgrunn) er det mange kollegaer, veiledere og samarbeidspartnere som har bidratt i medgang og motgang, for å gjøre meg både klokere og gladere. Jeg takker spesielt erfarne kollegaer som øste av sin hjertevarme,

humor, kunnskap og kreativitet, blant annet Kari M. S. Bakke, Knut H. Svendsen, Helle F. Eide, Else L. Gustafsson, Randi Stormyr og Johannes B. Dysthe. Øystein Blaker, min mangeårige trygge og kloke leder, må trekkes spesielt frem. Du jobbet hardt og kontinuerlig for pasientene, medarbeidere og sykehuset gjennom en unik kombinasjon av å lede, kommunisere, korrigere, støtte, lytte og løfte. Alltid prosess først, så resultatoppnåelse. Jeg vil også takke Telemarkssykehuset for at jeg tidlig fikk delta på seminarer med B. van der Kolk, R. Solomon og R. Beckett og at jeg fikk spesialistpermisjon innvilget i 2005. Permisjonen brukte jeg til faglig fordypning på barns utøvelse av seksuell vold/atferd. Jeg fikk blant annet delta på den store internasjonale fagkonferansen i San Diego og deretter hospitere ved Chadwick Center (USA), under Robin Vanderlaans ledelse og gjestfrihet. I USA fikk jeg på nært hold inspirerende møter med nestorer som D. Finkelhor, A. F. Lieberman, L. Berliner, A. Mannarino, R. Meadow, D.Kolko, S. Hewitt og H. Stern-Ellis m.fl.

Spesialistpermisjonen førte meg også til Sverige (mars 2005) hvor jeg fikk hospitere ved BUP Linkjøping/ BUP Elefantén – et fagmiljø som den gang var godt etablert på utøver-perspektivet (Svedin & Banck, 2002). Fra denne hospiteringen vil jeg særlig takke Christina Warfinge og Lena Banck for god veiledning og ivaretagelse.

Etter femten år østpå, var det på tide å trekke vestover igjen. Venner, familie, tantebarn, Byen og naturen trakk. Jeg vil særlig takke Helse Bergen/BUP Sentrum ved leder Svanhild Mellingen, teamleder Gro Lindebjerg og hele superteamet vårt, for et meget dynamisk, ivaretagende og engasjerende arbeidsmiljø. Jeg lærte spesielt mye av å få delta i den nasjonale seniorutdanningen i traumebehandling (RBUP-Øst 2007-2008) hvor jeg fikk møte en rekke krediterte nasjonale og internasjonale forskere og klinikere. Jeg kom til Betanien sykehus/ BUP i 2011. Tidligere BUP-leder og nå sykehusdirektør Eli J. Birkhaug, sammen med tidligere teamleder i V27; Helle Kleive, må særlig fremheves og takkes for tilliten og støtten de har vist meg gjennom disse årene — fra ansettelse i klinikk, til ansvar for kvalitetssikringsprosjektet i V27, til ledelse av nasjonalt prosjekt i BUP/PHBU, til leieavtaler med NKVTS og Hdir og ikke minst; gjennom satsing og prioritering av forpliktende offentlig ph.d.- avtale med UIB. Jeg vil

også takke andre kollegaer i V27/BUP, spesielt Erling Garbo, Lise Holm, Rachel Høisæter, Kristin Fosheim, Hildegunn Nøttveit, Randi Marøy og Berit Skretting Solberg.

Takk til NKVTS ved direktør Inger E. Birkeland og forsker Ingunn R. Askeland, for at de inviterte til et samarbeid over Langfjellene. Ingunn og Linda (H. Moen) — hjertelig takk, det ble en fantastisk reise! Takk til Anja (E. Kruse) for gode tips underveis. Takk til alle ledere og fagpersoner i nasjonalt klinisk SSA nettverk, alle samarbeidspartnere og RVTS-ene som har støttet opp under AIM3-datainnsamlingen. Jeg takker alle som deltok i undersøkelsene, samt personer som tidlig sa seg villige til å delta i pilotgruppen eller som mer erfarne utredere: Marit Bergh, Christy B. Edvardsen, Are Evang, Steinar Hval, Lars-Ole V. Kristensen, Christian Lunde-Hanssen, Morten J. Lundgren, Eva M. Mørch, Marita Sandvik, Tina L. Sæther, Dagfinn Sørensen, Oddfrid S. Tennfjord og Lars G. Westermann. Spesiell takk til Oddfrid og Dagfinn for det flerårige samarbeidet, innsatsen og den faglige ambisjonen vi har delt for det nasjonale fagfeltet. Det skal også sies at uten fremtidsrettete og kloke helsebyråkrater som blant andre Hans Stenby (Helse Vest) og Martin Sjøly og Torunn Janbu (Hdir), hadde mye vært ugjort. Unicef Norge v/Ivar Stokkerei m.fl. må også takkes for tidlig å ha åpnet noen viktige dører inn i sentrale maktkorridorer for denne gruppen barn.

Når det kommer til ph.d.-søknad, -godkjenning og gjennomføring av opplæring og arbeid, er det flere viktige personer som står bak, støtter og loser kandidatene trygt gjennom løpet ved UIB. Helen Green, Maria Luttgens og UBB bibliotekar An-Magritt Lindtner må takkes særskilt. Videre stor takk til Bente Wold som hjalp meg med å etablere tilknytning og finne veileder ved UIB. Takk til alle mine medforfattere, og spesiell takk til Mari (Hysing), Sanne (Smid) og Tormod (Bøe) for deres gode, uegennyttige bidrag.

Men aller, aller viktigst har mine to dyktige, varme, vakre, vise, omtensomme, tålmodige, skarpe, katteelskende, lattermilde og seriøse veiledere vært; Ragnhild

(Bjørknes, hovedveileder) og Ingunn (Rangul Askeland, biveileder). Jeg er herfra, til månen og tilbake, takknemlig for at dere ble veilederteamet mitt. Måten dere over år har fulgt meg opp, kommunisert, utfylt og vist respekt overfor både meg, hverandre og andre kollegaer, er forbilledlig. Dere er to fantastiske personer og unike rollemodeller for brobygging mellom akademia og praksisfeltet. Jeg må selvfølgelig også takke deg Fungisai (G. Ottemöller, biveileder og instituttleder HEMIL) for måten du stilte opp og supplerte veiledningsteamet i den siste perioden.

Kjære, venninner; Eli (Flatekval og Bjarne), Helle (Svenningsen og Ole) og Kari (Hjartåker †) – hjertelig takk for alt vi har delt, for inspirasjon og støtte helt siden barndommen. Pappa og hans mangeårige samboer Ingrid (†), skal takkes for at de alltid hjalp til med praktisk kjærlighet og var stolte av meg selv om de nok ikke forsto så mye av det jeg holdt på med faglig. Fra barndommen vil jeg særlig takke min kjære bestemor, kalt Mimmi (†), for at hun alltid hadde tid til meg.

Til min kloke kjæreste og beste venn, Torunn. Takk for at du har tålt arbeidet og engasjementet mitt, og for måten du har trådd til på hjemmefronten når jeg til tider har vært mye på prosjektreiser eller vært sliten grunnet andre store livs- eller arbeidsrelaterte belastninger. Takk også for alle gode stunder vi finner sammen. Mest av alt; takk fordi du sammen med hjertebarne våre; Cassandra, Liana og William, har gitt meg en tryggere livsforankring og lært meg det meste om gleden ved å dele og motta gjensidig, ubetinget varme og kjærlighet. Til dere hjertebarne mine; i dag klemmer jeg takknemlig storesøsteren som ofte sto trist alene under rhododendronbusken i hagen. Hun ga meg en sterk indre motivasjon og motor. Det fikk meg til å bryte ut av et generasjonsmønster, det har hatt sine omkostninger, men det går an og er verdt de nye mulighetene det gir. Takk!

Forord

Betanien Sykehus/BUP og V27-teamets første pionér og leder, Eili Inges Knudsen, påbegynte tidlige planer om å gjøre en fremtidig evaluering av V27s administrative og faglige pasientbehandling. V27 startet opp i 2003 og teamets pasientgruppe ble den gang kalt “unge overgripere” (Birkhaug et al., 2005; Inges & Kleive, 2011). I 2013 spurte daværende teamleder i V27; Helle Kleive (nå pensjonist) og BUP-leder; Eli Julseth Birkhaug (nå sykehusdirektør), om jeg ville påta meg å gjennomføre en kvalitetssikringsstudie. Undertegnede fikk innvilget arbeidsstipend fra RKBV-Vest samt veiledning fra Mari Hysing (nå professor v/UIB). Noe ph.d.-prosjekt var ikke påtenkt da, men V27-teamet ønsket å dele noen av resultatene fra kvalitetssikringsstudien og om denne pasientgruppen til andre klinikere og tverrfaglige fagpersoner i Norge. Artikkelen ble endelig akseptert for publisering sommer 2015, men på grunn av forsinkelser internt i psykologtidsskriftet ble den ikke publisert før mai 2016. Parallelt startet sentrale myndigheter opp arbeide for denne gruppen barn (bl.a. NKVTS rapport nr. 6/2016 og nr.1/2017) hvor V27-ansatte og andre fagpersoner/faginstanser i Norge bidro på ulike måter.

Gjennom oppsummering av V27s kvalitetssikringsstudie for perioden 2004-2013, fremkom det blant annet ønsker og behov for å evaluere bruken av fagverktøy. Etter sonderinger i det nasjonale og internasjonale fagmiljøet, ble grunnlegger og manager Julie Henniker fra AIM prosjektet i UK, invitert fra V27 til et internseminar (vår-2015) (Henniker et al., 2002). Det ble deretter inngått en non-profit avtale med V27 og AIM-prosjektet om videre oversettelse og kursing knyttet til fagverktøy for utredning og behandling (Morrison et al., 2006/2018; Print et al., 2012/2017). Undertegnede fikk i oppgave å koordinere AIM-arbeidet fra V27 (2015-2021).

AIM-verktøyene ble presentert på første norske nasjonale SSA-konferanse i Trondheim (2015) og V27 inviterte nøkkelpersoner fra hele landet til Norges første AIM-instruktørkurs med Vince Mercer (vår 2016). De første åpne AIM-basiskursene

ble arrangert i Stavanger og Jølster (høst 2016) gjennom et samarbeid mellom RVTS-Vest, Statens Barnehus i Bergen og V27/Betanien sykehus.

Det ble gjennomført drøftinger på møter i nasjonal (tverrsektoriell) kompetansegruppe om seksuell atferd/SSA (2016-2017, 2019) hvor det ble enighet om å satse på AIM verktøyene som basisgrunnlag i et videre landsdekkende tverrfaglig og tverrsektorielt kompetanseløft for fagpersoner i Norge. En formell non-profit lisensavtale om oversettelser og kursing ble inngått mellom AIM prosjektet i UK, RVTS Midt og V27/BUP/Betanien sykehus i 2019. Denne avtalen er fortsatt gjeldende.

Fyllingsdalen - Bergen, april 2023

Monica Jensen

Sammendrag på engelsk / Summary in English

This thesis is about children (0-17 years) who have engaged in problematic (PSB) or harmful sexual behaviour (HSB) primarily towards other minors, either through physical presence and/or by technology/internet. The project seeks to develop knowledge and concepts in a Norwegian context. The work is based in a holistic, ecological, developmental, and empirically knowledge perspective. Two empirical, quantitative data collections have been carried out. The first is based on a retrospective review of completed and closed patient records linked to a quality assurance project in the specialist healthcare service (article I and II), and the second is linked to interdisciplinary professionals' experiences and use of the Norwegian version of the AIM3 Assessment Model (Leonard & Hackett, 2019/2020) (article III).

In the first article, the continuum model for sexual behaviour is introduced in Norwegian, and we explore different characteristics in a clinical sample of boys (N=56). The average age at the start of treatment was 14.1 years (SD 2.1). The age of onset recorded for the first HSB was 13.2 years (SD 2.3). The majority are Norwegian-born boys who live with their biological family. The families have mostly an extensive need for help or difficulties in recognizing and supporting their children during the treatment. The boys show complex difficulties like cognitive, social, other behavioural difficulties, own experiences of violence, abuse and/or neglect. They have carried out harmful sexual behaviour (HSB) against other minors. HSB has mostly been carried out in the local area or at home. The majority of the exposed children are acquaintances or young girls in the family, while a quarter of the exposed are boys. The results are broadly consistent with international findings from other types of samples in terms of age of onset, characteristics of exposed children, arena for HSB practice, variance of cognitive functioning and personal experience of violence, neglect and/or abuse. In the Norwegian clinical sample, we find a particularly high proportion of social challenges, family challenges, other non-sexual

behavioural difficulties and young children having displayed or being exposed for HSB.

In the second article, we look at possible differences in the corresponding characteristics as mentioned above, between two subgroups; the group of teenage boys who have displayed HSB against exposed children under the age of 12 and more than 4 years younger (Harmful Sexual Behaviour-Children [HSB-C], n=30) versus the group who have displayed HSB against exposed peers (less than 4 years younger/older) (Harmful Sexual Behaviour-Peers [HSB-P], n=24). Main findings are no significant differences between the subgroups. We find certain larger or moderate effect sizes which we discuss against methodological limitations and clinical relevance. We find a strong tendency for boys in the HSB-C group to have an earlier onset of self-experienced violence and/or neglect, more often have more than one exposed child, repeat problematic or HSB more often during the treatment contact and have more caregivers who need a lot of follow-up and help. When it comes to the HSB-P group, we find a greater tendency for more boys to have good cognitive functioning and for more carers to have greater difficulties in recognizing and supporting their boys during treatment.

In the third article, we explore Norwegian interdisciplinary professionals' scores and experiences using the Norwegian version of the AIM3 (N=56). We find estimated interrater reliability (IRR/ICC) in the moderate range both for all AIM3 factors combined and for all five AIM3 domain sums. The majority of the interdisciplinary professionals report that they will very likely continue to use the AIM3 tool and that AIM3 is useful for them in e.g., carrying out knowledge-informed decision-making processes related to the children's and family's further treatment, follow-up and safety needs.

In summary, we find that the teenage boys in the Norwegian clinical sample possess many of the typical characteristics of this group of children, while at the same time the group varies across a wide range of compounded and complex difficulties. The

results are broadly consistent with findings obtained from other types of international samples from the group of teenage boys who have exercised present HSB. In our clinical sample, there are still some specific features that are more common: a high percentage of other non-sexual behavioural difficulties, high degree of social and family challenges and a relatively high proportion of young people exposed. The group of children who have practiced HSB generally shows great diversity in terms of background factors and characteristics (young person, context, sexual behaviour, exposed child). This requires both confident and competent professionals who at the same time have access to the best possible knowledge-based, reliable, and consistent HSB assessment tools for children at different age and developmental stages. Until further empirically based knowledge development is available, our findings will support further use of the AIM3 model to inform further treatment, follow-up and safety work related to young people. For professionals who use AIM3 in the Norwegian context, it would be particularly recommended to supplement with a broader mapping of the young person's digital activity, adversive child/life events (ACE), developmental and family functioning.

Sammen drag på norsk

Denne avhandlingen handler om barn (0-17 år) som har utøvd problematisk (PSA) eller skadelig seksuell atferd (SSA) primært mot andre mindreårige, enten ved fysisk tilstedeværelse og/eller ved bruk av teknologi/internett. Prosjektet søker å utvikle kunnskap og begreper i norsk kontekst. Arbeidet tar utgangspunkt i et holistisk, økologisk, utviklings- og empirisk basert kunnskaps-perspektiv. Det er gjennomført to empiriske, kvantitative datainnsamlinger. Den første baserer seg på retrospektiv gjennomgang av avsluttede pasientjournaler knyttet til et kvalitetssikringsprosjekt i spesialisthelsetjenesten (artikkel I og II), og den andre er knyttet til tverrfaglige fagpersoners erfaringer og bruk av den norske versjonen av AIM3 Utredningsmodellen (Leonard & Hackett, 2019) (artikkel III).

I den første artikkelen introduseres kontinuummodellen for seksuell atferd på norsk og vi utforsker ulike karakteristika i et klinisk utvalg med tenåringsgutter (N=56). Gjennomsnittsalder ved oppstart av utredning/behandling var 14,1 år (SD 2,1). Debutalder registrert for første SSA var 13,2 år (SD 2,3). Majoriteten er norskfødte gutter som bor med sin biologiske familie. Flertallet av familiene har stort hjelpebehov eller vansker med å anerkjenne og støtte opp under behandlingen. Guttene viser sammensatte vansker: kognitivt, sosialt, andre atferdsvansker, egne erfaringer med vold, overgrep og/eller omsorgssvikt. De har i hovedsak utført type alvorlig seksuell atferd mot andre barn. SSA har for det meste vært utført i nærområde eller hjemme. Majoriteten av de utsatte barna er bekjente eller unge jenter i familien, mens en fjerdedel av de utsatte, er gutter. Resultatene samsvarer i store trekk med internasjonale funn fra andre typer utvalg når det gjelder debutalder, kjennetegn ved utsatte barn, arena for SSA-utøvelse, spredning på kognitiv fungering og egenerfaring med vold, omsorgssvikt og/eller overgrep. I det norske kliniske utvalget finner vi spesielt høyt innslag av sosiale utfordringer, familieutfordringer, andre ikke-seksuelle atferdsvansker og unge utsatte barn.

I den andre artikkelen ser vi på mulige forskjeller på tilsvarende karakteristika som nevnt ovenfor, mellom to subgrupper; gruppen tenåringsgutter som har utøvd SSA mot utsatte barn under 12 år og mer enn 4 år yngre (Harmful Sexual Behaviour-Children [HSB-C], n=30) versus gruppen som har utøvd SSA mot jevnaldrende utsatte (mindre enn 4 år yngre/eldre) (Harmful Sexual Behaviour-Peers [HSB-P], n=24). Hovedfunn er ingen signifikante forskjeller mellom subgruppene. Vi finner enkelte større eller moderate effektstørrelser som vi drøfter opp mot metodologiske begrensinger og klinisk relevans. Blant annet finner vi en stor tendens til at gutter i HSB-C gruppen har tidligere oppstart med egenerfart vold og/eller omsorgssvikt, har oftere mer enn ett utsatt barn, gjentar oftere PSA/SSA i behandlingskontakten og har oftere omsorgsgivere som trenger mye oppfølging og hjelp. Når det gjelder HSB-P gruppen finner vi større tendens til at flere har god kognitiv fungering og at flere omsorgsgivere har større vansker med å anerkjenne og støtte opp under behandlingen.

I den tredje artikkelen utforsker vi norske tverrfaglige fagpersoners skåringer og erfaringer med bruk av den norske versjonen av AIM3 Utredningsmodellen (N=56). Vi finner estimert interrater-reliabilitet (IRR/ICC) i det moderate området både for alle AIM3-faktorer samlet og for alle AIM3s hovedområde-summer. Majoriteten av de tverrfaglige fagpersonene rapporterer at de med stor sannsynlighet vil bruke AIM3-verktøyet videre og at AIM3 er nyttig for dem i blant annet å gjennomføre kunnskapsinformerte beslutningsprosesser knyttet til barnas og familiens videre behandlings-, oppfølgings- og trygghetsbehov.

Oppsummert, finner vi at det norske kliniske utvalget innehar mange av de typiske kjennetegnene for denne gruppen barn, samtidig varierer gruppen ved å ha en lang rekkes sammensatte og komplekse vansker. Resultatene samsvarer i hovedtrekk med internasjonale funn innhentet fra andre typer utvalg med gutter som har utøvd tilstedeværende SSA. I vårt kliniske utvalg er det likevel noen spesifikke trekk som går igjen: høyt innslag av andre ikke-seksuelle atferdsvansker, sosiale og familiemessige utfordringer samt en relativ høy andel unge utsatte. Gruppen barn som har utøvd SSA

viser generelt stort mangfold når det gjelder bakgrunnsfaktorer og karakteristika (utøver, kontekst, seksuell atferd, utsatt). Dette fordrer både trygge og kompetente fagpersoner som samtidig har tilgang på best mulig kunnskapsbaserte, pålitelige og konsistente PSA/SSA utredningsverktøy for barn på ulike alders- og utviklingstrinn. Inntil videre empirisk basert kunnskapsutvikling foreligger, vil våre funn understøtte videre bruk av AIM3-modellen for å informere videre behandling, oppfølging og trygghetsarbeid knyttet til ungdom. For fagpersoner som anvender AIM3 i norsk kontekst, vil det særlig anbefales å supplere med bredere kartlegging av digital aktivitet, alvorlige livshendelser (ACE), utviklings- og familie-fungering.

Publikasjonsliste

Jensen, M., Garbo, E., Kleive, H., Grov, Ø., Hysing, M. (2016): Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*: 366-375. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/05/gutter-i-norge-med-skadelig-seksuell-atferd>

Jensen, M., Smid, S., Bøe, T. (2020): Characteristics of adolescent boys who have displayed harmful sexual behaviour (HSB) against children of younger or equal age, *BMC Psychology* (2020) 8:121, <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00490-6>

Jensen M, Askeland IR and Bjørknes R (2022): Interrater reliability and experiences of Assessment, Intervention, and Moving-on 3 Assessment Model in a multidisciplinary Norwegian sample. *Front. Psychol.* 13:1019739, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.1019739/full>

Kopi av artikkel I i vedlegg er gjort i overenstemmelse med Tidsskriftet for Norsk Psykologforening, og etter godkjenning fra sjefredaktør Katharine C. Williams (24.10.22). Artikkel II og III i vedlegg er publisert åpent tilgjengelig («open access under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)).

Tabell – kort oversikt over artiklene

	ARTIKKEL I	ARTIKKEL II	ARTIKKEL III
<i>Datakilder</i>	Avsluttede pasientjournaler (første datainnsamling)	Avsluttede pasientjournaler (første datainnsamling)	Fagpersoners svar på survey og skåring av tre kasusvignetter (andre datainnsamling)
<i>Design</i>	Retrospektiv gjennomgang	Retrospektiv gjennomgang	Selvrappport fra fagpersoner (surveydata) og skåring av tre kasusvignetter ved bruk av den norske versjonen av AIM3 Utredningsmodellen (standardiserte skårings-skjema)
<i>Tema</i>	Begreper og karakteristika knyttet til utøver, familie, seksuell atferd, utsatte	Forskjeller mellom to subgrupper (HSB-Peers og HSB-Children) basert på alder/aldersforskjell mellom utsatt og utøver	Kompetanse og erfaringer fra fagpersoner knyttet til kurs og bruk av AIM3 Utredningsmodellen, samt estimere interater-reliabilitet (IRR) for AIM3-verktøyet
<i>Uvalg</i>	N=56	N=54 HSB-Children; n= 30, HSB-Peers; n= 24	N=56
<i>Målinger</i>	Kvantitativ operasjonalisering av karakteristika/variabler	Kvantitativ operasjonalisering av karakteristika/variabler, standardisere forskjeller mellom subgruppene	Kvantitativ operasjonalisering av kompetanse, erfaringer blant fagpersoner samt estimering av IRR knyttet til AIM3
<i>Statistiske analyser</i>	Frekvenstabeller, n, %, Mean/SD IBM SPSS (versjon 21, 2015)	Frekvenstabeller, n, %, Mean/SD, % missing N-1 Kji-kvadrattest og Fisher's eksakte test, Effektstørrelser R (versjon 3.4.4, 2018)	Frekvenstabeller, n, %, mode Intraclass Correlation Coefficient (ICC) IBM SPSS (versjon 29, 2022)

Liste over forkortelser

ACE	Adversive Childhood Experiences. Norsk; alvorlige livshendelser, utfordrende eller negative barndomsopplevelser.
ADL	Aktiviteter i dagliglivet
AIM	Assessment, Intervention, Moving-on (aimproject.org.uk/)
Blandet PSA/SSA	Forekomst av både tilstedeværende og teknologi-assistert PSA/SSA hos et barn
BUP	Poliklinikk i PHBU (gml. barne-og ungdomspsykiatrisk poliklinikk)
FoU	Forskning og utviklingsarbeid
GLM	Good Lives Model
G-MAP	Greater – Manchester Project (g-map.org/)
HABU	Habiliteringstjenesten for barn/unge (spesialisthelsetjenesten)
HAVO	Habiliteringstjenesten for voksne
Hdir	Helsedirektoratet
HSB	Harmful Sexual Behaviour (norsk: SSA)
ICC	Intraclass Correlation Coefficient
IRR	Inter Rater Reliability (norsk; interrater reliabilitet)
IQ	Intelligens kvotient / kognitivt funksjonsmål (psykometrisk testet)
NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
NSPCC	National Society for the Prevention of Cruelty to Children (nspcc.org.uk)
PHBU	Psykisk helsevern for barn og unge (spesialisthelsetjenesten)
PSA	Problematisk seksuell atferd
PU	Psykisk utviklingshemmet – diagnose/mål på kognitiv fungering blant annet psykometrisk testet under IQ 70

RKBU	Regionale kunnskapsentre for barn og unge
RNR	Risk, Need, Responsitivity
RVTS	Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
SSA	Skadelig seksuell atferd
TA-PSA	Teknologi-assistert problematisk seksuell atferd (TA- også forenklet kalt «online»)
TA-SSA	Teknologi-assistert skadelig seksuell atferd
Tilstedeværende	PSA/SSA. Utøver og utsatt er på samme fysiske sted, men atferden må ikke nødvendigvis inkludere fysisk berøring (f.eks. blotting) (forenklet ofte kalt «offline»)
V27	“Vestlundveien 27” (første adresse). V27 er organisert som et spesialteam i Betanien BUP. En av hovedoppgavene er å fungere som ressursenhet for andre BUP-er i helseregion vest. Har senere år også fått ansvar for nasjonale prosjekter.

Innhold

Fagmiljø	iii
Takk til	iv
Forord	viii
Sammendrag på engelsk / Summary in English	x
Sammendrag på norsk	xiii
Publikasjonsliste	xvi
Tabell – kort oversikt over artiklene	xvii
Liste over forkortelser	xviii
Innhold	xx
1. Introduksjon	1
1.1 Tema og rammer for avhandlingen.....	1
2. Problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn	3
2.1 Definisjoner og begreper.....	3
2.2 Relevant forskning.....	8
2.2.1 Forekomst av PSA/SSA.....	8
2.2.2 Gjentakelse av PSA/SSA.....	14
2.2.3 Karakteristika ved barn som har utøvd PSA/SSA.....	15
3. Perspektiv på problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn	21
3.1 Et holistisk og økologisk perspektiv.....	21
3.1.1 Holisme handler om å se hele barnet.....	21
3.1.2 Holisme handler om å inkludere utvidet familie og nettverk.....	22
3.1.3 Holisme handler om tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid og forskning.....	23
3.1.4 Holisme handler om å benytte varierte innfallsvinkler og metoder.....	23
3.2 Utviklingsperspektivet.....	24
3.3 Et empirisk kunnskapsperspektiv knyttet til PSA/SSA.....	26
4. Utredning av problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn	28
4.1 Forventninger/krav til fagverktøy.....	28
4.2 Kort historikk knyttet til utvikling av utredningsverktøy for PSA/SSA og barn.....	29
4.3 Assessment Intervention Moving-On (AIM).....	32
4.3.1 AIM3 Utredningsmodellen.....	33
4.3.2 AIM i Norge.....	34
5. Målsetting for ph.d.- prosjektet	35
6. Metode	37
6.1 Artikkel I:.....	37
6.1.1 Metode og design (artikkel I).....	37
6.1.2 Utvalg (artikkel I).....	37
6.1.3 Prosedyre (artikkel I).....	38
6.1.4 Målinger (artikkel I).....	38
6.1.5 Statistiske analyser (artikkel I).....	40

6.2	Artikkel II:.....	40
6.2.1	Metode og design (artikkel II).....	40
6.2.2	Utvalg (artikkel II).....	40
6.2.3	Prosedyre (artikkel II).....	41
6.2.4	Målinger (artikkel II).....	41
6.2.5	Statistiske analyser (artikkel II).....	41
6.3	Artikkel III:.....	42
6.3.1	Metode og design (artikkel III).....	42
6.3.2	Utvalg (artikkel III).....	42
6.3.3	Prosedyre (artikkel III).....	43
6.3.4	Målinger (artikkel III).....	45
6.3.5	Statistiske analyser (artikkel III).....	47
6.4	Etikk (artikkel I-II-III).....	48
7.	Resultater.....	50
7.1	Artikkel I - resultater.....	50
7.2	Artikkel II - resultater.....	51
7.3	Artikkel III - resultater.....	52
8.	Diskusjon.....	54
8.1	Alder og kjønn, de som har utøvd og de som er utsatt for SSA.....	54
8.2	Karakteristika knyttet til utøvd PSA/SSA.....	57
8.3	Arena for utøvd PSA/SSA.....	58
8.4	Kognitiv fungering.....	59
8.5	Sosial fungering og annen ikke-seksuell atferdsproblematikk.....	61
8.6	Egenerfarte alvorlige livshendelser (ACE).....	62
8.7	Familiefaktorer og relasjon mellom den som har utøvd SSA og den som har vært utsatt.....	63
8.8	Subgrupper HSB-Children versus HSB-Peers.....	66
8.9	AIM3 Utredningsmodellen – erfaringer og interrater reliabilitet (IRR).....	68
8.10	Styrker og svakheter.....	73
8.11	Implikasjoner for forskning.....	77
8.12	Implikasjoner for praksis.....	79
8.13	Modell for vurdering av PSA/SSA hos barn.....	82
8.14	Avsluttende kommentar.....	84
9.	Litteraturliste.....	87
10.	Artikler.....	150
10.1	Artikkel I.....	150
10.2	Artikkel II.....	167
10.3	Artikkel III.....	181
11.	Vedlegg.....	192
11.1	Definisjonskontinuumet på barn og unges seksuelle atferd.....	192
11.2	Informasjonsskriv og samtykkeerklæring (Jensen, 2019).....	193
11.3	Spørreskjema til fagpersoner (Jensen, 2020e).....	197
11.4	Kasus 1: Alexander, 14,5 år (Jensen, 2020b).....	203
11.5	Kasus 2: Thomas, 13 år (Jensen, 2020c).....	208
11.6	Kasus 3: Julian, 17 år (Jensen, 2020d).....	213
11.7	Litteratursøk.....	217

1. Introduksjon

1.1 Tema og rammer for avhandlingen

Dette arbeidet handler om barn (0-17år) som har utøvd problematisk (PSA) eller skadelig seksuell atferd (SSA), primært mot andre mindreårige, enten når de møter hverandre direkte og/eller bruker teknologi/internett.

Fagfeltet begynte å utvikle seg internasjonalt, særlig i Nord-Amerika og Storbritannia på åtti- og nittitallet (se for eksempel Becker, 1998; Bonner et al., 1998; Caldwell, 2002; Johnson, 2002; Ness, 2002; Ryan, 1999). Idag er fagfeltet fortsatt dominert av konferanser, forskning og faglitteratur fra hovedsakelig anglopråklige land (se for eksempel The Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse [ATSA], 2017, 2019a, 2019b; Chaffin et al., 2008; Finkelhor et al., 2009a, 2009b; Hackett, 2014; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2016). Tilsvarende anglopråklig dominans kan også identifiseres i utvikling av fagverktøy knyttet til utredning av barn med PSA/SSA (for eksempel Friedrich et al., 2001; Henniker et al., 2002; Swann, 2009; Worling & Curwen, 2001). Fagfeltet har i tillegg integrert kunnskap fra andre nærliggende fagområder/-tema som for eksempel seksuelle overgrep og utnyttelse av barn fra voksne, fysisk og psykisk vold i nære relasjoner, emosjonell omsorgssvikt, nevrobiologi, alvorlige atferdsvansker og/eller ulike psykiske og utviklingsrelaterte forstyrrelser (se for eksempel Andrade et al., 2006; Baker et al., 2003; Boonmann et al., 2015; Creeden, 2009; Krause et al., 2022; Miner et al., 2016; Radford et al., 2013; Turner et al., 2021; Vizard et al., 2007b).

Dette prosjektet søker å utvikle PSA/SSA kunnskap og begreper for bruk i norsk kontekst. Arbeidet vil kunne ha implikasjoner for videre forskning, men også for praksisfeltet – særlig for fagpersoner som skal utrede og behandle barn som antas eller er identifisert for å ha utøvd SSA (jfr. helse- og/eller omsorgssporet). Arbeidet kan i tillegg ha implikasjoner for forskning og praksis i straffesporet (politi, justis, etterforskning, rettsaktyndighet, oppfølging av barn med (u)betinget straffereaksjon

o.l.), selv om jobbkravene innenfor den mer juridiske rammen vil innebære ulike formål, relasjoner, oppgaver og rolleutforminger enn for fagpersoner innenfor helse og sosiale tjenester (Bostic et al., 2014; Evans et al., 2020; Goldstein, 2003; Huss, 2013; Neal et al., 2022).

Tre sentrale perspektiver er valgt og lagt til grunn i denne avhandlingen for å belyse fagområdet: *Det holistiske og økologiske perspektivet, utviklingsperspektivet og det empiriske kunnskapsperspektivet*. Tema for arbeidet vil først være hvordan bekymringsfull seksuell/seksualisert atferd hos barn kan differensieres og hvilke karakteristika vi finner hos norske barn som har utøvd denne type atferd (Artikkel I-II), deretter hvordan PSA/SSA og barnas videre behov for behandling og utviklingsstøtte kan vurderes av norske fagpersoner (Artikkel III).

Disposisjonen videre vil først gi en kortfattet gjennomgang av sentrale definisjoner, begreper og relevant forskning knyttet til forekomst og karakteristika hos barn som har utøvd PSA/SSA. Det følger så en presentasjon av de tre perspektivene som er lagt til grunn i dette arbeidet før en kort gjennomgang av utvikling og status når det gjelder fagverktøy for utredning av barn. Avslutningsvis, vil vi presentere og gjennomgå de tre artiklene som utgjør dette forskningsarbeidet.

2. Problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn

2.1 Definisjoner og begreper

I dette arbeidet vil Hackett, Branigan & Holmes (2019) sin definisjon av skadelig seksuell atferd legges til grunn:

Harmful sexual behaviours' are defined as: Sexual behaviours expressed by children and young people under the age of 18 years old that are developmentally inappropriate, may be harmful towards self or others, or be abusive towards another child, young person or adult.

Hackett, Branigan & Holmes (2019, s. 13)

I denne UK-definisjonen er «harmful sexual behaviours» (HSB) valgt som et overordnet begrep i definisjon av ulike typer bekymringsfull seksuell atferd (Hackett, 2010, 2014). Atferden kan for eksempel variere fra å bruke eksplisitte seksuelle ord eller fraser, upassende berøringer, bruk av seksuell vold eller trusler til full seksuell penetrasjon (oralt, vaginalt, analt) med andre barn. Definisjonen inkluderer også atferd som det å eksponere kjønnsorganer, til å vise eller å bli eksponert for seksualisert eller pornografisk materiale, snakke eller sende tekstmeldinger med uanstendig eller slibrig seksuelt innhold, vise seg naken eller vise kjønnsorganene sine, smugkikke på andre når de er nakne eller har sex, gni genitaliene sine inntil andre i fysisk nærlek eller i tette folkemengder osv.

I dette arbeidet vil vi videre erstatte HSB og benytte «bekymringsfull seksuell atferd» som et mer overordnet begrep for all type seksuell atferd hos barn som vekker barnets egen eller andres uro eller bekymring. Når bekymring for seksuell atferd oppstår, må atferd og situasjonen rundt raskt kartlegges, vurderes og differensieres i forhold til alvorlighet for at voksensamfunnet skal kunne respondere umiddelbart der det eventuelt viser seg nødvendig (jfr. trygghetsarbeid, utredning, behandling eller annen

oppfølging) (Bateman & Milner, 2015; Guilhermino & McCarlie, 2019; Print et al., 2012).

Seksuell atferd kan utvises i tilstedeværende møter med andre (med og uten kroppskontakt) og/eller ved bruk av ulike medier, teknologi og internett (Allotey & Swann, 2019; Belton & Jackson-Hollis, 2016; Jackson-Hollis & Belton, 2017; Peter & Valkenburg, 2016; Swann, 2009). I denne avhandlingen vil det primært handle om bekymringsfull seksuell atferd utført av ett barn alene, vanligvis rettet mot ett annet barn. Dette utelukker ikke at barns bekymringsfulle seksuelle atferd kan utøves i samspill eller på instruksjon fra andre, mot flere barn samtidig eller parallelt, mot voksne og/eller dyr (Berelowitz et al., 2013; Finkelhor et al., 2009a; Hackett, 2007, 2014; Longobardi & Badenes-Ribera, 2019).

I denne avhandlingen brukes videre begrepet «barn» om alle mindreårige under 18 år, i tråd med norsk lovgivning og forpliktelser i henhold til FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barne- og familiedepartementet [BFD], 2003). «Ungdom» vil brukes spesifikt om barn mellom 13-17 år, og «yngre barn» brukes for de under 12 år. Kronologisk alder på barn er i denne sammenheng vel å merke ikke noe presist begrep. For det første kan myndighets-, helserettlig, kriminell og seksuell minimumsalder variere både innad og mellom land/stater (Child Rights International Network [CRIN], 2023). For det andre må forholdet mellom barnets utviklingsalder og kronologisk alder vurderes. Utviklingsalder tilsier en profesjonell vurdering av et barns sosiale, fysiske, psykiske, kognitive og seksuelle modning og status sammenlignet med det som er forventet atferd og karakteristika for deres kronologiske alder (NICE, 2016).

Språklig sett vil det videre tilstrebes å benytte formen presens perfektum, altså at barn *har utøvd* bekymringsfull seksuell atferd — for å understreke at dette er atferd som har skjedd, ikke atferd som nødvendigvis vil gjentas (Allardyce & Yates, 2017). «Utsatt barn» eller kun «utsatt» vil benyttes om de barna som har vært utsatt for ulike typer bekymringsfull seksuell atferd av andre mindreårige.

Kontinuumsmodellen og innledende kartlegging

Hackett (2010, 2014) har videre satt definisjonen inn i et kontinuum, på norsk kalt; *Definisjonskontinuumet for seksuell atferd* (Se vedlegg 11.1). Det må kort tilføyes at behovet for differensiering av bekymringsfull seksuell atferd har vært uttrykt også av andre fagpersoner før dette definisjonskontinuumet kom – se for eksempel Chaffin et al. (2002); Johnson (2002); Kelly (1988).

Den norske oversettelsen og tilpasningen av definisjonskontinuumet har blitt: *OK/sunn* -, *Problematisk* - og *Skadelig seksuell atferd* (Askeland et al., 2017; Holt et al., 2016; Jensen et al., 2016; Leonard & Hackett, 2019/2020). Ved bruk av definisjonskontinuumet kan fagpersoner struktureres og veiledes, ofte i innledende saksforløp, til å få et raskt overblikk over viktige faktorer som arena, relasjon og eventuelle maktforskjeller mellom barn som utøver eller som er utsatt for problematisk (PSA) eller skadelig seksuell atferd (SSA) (kognitivt, fysisk, sosial status, alder/modning), eller om konkrete maktmidler har vært benyttet (f.eks. trusler, penger, innlåsing, tau, våpen, materiell eller fysisk vold). Av pragmatiske og pedagogiske grunner er definisjonskontinuumet redusert fra fem til tre kolonner, en tilpasning som også ses brukt i UK i dag (National Society for the Prevention of Cruelty to Children [NSPCC], 2021a, 2021c). Den norske tilpassede inndelingen av definisjonskontinuumet ble primært gjort for å unngå bruk av det flertydige anglospråklige begrepet «inappropriate», men òg pedagogisk for enklere å kunne bruke det parallelt med trafikklysmetaforen (kontinuum: grønn -gul/oransje - rød) som vi finner igjen i et annet verktøy: «*Trafikklyset - seksualitet hos barn og ungdom*» (Family Planning Queensland [FPQ], 2011; South Eastern Centre Against Sexual Assault & Family Violence [SECASA], 2007/2017; True Relationships & Reproductive Health [TRUE], 2015). Trafikklysverktøyet ble første gang oversatt til norsk i 2011 av B. Hegge og Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Idet definisjonskontinuumet har sin styrke i å kartlegge kontekst, og trafikklysverktøyet styrke er å kartlegge alvorlighet eller forventet seksuell atferd for barn på

ulike alders- og utviklingsnivå (0-17 år), har det vært anbefalt å bruke dem kombinert i norsk praksis. Dette til tross for at nåtidig begrepsbruk dessverre ikke samsvarer helt. I den norske versjonen av trafikklysverktøyet bruker man tekst og fargekode for å indikere alvorlighet: sunn/grønn, bekymringsfull/gul og skadelig/rød. Dette samsvarer delvis med trafikklys-verktøyet slik det originalt ble utviklet i Australia rundt 2000, men er ikke i overensstemmelse med dagens internasjonale praksis knyttet til andre trafikklys-oversettelser (jfr. bruk av kun fargekode: «green, amber and red») eller med tekst i definisjonskontinuumet (Allotey & Swann, 2019; Dyer et al., 2020; Hackett, 2014; King-Hill, 2021; NSPCC, 2021a, 2021c; Qadara et al., 2020).

Kontinuumsmodellen er på mange måter praktisk nyttig, men ute i praksisfeltet er det imidlertid ikke alltid slik at barn som har utøvd PSA/SSA, eller barnet som har vært utsatt, vil kjenne seg igjen i fagpersoners vurdering av atferden på kontinuumet. Utfra klinisk erfaring kan man likevel ofte oppleve at både SSA-utsatte og -utøvende barns beskrivelse om hva som har skjedd (konkret atferd) samstemmer. Derimot kan det ofte være divergerende beskrivelser, opplevelser og meninger relatert til kontekst, samtykke og gjensidighet i relasjonen, bruk av maktmidler, samt de involverte barnas respektive motivasjon (tanker, følelser og kroppsfornebbelser).

Oppsummert, kan definisjonskontinuumet og trafikklyset sies å være nyttige som innledende kartleggingsverktøy, men de må generelt anvendes med varsomhet idet det ikke foreligger norske/nordiske normer, evalueringer eller annen form for psykometrisk validering. Trafikklys-verktøyet som er oversatt til norsk, er utviklet i Australia primært basert på nordamerikanske normer, og særlig normene for barn under 15 år, er relativt gamle. Disse ble utviklet i 1990-årene og tidlig på 2000-tallet (King-Hill & McCartan, 2020; SECASA, 2007/2017; TRUE, 2015).

Kontinuumsmodellen, forståelse og begreper

Uansett hvilket område i kontinuumet den bekymringsfulle seksuelle atferden/kontekst kartlegges inn på, fordres det ulike tilpassede responser og handlinger fra

voksensamfunnet for enten å fremme eller hemme ulike typer seksuell atferd (Askeland et al., 2017; Dyer et al., 2020; Hackett et al., 2019; Qadara et al., 2020). Differensiering av bekymringsfull seksuell atferd og eventuell videre mer utdypende kartlegging og vurdering av SSA og barnets kontekst, har videre betydning for samfunnets og faginstansers tilpasning av respons, restriksjoner og eventuell straff for det enkelte barn som har utøvd atferden. Kontinuumsmodellen er praktisk nyttig for å kunne synliggjøre og fremme håp og oppnåelige prososiale og prosekuelle atferdsmål i fagpersoners direkte arbeid med barn, familier og andre samarbeidsinstanser (jfr. motivasjon for endring og samarbeid). Modellen vil kunne illustrere at barns seksuelle atferd kan bevege og endre seg fra PSA/SSA (gule/røde) til det ok og sunne (grønne) prosekuelle området. Et barn kan ha utøvd type SSA (rødt område) som det nødvendigvis må få hjelp fra voksensamfunnet til å stoppe eller redusere. Dette barnet kan på samme tid ha vist handlingskompetanse innenfor ok, sunn seksuell atferd (grønt område) – seksuell atferd som ikke skal stoppes, men mer opprettholdes eller forsterkes. Slik anvendt kan kontinuumsmodellen synliggjøre variasjoner og mulige bevegelser i barns seksuelle atferd samtidig som voksensamfunnet må ha oppmerksomhet både på faktorer som kan øke bekymringer/risiko og som derfor må reduseres eller fjernes, og på styrker/beskyttende faktorer som må opprettholdes eller forsterkes (Allotey & Swann, 2019; Capaldi et al., 2016; Griffin & Beech, 2004; Griffin et al., 2008). Med andre ord, nulltoleranse for barns seksuelle atferd sett i en kontinuumsmodell, er ikke et realistisk eller hensiktsmessig utviklingsmål å sette for et barn.

Kontinuumsmodellen kan hjelpe forskere/praktikere til å se på bekymringsfull seksuell atferd hos barn i kontekst og ikke bare knytte forståelse av atferd individualisert til barnet eller kun sett gjennom voksnes subjektive og/eller fortolkende opplevelser av hva som er grenseoverskridende atferd. Siden midten av åttiårene, da dette fagfeltet for barn for alvor vokste frem internasjonalt, har det vært brukt en rekke forskjellige begreper og benevelser om barn som har utøvd PSA/SSA. For eksempel: «Juvenile or adolescent sex(ual) offenders», «juvenile perpetrators of child sexual abuse», «young sexual deviants», «peer rapists», «child sexual abusers or molesters», «sexually

abusive juveniles», «unge pedofile» og/eller «unge overgripere» osv. Alle disse merkelappene er eksempler på samlebetegnelser som er brukt, helt uavhengig av barnets alder, modning, motivasjon og alvorlighet knyttet til utøvd seksuell atferd. Det at fagfeltet historisk har benyttet slike samlebetegnelser på en uensartet gruppe barn med forskjellige typer seksuell atferd, er i seg selv problematisk. Men enda verre er det at det personsentrerte språket som disse benevnelsene representerte, videre kunne forsterke stigma, skam, fordommer og negativ selvforståelse hos barn og dets nære familie og nettverk. En slik benevnings-praksis vil i verste fall kunne bidra til å fremme risiko for ny bekymringsfull seksuell atferd eller annen anti- eller asosial utvikling (Ingevaldson et al., 2016; Jahnke, 2018; Pithers, 1999; Willis, 2018).

Kontinuumsmodellen for seksuell atferd (Hackett, 2010, 2014) anvendes i økende grad internasjonalt (Dyer et al., 2020; Frøyland et al., 2021; Quadara et al., 2020), men det kan være verdt å merke seg når faglitteratur leses, at det er fagpersoner/fagmiljøer (særlig i USA) som ikke gjør det. Noen velger å bruke benevnelsen «problematisk atferd» som samlebetegnelse for all bekymringsfull seksuell atferd hos ungdom (Borduin et al., 2021), eller andre bruker «problematisk atferd» konsekvent kun om de yngste barnas bekymringsfulle seksuelle atferd (jfr. under kriminell lavalder), uavhengig av atferdens alvorlighet (Chaffin et al., 2008; Shawler et al., 2020; Silovsky et al., 2012).

2.2 Relevant forskning

2.2.1 Forekomst av PSA/SSA

Internasjonalt estimeres det at mellom 30-70 % av alle seksuelle overgrep mot mindreårige er utøvd av andre mindreårige (Gewirtz-Meydan & Finkelhor, 2020; Hackett, 2014; Radford et al., 2013; Vizard et al., 2007b). Varierende begreper og definisjoner, samt andre metodiske begrensninger som forskjellige utvalg, gjør det vanskelig i dag å finne mer nøyaktige prevalenstall for barn i Norge som står i fare for og/eller som har utøvd problematisk og/eller skadelig seksuell atferd både i

tilstedeværende og/eller i teknologi-assisterte møter. Vi må generelt regne med mørketall. De fleste internasjonale studiene har tatt utgangspunkt i kriminalitetsstatistikk eller fra kliniske utvalg av typen «justice, residential or correctional samples». Forekomststudiene har i liten grad rette oppmerksomhet mot mindre alvorlig PSA eller teknologi-assistert PSA/SSA.

Det har senere år vært økende oppmerksomhet rettet mot barn som har utøvd ulike typer TA-PSA/SSA, eller blandet med tilstedeværende PSA/SSA (Allotey & Swann, 2019; ATSA, 2020; Belton & Jackson- Hollis, 2016; Frøyland et al., 2021; Kriplos, 2019; Lewis, 2018). Barn kan både utøve PSA/SSA via nett og/eller de kan komme i kontakt med sine utøvere på denne måten. Jackson- Hollis and Belton (2017) fant at barn som i UK hadde fulgt et SSA-spesifikt behandlingsprogram (n=275), hadde en eller annen form for TA-PSA/SSA involvert i rundt 45 % av sakene (jfr. blandet PSA/SSA). De fant videre at kun 7 % av barna hadde utøvd TA-PSA/SSA alene - for denne gruppen barn fant de imidlertid flere styrker og beskyttende faktorer enn for barna som hadde utøvd blandet eller kun tilstedeværende SSA. Flere forskere fremhever at vi fortsatt vet for lite om forekomst og utvikling av TA-PSA/SSA (Allotey & Swann, 2019; Belton & Jackson- Hollis, 2016). For eksempel vet vi lite om barn når det gjelder å produsere, oppbevare og dele seksualisert tekst/bilde-materiale digitalt (f.eks. «sexting», «sextortion») (Kosenko et al., 2017; Kriplos, 2021, 2022; Madigan et al., 2018) eller hvordan barns eksponering for porno inngår eller påvirker barns seksualitet og seksuelle atferd i positiv eller negativ retning (Binford, 2018; Horvath et al., 2013; Johnston, 2013; Kriplos, 2019; Nash et al., 2015; Pratt & Fernandes, 2015; Priebe & Svedin, 2012; Seto et al., 2015; Skau, 2007).

I denne sammenheng er det ellers viktig å huske på at det å delta i seksuelle aktiviteter for barn flest, fysisk tilstedeværende eller via internett/sosiale medier, ikke først og fremst er et symptom på at noe er galt, et stort problem eller noe ulovlig (for eksempel det å dele seksualiserte bilder med en jevnaldrende i forbindelse med flørt). Det kan rett og slett være et tegn på at man er en ung person i naturlig seksuell og sosial

utvikling og utforskning (ATSA, 2019a; Kosenko et al., 2017; Russell, 2005; Salter et al., 2013; Staksrud & Ólafsson, 2019).

Mossige og Huang (2010) fant i deres omfangsstudie av milde og grove seksuelle krenkelser og overgrep i en norsk ungdomsbefolkning (n=6979) at 99 % av jentene og 47 % av guttene hadde blitt utsatt av en mann/gutt ved første hendelse. Tilsvarende hadde 1 % av jentene (n=1116) og 53 % av guttene (n=179) vært utsatt av en kvinne eller jente. De fleste utøverne var venn, kjæreste eller bekjent (48,6 %, n=310). Ved første hendelse rapporterte jentene som var utsatt, at utøverens alder var yngre enn 10 år i 3 % av tilfellene, mellom 10-14 år i 11 %, mellom 15-19 år i 33 %, mellom 20-24 år i 13 % og 25 år eller eldre i 40 % av tilfellene. Jentene som ble utsatt var selv yngre enn 10 år (17 %), 10-14 år (35 %) og eldre enn 15 år (48 %, n=1227).

Steine et al. (2012) fant i sin retrospektive undersøkelse av seksuelle overgrep i et norsk representativt utvalg av voksne (n=703, 18-80 år), at 19,4 % kvinner og 12,0 % menn hadde erfart seksuelle overgrep. Av de som hadde erfart seksuelt overgrep før 16 år, hadde 24,3 % jenter/kvinner og 12,0 % gutter/menn erfart (her definert) seksuelt krenkende atferd (blotting/kikking, vist porno, seksualisert språk o.l.), 18,3 % jenter/kvinner og 3,2 % gutter/menn hadde erfart seksuelt krenkende handling (beføling, tvunget til å onanere andre, samleielignende bevegelser o.l.) og 11,4 % jenter/kvinner og 0,9 % gutter/menn hadde erfart seksuelt krenkende omgang (fingring eller inntrenging med kjønnsorgan oralt, vaginalt, analt, tvunget/presset til samleie o.l.) (jfr. den tids inndeling basert på straffelovens kategorier).

Kloppen et al. (2016) gjennomgikk 26 studier (1990- 2014) av seksuelle overgrep mot barn i Norden. Resultatene viste estimerte prevalenstall for utsatthet mellom 3-23 % for guttene og 11-36 % for jentene. Oppsummert viste resultatene at barn var mest utsatt fra tidlig i tenårene og at hovedandel av utøverne var andre barn, primært gutter. *Mossige og Stefansen (2016)* i NOVA-rapporten: Vold og overgrep mot barn og unge (18-19 år), oppsummerer tilsvarende at seksuell vold blant unge blir spesielt viktig å følge med på videre.

Ungdomsundersøkelsen (Hafstad & Augusti, 2019) om erfaringer med ulike typer vold og overgrep (UEVO-studien, tverrsnittsundersøkelse, n=9240) dokumenterer at 22 % av ungdom i alderen 12 til 16 år rapporterer at de har opplevd ufrivillig seksuell erfaring/krenkelse med en jevnaldrende, mens til sammenligning «kun» 6 % rapporterte opplevde seksuelle overgrep fra voksne. «Seksuell krenkelse» blir i denne undersøkelsen definert som ufrivillig seksuell kontakt med jevnaldrende direkte (f.eks. blotting, beføling eller samleielignende handlinger). Ungdommer som har vært utsatt for seksuelle krenkelser fra andre mindreårige, sier at utøveren som oftest var kjent for dem og videre at gutter var utøver i 62 %, og jenter i 38 %, av tilfellene. Av ungdommene hadde 10 % sendt nakenbilder av seg selv over internett/sosiale medier og 3 % hadde opplevd å få nakenbilder av seg selv delt på internett/sosiale medier (jfr. sexting). Undersøkelsen fant at de fleste ungdommene som hadde vært utsatt for én type vold eller overgrep (fysisk, seksuelt og psykisk) også hadde opplevd andre former for vold. De ulike typene seksuelle krenkelser som ble målt i denne undersøkelsen er ikke differensiert i alvorlighet og kontekst (jfr. kontinuummodell). UEVO-studien inkluderer heller ikke spørsmål til ungdommen om de selv har vært utøvere av seksuelle krenkelser mot andre mindreårige (tilstedeværende eller via teknologi-assistert aktivitet).

Ungdata-undersøkelsen (elever fra 8.trinn - Vg3) (Bakken, 2022) fant at 20 % jenter og 8 % gutter siste året har erfart at noen har befølt dem på en seksuell måte uten samtykke, 6 % av jentene og 3 % av guttene har erfart at noen har delt bilder eller filmer av dem som naken eller hvor de deltok i seksuelle handlinger, 12 % av jentene og 3 % av guttene (kun på vg) har erfart at noen har presset eller tvang seg til samleie eller andre seksuelle handlinger. «Ungdata»-undersøkelsen har heller ikke data på den/de som har utøvd den seksuelle atferden disse barna skal ha vært utsatt for. Bakken (2018) fant at 25 % av barna hadde hatt samleie før fylte 16 år, mens 60 % av barna hadde hatt samleie før fylte 18 år. Det er ikke oppgitt om samleie var frivillig eller ufrivillig.

Politiet/KRIPPOS i Norge har i løpet av det siste tiåret utgitt en rekke rapporter angående kriminalitetsstatistikk; barn og seksuell kriminalitet. Basert på en undersøkelse av 107 dommer der den domfelte var dømt for seksuell omgang med barn under 14 år, fant Kripos (2016) at ungdom og unge voksne representerte den største gruppen av utøvere. Over halvparten av de domfelte var mellom 15-24 år. Basert på saker i perioden 2013-2015, der totalt 912 personer var mistenkt, siktet eller domfelt for besittelse av overgrepsmateriale, var 30 % i tillegg mistenkt, siktet eller domfelt for seksuelle overgrep i fysisk kontakt med barn under 16 år. Kripos (2019) beskriver at i perioden 2014-2018 økte seksuallovbrudds- saker generelt med 75,2 %. og at det var et økende antall mindreårige som ble anmeldt for voldtekt. En av fem anmeldte var under 18 år på gjerningstidspunktet. Av de som ble anmeldt for voldtekt over internett var ca. 29 % under 18 år. Kripos (2020) i sin rapport om anmeldte voldtekter, fant at 18 % av de anmeldte var under 18 år og av disse hadde 20 % gutter som fornærmede (utsatte). Majoriteten av de anmeldte for voldtektssaker over internett av barn under 14 år, var selv 12-13 år på gjerningstidspunktet, noen helt nede i 7-8-årsalderen. For de som var anmeldt for voldtekt av personer over 14 år, var andelen festrelaterte voldtekter størst. Kripos (2022) oppsummerer en økning av tips/bekymringer om stadig yngre barn (5-13 år) med egenprodusert seksualisert materiale av barn (helt/delvis nakne kropp, kjønnsorgan, rumpe og seksualiserte måter å fremvise barn på (bevegelser, dans)).

Bhuller og Røgeberg (2022) oppsummerer i sin rapport at det har vært en generell nedgang i både antall og andelen unge (15-24 år) med registrert kriminalitet, med unntak av seksuallovbrudd. Denne rapporten ble initiert av Justis- og beredskapsdepartementet, og dreier seg om unge som har begått kriminelle handlinger i perioden 2003-2017. Forskerne finner at sannsynligheten for å bli siktet for kriminelle handlinger i løpet av ungdomstiden, er tre ganger høyere for gutter enn for jenter. Økningen er særlig tydelig i aldersgruppen 15-17 år, men det er samtidig færrest antall faktisk straffeutmåling for denne aldersgruppen (jfr. hensynet til barnets beste, mildere straffereaksjoner som for eksempel betinget påtaleunntatelse, ungdomsoppfølging og ungdomsstraff). Bakgrunnsfaktorer og karakteristika som blant annet oppvekstvilkår,

kontakt med barnevernet, skoleferdigheter, foreldrenes utdanningsnivå, inntekt og foreldre-kriminalitet, varierer systematisk fra de som blir versus de som ikke blir siktet. For de som blir siktet mellom 15-17 år, er det imidlertid en variasjon på faktorene nevnt over.

Medietilsynet har i en årrekke utgitt flere rapporter hvor formålet er å bidra til et oppdatert kunnskapsgrunnlag om unge personers medievaner i Norge. I rapportene «Barn og medier» (*Medietilsynet*, 2016) vises det til at Norge ikke bare er et av de landene som har best tilgang på teknologi i industri og arbeidsliv, men også best tilgang for barn og voksne privat. Det rapporteres at 97 % av norske barn (9-16 år) har tilgang på mobil og at 91 % har tilgang på smarttelefon, TV, PC/MAC, nettbrett, spillkonsoll, DVD eller strømmeboks. *Medietilsynet* (2020c) har videre dokumentert at 49 % av 13-18 åringer har sett porno på nett, 57 % av disse så porno første gang før fylte 13 år (tilfeldig/planlagt eksponering) (n=3400). *Medietilsynet* (2020b) fant at 46 % av ungdommene som hadde blitt spurt om å sende nakenbilde av seg selv (n=2018), hadde 12 % gjort dette siste året og 6 % hadde sendt/delt nakenbilder av andre barn (n=1846).

EU Kids Online-undersøkelsen (Elvestad et al., 2021; Livingstone et al., 2014; Livingstone et al., 2017; Staksrud & Ólafsson, 2019) har undersøkt hvordan man kan forstå norske og andre europeiske barns generelle tilgang, bruk, risiko og muligheter knyttet til internett/sosiale medier (Norge; representativt utvalg barn 9-17 år, datainnsamling 2018, n= 1001). Noen resultater fra denne studien har relevans for gruppen barn som står i fare for eller som har utøvd TA-PSA/SSA. Funn viser at 32 % av de norske ungdommene hadde opplevd å få seksuelle meldinger og at erfaringene økte kraftig med alder. Ungdommene viser blandet erfaring/følelser ved mottak av slike seksuelle meldinger, og de fleste oppgir ikke å ha blitt bedt om slike meldinger/bilder. Det er 10 % i denne undersøkelsen som rapporterer at de har eksponert seksuelle meldinger/bilder om seg selv eller andre. Totalt oppgir 40 % at de har sett seksuelle bilder (i og utenfor internett), 22 % har vært på et pornografisk nettsted. Guttene uttrykker langt mer positive holdninger til seksuelle bilder/porno enn

jentene. I denne undersøkelsen er foreldrene til ungdommen mer bekymret for at egne barn blir utsatt for noe bekymringsfullt på nettet, enn om barna deres utsetter andre. Undersøkelsen sjekker ikke ut om ungdommen har erfart seksuelle overgrep via nettet, eller om de selv har utøvd noe problematisk/skadelig seksuell atferd overfor andre. Livingstone et al. (2014) fant at når ca. 10 000 barn i alderen 9-16 år fra forskjellige land, ble spurt om hva som bekymret dem mest på internett, svarte 22 % av dem pornografi, 19 % digital mobbing og 18 % voldelig digitalt innhold. Ungdom er generelt mer bekymret for egen aktivitet på nettet enn det foreldrene er for dem.

National Center for Missing & Exploited Children [NCMEC] (2021) viser 7807 digitale opplastninger av illegal porno/seksualisert materiale av barn, registrert i Norge for 2021. I Danmark og Finland er det registrert færre, mens Sverige er høyest i Norden med sine 19 635 opplastninger.

2.2.2 Gjentakelse av PSA/SSA

Forskere som har sett på prediksjon av risiko for gjentakelse eller tilbakefall («recidivism») av SSA hos ungdom, viser generelt til store metodologiske utfordringer – blant annet relatert til barns pågående økologiske utvikling og endring av risiko og styrker, og til nedslående resultater fra metaanalyser knyttet til evaluering av prediktive fagverktøy (Barra et al., 2018b; Hanson, 2022; Hanson & Bussière, 1998; Knight & Sims-Knight, 2014).

Større undersøkelser (hovedsakelig av ungdom som er dømt for seksuallovbrudd i USA) viser at det er mindre enn 3-12 % som gjentar SSA i løpet av fem år. Det er større sannsynlighet (21-43 %) for at disse ungdommene gjentar annen ikke-seksuell skadelig atferd (inkludert kriminell og normløs atferd fremfor SSA (ATSA, 2019b; Caldwell, 2010, 2016). Videre, at det er funnet få barn som har utøvd SSA som fortsetter i voksen alder med seksuelle overgrep mot barn (angivelig en til to ungdommer av ti fortsetter) (Spice et al., 2012; van Outsem et al., 2006). Disse studiene inkluderer ikke differensiering av PSA og SSA og er heller ikke oppmerksomme på TA-PSA/SSA.

2.2.3 Karakteristika ved barn som har utøvd PSA/SSA

Internasjonalt er det i dag bred konsensus om at populasjonen barn som har utøvd SSA er kjennetegnet av *heterogenitet og har ofte sammensatte vansker*, både når det gjelder faktorer som påvirker veien frem til debut av SSA og/eller faktorer som påvirker gjentakelse eller opphør av SSA (Allardyce & Yates, 2017; Andrade et al., 2006; ATSA, 2019a; Calder, 2011; Chaffin et al., 2008; Hackett, 2014; Jackson- Hollis & Belton, 2017; NICE, 2016; Ryan, 1999; Seto et al., 2010; Vizard et al., 2007a). Barn som har utøvd SSA, kan videre ha gjort dette av ulike grunner og motivasjon. Det kan for eksempel skyldes mer situasjonsspesifikke faktorer som svak emosjonsregulering (seksuell opphisselse, sjalusi, sinne), feilvurdering av andre barns grenser og/eller av sosiale normer og kontekst. Likevel er det noen mer vedvarende karakteristika som kjennetegner gruppen bedre som helhet og som vi videre skal gjennomgå her.

Alder og kjønn. SSA forekommer oftest hos gutter med gjennomsnittlig debutalder 12-15 år, men kan også identifiseres hos jenter og yngre barn helt ned i barnehagealder (Chaffin et al., 2008; Finkelhor et al., 2009a; NSPCC, 2021b). Ulike studier viser noe variert forekomst blant jenter — oftest representert i 3-9 % av SSA-hendelsene (Finkelhor et al., 2009a; Hackett, Phillips, et al., 2013; Vizard et al., 2007a).

Kjellgren et al. (2011) fant i sin undersøkelse blant videregående skole-elever i Sverige og Norge (n=4363 jenter, gjennomsnitt 18,1 år, basert på data fra 2003-2004) at 0,8 % jenter selvrappporterte SSA («sexual coercion; ever talked someone into, used pressure, or forced somebody to have sex»). Finkelhor et al. (2009a, 2009b) fant at jenter oftere hadde utøvd SSA mot yngre (14,6 %) enn mot mer jevnaldrende barn (5,9 %) (n=2104 gutter/jenter). De fant også at mindreårige utøvere av SSA, oftere enn voksne seksuallovdømte, utsetter yngre barn. Oppsummert viser internasjonale studier at det er gutter som oftest blir oppdaget og identifisert for å ha utøvd SSA. Barn som utsettes for SSA, er som oftest jenter, mens andelen av gutter som er utsatt for SSA varierer litt avhengig av for eksempel hvor mange av de yngste som har utøvd SSA, som er representert i undersøkelsene. Hackett, Phillips, et al. (2013) fant for eksempel i sitt

utvalg av unge personer som har utøvd SSA, at 51 % hadde utsatt kun jenter, 19 % hadde utsatt kun gutter, og 30 % hadde utsatt både jenter og gutter.

Litteraturen viser at en relativ høy andel av barna som er identifisert som utøvere av PSA/SSA, har *kognitive funksjonsnedsettelse eller funksjonsutfordringer* (ATSA, 2015; Blasingame, 2018; Eggen et al., 2014). Hackett, Phillips, et al. (2013) fant 38 % unge personer med store kognitive funksjonsnedsettelser (IQ < 70, «learning disabled») i et UK utvalg (n=700). Vizard et al. (2007a) fant i sitt kliniske UK-utvalg at 37 % var vurdert å ha IQ-fungering under gjennomsnittet (IQ 70-85) og 24 % i «learning disabled» området (IQ < 70),

Den traume-relaterte forskningen har generelt bidratt til bedre forståelse av hvordan utfordrende, negative og alvorlige livshendelser erfart i barneår kan få betydning for helse, fungering og trivsel i senere/voksen alder (f.eks. «Adverse Childhood (Life) Experiences» [ACE] (Felitti et al., 1998)). ACE inkluderer fysisk vold, emosjonell vold, seksuelle overgrep, rusmisbruk i hjemmet, familiemedlem i fengsel, psykisk lidelse i hjemmet, familievold/vitne til vold, foreldre-seperasjon/skilsmisse, fysisk omsorgssvikt og psykisk omsorgssvikt (Beech, Nordstrom, & Raine, 2018). Traumeforskningen har gitt oss verdifull informasjon om hvordan ACE kan påvirke barns hjerne, utvikling og atferd i deres mer nåtidige oppvekst (Barra et al., 2018a; Finkelhor, 2008; Levenson, 2014; Scherf, Behrman, & Dahl, 2012; Teicher, 2002; Teicher et al., 2003; Teicher et al., 2016).

Flertallet av barn som har utøvd SSA direkte har *selv erfart å være vitne til og/eller bli utsatt for vold/overgrep fra andre* (digitalt, fysisk, psykisk/mobbing, seksuelle og/eller alvorlig emosjonell omsorgssvikt) (Barra et al., 2018a; Hackett, Phillips, et al., 2013; Hammarström et al., 2022; Horvath et al., 2013; Kripos, 2021, 2022; Ryan, 1999; Vizard et al., 2007a, Vizard et al., 2007b). Det er foreløpig inkonsistente funn på hvorvidt det er høyere forekomst av ACE i gruppen som har utøvd versus de som ikke har utøvd SSA (Aebi, Landolt et al., 2015, Barra et al, 2018). Sannsynligheten for at jentene eller de yngste utøverne har erfart vold, overgrep eller omsorgssvikt, er større

enn for tenåringsgutter som har utøvd SSA (Chaffin et al., 2008; NICE, 2016). Barra et al. (2018a) fant i sin undersøkelse av ACE-erfaringer blant 322 tenåringsgutter i Sveits som hadde utøvd SSA, at 66,5 % av tenåringsgutter hadde vært direkte utsatt for potensielt traumatiserende vold, overgrep eller omsorgssvikt (N=322) hvorav 9 % hadde multiple voldserfaringer (jfr. "polyvictimization"; Finkelhor et al., 2009c; Gustafsson et al., 2009). Barra et al. (2018a) fant videre i sin undersøkelse at 17,1 % av tenåringsguttene hadde familierelaterte ACE, 21,7 % hadde jevnalder-relaterte og 33,5 % hadde ingen ACE-erfaringer.

Vold og overgrep mot barn som erfares gjennom teknologi og digitale medier, kan óg gi negative konsekvenser for utsatte barns utvikling og trivsel (Barter et al., 2017; Hamilton-Giachritsis et al., 2017; Kripos, 2019; Leonard, 2010). Dette inkluderer (overdreven) porno-bruk, særlig dersom yngre barn blir tilfeldig eller planlagt eksponert for voksen sex (Horvath et al., 2013; Johnston, 2013; Love et al., 2015; Seto & Lalumiere, 2010). I sin engelske studie fant Horvath et al. (2013) at gutter er langt mer positive til å bli eksponert for porno enn jenter. De beskriver hvordan porno er vist å kunne påvirke barns seksuelle holdninger og vaner, blant annet i utvikling av PSA/SSA. Wolak et al., (2018) fant at det å bli truet av noen til å ta eller sende nakenbilder («sextortion»), kan gi alvorlige konsekvenser for barn (særlig de under 17 år) som blir utsatt for dette (n=1385 utsatte barn).

Familiefaktorer og intrafamiliær PSA/SSA. Som for mange barn med alvorlige ikke-seksuelle atferdsvansker (Solholm, 2019), observerer man at barn som har utøvd SSA ofte kommer fra lavere sosioøkonomiske, oppbrutte, utvidete og/eller sammensatte familier, ofte med varierte og sammensatte styrker og sårbarheter (Bhuller & Røgeberg, 2022; Finkelhor, 2008; Hackett et al., 2014; Kolko et al., 2004; Latzman et al., 2011; Netland & Miner, 2012; Worley et al., 2012). Det er mangel på empirisk basert forskning på foreldre/familiefaktorer knyttet til ulike former for PSA/SSA (f.eks. familie-organisering, tilknytning og atmosfære) (Hackett, 2014; Miner et al., 2016;

NICE, 2016; Yoder et al., 2018) samt på omsorgsgiveres reaksjoner og respons knyttet til identifisering av PSA/SSA hos egne barn (Archer et al., 2020; Hackett et al., 2014).

Når det gjelder intrafamiliær PSA/SSA mellom søsken og andre nære yngre slektninger (se f.eks. Adler & Schutz, 1995; Caffaro, 2014; Stathopoulos, 2012; Tucker et al., 2013) er det registrert at rundt 25 % rapporterte seksuelle overgrep mot barn, er utøvd av hovedsakelig gutter/brødre under 18 år (McNeish & Scott, 2018). I dag er overgrep mellom søsken regnet som den mest vanlige formen blant registrerte intrafamiliære seksuelle overgrep i UK og USA (Finkelhor et al., 2009a; Jones & Finkelhor, 2003; Tucker et al., 2018; Yates & Allardyce, 2022).

Omsorgssvikt, dårlig stabilitet eller utrygghet i hjemmet, er langt mindre forsket på enn fysisk og/eller seksuell vold mot barn, men dette er belastende også for barn som står i fare for eller som har utøvd PSA/SSA (Felizzi, 2015; Gilbert et al., 2009; Radford et al., 2013; Vizard et al. 2007b). Forsman et al. (2015) fant i sin undersøkelse blant voksne (18-33 år) i Finland (n=6255), at det var 38,3 % som hadde utøvd seksuell vold som følge av erfart omsorgssvikt i barndommen, sammenlignet med 22,8 % i en kontrollgruppe som ikke hadde erfart omsorgssvikt.

Det er en rekke studier som har satt søkelys på sammenhengen mellom ungdom som har utøvd seksuallovbrudd og ungdom som har utøvd *annen kriminell eller normløs ikke-seksuell atferd* som for eksempel tyveri, ran, ildspåsettelse, vandalisme, rus, fysisk vold, dyremishandling, drap o.l. (Borduin et al., 2021; Hackett, 2007; Henggeler, Letourneau et al., 2009; Ryan, 1999; Seto & Lalumiere, 2010; van Wijk et al., 2005). I Seto og Lalumiere (2010) sin store metastudie (N= 17 248) viste at de som hadde utøvd både generell og seksuell atferdsproblematikk («generalist») og de som kun hadde utøvd seksuell atferdsproblematikk («specialist») samvarierer på mange karakteristika (antisosiale holdninger, svak kognitiv og sosial fungering, tilknytning, psykiske diagnoser). De fant at det mest karakteristiske for ungdom og unge voksne som kun hadde utøvd SSA, var økt forekomst av egenopplevde seksuelle overgrep,

tidlig eksponering for voksen seksualitet observert direkte eller via porno, eller atypiske seksuelle interesser.

Det er få SSA-relaterte studier som spesifikt har sett på barns *sosiale kompetanse og fungering*. De fleste studiene har inkludert sosial fungering som en av flere faktorer når de for eksempel ser på forskjeller mellom ungdom som har seksuelle atferdsproblem versus ikke-seksuelle atferdsproblem. Joyal et al. (2016) fant blant annet at gutter som hadde utøvd SSA mot yngre barn var mer relatert til asosialitet (mangler i sosiale ferdigheter, sosialt isolert) versus de som hadde utøvd SSA mot jevnaldrende hvor antisosialitet (generell normløshet, også i nettverk) var sterkere assosiert. Leroux et al. (2016) fant derimot ingen forskjell i sosial kompetanse (f.eks. vansker i sosialisering og nære venneforhold) på gutter mellom 12-17 år som var juridisk registrert for å ha utøvd SSA mot yngre versus jevnaldrende barn.

De utsatte barna og arena for PSA/SSA. Undersøkelser har vist at i tilstedeværende PSA/SSA saker vil de utsatte barna som regel være kjente, tilgjengelige barn fra nettverk (63,2 %) eller familie (25 %). Ukjente utsatte barn utgjør kun en liten andel totalt sett (2,5 %) (Finkelhor et al., 2009a). Den relasjonelle faktoren mellom utøver-utsatt barn som nær/bekjent, gjelder uavhengig av det utøvende barnets kjønn, alder og/eller det utsatte barnets alder (Finkelhor et al., 2009a; Hackett et al., 2014). De fleste barn som blir utsatt for SSA, er i førpubertetsalder. Mix av kjønn og alder på utsatte barn er heller ikke uvanlig for unge personer som har utøvd SSA (Finkelhor et al., 2009a, 2009b; Hackett, 2014). Finkelhor et al. (2009a) fant at det er en større andel utsatte gutter for utøvere under 12 år (36,6 % gutter) enn over 12 år (19,9 % gutter). For de som har utsatt jenter er andelen motsatt – for utøvere under 12 år; 63,4 % jenter, for utøvere over 12 år; 80,1 % jenter) (n=2104/11 387).

Kemper og Kistner (2010) oppsummerer funn fra sine studier av forskjeller mellom subgrupper slik: Unge som hadde utsatt mye yngre barn for SSA, hadde oftere biologisk relasjon til den/de utsatte, hadde oftere kjønns-mix på utsatte og var oftere selv utsatt for overgrep. Gruppen som hadde utøvd SSA mot jevnaldrende, hadde oftere

bekjente jenter som utsatte, og de hadde oftere mer generell og alvorlig atferdsproblematikk.

PSA/SSA kan bli utøvd på *alle arenaer dag/natt* i barnets nærmiljø (hjemme/fosterhjem, digitalt, barnehage, skole, skolefritidsordning, fritid, institusjon) (Allardyce & Yates, 2013; Bateman & Milner, 2015; Draugedalen, 2021; Firmin, 2018; Kor et al., 2022). Finkelhor et al. (2009a) fant at det mest vanlige *tidspunktet* i døgnet for å ha utøvd SSA for barn var mellom klokken 12-24 (68,2 %), at det hovedsakelig hadde skjedd i hjemmeområdet (68,8 %) eller på skole (11,9 %). Majoriteten av barn har utøvd PSA/SSA *alene*, men kan likevel oftere enn voksne vise seg å ha utøvd SSA sammen med andre unge (Finkelhor et al., 2009a; Hackett, 2014).

Kort oppsummert viser internasjonal SSA-forskning at det er flest gutter i tenårene som har utøvd tilstedeværende SSA, men at det er en økende tendens til at ulike former PSA/SSA oppdages hos yngre barn, inkludert bruk av teknologi, sosiale medier og internett i utøvelse av PSA/SSA. SSA utøves oftest mot jenter i alle aldre, men også i betydelig grad mot yngre gutter eller mot flere kjønn. De fleste utsatte barna er nære eller kjente for utøverene. De fleste SSA utøves i hjem eller nærområde til utøver eller utsatt barn. Det er en stor andel av barna som har utøvd SSA, som også har et stort innslag av kognitive og sosiale funksjonsutfordringer. Flere, men ikke alle, har erfart egne overgrep, vold eller omsorgssvikt, inkludert det å være vitne til vold/overgrep i nære relasjoner. Mange kan ha andre ikke-seksuelle atferdsproblemer og andre sammensatte vansker i tillegg til SSA. Mange har også utfordrende familie- og omsorgssituasjoner før og etter at SSA er identifisert. Vi vet imidlertid lite systematisk om barn som har utøvd ulike former for PSA/SSA i norsk kontekst.

3. Perspektiv på problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn

3.1 Et holistisk og økologisk perspektiv

Det å innta et holistisk perspektiv er kort sagt det å forstå at helheten er mer enn summen av enkeltdelene. Enkeltdelene kan av pragmatiske grunner studeres isolert, men kan aldri forstås eller forklares helt utfra enkeltdelene alene. Et holistisk menneskesyn er således en forståelse av menneskets helhetlige fungering (kroppslig/fysisk, seksuelt, psykisk, sosialt, religiøst/åndelig og kulturelt) i sine naturlige omgivelser. Bronfenbrenners (1979) økologiske modell, videreutviklet gjennom transaksjonsmodellen (Sameroff, 2009, 2010), viser hvordan barn og miljø påvirker hverandre gjensidig over tid. Modellen vokste frem som kritikk av at de individuelle psykologiske, medisinske og/eller sosiologiske teorier hver for seg, manglet en sammenhengende forklaring på hvordan barns utvikling over tid blir gjensidig påvirket av det naturlige miljøet som omgir dem.

For å beskrive hvordan det holistiske perspektivet kan gjenspeiles i forskning og direkte arbeid med unge personer som har utøvd PSA/SSA, vil jeg videre benytte følgende inndeling inspirert av Hall (2011) sin analyse av holisme-begrepet knyttet til dette fagfeltet.

3.1.1 Holisme handler om å se hele barnet

Det å ha en holistisk forståelse av barn som har utøvd PSA/SSA, er å se hele barnet og ikke bare sette søkelyset på og handle isolert utfra den seksuelle atferden alene (NICE, 2016). Det er å forstå at PSA/SSA hos barn kan være noe mer eller annet enn kun seksualitet/seksuell tenning og tilfredsstillelse, men at atferden også kan ha vært motivert av for eksempel manglende kunnskap og forståelse, alvorlige livshendelser og traumer, aggresjon, sjalusi, avvising og hevn (Jensen, 2020a).

Det å se barnet i et holistisk perspektiv vil bety at man prøver å forstå barnets atferd, tanke, følelser, kropp og hjerne i sammenheng med barnets erfaringer, alder, utvikling, kontekst og økologi (Cicchetti & Lynch, 1993). I praksis betyr dette at oppmerksomheten rettes mot å søke balanse mellom det å fremme barnets utvikling og subjektive/objektive livskvalitet (jfr. "well-being"; Carlquist, 2015), styrker og beskyttende faktorer samt det å hindre eller stoppe debut og gjentakelse av PSA/SSA (Beech & Ward, 2004; Griffin & Beech, 2004; Rutter, 2007; Silovsky & Niec, 2002). Et alternativ til et slikt holistisk perspektiv, ville vært å fokusere på triggere, risiko og bekymringsfaktorer for kun å stoppe gjentakelse av PSA/SSA (Marshall & Hollin, 2015). Et holistisk perspektiv vil ellers være forenelig med å forstå hvor naturlig og sammenblandet tilstedeværelsen i den fysiske og den digitale verden er for de yngre generasjonene i dag, dette med implikasjoner både for forskning, forebygging, utredning og behandling av barn som er antatt å ha eller har utøvd PSA/SSA (Belton & Jackson-Hollis, 2016; Kripos, 2019; Medietilsynet, 2020a).

3.1.2 Holisme handler om å inkludere utvidet familie og nettverk

Det holistiske/økologiske perspektivet bidrar til å rette oppmerksomheten på hvor viktig foreldre/omsorgsgivere, søsken, utvidet familie, barnehage/skole, venner, digitalt nettverk og andre viktige nettverkspersoner og arenaer som barnet har direkte aktiviteter, roller og relasjoner i, er (jfr. mikrosystemet). Økende bevissthet om at PSA/SSA finner sted i relasjoner mellom mindreårige søsken/slektninger (intra-familiært) og at stadig flere yngre barn blir identifisert med PSA/SSA, har forsterket nødvendigheten av å inkludere omsorgsgivere/familie som nøkkelpersoner i rehabiliteringsarbeidet. Viktige tema for arbeidet med barnets mikrosystem vil være motivasjon, trygghetsarbeid, innhenting av informasjon og endringsarbeid knyttet til for eksempel familiens egen håndtering av stress, kultur for omsorg, nærhet og intimitet, teknologibruk og oppfølging og sist, men ikke minst, respons og forståelse knyttet til barnets seksuelle atferd/seksualitet (Alexander, 2020; Cohodes et al., 2021; Guilhermino & McCarlie, 2019, 2019/2020; Hackett et al., 2014; Kolko et al., 2004; Niec, 2018; Silovsky et al., 2019; Tucker et al., 2018). Med utgangspunkt i

transaksjonsmodellens vektlegging av gjensidig påvirkning, vil for eksempel foreldrenes egne grenser og atferd for bildedeling av barn på internett/sosiale medier være aktuelt å gjøre eksplisitt. Staksrud og Ólafsson (2019) fant i EU Kids Online – undersøkelsen at 36 % av norske barn og unge opplever at en forelder har delt informasjon om dem på internett uten deres samtykke.

3.1.3 Holisme handler om tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid og forskning

I et holistisk/økologisk perspektiv vil fagpersoner være en del av barnets/familiens mikrosystem. Fagpersonene/faginstansene har både makt og ansvar uavhengig av hvilken profesjon og sektor man er tilknyttet. Fagpersoner/faginstansers holdning, kompetanse, vurdering og respons knyttet til seksualitet/seksuell atferd vil kunne ha signifikant betydning for barnets videre motivasjon, hjelpetilbud, sosiale restriksjoner og/eller straff (Askeland et al., 2017; FitzGerald & Hurst, 2017; Hackett, Carpenter, et al., 2013; Træen & Schaller, 2013; Vorland et al., 2018) og for hvilke tema og nivåer i den økologiske modellen som gis prioritet og oppmerksomhet i PSA/SSA forskning.

3.1.4 Holisme handler om å benytte varierte innfallsvinkler og metoder

Når oppmerksomheten rettes mot barnet, så vil man som en følge av et holistisk/økologisk perspektiv være åpen for å tenke bredt og fleksibelt for best å kunne skreddersy ulike tilnærminger for behandling og oppfølging av hvert enkelt unike barn og dets familie/nettverk («no cure, fits all» ref. i Jensen, 2000). For arbeid med PSA/SSA populasjonen innebærer dette interesse og aksept for utvikling, bruk og evaluering av for eksempel behandlingstilnærminger som ser på atferd, emosjoner, relasjoner, kognitive og verbale metoder, men også bevegelse, sansemotorikk, musikk, kropps- og hjerneprosess-orienterte metoder (Beech, Carter, et al., 2018; Creeden, 2009; Gaskill & Perry, 2012; Guilhermino & McCarlie, 2019/2020; Kolko et al., 2004, van der Kolk, 2014, 2020).

3.2 Utviklingsperspektivet

Det andre perspektivet som legges til grunn i denne avhandlingen, er utviklingsperspektivet. Barn blir født inn i og utvikler seg i sin tid, kultur og kontekst (jfr. kronosystemet i økologisk teori). I dette arbeidet forstås barn som et kompetent subjekt relatert til sin kronologiske alder og utviklingsalder (modning) samtidig som barnet er påvirket og avhengig av sitt økologiske nettverk (jfr. transaksjonsmodellen) (BFD, 2003).

Flere forskere og klinikere har bestridt gyldigheten av kunnskap utviklet på voksne som overføres til barne- og ungdomspopulasjonen på ulike kliniske områder, inkludert forståelse og fagverktøy knyttet til PSA/SSA (Calder, 2011; Jensen, 2000; Kazdin, 1991; Kazdin & Weisz, 1998; Longo, 2003; Miccio-Fonseca & Rasmussen, 2018; Miner, 2002; Print, 2014; Ryan, 1999). Calder et al. (2001) oppsummerte tidlig vesentlige forskjeller mellom ungdom og voksne når det gjelder seksuell tenning og interesse. Ungdom viser større grad av utviklingsmessig fleksibilitet og eksplorering, har oftere utsatte av begge kjønn og deltakelse i mange ulike seksuelle aktiviteter, har oftere kombinasjoner av SSA både innenfor og utenfor familie, har i mindre grad planlagt og sofistisert SSA, er oftere påvirket av situasjonelle faktorer i utøvelse av SSA mer enn av indre tanker og fantasier, er ofte nærmere egenopplevd vold, overgrep eller omsorgssvikt, har mindre seksuelle kunnskaper og familiens rolle er mer betydningsfull. Behandlingsforskning knyttet til SSA, har ellers mer optimistiske funn for ungdom enn for voksne (Aebi et al., 2022; Grønnerød et al., 2015; Långström & Jacobson, 2016).

I vestlige land, regnes pubertetsalder å starte i 10-11 årsalder og avrundes mellom 15-17 år for jenter, mens den for gutter ofte starter i 12-13 årsalder og avrundes mellom 16-18 år (Coleman & Coleman, 2002; Efrati & Dannon, 2018). Pubertetstiden er generelt preget av endring i hormoner (testosteron, østrogen, dopamin, oxycotin), kroppslig utvikling og endring, forhøyet sensitivitet for aksept, avvising og sosial status/belønning, påvirkning fra venner og selvstendigjøring fra voksne (Dahl et

al., 2018; Scherf et al., 2012; Suleiman et al., 2017). Den biologiske utviklingen (modningen) er funnet å være på høygir i alderen 10-17 år, dette samtidig som unge personer vanligvis søker å finne sin personlige, moralske, sosiale og seksuelle rolle og identitet.

Når ungdomstiden og puberteten starter, er de fleste forskere enige om. Men når en ungdom er voksen, ikke bare rettslig og juridisk sett, er det ikke full så stor enighet om. Dette viser seg for eksempel i ulike myndighetsaldrer over land og stater, historisk gjennom økt utdanningstid før unge er i jobb og gjennom resultater fra forskning på hjernens utvikling og prosessering o.l. (Cohen et al., 2016; CRIN, 2023). Ungdomstiden har sine utviklingsmessige begrensninger knyttet til både risikotaking, emosjons- og atferdsregulering, konsekvens tenkning og det å ta andres perspektiv. Ungdomstiden gir generelt økt risiko og sårbarhet for ulykker, selvmord, rus, skadelig og kriminell atferd, seksuelt overførbare sykdommer, uønsket svangerskap og disse faktorene kan videre gi konsekvenser for helse og livstilfredshet i voksen alder (Beech, Nordstrom, & Raine, 2018; Creeden, 2013; Dahl et al., 2018; Frøyland et al., 2021). Forskning relatert til generell forekomst av utagerende atferd og kriminell atferd hos barn viser at atferden (inkludert SSA) øker i tidlig til midten av ungdomstiden, for deretter å avta mot slutten av ungdomstiden (Finkelhor et al., 2009a; Meeus, 2016; Moffitt, 1993).

Dahl et al. (2018) beskriver hvor viktig det er å ha et utviklingsperspektiv, ikke minst relatert til den digitale revolusjonen som har stor innvirkning på barnepopulasjonen. Den digitale plattformen gir mange nye muligheter, men også sårbarheter for barns utvikling og fungering. Forskning viser hvordan barn kan utnyttes økonomisk, seksuelt og skades, men også hvordan barn selv kan skade andre ved å utøve ulike former for PSA/SSA via digitale enheter og arenaer (Hamilton-Giachritsis et al., 2017; Kripos, 2019, 2022). Foreløpig har vi svært begrenset forskning på hvordan barn (0-17 år) og deres seksualvaner påvirkes av f.eks. tilfeldig eller planlagt eksponering av porno/seksualisert materiale i utviklingsforløpet. Utfra klinisk erfaring vet vi imidlertid

at dette er en problemstilling som ofte må tematiseres og håndteres i arbeid med de barna som har utøvd alvorlig fysisk tilstedeværende og/eller teknologi-assistert SSA (ATSA, 2020; Donevan et al., 2022; Elliott & Beech, 2009; Johnston, 2013; McKibbin et al., 2017; Pizzol et al., 2016; Pratt & Fernandes, 2015; Seto et al., 2015).

Det å innta både et holistisk/økologisk og utviklingsperspektiv på barnepopulasjonen som har utøvd PSA/SSA, innebærer at forskeren/fagpersonen ikke bare er opptatt av debut og eventuell gjentakelse av den bekymringsfulle seksuelle atferden i løpet av ungdomstiden eller videre i voksen alder (Hackett et al., 2022; Krause et al., 2022; McKillop et al., 2015), men i tillegg har oppmerksomhet rettet mot barns utvikling, atferd og kontekst i tidlige barneår og frem til ungdomstiden (Chaffin et al., 2008; DeLamater & Friedrich, 2002; NICE, 2016; Sandnabba et al., 2003; Shawler et al., 2020; Silovsky & Niec, 2002; Silovsky et al., 2019; St Amand et al., 2008; TRUE, 2015). Utviklingsperspektivet er grunnlaget for å forstå bakgrunnen for ulike typer PSA/SSA i senere alder. Utviklingsperspektivet gjør det også mulig å forebygge debut og gjentakelse av PSA/SSA i tidligere alder. Chaffin et al. (2002) beskriver hvordan PSA/SSA hos yngre barn, ofte er preget av nysgjerrighet og utforskning av kropp/ genitalier enn at de er koblet på seksuell interesse og tilfredsstillelse slik det er oftere er hos ungdom/voksne. Barn i samme eller ulik alder kan altså ha ulik motivasjon for samme observerbare seksuelle atferd, men en og samme atferd kan også vurderes ulikt på alvorlighet avhengig av når i utviklingsforløpet atferden oppstår (som f.eks. pornobruk, kjæresteforhold, hyppig onanering, søke romantiske eller intime forhold, ta, sende eller be om nakenbilder osv.).

3.3 Et empirisk kunnskapsperspektiv knyttet til PSA/SSA

Et tredje perspektiv i denne avhandlingen er å bidra til å øke det norske empiriske kunnskapsgrunnlaget og derav forståelsen for barn som har utøvd PSA/SSA i Norge– her innenfor rammen av et holistisk, økologisk og utviklingsmessig perspektiv. Internasjonale forskere har vist til at det finnes mye internasjonal faglitteratur på

fagområdet, men fortsatt relativt lite empirisk forskning på PSA og SSA (Finkelhor et al., 2009a; Hackett, 2014; NICE, 2016).

Norsk psykologforening sluttet seg til prinsipperklæringen for evidensbasert praksis i psykologi i 2007 (American Psychological Association [APA], 2006; Levant, 2006). Denne er ved siden av faglig-etiske retningslinjer og relevant lovverk, blant de de viktige reguleringsprinsippene for psykologer i Norge (Norsk Psykolog Forening [NPF], 1998, 2007). Evidensbasert psykologisk praksis (EBBP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens/klientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål. APA (2006) understreker ellers at multiple kilder og metoder for datainnhenting, er nødvendig for vitenskapelig dokumentasjon. NPF (2007) skriver at formålet med EBBP er å fremme effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper for psykologisk utredning, kasusformulering, pasient/klient-relasjon og intervensjon. (se f.eks. Høstmælingen, 2010).

Et empirisk kunnskapsperspektiv knyttet til PSA/SSA blant barn, vil innebære at psykologer gjennomfører systematiske og konkrete undersøkelser eller evalueringer for å få ny kunnskap og/eller for å etterprøve eksisterende kunnskap og praksis (Coghlan & Casey, 2001; Jensen, 2000). Empirisk forskning på PSA/SSA området bør se på ulike økologiske nivåer, på barn i ulike aldre (jfr. utviklingsperspektivet) og metodene anvendt bør være en god balanse av kvantitative, kvalitative eller mix-metode tilnærminger (jfr. holistisk/økologisk perspektiv).

4. Utredning av problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn

Når noen blir urolig eller bekymret for et barn som angivelig har utøvd en eller annen form for bekymringsfull seksuell atferd, eventuelt at barnet selv har uttrykt uro eller bekymring for egen seksualitet/seksuelle atferd, er det tidligere beskrevet hvorfor og hvordan definisjonskontinuumet (Hackett, 2014) og trafikklys-verktøyet (FPQ, 2011; SECASA, 2007/2017, TRUE, 2015) anbefales brukt av fagpersoner/faginstanser i innledende kartlegging og differensiering av alvorlighet (atferd/kontekst). Den innledende kartleggingen og vurderingen kan gi fagpersoner grunnlag for å anbefale og tilrettelegge for barnet og familiens akutte og umiddelbare behov for hjelp. Lokale hjelpetiltak som ofte kan være aktuelle er informasjon, veiledning og trygghetstiltak overfor barnet og familien, gjerne understøttet av PSA/SSA- kompetente konsultasjonsdrøftinger. Dersom innledende kartlegging indikerer mer alvorlig, komplisert og sammensatt problematikk, vil det ofte være nødvendig å henvise videre til mer SSA-kompetent fagmiljø for henholdsvis mer bred basis og utdypende utredning og behandling (helsesporet), vurdering og oppfølging knyttet til barnets atferd og omsorgssituasjon (omsorgssporet) og/eller til forebyggende bekymringsamtaler eller etterforskning knyttet til mulige seksuallovbrudd (det politifaglige/juridiske-sporet).

4.1 Forventninger/krav til fagverktøy

Når det gjelder utvikling, beskrivelse, evaluering og bruk av tester, kartleggingsverktøy, skalaer, spørreskjema, projektive teknikker o.l., er psykologer anbefalt (men foreløpig ikke forpliktet) til å følge den europeiske psykolog-assosiasjonen (EFPA) sine retningslinjer (Evers, Muñoz, et al., 2013; Evers, Hagemeister, et al., 2013, Neumer et al., 2021; PsykTestBarn, 2019; Paap et al., 2018; Strand, 2018). Retningslinjene beskriver ulike sider ved et fagverktøy som fagpersoner bør være bevisst når det gjelder styrker og svakheter relatert til for eksempel verktøyets

formål, populasjon, brukere, prosedyre, ressursbruk, reliabilitet, validitet, normer og endringssensitivitet. I denne avhandlingen legges disse retningslinjene til grunn for vurdering av PSA/SSA-spesifikke utredningsverktøy (jfr. empirisk basert kunnskapsperspektiv). Holt et al. (2016) i Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS] sin landsdekkende kartleggings-undersøkelse av behandlingstilbudet til barn som var utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep, fant at 71 faginstanser rapporterte at de behandlet barn med PSA og SSA problematikk (1-10 saker per år). Faginstansene etterlyste mer kompetanse og kunnskap. Få hadde den gang rutiner og fagverktøy for å kartlegge seksuell vold og atferd.

Fagverktøy må også kunne avhjelpe fagpersoner som kan møte mange forskjellige typer barn/familier i kriser, der man for eksempel antar eller har identifisert at barnet har utøvd ulike typer bekymringsfull seksuell atferd. Fagpersoner vil særlig i komplekse og alvorlige saker kunne ha behov for strukturerte, veiledende fagverktøy for å kunne gi mest mulig adekvate vurderinger, samt for å redusere fagpersonens bias i sine faglige vurderinger og anbefalinger (Andershed & Andershed, 2016; ATSA, 2019a; FitzGerald & Hurst, 2017; Grubin, 1999; Munro, 2020; Svae et al., 2023; Ægisdóttir et al., 2006).

4.2 Kort historikk knyttet til utvikling av utredningsverktøy for PSA/SSA og barn

I tråd med utvikling av PSA/SSA fagfeltet generelt, ble også de første SSA spesifikke utredningsverktøyene for barn, basert på forståelse, modeller og instrumenter, hentet fra voksen verden (Henniker et al., 2002; Miccio-Fonseca & Rasmussen, 2018; Myers, 2008; Print, 2014). De tidlige verktøyene fokuserte på den seksuelle atferden og hvordan predikere og/eller stoppe videre uønsket seksuell atferd (jfr. prediksjon av fare for gjentakelse eller knyttet til behandlingsmetodikk som responsprevensjon (RP)). Print and Ward (2013) beskriver for eksempel hvordan RP-programmenes tilnærming, både for voksne og barn på slutten av 90-tallet og begynnelsen av 2000-tallet, var

preget av konfronterende stil, ytre kontroll med klart fokus på bekymring, mangler og avvik.

«*Risk-Needs-Responsitivity*» (RNR) modellen for rehabilitering av voksne utøvere vokste frem som en viktig videreutvikling og til dels motvekt mot den tidligere RP-modellen (Andrews et al., 2011; Bonta & Andrews, 2003). Prinsippene som er lagt til grunn i RNR-modellen er kort oppsummert: («*R - risk*») at utøvere med høyest risiko for gjentakelse er de som vil ha størst utbytte av intensiv behandling («*risk*»); idag brukt som risiko for gjentakelse av både seksuell og ikke-seksuell kriminell/normløs atferd), («*N - need*») at rehabilitering skal rette oppmerksomheten primært på dynamiske faktorer som har empirisk dokumentert støtte for sammenheng med redusert gjentakelsesfare («*needs*», «*criminogenic factors*»), og («*R - responsitivity*») at behandling/oppfølging skal være evidensbasert og skreddersys utøverens læringsstil, motivasjon og andre forhold ved personen/nettverket som ellers vil kunne hemme effektiviteten i arbeidet med de dynamiske faktorene (Bourgon & Bonta, 2014; Craig & Rettenberger, 2016; Knight & Sims-Knight, 2014; Ogloff & Davis, 2004).

Parallelt og delvis som kritikk av «*needs*» og «*responsitivity*» prinsippene i den klassiske RNR-modellen, vokste også «*Good Lives Model*» (GLM) frem for rehabilitering av voksne utøvere (Fortune et al., 2012; Høiland, 2018; Prescott & Willis, 2022; Ward & Gannon, 2006; Ward & Stewart, 2003; Ward & Willis, 2016; Ward et al., 2012; Wilson & Yates, 2009). GLM-modellen er kort fortalt en holistisk styrke-basert tilnærming som i tillegg til se på «*criminogenic needs*» (jfr. RNR, redusere/hindre gjentakelse), inkluderer andre dynamiske variabler som kan fremme livskvalitet og helse mer generelt (Ward & Stewart, 2003). For barn og ungdom er det særlig G-MAP miljøet i Storbritannia som har tilpasset og rendyrket GLM for arbeid med ungdom (Print & Ward, 2013).

I takt med at PSA/SSA-fagfeltet har utviklet seg fra nittitallet (jfr. utvikling av forståelse og begreper, empirisk evaluering av prediksjonsinstrumenter) utvikles fagverktøy i dag hovedsakelig med det formål å skulle hjelpe fagpersoner i å

gjennomføre best mulige kunnskapsforankrede beslutningsprosesser som skal informere trygghetsarbeidet, behandling og/eller annen oppfølging av barnet og familien. Historisk ser vi med andre ord et skifte fra fokus på prediksjon og gjentakelse av SSA, til et mer informativt formål med kartleggingen. (Andershed & Andershed, 2016; ATSA, 2017, 2019b; Craig & Rettenberger, 2016; Douglas & Otto, 2021; Hempel et al., 2011; Latzman et al., 2011; Laws, 2016; Lee Rasmussen & Fagundes, 2022, NICE, 2016). I dag utvikles de fleste utredningsverktøyene for å fange opp mangfoldigheten i gruppen av barn med PSA/SSA og derav inkludert bredde i mulige videre hjelpebehov. Det primære med å bruke fagverktøyet blir å kartlegge bredt for å fange opp helhetlig informasjon som videre kan gi effektiv hjelp og utviklingsstøtte til det unike barnet, familien og nettverket. Dette er viktig for å redusere sjansen for videre PSA/SSA, samt fremme styrker, prososial og prosekusuell utvikling samt generell utviklingsstøtte og livskvalitet for barnet (Allotey & Swann, 2019; Leonard & Hackett, 2019; Miccio-Fonseca, 2013; Prentky et al., 2020; Print et al., 2012)

NICE (2016) viser til at prediktive utredningsverktøy som tidligere har vært utviklet innenfor barnefeltet, primært er utviklet og utprøvd overfor små kliniske populasjoner av tenåringsgutter som har utøvd alvorlig SSA mot andre og som gjerne oppholder seg i fengsel eller i andre institusjoner. Utvikling og evaluering av utredningsverktøy for barn med mer differensiert seksuell atferd (inkludert PSA, TA-PSA/SSA), for yngre barn, for jenter, for etniske eller religiøse subgrupper, for hjemmeboende barn som utredes poliklinisk/ambulant, er fortsatt mangelfull. Til tross for relativt grundig evaluering av SSA-relaterte prediksjonsverktøy (Shaffer, Viljoen, & Douglas, 2022; Viljoen et al., 2018; Viljoen et al., 2012), er det fortsatt lite empiri knyttet til evaluering av kartleggings- eller utrednings-verktøy med informative formål (Douglas & Otto, 2021; Hanson, 2022).

4.3 Assessment Intervention Moving-On (AIM)

AIM-prosjektet, som er organisert som en ideell stiftelse, ble opprinnelig utviklet og etablert gjennom et tverrfaglig samarbeid i fylket Greater Manchester i Storbritannia på begynnelsen av 2000-tallet (Henniker et al., 2002). AIM-prosjektet har siden oppstart hatt tilknyttet en rekke fagpersoner/fagmiljøer fra både praksisfeltet og akademia i UK («AIM associates»), som har bidratt i utvikling, evaluering, oppdatering og formidling av en rekke ulike AIM-fagverktøy/fagveiledere til bruk overfor barn som er antatt eller identifisert å ha utøvd PSA/SSA. AIM var opprinnelig et akronym for «Assessment, Intervention, Monitoring», men parallelt med kunnskapsutvikling og endring i forståelse, ble akronymet endret rundt 2004/2005 til dagens: «Assessment, Intervention and Moving-On».

AIM-prosjektet har tilstrebet et kunnskapsinformert ståsted og fagverktøyene har som formål gjennom sin struktur å veilede fagpersoner i ulike settinger i deres differensierte vurderinger og praktiske beslutninger knyttet til utrednings- eller behandlingsarbeid med barn som er antatt å ha eller har utøvd PSA/SSA (Griffin & Beech, 2004; Griffin et al., 2008; Henniker et al., 2002; Print et al., 2012; Swann, 2009). Print (2014) beskriver at de to første versjonene av utredningsverktøyet for ungdom, vokste frem som faglig reaksjon på samtidens omfattende bruk av verktøy overfor mindreårige som opprinnelig var basert og tilpasset fra voksen populasjonen (jfr. utviklingsperspektivet), og ellers som en faglig reaksjon på at man ønsket å ta hensyn til viktige kulturelle forskjeller mellom britiske og nordamerikanske barn. AIMs utredningsmodell bygger på holistisk og økologisk teori og tar høyde for at karakteristika ved SSA populasjonen og veier frem til debut av SSA er heterogen. Historisk sett, var AIM-prosjektet tidlig ute med å se betydningen av og integrere styrker og beskyttende faktorer både i utredning og behandling (Griffin & Beech, 2004; Griffin et al., 2008; Print et al., 2012), samt det å gi fagpersoner praktisk hjelp til å se, forstå og kartlegge ulike former for teknologi-assistert seksuell atferd hos barn (Allotey & Swann, 2019; Swann, 2009, 2017). Fra og med AIM2-versjonen, har ellers

definisjonskontinuumet for seksuell atferd vært integrert som en del av rammemodellen for veilederne (Hackett, 2010; Print et al., 2012).

4.3.1 AIM3 Utredningsmodellen

Den tredje versjonen av utredningsverktøyet (AIM3; Leonard & Hackett, 2019) ble utarbeidet basert på AIM prosjektets tidligere veiledere, evaluering av nyere kunnskapsutvikling, samt praktiske erfaringer og fortløpende tilbakemeldinger fra fagpersoner i UK som hadde erfaringer med AIM2. Det foreligger imidlertid ingen tilgjengelige rapporter eller publiserte fagartikler om utvikling eller evaluering av AIM3 verktøyet. I AIM3 utgaven har man i tillegg til AIMs grunnleggende rammemodell integrert nyere kunnskap om selvregulering, traumer og andre alvorlige livshendelsers betydning (ACE), samt fremhevet den digitale og teknologiske utviklingens påvirkning på barns seksualitet/seksuelle atferd. I AIM3 er sammenhengen til veilederne «AIM/NSPCCs TA-HSB» (Allotey & Swann, 2019) og «AIM Intervention» (Guilhermino & McCarlie, 2019) videreutviklet og tettere sammenkoblet.

AIM3 Utredningsmodellen er primært utviklet for tenåringsgutter med kognitiv fungering innenfor normalområdet, men kan tilpasset brukes overfor ungdom med for eksempel kognitive funksjonsnedsettelse, med etnisk minoritetsbakgrunn eller jenter. Utredningsverktøyet skal gi fagpersoner hjelp i en bredspektret kartlegging og vurdering av selve den seksuelle atferden, samt hvilke seksuelle og ikke-seksuelle behov ungdommen og familien har. AIM3 har fem hovedområder: 1. Seksuell atferd, 2. Ikke-seksuell atferd, 3. Utvikling, 4. Omgivelser/familie, 5. Selvregulering. Hvert AIM3 hovedområde inneholder 5-fem faktorer som fagpersonen, basert på informasjon fra flere informanter/kilder, skal skåre oppsummert grad av klinisk bekymring på. Det er utarbeidet hjelpeledd for å skåre hver faktor. I følge AIM3, summerer man så de fem faktorskårene på hver av de fem områdene til hovedområdenes sumskårer som overføres i en visualisert fargeprofil (grønt, oransje og rødt bånd). Denne profilen skal indikere hvilke områder som bør være gjenstand for videre tilsyn, trygghetsarbeid,

behandling og/eller annen oppfølging på akutt, kort eller litt lengre sikt. AIM3 forfatterne uttrykker videre at verktøyet skal kunne benyttes for å evaluere progresjon i behandling/oppfølging som anbefales hver sjette uke.

4.3.2 AIM i Norge

I Norge var det spesialteamet V27 ved BUP/ DPS/ Betanien sykehus i Bergen, som startet dialog og samarbeid med AIM prosjektet i UK (2015). Det ble videre drøftet og faglig konsensus i Nasjonal (tverrsektoriell) kompetansegruppe om seksuell atferd/SSA (koordinert av Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging [RVTS]- Midt) om å satse på AIM-verktøyene og tilknyttede kurs om utredning, behandling og trygghetsplaner, som basis for et landsdekkende kompetanseløft og dugnad for tverrfaglige/tverrsektorielle fagpersoner/faginstanser i Norge. Da AIM-prosjektet kom med flere oppdaterte versjoner av sine praksisveiledere i 2019, ble det gjennomført en ny runde med nødvendige drøftinger i nasjonal (tverrsektoriell) kompetansegruppe knyttet til spørsmålet om ytterligere videre satsing på nye AIM-oversettelser og kursing i Norge. Prosessen endte opp med utvidet non-profit lisensavtale (2019) mellom AIM-prosjektet, Betanien sykehus/V27 og RVTS-Midt (sistnevnte som koordinator av nasjonal kompetansegruppe for RVTS-ene på dette fagområdet). Denne satsingen ble videre understøttet og fulgt opp gjennom de fem helseregionenes satsting på AIM-verktøyene som basisverktøy i forbindelse med gjennomføring av «Nasjonalt klinisk SSA nettverk/kompetanseprosjekt i BUP/PHBU». Følgende verktøy er per dags dato ferdig oversatt til norsk (Allotey & Swann, 2019/2022; Carson, 2019/2022; Guilhermino & McCarlie, 2019/2020; Leonard & Hackett, 2019/2020).

I den opprinnelige prosjektplanen for ph.d.-arbeidet, var det tenkt å evaluere den norske versjonen av AIM2 Utredningsmodellen, men da ny versjon kom i 2019 (AIM3; norsk oversettelse i 2020), ble der mer naturlig å evaluere den nye versjonen (jfr. artikkel III)).

5. Målsetting for ph.d.- prosjektet

Målsettingen for dette arbeidet har overordnet vært å bidra til å gi oss mer kunnskap om barn i Norge som har utøvd PSA/SSA, primært mot andre barn. Videre har prosjektet hatt som mål å bidra til økt kunnskap om veilederen AIM3 Utredningsmodellen, utviklet for fagfolk i den hensikt å hjelpe dem i deres møte med denne gruppen barn. Nærmere bestemt ved å undersøke samsvar mellom fagpersoners vurderinger av kliniske saker ved bruk av denne utredningsmodellen, samt deres vurderinger av dens nytteverdi. Til sist har det vært et bevisst valg å skrive avhandlingen på norsk, for å bruke og utvikle norske begreper på fagområdet.

Formålet med artikkel I er å beskrive et klinisk utvalg av norske barn som antas eller er identifisert å ha utøvd PSA/SSA mot andre. Karakteristika hos barna som kjønn, alder, etnisitet, bosted, kognitiv og sosial fungering, debutalder for PSA/SSA, nye overgrep i behandlingsperioden, andre atferdsvansker, erfaring med egne overgrep/traumer samt familiens fungering, vil utforskes. Studien utforsker også karakteristika ved utvalgets PSA/SSA hendelser som type, antall, arena og gjentakelse, og videre karakteristika ved den/de utsatte barn(a) som kjønn, alder og relasjon. Resultatene fra det norske utvalget sees i lys av eksisterende og relevant nasjonal/internasjonalt faglitteratur.

Formålet med artikkel II er å utforske og beskrive eventuelle forskjeller på karakteristika mellom to subgrupper utfra det samme norske kliniske utvalget som i artikkel I. Subgruppene som er valgt er de som har utsatt yngre barn (HSB-Children) og de som har utsatt mer jevnaldrende barn (HSB-Peers). Basert på relevant internasjonal forskning, ønsker vi å utforske følgende hypoteser om den norske subgruppen HSB-C har erfart mer seksuelle overgrep/traumer, er oftere nære i relasjon til sine utsatte barn, eller om de oftere har blanding av gutter/jenter som utsatte sammenlignet med den andre subgruppen HSB-P. For HSB-P subgruppen ønsker vi tilsvarende å utforske om de har mer antisosiale tendenser, har flere bekjente eller fremmede barn som utsatte, eller har oftere jenter som utsatte enn subgruppen HSB-C.

I tillegg ønsker vi å utforske eventuelle forskjeller mellom subgruppene på noen andre karakteristika som er mer teoretisk utledet fra faglitteraturen. Det meste av forskningen på subgrupper er utført i Nord-Amerika.

Formålet med artikkel III er å utforske norske fagpersoners skåringer og deres erfaringer med bruk av den norske versjonen av AIM3 Utredningsmodellen. Forskningsspørsmålene er å undersøke inter-rater-reliabiliteten (IRR) av AIM3 skåringer på tre kasusvignetter, gjennomført av et utvalg av tverrfaglige fagpersoner. Vi ønsker videre å utforske utvalget sine erfaringer knyttet til AIM3 kurset og verktøyet. Det foreligger ingen tidligere internasjonal/nasjonal publisert forskning knyttet til AIM3-verktøyet.

6. Metode

Avhandlingen består av to uavhengige empiriske datainnsamlinger hvorav de to første artiklene baseres på en kvalitetssikringsstudie ved Betanien sykehus som innhentet informasjon ved retrospektiv gjennomgang av avsluttede pasientjournaler. Den tredje artikkelen baserer seg på den andre empiriske datainnsamlingen hvor informasjon ble innhentet fra tverrfaglige fagpersoner som har deltatt på åpne AIM3-kurs i Norge. Førsteforfatter har vært prosjektleder for begge datainnsamlingene.

6.1 Artikkel I:

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

6.1.1 Metode og design (artikkel I)

Alle data anvendt i artikkel I ble innhentet retrospektivt i 2014 fra gjennomgang av avsluttede saker/pasientjournaler over en tiårsperiode fra et PSA/SSA-spesialteam i BUP/PHBU. Data ble kodet utfra kodebok som var utarbeidet og godkjent som del av en større kvalitetssikringsstudie. Både i utarbeidelse av kodebok og i gjennomgang av pasientjournaler, ble det tilstrebet å kode variabler som var mest mulig målbare og kvantitative (for eksempel data fra henvisning, demografiske data, normerte tester og kartleggingsverktøy og fra rapporter, epikrise og oppsummerende notat). Prosjektleder/førsteforfatter sto for datainnsamling, koding og plotting. Målsettingen med denne studien var å beskrive et klinisk utvalg av norske barn som antas eller er identifisert for å ha utøvd PSA/SSA mot andre.

6.1.2 Utvalg (artikkel I)

Ti saker av totalt 66 registrerte avsluttede saker/pasientjournaler, ble ekskludert. Jentesaker (jfr. ivaretagelse av personvern) sammen med saker som ikke hadde kommet i gang eller som hadde kortvarig behandlingskontakt, ble ekskludert. Utvalgets størrelse er N= 56 saker.

6.1.3 Prosedyre (artikkel I)

Dataene ble innhentet ved gjennomgang av dokumenter i papir- og elektronisk basert pasientjournal (system: BUP-data journal). Saker som ble inkludert var saker som hadde vært henvist og avsluttet i spesialteamet i spesialisthelsetjenesten f.o.m. 1.1. 2004 t.o.m. 31.12. 2013.

Det ble utarbeidet en kodebok til kvalitetssikringsstudien (totalt 66 faglige og administrative variabler). Utvikling av kodebok og derav utvalget av tjue PSA/SSA-relaterte variable brukt i artikkel I, ble basert på innspill fra tilgjengelig internasjonal faglitteratur, V27s kompetanse/nettverk, pilotutprøving og grad av reell dokumentasjon som kunne hentes ut fra journalene.

Datainnsamlingen, som opprinnelig ble planlagt og gjennomført som en kvalitetssikringsstudie, ble vurdert og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata ([NSD], registreringsnummer 20422).

6.1.4 Målinger (artikkel I)

Variabler som ble undersøkt i det kliniske utvalget var kjønn, alder, omsorgssituasjon, etnisitet, kognitiv og sosial fungering, ikke-seksuelle atferdsvansker, traumeerfaringer og familiefungering. I tillegg ble karakteristika ved den bekymringsfulle seksuelle atferden som var utført kartlagt (type, antall, setting, debut, gjentakelse) samt forhold ved de utsatte barna (kjønn, alder, antall, relasjon og aldersforskjell). Vi brukte eksempelvis følgende operasjonaliseringer:

Seksuell atferd ble kodet og operasjonalisert i tråd med den tids rådende begrepsbruk (jfr. norsk straffelov): Seksuelle handlinger (kyssing, berøring av kjønnsorganer). Seksuell omgang (samleie, samleielignende, kontakt munn og kjønnsorgan, tvunget masturbering). Annet/seksuell atferd (blotting, masturbasjon i andres påsyn, fremvisning av porno, «overgrep» via digitale/sosiale medier (udifferensiert bekymringsfull atferd). Definisjonskontinuumet (Hackett, 2010; Print et al.,

2012/2017) ble presentert på norsk i denne artikkelen, men var ikke kjent ved utarbeidelse av kodebok.

Kognitive evner: Psykometrisk mål og kodet etter ICD-10, akse 3, inkludert ferdighetsmål i dagliglivet og/eller ICD-10, akse 2 (generelle/spesifikke lærevansker, IQ 70-85). Normale kognitive evner; IQ 85 eller høyere.

Foreldre/familiekvaliteter: Vurderingen ble kodet adoptert fra Hall (2011) sin teoretiske inndeling av hvordan foreldre/omsorgsgivere kan fungere og påvirke effekt av SSA-spesifikk behandling til barnet. (Foresatte fungerer som hovedhjelpere, foresatte har vansker med å erkjenne/støtte barnets behandling, foresatte har behov for omfattende hjelp (utover det SSA-spesifikke)).

Sosial fungering: God fungering; har nære prososiale venner, deltar på sosiale fritidsaktiviteter, ingen alvorlig bekymring registrert. Bekymringsfull fungering; har gjerne venner, men gjerne overflatiske, bekymringsfulle og antisosiale bekjenskaper. Vanskelig for de voksne å få oversikt over de sosiale kontaktene og aktivitetene. Isolert fungering; få eller ingen venner på skole/fritid. oppholder seg mest alene eller med yngre barn.

Eget traume: Seksuelle overgrep (enkelstående/gjentatte), generell alvorlig omsorgssvikt (kommunalt barnevern koblet på), fysisk vold, psykisk vold/mobbing, kombinasjon av flere «traumer»).

Alder: *Alder ved første kontakt* refererer til barnets alder ved første møte i spesialisthelsetjenesten. *Debutalder* refererer til barnets alder når antatt og eller oppdaget første SSA fant sted. Første SSA kan for enkelte være det samme som ble oppdaget og som initierte henvisning til spesialisthelsetjenesten. Men for andre kan det ha vært tidligere SSA som også har vært utøvd før henvisning, men som først ble identifisert gjennom utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten.

6.1.5 Statistiske analyser (artikkel I)

IBM «Statistical Package for the Social Sciences (SPSS; versjon 21, 2015) er benyttet for kalkulering av deskriptive analyser og frekvenstabeller.

6.2 Artikkel II:

Jensen, M., Smid, S., Bøe, T. (2020): Characteristics of adolescent boys who have displayed harmful sexual behaviour (HSB) against children of younger or equal age, *BMC Psychology* (2020) 8:121. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00490-6>

6.2.1 Metode og design (artikkel II)

Metode og design følger hovedsakelig det samme som for artikkel I (jfr. punkt 6.1.1). I dette arbeidet undersøker vi forskjeller i karakteristika mellom to subgrupper; HSB-Children versus HSB-Peers. Det har vært beskrevet og utforsket ulike subgrupper i SSA-litteraturen, basert på ulike nøkkelkarakteristika knyttet til utøver av SSA, den seksuelle atferden og/eller til utsatt barn (Finkelhor et al., 2009a; Keelan & Fremouw, 2013; Skubic Kemper & Kistner, 2007). Utfra gjennomgang av fagartikler relatert til ulike subgrupper, valgte vi å dele det kliniske utvalget i grupper basert på karakteristika: alder og aldersforskjell mellom utøver og utsatt (Aebi et al., 2012; Fanniff & Kolko, 2012; Glowacz & Born, 2013; Gunby & Woodhams, 2010; Kemper & Kistner, 2010; Leroux et al., 2016; Miner et al., 2016; Zeng, Chu et al., 2015).

6.2.2 Utvalg (artikkel II)

Utvalget her baserer seg på det samme kliniske utvalget som for studie I, men utvalget (N=54) ble her delt inn i to grupper for videre sammenligninger: 1. Subgruppen HSB-Peers (n=24) som har utsatt “jevnaldrende barn”; definert som utsatte barn mindre enn 4 år eldre/ynge enn den som hadde utøvd SSA, og 2. Subgruppen HSB-Children (n=30) som hadde utøvd SSA mot “ynge barn”; definert som utsatte barn under 12 år og mer enn 4 år yngre enn utøver. To saker (n=2) som hadde en blandet og kryssende aldersgruppe på utsatte (jfr. «mixed-age-targeting group») ble ekskludert.

6.2.3 Prosedyre (artikkel II)

Baserer seg på det samme som for artikkel I (punkt 6.1.3).

6.2.4 Målinger (artikkel II)

Basert på det som ble vurdert som de mest konsistente funnene i den internasjonale faglitteraturen for de to subgruppene (HSB-C, HSB-P), ble subgruppenes potensielle forskjeller utforsket på variabler som egenerfarte traumer (spesielt seksuelle overgrep), relasjon til utsatt, kjønn på utsatt, annen (ikke-seksuell) normbrytende eller kriminell atferd. Basert på mer teoretiske eller inkonsekvente funn i faglitteraturen, ønsket vi i tillegg å utforske variabler som sosial fungering, foreldre/familiekvaliteter, kognitive evner, selvfølelse og emosjonell ensomhet mer induktivt. Variabler følger samme operasjonalisering som for artikkel I (jfr. punkt 6.1.4).

6.2.5 Statistiske analyser (artikkel II)

Data ble analysert ved bruk av statistikk-programvaren R (versjon 3.4.4) (R Core Team, 2018). For statistisk å sammenligne de to subgruppene HSB-C og HSB-P på femten kategoriske variabler, benyttet vi Pearsons kji-kvadrat test, og henholdsvis Fishers eksakte test for de tre variablene «alder eget traume», «kjønn utsatt barn» og «sted for HSB» (jfr. forventet frekvens mindre enn 5 observasjoner per celle).

Cramers V og r (effektstørrelse) ble kalkulert for å uttrykke styrken på den statistiske sammenhengen mellom de to kategoriene i krysstabellen; HSB-C og HSB-P (Kim, 2017). Normering av effektstørrelsene (V) og r følger Cohen (1988, 1992) hentet fra Kim (2017): For V (df=1) og r; 0,10 betegner liten effekt, 0,30 moderat effekt, 0,50 stor effekt. For V (df=2) og r; 0,07 betegner liten, 0,21 moderat og 0,35 stor effekt. For V (df=3) og r; 0,06 betegner liten, 0,17 medium og 0,29 stor effekt.

I data til artikkel II mangler 9,47 % av verdiene («missing») fordelt på variabler og kategorier i krysstabellen (jfr. artikkel II, tabell 2). Vi analyserte dette og fant oppsummert ikke grunn til å anta at det systematisk skulle forekomme manglende verdier mellom de to kategoriene (HSB-P og HSB-C). De manglende verdiene

skyldes i hovedsak endringer i klinisk praksis og registreringer underveis for det tidsspennet dataene ble innhentet for.

6.3 Artikkel III:

Jensen M, Askeland IR and Bjørknes R (2022): Interrater reliability and experiences of Assessment, Intervention, and Moving-on 3 Assessment Model in a multidisciplinary Norwegian sample. *Front. Psychol.* 13:1019739.

6.3.1 Metode og design (artikkel III)

Deltakerne ble rekruttert fra en populasjon med tverrfaglige fagpersoner som deltok på et av 15 AIM3- utredningskurs arrangert rundt i hele Norge i perioden fra november 2019 til februar 2022. Et utvalg (N=56) samtykket og deltok med utfylling og tilsending av fullstendig datamateriale, det vil si skåring av tre kasusvignetter og utfylling av spørreskjema. Målsettingen med denne studien var å undersøke interrater-reliabilitet og fagpersonenes erfaringer med den norske versjonen av AIM3.

6.3.2 Utvalg (artikkel III)

Utvalget (N=56) av fagpersoner besto av 21 % menn og 79 % kvinner. Gjennomsnittsalder var 43,2 (SD 9,5, spenn 25-63). Utvalget besto av 41 % psykologer, 25 % sosialarbeidere og 34 % andre fagutdannede (f.eks. pedagoger, sykepleiere og konsulenter). Deltakernes gjennomsnittstid som profesjonelle fagpersoner var 17,6 år (SD 9,3, spenn 0-31), hvorav deres direkte erfaring med mindreårige/familier var 13,5 år (SD 9,2, spenn 0-31). Store deler av utvalget hadde tidligere deltatt på andre PSA/SSA kompetansegivende kurs, som for eksempel basis/grunnleggende fagkurs i PSA/SSA (80 %) og tidligere AIM2 utredningskurs (52 %). I løpet av de siste fem år hadde utvalget erfaring med gjennomsnittlig 4,3 AIM2 utredningssaker (SD 5,0, spenn 0-20).

6.3.3 Prosedyre (artikkel III)

Det er RVTS-ene som primært arrangerer AIM-3 kursene og som etter nærmere drøfting og avtale i den nasjonale (tverrsektorielle) kompetansegruppen om PSA/SSA, hjalp til med å formidle informasjon og invitasjon om forskningsprosjektet ut til kursdeltakerne. Prosjektleder utarbeidet og sendte *informasjonsskriv og samtykkeskjema* for utfylling (bokmål), godkjent av NSD, ut til RVTS-ene i forkant av kursene (*Se vedlegg 11.2*). Skjemaene ble delt og/eller sendt ut fra RVTS/instruktører til deltakerne i løpet av kursdagene. I tillegg til skriftlig informasjon ble det utarbeidet en kort *informasjons-video* (ønsket av noen AIM3-instruktører/RVTS-er) hvor prosjektleder informerte muntlig om forskningsprosjektet. RVTS-ene sto fritt til å benytte video. De kunne bruke den som alternativ eller som supplement til dere muntlige informasjon. Skriftlig informasjon ble uansett informasjonsform, delt/sendt ut til alle kursdeltakerne (jfr. rapport fra RVTS-ene).

Utfylte samtykkeskjema med kontaktinformasjon og eventuelt kompetansetestskåring fra kurset, ble samlet inn av RVTS-ene/AIM3-instruktørene siste dag på kursene og videre umiddelbart sendt til prosjektleder (epost, ordinær post). Dette ble fortløpende loggført av prosjektleder. RVTS-ene meldte inn reelt deltakerantall på kursene og antall utfylte samtykkeskjema som de hadde sendt fra seg. Det er registrert at fem samtykkeskjema ble borte i postgangen fra en RVTS. Idet datainnsamlingen ble gjennomført under Covid-19 epidemien og flere av AIM3 kursene måtte arrangeres elektronisk/hybrid, ba RVTS-ene kursdeltakerne om selv å sende eventuelle samtykkeskjema/kompetansetestskåringer direkte til prosjektleder.

Etter hvert som de utfylte samtykkeskjemaene kom inn, ble de frivillige deltakerne tilsendt informasjon om forskningsprosjektet på nytt samt fullstendig datamateriale (inkludert AIM3 skåringskjema) for utfylling. Deltakerne ble vanligvis bedt om å returnere datamaterialet utfylt innen 6-8 uker, men der det spesifikt ble tilbakemeldt at de trengte eller ønsket seg utvidet svarfrist, ble det avtalt. Der prosjektleder ikke hørte noe tilbake etter åtte uker, ble det utsendt én påminnelse/purring (jfr. NSD

godkjenning). Saken ble deretter avsluttet om ikke deltakerne selv tok kontakt og ba om utvidet frist.

I datainnsamlingen ble *standardiserte AIM3-skårings skjemaene* fra den norske oversettelsen av AIM3 gjennomgående. Deltakerne valgte selv om de ville fylle skjemaene ut på papir eller elektronisk – de fleste valgte papirvarianten.

Kodebok på totalt 124 variabler (kompetansetest-skåring fra AIM3 kurset, AIM3 skåringer av tre kasusvignetter + surveydata) ble utarbeidet av prosjektleder. Plotting og vasking av datafiler ble foretatt av masterstudent fra UIB, men når det oppsto behov for avklaringer, ble først prosjektleder og deretter eventuelt veiledere kontaktet for avklaringer. Det er ført fortløpende logger både under datamateriale-utsending, datainnsamling og data-plotting.

Kasus-vignettene

Det ble valgt å konstruere norskspråklige kasusvignetter til bruk for deltakernes AIM3-skåring. Utviklingen av de anonymiserte kasusvignettene ble gjennomført av prosjektleder med da mer enn 30 års generell og mer enn 20 års klinisk erfaring med PSA/SSA saker spesielt.

Følgende kriterier ble lagt til grunn for utarbeidelsen av kasusvignettene:

- ✓ Vignettene må helst kunne AIM3 skåres på alle fem hovedområder og alle faktorer (minimum kunne skåre 0).
- ✓ Verste SSA hendelse i hver vignett måtte ligge i mørkegult/rødt område basert på alvorlighets kartlegging ved bruk av definisjonskontinuumet/trafikklyset.
- ✓ De tre vignettene bør variere på hvilke hovedområder/faktorer som peker seg ut for videre trygghetsarbeid og behandling/annen oppfølging.
- ✓ Det må inkluderes noe irrelevant informasjon for AIM3-skåring for å være sammenlignbare med «reelle» saker og utredningsprosesser.
- ✓ Informasjonen må begrenses til maks fire A-4 sider per kasus.
- ✓ PSA/SSA informasjon gjengitt i hvert kasus, må unngå å utløse behov for videre tilleggs/utdypende-utredning av teknologi-assistert PSA/SSA (Allotey & Swann, 2019). (Den norske versjonen av TA-PSA/SSA veilederen forelå ikke før februar 2022.)

En pilotgruppe bestående av (N=6) erfarne fagpersoner, ble bedt om å AIM3-skåre førsteutkastet av kasusvignettene og deretter gradere blant annet hvor realistiske de vurderte at kasusvignettene var. Utfra pilotgruppens tilbakemelding, ble det stipulert at hvert kasus gjennomsnittlig ville kunne ta 50-100 minutter å skåre. Pilotgruppens innspill og vurderinger ble videre benyttet for å forbedre de endelige kasusvignettene benyttet i selve hovedundersøkelsen/artikkel III. Pilotgruppens skåringer av de tre førsteutkastene av kasusvignettene, er derfor ikke inkludert i datamaterialet benyttet i artikkel III. (*Se kasusvignettene i vedlegg 11.4, 11.5, 11.6*).

Spørreskjema

For å innhente demografisk info om fagpersonene som deltok og videre deres opplevelse og erfaringer med kasusvignettene og AIM3-verktøyet/kurset, ble det utarbeidet et spørreskjema med totalt 13 ledd. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål som ble benyttet i artikkel III som fagpersonenes bakgrunn, deres arbeidserfaring, tidsbruk og vurdering av realisme i kasusvignettene, kompetanse og erfaring i arbeide med barn under 18 år generelt versus PSA/SSA arbeid spesielt, samt erfaring med AIM-kurs og bruk av AIM3-verktøyet. Spørreskjemaets første utkast ble utprøvd av en erfaren pilotgruppe (N=8) og deres tilbakemeldinger ble brukt til å forbedre det endelige spørreskjemaet benyttet i artikkel III. Pilotgruppens svar på spørreskjemaet er derfor ikke inkludert i artikkel III. (*Se spørreskjema i vedlegg 11.3*).

6.3.4 Målinger (artikkel III)

Kasusvignettene og de 25 AIM3 faktorene i hver kasusvignett ble kodet på ordinalt variabelnivå i tråd med AIM3-standard: 4; *signifikant klinisk bekymring*, 2; *noe klinisk bekymring, eller 0; ingen klinisk bekymring, eller at faktoren er vurdert som et styrkeområde*. For hver av AIM3s fem hovedområder blir fagpersonens oppsummerte bekymrings-skåre på de respektive fem faktorene, summert til en hovedområdesum på intervallnivå. De fem hovedområde-summene skal deretter plottes inn på AIM3s standardiserte profilark. I følge AIM3 standard, vil en hovedområde-sum på 0-4 (grønt område) indikere en relativ styrke i ungdommens nåværende presentasjon og kontekst, en hovedområde-sum på 6-12 (oransje område) indikerer mer moderate behov for

behandling, oppfølging og ekstern kontroll/tilsyn, mens en hovedområdesum på 14-20 (rødt område) indikerer et klart umiddelbart behov for behandling, oppfølging og ekstern kontroll/tilsyn (Leonard & Hackett, 2019/2020, s. 53-54). Graderingen av indikasjons-områdene i AIM3 er pragmatisk og konvensjonelt valgt og ikke basert på psykometriske analyser.

Det bør bemerkes at på de standardiserte AIM3-skårings og analyse skjemaene for hvert hovedområde, skal fagpersonen i tillegg til de kliniske og mer kvantitative bekymringsskårene, fylle inn kort tekst: (a) begrunnelse («rationale») for hovedtrekkene i deres analyse av bekymringer og styrker på hvert hovedområde, samt (b) hovedtrekk for hvilken behandling eller oppfølging de vil anbefale videre for å redusere bekymringer eller for å bygge opp under styrker på det aktuelle hovedområdet (jfr. kvalitative data). I artikkel III er det kun de kvantitative dataene fra utvalgets utfylling av de standardiserte AIM3-skårings- og analyseskjemaene som er lagt til grunn.

Gjennom survey-data er utvalgets selvrapportering samlet inn på deres egen erfaring med AIM3-kurset/verktøyet og deres erfaring fra skåring av de tre kasusvignettene. Det er benyttet deskriptiv statistikk for analyse av de inkluderte variablene.

Inter-rater-reliabilitet (IRR) kan ha forskjellig mening og ha forskjellige utregninger i ulike studier (Evers, Hagemester, et al., 2013; Gwet, 2014; Hallgren, 2012; Koo & Li, 2016; Landers, 2015; Starling et al., 2013). I dette arbeidet forstås IRR som grad av samsvar av skårer mellom to eller flere observatører (her: fagpersoner), når de uavhengig av hverandre skal skåre samme fenomen (her: kasusvignetter) ved lik prosedyre (her: ved bruk av samme utredningsverktøy) (Field, 2018; Hallgren, 2012; Lydersen, 2020). Et slikt IRR-design heter «fully crossed design» på engelsk (Hallgren, 2012). Designet valgt i artikkel III har særlig vært inspirert av noen tidligere IRR-studier (Hanssen-Bauer, Aalen, et al., 2007; Sutherland, 2010; Sutherland et al., 2012; Webster et al., 2006) som har valgt å estimere IRR ved evaluering av ulike, reelle fagpersoners skåringer av kasusvignetter ved bruk av ulike fagverktøy. Tradisjonelt har

derimot IRR-studier ofte benyttet få observatører som ofte er samsvarende på ulike karakteristika som kompetanse, motivasjon og erfaring med verktøyet («interchangeability among raters») (Konold & Cornell, 2015; Sutherland, 2010; Webster et al., 2006).

6.3.5 Statistiske analyser (artikkel III)

I denne studien, med AIM3-skårer på ordinal og intervallnivå, er intraklassekorrelasjons-koeffisienten (ICC; «intraclass correlation coefficient») valgt for å estimere interrater-reliabilitet (IRR) (jfr. Interobservatør-samsvar; Lydersen, 2020, 2022). ICC er en av de mest brukte estimat-mål for IRR når man har variabler på f.eks. ordinal, intervall eller forholdstall nivå (Hallgren, 2012; Hanson, 2022).

I artikkel III er statistisk estimering av ICC basert på toveis blandet effektmodell («two-way mixed-effect model»), absolutt samsvar («absolute-agreement»), og både individuelle («single») og gjennomsnittsmålinger («average») er rapportert (Hallgren, 2012; Koo & Li, 2016). Med «toveis blandet effektmodell» menes det at det er de samme fagpersonene som vurderer alle kasusvignettene med samme skåringsprosedyre, men at fagpersonene som deltar ikke utgjør et tilfeldig, randomisert utvalg. «Absolutt samsvar» betyr at fagpersonenes skåringer blir sammenlignet om de er nøyaktig like på alle målinger (for eksempel om fagpersonene skårer enten 0, 2 eller 4 verdi likt på de respektive tjuefem AIM3-faktorene). I artikkel III har vi valgt å rapportere både individuelle estimat-mål på ICC («single measures»), som vil være mest anvendelig der en fagperson skårer alene, mens rapporterte gjennomsnittlige estimat-mål («average measures») vil være anvendelig der to eller flere samarbeider om skåring (Hallgren, 2012; Koo & Li, 2016).

Den statistiske styrken knyttet til de estimerte ICC verdiene, er gjengitt i tråd med Koo and Li (2016): ICC verdi under 0,5 indikerer svak («poor») reliabilitet, verdier mellom 0,5– 0,75 indikerer moderat («moderate») reliabilitet, verdier mellom 0,75-0,90 indikerer god («good») reliabilitet og ICC verdier høyere enn 0,90 indikerer utmerket

(«excellent») reliabilitet. I analysene er det valgt 95 % konfidensintervall for ICC og statistikkprogrammet “IBM SPSS statistical package version 26” (2019) er benyttet.

Antall manglende verdier (antall n) fra surveydata er oppgitt fortløpende for hver variabel. For utvalgets AIM3-skåringer av de tre kasusvignettene, er det ingen manglende verdier («no missing») (jfr. loggført gjennomgang av plotting, datafiler og datamateriale).

6.4 Etikk (artikkel I-II-III)

Datamaterialet benyttet i artikkel I-II, ble samlet inn 2014 i forbindelse med et kvalitetssikringsprosjekt for virksomheten V27/BUP/Betanien sykehus godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), Personvernombud for forskning (prosjektnummer 20422) (jfr. personopplysningsloven §31). Alle data ble aidentifisert og fullstendig anonymisert innen 1.8.2015 – altså før første publikasjon (mai 2016). Uni Research/ Regionalt kunnskapssenter for barn og ungdom (RKBU) Vest støttet prosjektet med arbeidsstipend og veiledning. Prosjektet var forankret i Betanien sykehusets ledelse.

Datamaterialet benyttet i artikkel III ble samlet inn i perioden november 2019 – februar 2021, altså etter at personvernforordningen «General Data Protection Regulation» [GDPR] trådte i kraft i Norge den 20.juli 2018. Prosjektet er godkjent av NSD, basert på informert samtykke fra voksne fagpersoner (prosjektnummer 626781). Prosjektet er forankret i Betanien sykehusledelse.

Databehandling i artikkel I ble primært utført av prosjektleder/førsteforfatter under veiledning fra sisteforfatter. Koding på variabel; nye overgrep i behandlingskontakten, ble gjennomgått på nytt av to andre erfarne psykologspesialister/medforfattere uten at de fant avvikende resultat. Utover dette ble det ikke gjennomført noen systematisk interrater-testing eller annen form for kvalitetssikring av skåring eller plotting av data. Databehandling i artikkel II (koding/plotting) følger som for første artikkel, men

datafiler og analyser er gjennomgått i tett samarbeid med sisteforfatter og med ytterligere kvalitetssikring fra andreforfatter. For tredje artikkel ble koding/plotting utført av prosjektassistent/masterstudent, og datafiler/analyser er ellers gjennomgått i tett samarbeid mellom alle forfatterne.

7. Resultater

7.1 Artikkel I - resultater

Utvalget består av 56 gutter, som har vært i behandlingskontakt med et spesialteam i BUP/PHBU for PSA/SSA-problematikk, med gjennomsnittsalder for oppstart av behandling 14,1 år (SD 2,1). Gjennomsnittlig debutalder for identifisert SSA er 13,3 år (SD 2,3). Når det gjelder resultater knyttet til utvalgets alvorligste utførte PSA/SSA før henvisning og behandlingskontakt, fant vi hovedsakelig «seksuelle handlinger» (27 %) og «seksuell omgang» (64 %). Det var 9 % i utvalget som hadde utført atferd i kategorien «annet» som for eksempel blotting, onanering i ufrivillig påsyn av andre, fremvisning av porno og TA-PSA/SSA.

Majoriteten er norskfødte gutter med minst en norsk forelder (89 %) og som bor hjemme med minst en av sine biologiske foreldre (86 %). Når det gjelder kognitive evner, viser 45 % av tenåringsguttene å ha normale kognitive evner (IQ 85 <), 43 % er vurdert å ha generelle og/eller spesifikke lærevansker (IQ 70-85) mens 12 % er vurdert å ha kognitive evner/fungering i PU-området (IQ < 70, data basert på minimum én psykometrisk evnetest). Sosialt karakteriseres utvalget på følgende måte – 38 % er er isolert sosialt, 45 % har en bekymringsfull sosial atferd mens kun 17 % kan karakteriseres å ha en god sosial fungering. For flertallet (54 %) er det registrert egen erfaring med en eller annen form for potensiell traumerelatert hendelse som for eksempel seksuell eller fysisk vold, mobbing eller generell omsorgssvikt. I tillegg var det for 11 % av guttene registrert stor klinisk bekymring for at de kunne ha vært utsatt for vold eller overgrep selv, men dette ble ikke bekreftet gjennom behandlingskontakten. Flertallet av guttene i utvalget (56 %) har foresatte/familier som trenger omfattende hjelp utover det SSA spesifikke, 17 % har foresatte som har vansker med å erkjenne/støtte behandling, mens 27 % har foresatte som sine hovedhjelpere.

Et flertall av guttene (62 %) i utvalget har gjennomført to eller flere SSA-hendelser, mens 38 % hadde utført én kjent SSA-hendelse før behandlingskontakten. Majoriteten

(95 %) har utført disse SSA hendelsene alene. For 19 % av guttene er det fanget opp og registrert ny PSA/SSA utført under behandlingskontakten. Flertallet av tenåringsguttene (61 %) har gjennomført SSA mot ett annet barn, mens 40 % har gjennomført SSA mot to eller flere barn/utsatte. Tre fjerdedeler av de utsatte barna er jenter (76 %). De utsatte barna er unge – 19 % er yngre enn 5 år, 59 % er mellom 6-11 år og 23 % i alder 12-15 år. De fleste i utvalget har kjent eller hatt en relasjon til den/de utsatte – 41 % er nabo/bekjent, 34 % i nærfamilie (inkludert stesøsken og fostersøsken) og 16 % andre slektninger. Kun 9 % av de utsatte barna er fremmede. Arena for utøvelsen av SSA har hovedsakelig vært i hjemme eller nær-område (85 %), i barnehage/skole/SFO (7 %) og andre steder (7 %).

7.2 Artikkel II - resultater

Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom subgruppene; HSB-Children (n=30) og HSB-Peers (n=24).

Basert på vurdering av noen moderate og sterke effekt-størrelser fant vi imidlertid grunnlag for å diskutere noen potensielt meningsfulle forskjeller mellom de to valgte subgruppene. Effektstørrelsene (p-verdi) ble korrigert for utvalgsstørrelse og multiple sammenligninger.

De største effektstørrelsene fant vi når det gjaldt HSB-C gruppen som hadde flere med tidligere oppstart/alder av egne traumeerfaringer ($V=0,42$), hadde oftere flere enn ett utsatt barn ($V=0,32$). HSB-P besto av flere gutter med kognitive evner psykometrisk vurdert å ligge i det normale/høye variasjonsområdet ($IQ < 85$) ($V=0,32$). Vi fant mer moderate effekter når det gjaldt oftere gjentakelse av ny bekymringsfull seksuell atferd underveis i behandlingskontakten for HSB-C ($V=0,27$). Denne subgruppen hadde også oftere foresatte/familie med behov for utvidet hjelp mens foresatte i HSB-P gruppen hadde oftere vansker med å støtte opp under behandling/oppfølging ($V=0,20$). For forskjeller mellom subgruppene på de andre variablene som ble undersøkt, fant vi kun små eller små/moderate effekter

(f.eks. type/antall seksuell atferd, sted, sosial fungering, aldersforskjell eller relasjon til utsatt barn, selvfølelse og sosial ensomhet). Kun variabelen «annen (ikke-seksuell) normløs/kriminell atferd» viste ingen effektforskjell mellom de to subgruppene ($V=0,02$).

7.3 Artikkel III - resultater

Utvalget er $N=56$ fagpersoner. Hovedfunn i dette arbeidet er at estimerte ICC skårer (individuell skåre) ble funnet i det moderate området samlet sett for både AIM3s fem sumskårer/hovedområder (0,697; 95 % CI [0,548, 0,852]) og for alle 25 AIM3-faktorer (0,547, 95 % CI [0,471, 0,634]). ICC estimert, f.eks. (0,697; 95 % CI [0,548, 0,852]) indikerer at det er 69,7 % av variansen i skåringene som skyldes AIM3-verktøyet/kasusvignettene («represent construct») og at 30,3 % skyldes tilfeldig variasjon ved individuell skåring («single measures»). Et konfidensintervall på 95 % indikerer samtidig at det er 95 % sannsynlighet for at ICC estimert vil treffe et hvilket som helst punkt i spennet mellom 0,548-0,852. Vi fant gjennomgående høyere gjennomsnittsmålinger for ICC enn for individuelle målinger. ICC estimert mer spesifikt for de ulike hovedområdene i AIM3 verktøyet, viste at det tredje hovedområdet; Utvikling (0,785) sammen med det fjerde området; Omgivelser/familie (0,804) fikk skårer i godt område, mens det femte AIM3 området; Selvregulering (0,729) lå i det moderate området. Hovedområde 1; Seksuell atferd (0,280) og 2; Ikke-seksuell atferd (0,331) falt i det svake område («poor») (Koo & Li, 2016).

Når det gjelder utvalgets erfaringer med AIM3-verktøyet/kurset (jfr. fagpersonenes selvrapport), fant vi blant annet følgende hovedfunn: Utvalget varierte tid brukt på en AIM3-skåring mellom 30 til 360 minutter. Majoriteten av deltakerne (88-100 %) vurderte kasusvignettene som veldig eller ekstremt realistiske. AIM3 ble for eksempel rapportert som god (36 %) til eksellent (59 %) nyttig for deltakerne i kunnskapsinformerte beslutningsprosesser, og ellers som god (52 %) til eksellent (20 %) nyttig i beslutningsprosesser knyttet til vurdering av videre

behandling/oppfølgings-behov. Utvalget mener at det er stor (30 %) eller ekstremt stor (45 %) sannsynlighet for at de vil komme til å nyttiggjøre seg av AIM3 i fremtidige relevante utredningssaker.

8. Diskusjon

Målsettingen for dette arbeidet har overordnet vært å bidra til å øke kunnskap om barn i Norge som har utøvd ulike typer problematisk eller skadelig seksuell atferd (PSA/SSA), primært mot andre barn. Vi har utforsket karakteristika i et klinisk utvalg av primært norsk-fødte barn som har utøvd ulike typer SSA. Videre har vi undersøkt forskjeller på karakteristika mellom to subgrupper i det kliniske utvalget. Til slutt har vi evaluert interrater reliabilitet og innhentet erfaringer med et spesifikt SSA-utredningsverktøy brukt i norsk kontekst. Forskningsspørsmålene er videre svart ut ved følgende gjennomgang og drøfting.

8.1 Alder og kjønn, de som har utøvd og de som er utsatt for SSA

I det norske utvalget finner vi at den store majoriteten av de som har utøvd SSA er gutter. Deres debutalder for SSA ble gjennomsnittlig funnet å være 13,2 år, noe som samsvarer med internasjonal forskning som viser at debutalder for SSA vanligvis ligger mellom 12-15 år (Finkelhor et al., 2009a; Hackett, Phillips, et al., 2013). Tiddefors et al., (2011) fant, i et svensk utvalg av institusjonsplasserte ungdom, at ca. 56 % av tenåringsguttene hadde vært under 15 år ved første registrerte SSA-utøvelse. Mossige og Huang (2010) fant i sin norske omfangsstudie at 14 % av utøverne var under 15 år, 33 % mellom 15-19 år og 53 % var over 18 år (voksne). Våre tall viser noe høyere innslag av yngre, fremfor eldre barn som har utøvd SSA. Forskjellige utvalg, noe ulike operasjonaliseringer av den seksuelle atferden og det at gjennomsnittsalderen for utøverne i deres studie var høyere enn i vår, må selvsagt tas høyde for når vi ser tallene fra de forskjellige utvalgene opp mot hverandre.

Det at de fleste barn som er identifisert og registrert for å ha utøvd SSA, er gutter, kan skyldes flere forhold. Det ene kan være at gutter reelt utøver mer seksuell atferd og derav også oftere PSA/SSA enn jenter. Det kan også bety at gutter er mer eksplorative, informasjonssøkende og seksuelt initierende, mens jenter er mer omsorgsgivende og

sosial orienterte i sin seksuelle atferd og relasjoner (Darling et al., 2018; Hallet et al., 2019; Jonsson & Svedin, 2019; Sandnabba et al., 2003). Dette kan igjen være påvirket av samfunnets og foreldrenes tilknytningsstil og forventete kjønnsrolleutforming i barnas oppvekst – for eksempel når det gjelder hvilken erfaring og toleranse som gis barn av ulike kjønn knyttet til for eksempel fysisk nærhet, aggresjon, (u)avhengighet og seksuell aktivitet (Rich, 2005; Yoder et al., 2018). Kreager et al. (2016) finner at jo mer seksuelt aktive jenter er, desto lavere sosial aksept får de blant jevnaldrende. Men for gutter er det motsatt, jo mer seksuelt aktive de er, desto høyere sosial aksept får de. I sin longitudinelle studie av seksuelt aktive ungdom, fant videre Negriff et al. (2015) at blant jenter og gutter som hadde erfart emosjonell omsorgssvikt, fysiske og seksuelle overgrep, var seksuell debutalder lavere enn for andre, særlig for gutter. For barn generelt i Norge, så er den seksuelle debutalderen for vaginalsex 17,7 år for jenter/kvinner (18-29 år) og 18,6 år for gutter/menn (18-29 år) (Træen, 2022).

Det at flere gutter enn jenter oppdages og videre inngår i offentlig statistikk for å ha utøvd SSA, kan også skyldes at samfunnet er mer innrettet mot å redusere, stoppe og straffe mer eksternalisert PSA/SSA som forekommer oftere hos gutter, enn å behandle mer indirekte og internalisert PSA/SSA, som gjerne forekommer oftere hos jenter (Helsedirektoratet, 2022; Ericsson, 2021; Hallet et al., 2019). Dette kan også bety at samfunnet og fagpersoner gir forskjellig oppmerksomhet og respons til gutter og jenter på deres reaktive atferd knyttet til alvorlige livshendelser (ACE) (McKibbin et al., 2017). McNeish & Scott (2018) viser blant annet til hvordan samfunnets og fagpersoners forforståelser fører til ulike henvisningsveier for gutter og jenter som har erfart ACE i UK. Gutter blir oftest henvist for sin atferd (SSA), mens jenter blir oppfattet mer sårbare og henvist videre til behandling for egenerfart vold/overgrep. Jenters utøvd SSA kan også bagatelliseres og oppfattes som mindre skadelig enn gutters SSA og derav i mindre grad bli identifisert som problematisk/skadelig og derfor ikke rapportert eller henvist for videre oppfølging (Haugland et al., 2011; Jensen, 2008; Saradjian, 1996).

Forskjellen på antall gutter og jenter identifisert for PSA/SSA kan også henge sammen med ulikheter i hjerne-, kropps-, og pubertetsutvikling - for eksempel ulik kjønns spesifikk modning av kognitive, selvregulerende, sosiale, pubertale, og seksuelle funksjoner (Efrati & Dannon, 2018; Grabowska, 2017; Sanchis-Sanchis et al., 2020). Kar et al. (2015) fant for eksempel at gutter som er tidlig ute i sin pubertetsutvikling, får et bedre kroppsbylde, blir tryggere, får høyere grad av selvfølelse, blir mer seksuelt aktive og deltar oftere i seksuell risikoatferd sammenlignet med gutter som er senere modne. Samtidig viser de til at jenter som er tidlig ute i sin pubertetsutvikling oftere blir mer utrygge, utvikler oftere spiseforstyrrelser, blir mer attraktive hos eldre gutter, blir oftere ruseksponerte og inngår oftere i uønskete svangerskap enn jenter som blir senere modne.

Samtlige tenåringsgutter inkludert i vår studie, har utsatt barn som har vært under 15 år, derav 78 % under 12 år. Vi fant en klar overvekt av jenter som hadde vært utsatt for SSA i vårt utvalg (76 %). Gutter som utsatte, utgjorde en fjerdedel. Dette finner en også i andre utvalg. Finkelhor et al. (2009a) fant til sammenligning at 78,8 % ungdom som hadde utøvd SSA, hadde utsatt jenter og 24,7 % gutter. Gewirtz-Meydan & Finkelhor (2020) fant videre at jenter vanligvis blir mest utsatt av gutter/menn (88,4 %), mens gutter blir utsatt både av andre gutter/menn (45,6 %) og av jenter/kvinner (54,4 %). Når det gjelder alder på utsatte barn, fant Mossige og Huang (2010) i sin studie at 17 % av de utsatte var jenter under 10 år og 35 % mellom 10-14 år ved første hendelse. Det at det er mest jenter som er utsatte i vårt utvalg, kan forstås som en naturlig følge av at de fleste tenåringsgutter vil søke heteroseksuelle forhold med yngre jenter (Bakken, 2018). Det kan også være et resultat av at de fleste ungdom med SSA vil tendere mot å utsette yngre barn, ofte i førpubertal alder (Malvaso et al., 2020). Med tanke på våre funn, kan det også bety at litt eldre tenåringsgutter som har utøvd SSA mot også eldre utsatte (over 15 år), kan ha gått under radaren hos lokale henvisende faginstanser og/eller vært mer representert i barnevernets oppfølgingstiltak (institusjoner) i tidsperioden for vår datainnsamling (Bufdir/Hdir, 2015; Ericsson, 2021; Lurie & Tjellflaat, 2009).

Fra internasjonal forskning vet vi at jo yngre de som utøver SSA er, desto oftere vil de utøve PSA/SSA mot flere barn, og av ulike kjønn (Hackett, 2014). Funn fra vårt kliniske utvalg samsvarer med dette. Resultatene våre viser at 40 % av tenåringsguttene har utøvd SSA mot to eller flere barn, derav mange yngre barn, absolutt mest jenter, men også en betydelig del gutter. Det kan også bety at gutter som eventuelt har seksuell interesse for andre gutter, har lettere for å prøve ut sin seksualitet med yngre (eventuelt eldre) personer, fremfor med mer jevnaldrende. Vi har imidlertid ikke hatt mulighet for å kartlegge tenåringsguttene seksuelle fantasier og eller preferanser, så for vårt kliniske utvalg blir dette mer en antakelse. Det at så mange i vårt utvalg er unge, inkludert deres utsatte barn, samsvarer ellers med senere års trend i norsk kriminalitetsstatistikk og i dokumentasjon fra andre internasjonale PSA/SSA-fagmiljøer, at stadig flere yngre barn blir oppdaget og registrert for å ha vært utsatt for og/eller har utført ulike former for PSA/SSA (Bhuller & Røgeberg, 2022; Chaffin et al., 2008; Kripos, 2019, 2022).

8.2 Karakteristika knyttet til utøvd PSA/SSA

Vi fant at majoriteten av guttene i det norske kliniske utvalget har utøvd bekymringsfull seksuell atferd av alvorlig type SSA (91 %) — alene mot andre barn (95 %). Dette utelukker ikke at de samtidig kan ha hatt mer av annen mindre alvorlig PSA og/eller mer teknologi-assistert atferd enn 9 %, men dette var ikke registrert i vårt materiale. Resultatene fra dette arbeidet viser oppsummert at det klare flertallet av gutter er henvist for å ha utøvd SSA, er under både kriminell og seksuell lavalder, og har utøvd to eller flere SSA (62 %) mot ett barn (61 %) eller flere barn (40 %) før utredning og behandling startet opp i spesialisthelsetjenesten. Vi vet også at barna kom i kontakt med spesialisthelsetjenesten gjennomsnittlig cirka ett år etter oppdaget SSA. Men vi har ikke kontrollert for tid mellom utøvelse av ulike SSA for de som er registrert med to eller flere utøvde SSA, eller mot to eller flere utsatte barn. Noen av disse tidligere hendelsene kan man anta ble oppdaget og registrert først etter at kontakten med spesialisthelsetjenesten ble etablert. Det kan også være at noen av disse barna hadde

fått annen type oppfølging for tidligere bekymringsfull seksuell atferd fra for eksempel kommunalt hjelpeapparat, men dette fant vi lite systematisk informasjon om i vårt kildemateriale. For gruppen barn som er registrert særlig med to eller flere SSA før henvisning eller kontakt med spesialisthelsetjenesten, kan vi likevel anta at noen har blitt oppdaget og/eller henvist noe sent for SSA-spesifikk utredning/behandling. Dette må videre forstås i lys av hvordan for eksempel manglende kunnskap, forståelse og tidlig respons fra hjelpeapparatet fungerte overfor denne type atferd hos barn i Norge i perioden for datainnsamlingen (Kruse, 2011; Askeland et al., 2017; Holt et al., 2016, Vorland et al., 2018).

8.3 Arena for utøvd PSA/SSA

Majoriteten av SSA er utført hjemme eller i nærheten av der barnet, som har utøvd eller som har vært utsatt for SSA, bodde (85 %). Vi finner få saker som er henvist til spesialisthelsetjenesten basert på oppdagelse av SSA på arenaen barnehage og skole (7 %). Dette kan forstås som at de ansatte manglet kompetanse på dette området. Det samme finner en i nyere studier der en har sett på ansattes kunnskap og kompetanse på denne type problematikk innen skole (se f.eks. Draugedalen, 2021). For å bøte på dette har man videre utviklet veiledere for ansatte både i barnehage og skole for bedre å kunne forebygge og håndtere PSA/SSA blant barn (Sandvik et al., 2021; Sandvik et al., 2022). Våre funn kan bety at det forekommer mer av typen mindre alvorlig PSA i barnehager og skoler som kan håndteres lokalt, mens mer alvorlig SSA forekommer oftere hjemme, i nærområder og eventuelt fritid. Dette henger godt sammen med Finkelhor et al. (2009a) sitt funn om at mest vanlige tidspunktet i døgnet for å ha utøvd SSA for amerikanske barn var mellom klokken 12-24, og ellers gjennomgående forskningsfunn som viser at det i hovedsak er barn som er kjente og nære for ungdommen som med størst sannsynlighet kan bli utsatt for SSA (Allardyce & Yates, 2017; Hackett, 2014).

I kildematerialet vårt var informasjon om ok/sunn seksuell atferd, PSA, utøvelse på organiserte fritidsarenaer, digital aktivitet og TA-PSA/SSA, svært begrenset dokumentert. Dette kan handle om både samfunnets og fagpersoners forståelse samt journalregistreringer, for PSA/SSA generelt og for TA-PSA/SSA spesielt, i tidsperioden for vår datainnsamling.

8.4 Kognitiv fungering

Resultatene våre delte seg relativt midt på når det gjaldt andelen ungdom med god og normal kognitiv fungering (45 % med IQ > 85) og andelen med noe kognitive funksjonsutfordringer; generelle og spesifikke lærevansker (43 % med IQ 70-84). Vi fant kun 12 % med alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse kodet i PU-området (jfr. ICD-10, akse 3, IQ < 70). Dette er et relativt lavt tall sammenlignet med for eksempel 38 % med store kognitive funksjonsnedsettelser (IQ < 70; «learning disabled») som Hackett, Phillips et al. (2013) fant i sitt utvalg. Generelt antas det gjerne at det er de med svakere kognitiv fungering som oftest utøver SSA, men det kan også hende at det er denne gruppen barn som har tettest voksenoppfølging og/eller som oppdages lettest (Blasingame, 2018; Hackett, 2014). Dette henger videre sammen med vårt funn i artikkel II, om at det kan synes som om det er ungdom med svak kognitiv fungering som gjentar eller oppdages oftest med PSA/SSA underveis i behandlingskontakten.

Det er ellers en viktig påminning i denne sammenheng, at det ikke nødvendigvis er den kognitive funksjonsnedsettelsen i seg selv som kan sies å øke risiko for PSA/SSA, sannsynligvis mer de sosiale samspillsutfordringene dette kan medføre (Dahl & Sørensen, 2019). Det er sannsynligvis også gruppen barn med kognitive funksjonsutfordringer (IQ < 85) som får minst utbytte av for eksempel ordinær seksualundervisning, nettvettregler og helseinformasjon. Man kan også anta at for mange barn i gruppen med relativt store kognitive funksjonsutfordringer, vil særlig den digitale plattformen være en særlig viktig arena for utforskning av sosiale og seksuelle

relasjoner. Dette kan gjøre dem ekstra sårbar for både å bli utsatt for TA-PSA/SSA, men også for å komme til å utøve ulike typer PSA/SSA mot andre barn.

Våre funn knyttet til tenåringsguttene spredning på kognitiv fungering (fra svak til god), samsvarer med det Vizard et al. (2007a) fant i sitt kliniske utvalg fra UK, at 37 % av barna med SSA hadde kognitive funksjonsutfordringer (IQ 70-84) og 24 % i PU-området (IQ < 70). Den resterende andelen med god og normal kognitiv fungering oppgis dessverre ikke eksplisitt, men vi må anta at en betydelig andel av de resterende 39 prosentene kan ha hatt god og normal kognitiv fungering. Vizard et al. (2007a) fremhever ellers at en stor andel av utvalget (71 %, altså uavhengig av IQ-mål) hadde læringsvansker og hadde utøvd generelle atferdsproblemer på skolen. I vår studie har vi ikke kunne kontrollere tilsvarende for de norske tenåringsguttene generelle skolefungering.

Forskjellige målinger og rapporteringer av IQ/ADL-nivå og tvetydige begreper i internasjonale studier, som for eksempel uklarheter og forvekslinger av begrepene «learning difficulties» versus «learning disabilities», samt bruk av ulike diagnose-systemer, gjør det noen ganger vanskelig å fastslå om funnene i internasjonale studier gjelder gruppen som har IQ/ADL-fungering tilsvarende IQ < 70 eller IQ 70-85. ADL er forkortelse for aktiviteter i dagliglivet. Dette gjør det vanskelig å sammenligne kognitiv fungering i vårt kliniske utvalg med ulike utvalg i forskningslitteraturen. Lav forekomst av barn med kognitive evner målt i PU området i vårt kliniske utvalg, må ellers sees i lys av henvisningsforløpet til spesialisthelsetjenesten; hvilke barn med kognitiv fungering som vanligvis henvises og møtes i HABU versus BUP/PHBU.

Kort oppsummert viser våre resultater generelt noe flere barn med relativ god kognitiv fungering enn det man ser i internasjonale studier som gjerne har større innslag av barn med kognitive funksjonsutfordringer (generelle og spesifikke lærevansker), men særlig litt større andel av barn med alvorlige kognitive funksjonsnedsettelse (Blasingame, 2018; Hackett, Phillips, et al., 2013; Vizard et al., 2007a). Våre funn samsvarer imidlertid godt med funn som viser relativt bedre kognitive evner hos barn med både

seksuelle og andre atferdsvansker sammenlignet med de som kun har utøvd voldelige ikke-seksuelle atferdsvansker (Seto et al., 2010; Seto & Lalumiere, 2010; van Wijk et al., 2005).

Det er ellers viktig å poengtere at hele 75 % av sakene i det kliniske utvalget vårt er psykometrisk vurdert på kognitiv fungering. Dette er et høyt antall sammenlignet med for eksempel nasjonal pasientstatistikk fra BUP i 2021, som viser at kun 30 % av sakene har blitt vurdert og kodet på kognitiv fungering. Derav 1 % som kodet med IQ < 70 mens ca. 29 % er vurdert og kodet som ikke påvist PU. Det vil si at IQ, sosial modning og tilpasning er vurdert høyere enn IQ 70 for disse 29 % (Helsedirektoratet, 2022). Når det gjelder barn som står i fare for eller som har utøvd PSA/SSA, vil det være viktig at fagpersoner vurderer og tar spesifikke hensyn til barnets kognitive fungering og ADL-ferdigheter. Dette for best mulig å kunne tilpasse språk, tema, utrednings- og behandlings-metodikk samt trygghetsarbeid til best mulig trygghet og nytte for barnet og familien det gjelder (ATSA, 2015; Blasingame, 2018; Dahl & Sørensen, 2019; Halvorsen et al., 2014).

8.5 Sosial fungering og annen ikke-seksuell atferdsproblematikk

Vi finner at en betydelig andel av tenåringsguttene (45 %), har bekymringsfull sosial fungering. I vår studie betyr dette at denne gruppen har venner og sosial omgang, men relasjonene er gjerne overflatiske, og aktiviteter eller atferd i vennegruppen vekker bekymring hos voksne — for eksempel bekymring for kriminalitet, normløshet og rus. En annen stor andel i vår studie, er sosialt isolerte (38 %). Det vil i denne sammenheng si at de har få venner og/eller omgås mest yngre barn. I tillegg har majoriteten (71 %) utøvd annen ikke-seksuell kriminell eller normbrytende atferd. Likevel bor majoriteten (86 %) av tenåringsguttene i vårt kliniske utvalg hjemme med en eller begge av sine biologiske foreldre. Resultatene understøtter et bilde av en poliklinisk og behandlingsorientert holdning og tilnærming i Norge, her i svært alvorlige og

kompliserte SSA-saker. Resultatene viser at utvalgets sosiale fungering sett sammen med frekvens og alvorlighet i den seksuelle atferden som har vært utøvd, samt forekomst av generell atferdsproblematikk, i stor grad samsvarer med karakteristika funnet i internasjonale studier med utvalg som representerer straffedømte barn som har oppholdt seg i fengsel eller på institusjoner (Finkelhor et al., 2009a, 2009b; Hackett, Phillips, et al., 2013; Seto et al., 2010; Seto & Lalumiere, 2010; Tidefors et al., 2011; van Wijk et al., 2005) eller barn og PSA/SSA som har vært inkludert i mer ressursintensive ambulante tilbud (Borduin et al., 2009, 2021; Henggeler et al., 2009). Dette antar vi indikerer kulturelle forskjeller i forståelse og respons til barn som har utøvd SSA i for eksempel Nord-Amerika, Storbritannia og Norge.

8.6 Egenerfarte alvorlige livshendelser (ACE)

Resultater fra artikkel I-II, viser at flertallet av tenåringsguttene som har utøvd SSA, har tidligere erfart en eller flere negative livshendelser (ACE) og som er potensielt traumatiserende. Vi sikter her spesielt til utvalgets erfaring med fysisk og seksuell vold/overgrep, samt omsorgssvikt (54-65 %). Men det er òg en del gutter (ca. 36-47 %) hvor det ikke er funnet/bekreftet noen form for egenerfaring med ACE. I perioden som danner grunnlaget for denne populasjonen ble det i liten grad inkludert vold/overgrep og omsorgssvikt gjennom bruk av teknologi. En kan tenke seg at andelen ville vært høyere om dette hadde vært registrert. Generelt samsvarer likevel dette med funn fra andre internasjonale undersøkelser som viser at ikke alle barn som har utøvd PSA/SSA registreres som å ha erfart slike utfordrende barndomsopplevelser (ACE). Videre vet vi fra forskning at jenter generelt og at jo yngre barn som har utøvd SSA er, desto større sannsynlighet vil det være for at de har erfart tidligere eller nåtidige ACE (Hackett, 2014).

Internasjonale funn, som samsvarer med våre resultater, viser likevel at en til to tredjedeler av unge som har utøvd SSA, har egenerfaring med vold/overgrep og/eller alvorlig omsorgssvikt (Barra et al., 2018a; Faure-Walker & Hunter, 2022; Finkelhor

et al., 2009c; Forsman et al., 2015; Hackett, 2014; Tidefors et al., 2011; Vizard et al., 2007a, Vizard et al., 2007b). Dette er betydelig høyere enn hva en finner i den generelle populasjonen. I en nordisk omfangsundersøkelse av Kloppen et al. (2016) fant man for eksempel at prevalenstall for utsatthet var mellom 3-23 % for guttene og 11-36 % for jentene når det gjaldt seksuelle overgrep.

Mørketall som manglende identifikasjon av vold/overgrep, og/eller usystematisk kartlegging og registrering av bred ACE informasjon for guttene i kildematerialet, må her tas i betraktning. I denne norske studien har vi for eksempel ikke kunne kontrollere for guttenes erfaringer knyttet til bredden av forskjellige typer vold/overgrep når det gjelder variabler som antall, varighet, utøvers kjønn og alder, relasjon og sted m.m. Bred traume-informert og ACE kartlegging var heller ikke vanlig praksis da behandlingskontakten med tenåringsguttene fant sted. I dag er bred ACE-kartlegging mer anbefalt å inkludere i vurdering av PSA/SSA (se f.eks. Beech, Nordstrom & Raine, 2018; Levenson, 2014; Willis & Levenson, 2022).

Vi har videre samlet inn data fra en periode da utvikling, kunnskap og forståelse knyttet til barns erfaringer koblet til den digitale arenaen, var mindre fremtredende. Data som belyser eller som indikerer at disse barna har blitt utsatt for digital vold/overgrep, inkludert oppsøkende eller tilfeldig eksponering for porno og/eller TA-PSA/SSA fra andre barn, har derfor ikke vært mulig å inkludere i våre analyser (Allotey & Swann, 2019/2022; Hamilton-Giachritsis et al., 2017; Nash et al., 2015). I vårt kildemateriale var dette forhold som var lite utforsket og/eller registrert sammenlignet med hva gjeldende praksis forhåpentligvis ville vært dag.

8.7 Familiefaktorer og relasjon mellom den som har utøvd SSA og den som har vært utsatt

Vi finner at majoriteten av barn som har utøvd fysisk tilstedeværende SSA, er kjente for den som har blitt utsatt for SSA. Vi fant at 41 % er kjente barn i nettverket, 34 % er i nær familie/husholdning, og 16 % er fra utvidet familie. Når vi sammenligner våre

funn med for eksempel studien til Finkelhor et al. (2009a) som fant at 63,2 % av de utsatte var fra nettverk, 25 % fra familie og 2,5 % var ukjente, har de norske tallene tilsynelatende noe høyere forekomst av familierelaterte SSA-saker. Dette kan indikere en reell forskjell, men kan óg skyldes at den norske studien er basert på et klinisk utvalg av primært hjemmeboende barn. Finkelhor et al. (2009a, 2009b) sine studier er basert på kriminalitetsstatistikk fra USA — hvor fra vi vet at både kriminell lavalder og terskel for plassering ut av hjemmet, er betydelig lavere enn i Norge. I USA og UK er straffetiltak, ekskludering fra skole og naturlig nettverk, plassering i «residential and correctional settings» mer vanlig praksis (Chaffin & Bonner, 1998; Kolko et al., 2004; Hackett, 2014). De tallmessige forskjellene på andelen familierelaterte saker, kan også skyldes metodiske forskjeller mellom studiene som for eksempel ulik operasjonalisering av hva som inkluderes i familievariabelen (biologiske søsken versus stesøsken, fostersøsken, adoptivsøsken, andre biologiske slektninger og/eller voksne familiemedlemmer). Det kan også skyldes at vi i vår studie ikke kunne skille godt nok i kildematerialet mellom barn som kom fra oppbrutte eller delte familier.

Vi må ellers huske på at de norske dataene ble samlet inn fra en periode hvor bevisstheten, kunnskapen og utviklingen av hjelpetjenestene knyttet til PSA/SSA hos barn var lite utviklet (Askeland et al., 2017; Holt et al., 2016). Manglende kunnskap og oppmerksomhet i samfunnet generelt, samtidig med få eller mangelfulle alternativer og supplerende hjelpespor til det aktuelle spesialteamet i BUP i perioden 2004-2013, kan ha hatt betydning for hvilke PSA/SSA-saker som ble oppdaget og endelig henvist til spesialisthelsetjenesten. Dette kan bety at utvalget vårt er overrepresentert med familier som har hatt ekstra høyt lidelsestrykk og/eller intrafamiliære hjelpebehov, høy forekomst av alvorlig SSA samt høyt antall registrerte SSA, før henvisning fant sted. Samlet sett kan dette forklare noe av hvorfor så mange i det kliniske utvalget var hjemmeboende og flere samtidig ble sent henvist til SSA-spesifikk utredning/behandling. Resultatene våre viser at omtrent en tredjedel hadde omsorgsgivere/familier som var svært viktige som støttepersoner og hjelpere. Det klare flertallet har imidlertid hatt omsorgsgivere/familie som hadde behov for omfattende

hjelp eller som ikke anerkjente eller støttet opp under nødvendige hjelpetiltak knyttet til barnets SSA. Vi har begrenset kunnskap om hvorvidt disse omsorgsbetingelsene har utviklet eller endret seg før/etter barnets SSA ble oppdaget, og om det var foresatte eller profesjonelle som identifiserte hjelpebehov eller initierte henvisning. Vi kan imidlertid anta at mange av disse barna og deres familier har erfart høyt stressnivå over tid, i det minste knyttet til tiden etter oppdagelse av SSA og henvisning av barnet (Borduin et al., 2009; Worley et al., 2012).

Fra stress og ACE forskning vet vi at høyt stressnivå over tid, kan påvirke barnehjernen og -kroppens utvikling og tilstand på en slik måte at for eksempel PSA/SSA kan utvikle seg og bli en u hensiktsmessig måte for barnet å regulere seg på (Cohodes et al., 2019). Creeden (2009) beskriver for eksempel hvordan ACE og eksponering av kontinuerlige stressfaktorer i familie- og omsorgssituasjonen, kan påvirke et barns nevrobiologi, som videre kan lede til forskjellige utviklingsvansker som tilknytningsvansker, læringsvansker, dårligere venneforhold, utviklingsforsinkelser og signifikante sårbarheter i selvregulerings-funksjon og inhibisjon, som igjen kan henge sammen med det å utvikle SSA.

Oppsummert vil vi mene at våre funn, om at majoriteten av familiene hadde behov for omfattende hjelp, at majoriteten av barna var hjemmeboende, men manglet ofte god foreldrestøtte, at de ofte var sosialt marginaliserte, at en stor andel hadde erfart ACE, og at flertallet hadde utøvd to eller flere SSA, tydeliggjør viktigheten av å involvere familie og sosialt nettverk. For å fremme prososial utvikling hos barn, samtidig hindre, redusere eller å stoppe PSA/SSA i samfunnet, vil det være viktig å ikke bare møte barnas, men også foresattes og familienes hjelpebehov samlet for å redusere eller fjerne situasjonelle og økologiske faktorer som kan trigge eller forsterke debut eller gjentakelse av PSA/SSA (McKillop et al., 2015). Hvorvidt for eksempel barneverntjenesten, spesialisthelsetjenesten (BUP, HABU) eller familievernkontorer kan tilby slike nødvendige familieintervensjoner innenfor dagens rammer og eller prioriteringer, er imidlertid langt mer usikkert.

I vårt kildemateriale var foresatte/familie-variabelen generelt begrenset opplyst. Det har derfor vært vanskelig å innhente konsistent og sammenlignbar informasjon på variabler som familie-bakgrunn, -sammensetning og –organisering. Informasjon om for eksempel omsorgsgivernes og familienes praktiske oppfølging, tilknytning, relasjon, stabilitet, søskenforhold, fysiske boforhold, intimitet/private sfærer i bolig, kultur og holdning til nærhet eller sex, foreldrenes bruk av teknologi/medier osv., var for eksempel lite kartlagt og/eller registrert i kildematerialet. Til tross for relativt få familievariabler inkludert i dette arbeidet, har våre funn imidlertid synliggjort behovet for å ivareta oppfølging av barn individuelt og i sin kontekst når det gjelder PSA/SSA-saker.

8.8 Subgrupper HSB-Children versus HSB-Peers

Vi fant ingen signifikant støtte for våre empirisk baserte hypoteser om forskjeller mellom subgruppene HSB-C versus HSB-P. For eksempel fant vi ikke støtte for at HSB-C (de som har utøvd SSA mot yngre barn) skulle ha erfart flere ACE, skulle være mer nær og knyttet til sine utsatte barn og hadde utsatte barn av forskjellige kjønn. Eller at subgruppen HSB-P (de som har utøvd SSA mot mer jevnaldrende barn) skulle bestå av flere med antisosiale tendenser, ha flere utsatte barn som var mer tilfeldig bekjente eller fremmede, eller at de skulle ha flere jenter som utsatte. Oppsummert så føyer våre funn seg inn i rekken av inkonsistente resultater på dette området, og at subgruppeinndeling basert på alder/aldersforskjell mellom den som utøver og den som utsettes for SSA, foreløpig ikke kan konkluderes som klinisk meningsfullt (Keelan & Fremouw, 2013). For praksis indikerer dette at heterogeniteten i populasjonen barn som har utøvd SSA, som er dokumentert gjeldende både for veier inn til debut og gjentakelse av SSA samt for karakteristika knyttet til barna og deres naturlige økologi, fortsatt må håndteres og ivaretas av fagpersoner, ved eksempelvis bred kartlegging og vurdering.

Utfra manglende statistisk signifikans i forskjeller mellom subgruppene, så vi videre på styrken av effektstørrelser for noen variabler som viste klinisk meningsfulle forskjeller. Vi fant en sterk effektstørrelse for at flere i HSB-C gruppen er yngre ved oppstart av egenerfart vold/overgrep, at flere i HSB-C gruppen har lav kognitiv fungering samtidig som flere i HSB-P gruppen har god kognitiv fungering, og at flere i HSB-C gruppen har større antall utsatte barn. Moderate effektstørrelser ble tilsvarende funnet for antall nye PSA/SSA i behandlingskontakten (høyest i HSB-C) og at flere omsorgsgivere/familier i HSB-C hadde behov for omfattende hjelp.

Det at effektstørrelsene indikerer at flere barn i HSB-C gruppen har tidligere erfaring med å bli utsatt for andres vold/overgrep, indikerer støtte for forskning og kliniske erfaringer knyttet til barn som i tidlig alder har blitt eksponert for sex, porno utviklet for voksne og/eller overgrep (Hamilton-Giachritsis et al., 2017; Nash et al., 2015; Seto & Lalumiere, 2010). Disse barna kan ha behov for å spille ut og eventuelt utforske det potensielt alvorlige og skadelige, ofte ordløse, som er påført dem av tidligere eller mer nåtidige ACE i eget liv (jfr. Goodyear-Brown, 2012; Perry et al., 1995; Silovsky et al., 2012; van der Kolk, 2014, 2020). For eksempel kan noen av disse barna i sin reaktive og eksplorerende atferd, komme til å utsette andre barn for PSA/SSA — utsatte barn som gjerne er på samme alder som dem da de selv erfarte å bli utsatt for vold/overgrep. Vi vet også at barn som har erfart ACE i tidlig alder, ofte utvikler svakere kognitive og emosjonelle regulerings-ferdigheter, noe som igjen vil kunne gi en sårbarhet for å utvikle et problem med PSA/SSA som mestringsstrategi eller bidra til gjentakelse av PSA/SSA.

Analysen av effektstørrelsene knyttet til HSB-C gruppen i vår studie, kan videre støtte opp under en mer psykososial og situasjonell forståelse av SSA utøvd mot mye yngre barn. Dette innebærer at HSB-C gruppen med tendens til svak kognitiv fungering og belastet omsorgssituasjon, mer naturlig vil kunne identifisere seg kognitivt og emosjonelt med yngre barn, og derfor også oftere ha sosial tilgang og omgang med yngre barn (Barra et al., 2018a; Cohen et al., 2018; Malvaso et al., 2020). En slik

situasjonell, økologisk og utviklingsorientert forståelse av hvorfor enkelte tenåringsgutter utsetter mye yngre barn, vil med andre ord være noe annet enn å forstå denne type utøvelse av SSA mer begrenset som et uttrykk for ungdoms mer vedvarende, avvikende seksuelle fantasier, interesser og preferanser for yngre barn som i et mer individuelt, psykopatologisk perspektiv. Vi må i denne sammenheng heller ikke glemme forskning som viser at ungdom, oftere enn voksne, utøver SSA mot yngre barn (Malvaso et al., 2020). I vår studie har vi ellers ikke grunnlag for å si noe om hvem av guttene i utvalget/subgruppene som vil utvikle og etablere seksuell interesse og eventuelt utøve overgrep mot mindreårige i voksen alder. Vi har for eksempel ikke hatt systematisk tilgang til tenåringsguttenes egenrapporterte seksuelle interesser og fantasier knyttet til andre barn i forskjellig alder/utvikling, ei heller informasjon om påvirkning fra deres egen eventuelle tilfeldige eller planlagte eksponering for illegal seksualisert materiale som for eksempel bilder og film av overgrep mot barn.

8.9 AIM3 Utredningsmodellen – erfaringer og interrater reliabilitet (IRR)

I artikkel III knyttet til norske tverrfaglige fagpersoners erfaringer og bruk av AIM3, fant vi resultater som samlet sett indikerer moderat grad av interrater reliabilitet, både for AIM3s 25 faktorskårer og finere sumskårer for de 5 hovedområdene (Koo & Li, 2016). Et moderat estimert IRR/ICC («single measures») vil indikere at påvirkningen fra utvalget eller fagpersonenes forskjellige karakteristika, erfaringer og kompetanse reduseres. Det betyr videre at de tverrfaglige fagpersonene i utvalget skårer moderat konsistent i absolutt enighet og uenighet når de bruker AIM3. Dersom estimert IRR/ICC derimot hadde blitt 0 (jfr. vår valgte 0-hypotese), hadde et slikt resultat imidlertid indikert at det ikke forelå noen systematikk i de ulike fagpersonenes enighet eller uenighet ved skåring og bruk av AIM3 (Douglas & Otto, 2021; Hallgren, 2012; Hanson, 2022). Vi har ingen tilsvarende IRR/ICC studier av PSA/SSA-fagverktøy for barn som vi kan sammenligne våre resultater med, men med bakgrunn i andre IRR/ICC-studier knyttet til andre kliniske tema og fagverktøy (Hanssen-Bauer,

Gowers, et al., 2007; Hanssen-Bauer, Aalen, et al., 2007, Richter & Hanssen-Bauer, 2012; Sutherland et al., 2012), vurderer vi at et moderat IRR/ICC resultat, er et akseptabelt resultat for å kunne anbefale videre bruk av AIM3 i norsk kontekst.

De gjennomgående høye ICC estimatene rapportert for gjennomsnittsmål («average measures») versus individuelle mål («single measures»), understøtter ellers en praksis hvor to eller flere fagpersoner samarbeider i AIM3-utredningsprosessen. De høye gjennomsnittsmålene gjennomgående estimert for IRR/ICC for AIM3, må videre antas å være noe overestimerte med bakgrunn i at AIM3-faktorene kun skåres på en Likert-skala med tre alternativ (0-2-4). Hvis fagverktøyet hadde flere skåringsalternativ (for eksempel en 5-punkts Likert-skala), ville sannsynligvis gjennomsnittsmål for utvalgets absolutte enighet og uenighet på de tjuefem AIM3-faktorene blitt mer nyansert og ICC gjennomsnittsmål sannsynligvis noe lavere estimert. Vi har med utgangspunkt i dette, gjennomgående valgt å oppsummere resultatene for individuelle mål når det gjelder estimert IRR/ICC for AIM3 (jfr. moderat IRR/ICC).

Videre bruk av AIM3 i Norge understøttes ytterligere av resultatene fra fagpersonenes svar på spørreskjemaet om hvordan deres erfaringer er med AIM3-verktøyet. Majoriteten av de norske fagpersonene rapporterer at AIM3-verktøyet og kursets bidrag som gjennomgående positivt (god/utmerket) for å gjennomføre kunnskapsinformerte beslutningsprosesser i SSA-saker, til å få informasjon til planlegging av behandling og trygghetsarbeidet, til bruk i evaluering av behandlingsprogresjon, og i å gi økt trygghet i forhold til direkte møte med barn og andre fagpersoner. Resultatene kan også forstås som om fagpersonene opplever uforholdsmessig stor trygghet ved å bruke AIM3 som et kunnskapsinformert verktøy, altså mer uavhengig av hva som faktisk er psykometrisk evaluert (King-Hill & McCartan, 2020).

For utviklerne i UK, de norske praktikerne og på vegne av barna og deres familier som skal utredes, er det likevel å håpe at videre evaluering og korrigerende av originalverktøyet vil finne sted. Våre resultater indikerer at det særlig blir viktig å se nærmere på AIM3s hovedområder med tilhørende faktorer; «Seksuell atferd» (Hovedområde 1) og «Ikke-seksuell atferd» (Hovedområde 2). Med andre ord de to mest unike PSA/SSA-områdene i AIM3, som hver for seg, fikk estimert svak IRR/ICC. Utviklingsmålet bør være at fremtidige IRR estimat (finere sumskårer) kommer opp fra område moderat til området god IRR (0,75-0,90) for AIM3 tjuetvå faktorer og/eller for de fem hovedområdene samlet (Koo & Li, 2016).

Til forskjell fra tidligere versjoner, har forfatterne av AIM3 ellers endret strukturen fra tidligere å synliggjøre den kunnskapsinformerte begrunnelsen for hver faktor/ledd som skal skåres fortløpende, til å samle kunnskapsgrunnlaget i ett kapittel. Denne endringen kan ha styrket lesbarheten av AIM3 for noen fagpersoner, mens for andre kan AIM3 som et kunnskapsinformert verktøy, oppleves som noe svekket med tanke på transparens. Vi vurderer at AIM-prosjektet på ett eller annet tidspunkt bør ta et overordnet valg. Hvis de vil styrke eller opprettholde den kunnskapsinformerte plattformen, beholde og videreutvikle faktor- og sumskårer samt profilarkets ulike terskelbånd grønt, oransje og rød — altså gjøre verktøyet mer kunnskapsbasert (King-Hill & McCartan, 2020), må de tilrettelegge for mer utvikling, evaluering og forskning av AIM3-verktøyet, inkludert psykometriske evalueringer (Evers, Hagemeister, et al., 2013). Dersom AIM-prosjektet imidlertid ønsker å profilere verktøyet som en mer kunnskapsinformert sjekklister til bruk for fagpersoner i deres informasjonsinnhenting og beslutningsprosesser, bør alle kvantitative skårer (faktorer, hovedområde, bånd/profil) tas ut av fremtidige versjoner av utredningsverktøyet. Det må her fremheves at et slikt veivalg ikke bare er nødvendig for AIM-prosjektet å ta, dette gjelder alle de få kartleggings- og utredningsverktøyene som er tilgjengelig for vurdering av populasjonen barn som har utøvd SSA.

Det å estimere IRR for et verktøy slik det er gjort ved ICC-analyse i vår studie, er ellers bare en av mange måter et verktøy kan evalueres, normeres eller valideres på (Evers, Hagemeister, et al., 2013; PsykTestBarn, 2019). Reliabilitet er nødvendig, men ikke et tilstrekkelig vilkår for validitet. Om resultatene skyldes enighet/uenighet mellom observatørene eller skyldes annen systematiske feil som påvirker resultatet, er et sentralt spørsmål når man skal vurdere verktøyets interne validitet. Valideringsprosessen av et fagverktøy som AIM3 kunne alternativt vært supplert med systematisk fagfellevurdering, innhenting av erfaringer og eventuelt konsensus i brede fagmiljø, eller gjennomføre annen type psykometrisk evaluering enn de vi har gjort. Slike valideringsprosesser bør settes på dagsorden primært av utviklere, formidlere og praksisnære forskningsmiljøer. Prosess og resultater bør gjøres tilgjengelig for brukere av verktøyet for at disse fagpersonene skal kunne sikre beste mulige oppnåelige praksis med tanke på empirisk kunnskapsbasert versus empirisk kunnskapsinformert praksis. King-Hill & McCartan (2020) oppsummerer og nyanserer hva som er forskningsbasert praksis sammenlignet med det som bør benevnes som mer kunnskaps-informert eller -inspirert praksis:

Using the evidence base is important and good practice, but what is important is that it should not be blindly copied across to different contexts. Instead, it needs to be considered and adapted to the needs, limits, professional knowledge and current working practices/policies of the organisations introducing it. Evidence based means understanding the evidence base, not just being able to use it.

King-Hill & McCartan (2020, s.5)

Vi vurderer at det er av stor verdi for barn som har utøvd SSA, inkludert de utsatte barna, deres familier og nettverk, at de blir møtt med pålitelige og konsistente vurderinger fra ulike fagpersoner. Det å anbefale både for lite eller for mye behandling og/eller sosiale restriksjoner overfor et barn som har utøvd SSA, vil begge deler være faglig-etisk betenkelig fordi det vil kunne ha store implikasjoner for et barns og

families utvikling og livstilfredshet (Campbell et al., 2020; Carlquist, 2015, Hackett, Carpenter et al., 2013; Kjellgren, 2019; Tidefors & Strand, 2012, Tidefors & Skilbäck, 2014). Ter Beek (2018) fant for eksempel at fagpersoner ofte overvurderer risiko i SSA saker. Pålitelige og konsistente vurderinger er videre avgjørende for å sikre best mulig likeverdig behandlingstilbud og responser fra samfunnet, uansett hvem og hvor disse barna/familiene møter profesjonelle fagpersoner i Norge. Det er i økende grad internasjonal enighet om det holistiske/økologiske og utviklingsperspektivet som grunnlag for behandling av barn som har utøvd SSA, men om slik behandling og oppfølging skal være mer generell eller mer SSA-spesifikk, og hvilket tiltaksnivå som vil være mest effektivt for eksempel i norsk kontekst, er fortsatt mangelfullt utprøvd, evaluert og derav ikke konkludert (se f.eks. Aebi et al., 2022; Askeland et al., 2017; ATSA, 2019a; Dyer et al., 2020; Schmucker & Lösel, 2015; ter Beek et al., 2018, Quadara et al., 2020).

For barn som har utøvd SSA, til dels ofte uavhengig av deres alder og utvikling, vil respons fra det profesjonelle voksensamfunnet ofte innebære alvorlige innskrenkninger og restriksjoner som for eksempel systematisk monitorering, isolerende tiltak på skolen/sfo, redusert tilgang på teknologi og digital sosial kontakt, redusert sosial kontakt med venner, familie og søsken, plassering utenfor hjemmet samt forskjellige juridiske tilsyn- og straffetiltak. I tillegg vil disse barna risikere å kunne møte direkte u hensiktsmessige reaksjoner fra foresatte, familie, skole og vennenettverk (Campbell et al., 2020; Kjellgren 2019; Worley et al., 2012).

For fagpersoner som skal differensiere hvor alvorlig den bekymringsfulle seksuelle atferden er, og mer helhetlig forstå og vurdere disse barnas behov for videre behandling, annen type oppfølging, sosiale restriksjoner, omsorg og eventuelt straffetiltak, er det viktig med best mulig strukturerte og veiledende, pålitelige og konsistente utredningsverktøy (Douglas & Otto, 2021; Munro, 2020). Slike fagverktøy må ivareta den kunnskapsbaserte heterogeniteten i populasjonen barn som har utøvd SSA. Det er videre viktig at fagpersonen foretar en kunnskapsbasert og fagligetisk

refleksjonsprosess rundt utvikling, evaluering og bruk av fagverktøy i vurderinger av barn som man sterkt antar eller har identifisert for utøvd SSA. Et fagverktøy som er psykometrisk evaluert, for eksempel på IRR, vil være mer pålitelig når fagpersoner for eksempel skal sammenligne skåringer og vurderinger med hverandre, uttale seg i rettslige sammenhenger eller utrede der barn/foresatte ønsker en fornyet vurdering. Dersom verktøyet skal brukes til å evaluere endring over tid bør det ellers gjennomføres andre relevante IRR-analyser for dette formålet (Lydersen, 2020, 2022).

8.10 Styrker og svakheter

Det er en spesiell utfordring for PSA/SSA-fagfeltet i Norge at det meste av den internasjonale forskningslitteraturen i så stor grad baserer seg på data fra kriminalitetsstatistikk eller på andre utvalg basert på eldre tenåringsgutter og unge voksne menn, plassert på institusjoner eller i fengsel for å ha utøvd SSA. Vi kan ikke uten videre generalisere fra slike utvalg til norske tenåringsgutter med SSA. For best mulig å kunne se våre norske resultater opp mot andre funn, har vi valgt å inkludere og undersøke variabler som er klinisk meningsfulle og som i stor grad går igjen i internasjonal forskning og fra andre typer utvalg knyttet til denne gruppen barn. Det er med andre ord en styrke at alle de tre artiklene som dette arbeidet bygger på, er basert på kvantitative data fra norsk kontekst. Kunnskap som utvikles med data fra forskjellige typer utvalg er viktig, her fra eksempelvis et kliniske utvalg med primært hjemmeboende barn som har hatt poliklinisk behandlingskontakt og fra et utvalg med flere tverrfaglige fagpersoner fra ulike faginstanser/sektorer. Arbeidet vårt er et bidrag til praksisnær tverrfaglig forskning og videre bidrag inn i utviklingsarbeid (FoU) i Norge — forskning som studerer praktikerne, den utøvede praksis og/eller mottakere av praksis. Dette er forskning som etterspørres av myndigheter, ledere og fagpersoner.

Det kliniske utvalget som artikkel I og II baserer seg på, inkluderer kun registrert informasjon om tenåringsgutter som i utgangspunktet har hatt så store vansker og bekymringer knyttet til seg og sitt nettverk, at de har vært kvalifisert for henvisning,

utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Den eksterne validiteten kan derfor være begrenset idet de kan være utfordrende å generalisere til andre grupper barn slik som jenter eller til barn fra ulike minoritetsgrupper som har utøvd SSA. Disse gruppene vil for eksempel kunne ha andre typer, grader og sammensetning av bakgrunns-, holistiske/økologiske eller utviklingsmessige faktorer som bidrar inn til deres debut av ulike former for PSA/SSA. Generelt styrkes imidlertid validiteten til resultatene i artikkel I-II ved at de i hovedtrekk gir mening sammenlignet med funn for tenåringsgutter med SSA fra andre nasjonale og internasjonale utvalg.

I artikkel I og II analyseres data som er hentet fra pasientjournaler over en tiårsperiode (2004-2013). Det er liten grunn til å tro at materialet er systematisk påvirket av endringer i det forståelse eller respons på PSA/SSA i denne perioden. Det er likevel en viktig samfunnsendring, som kan ha påvirket dataene, tilgangen til og bruken av digitale verktøy blant barn i Norge (Medietilsynet, 2016). Den digitale påvirkningen har vi imidlertid ikke kunne kontrollere for idet kildematerialet i liten grad hadde identifisert eller registrert data på barnas digitale aktivitet. Dette må sees i lys av at både det internasjonale fagfeltet og norske fagpersoners forståelse og praksis knyttet til viktigheten av å se barns tilgang og bruk av teknologi og internett i relasjon til utvikling av ulike typer PSA/SSA, utviklet seg senere. For eksempel var AIM2-utredningsverktøyet (Print et al. 2012/2017, Kapittel 8) det første tilgjengelige verktøyet som inkluderte veiledning for norske fagpersoner på TA-PSA/SSA.

I artikkel I-II har vi benyttet informasjon samlet inn fra flere informanter. Dette inkluderer selvrappport fra barna, observasjoner utført av fagpersoner, standardiserte kartleggingsverktøy og tester med barnet innhentet av fagpersoner, informasjon fra foreldre/omsorgspersoner og fra personell i barnehage/skole, og oppsummerte vurderinger og rapporter fra fagpersoner. Til tross for de utfordringer med flere informanter som datakilde vil kunne utgjøre for koding av data, mener vi at det primært er en styrke ved resultatenes interne validitet at de er basert på multi-informante kilder (Wagner et al., 2010). For når det gjelder det å innhente kunnskap

om fenomenet PSA/SSA, atferd som er uønsket og som potensielt kan skade både barna som reelt har blitt utsatt for og barna som har utøvd SSA, er det viktig at kunnskapsinnhentingene ikke kun baseres på selvrappporter fra barna som antas eller er identifisert for å ha utøvd SSA. Det å samle informasjon fra flere informasjonskilder, vil samlet gi et mer helhetlig bilde av barns behov og deres utøvd PSA/SSA.

For artikkel III, studien av AIM3, er det en begrensning for resultatenes eksterne validitet, at kun 22 % av fagpersonene fra AIM3-kursene svarte på spørreskjemaundersøkelsen og skåret kasusvignettene. Det kan være at gruppen som deltok og gruppen som ikke deltok i undersøkelsen, var systematisk forskjellig fra hverandre, noe som ville ha svekket generaliserbarheten av resultatene våre. Vi har for eksempel ikke kunne kontrollere for om fagpersonene som deltok i undersøkelsen, var de som oftest møter eller jobber med denne gruppen barn. Eller om de som ikke deltok i undersøkelsen, var de som opplevde minst nytte av kurset og eller fagverktøyet. Vi må i denne sammenheng ta høyde for at store deler av datainnsamlingen ble gjennomført under covid-19 nedstengningen. Det kan derfor ha vært helt andre utenforstående faktorer som har bidratt til at kursdeltakerne ikke valgte å delta i vår undersøkelse, f.eks. at kursdeltakerne og deres arbeidsgivere hadde forskjellige private utfordringer, primær oppgaver og tidsprioriteringer å forholde seg til i sine vurderinger av deltakelse eller ikke. For utvalget av fagpersoner som deltok, viser imidlertid de demografiske dataene en relativ stor spredning av generell og spesifikk fagkompetanse og erfaring, noe som styrker validiteten av studien.

I studien av AIM3-utredningsverktøyet, styrkes videre validiteten ved at alle deltakerne har skåret alle kasusvignettene med samme verktøy og standardiserte skjema («fully crossed design»), at alle AIM3-skåringene er fullstendige og ikke mangler data, og at vi har basert resultatene på absolutt samsvar («absolute-agreement») mellom skåringer fra flere titalls tverrfaglige fagpersoner. Validiteten av studien blir imidlertid svekket av at vi i vår estimering av ICC måtte benytte toveis blandet effektmodell («two-way mixed effects model») fordi deltakerne ikke var

tilfeldig randomisert. Våre estimerte ICC-resultater vil derfor primært være begrenset til å representere IRR mellom deltakerne i studien (Hallgren, 2012; Koo & Li, 2016; Landers, 2015; Lydersen, 2022).

Basert på klinisk erfaring og pilotutprøving, ble spørreskjema og tre kasusvignetter konstruert (Hanssen-Bauer, Aalen, et al., 2007; Peabody et al., 2004; Richter & Hanssen-Bauer, 2012). Innholdet av informasjon i kasusvignettene måtte begrenses av faglige og pragmatiske grunner og de kan derfor være noe begrenset representative for reelle og mer komplekse SSA-utredningssaker. Utfra klinisk erfaring, vil for eksempel innslag av overdreven porno-bruk eller blandet PSA/SSA i tillegg kunne være til stede hos barn med behov for utredning i dag. De konstruerte kasusvignettene ga ellers lik informasjon til deltakerne, samtidig som de var ukjente for alle fagpersonene før de fikk datamaterialet til skåring. AIM3-kurset var nylig gjennomført da deltakerne ble bedt om å skåre kasusvignettene og fylle ut spørreskjemaet. Dette vil bety at tid og trening etter kursene og utdeling av den norske AIM3-versjonen, sannsynligvis ikke har kunne påvirke resultatene i systematisk grad. Vi vet mindre om hvordan erfaringer og bruk av verktøyet ville vært over tid.

Før artikkel III ble publisert, var det ikke tilgjengelige studier som har estimert IRR/ICC knyttet til andre PSA/SSA-utredningsverktøy for barn. Prentky et al. (2020) viser til at mål for IRR er uunnværlig for fagverktøy som for eksempel deres egenutviklede "Youth Needs and Progressive Scale", men at de av praktiske grunner måtte legge dette bort i pilotutprøvingen. Vi finner heller ikke mange studier av andre typer utredningsverktøy for ungdom, som har estimert IRR/ICC basert på så mange forskjellige observatører av samme fenomen, gitt så mange observasjonsmål ved bruk av ett og samme konstrukt. I vår studie har vi totalt innhentet tjuedefem AIM3-faktorskårer og fem sumskårer multiplisert med tre kasusvignetter fra femtiseks fagpersoner. I tillegg har vi innhentet selvrappord-data om fagpersonenes kompetanse

og erfaringer. Slik sett, kan vi si at denne studien er av eksplorativ karakter både i nasjonal og internasjonal sammenheng.

8.11 Implikasjoner for forskning

Basert på funn i dette arbeidet samt internasjonale undersøkelser ser vi at karakteristika knyttet til norske tenåringsgutter i et klinisk utvalg som primært har utøvd tilstedeværende SSA, i hovedtrekk samstemmer for variabler som kjønn, alder, forhold ved utsatte barn, type seksuell atferd, arena, kognitiv, sosial og fungering, erfarne alvorlige livshendelser, annen ikke-seksuell atferd og familiestøtte. Vi vet imidlertid fortsatt lite om tilsvarende karakteristika knyttet til jenter, yngre barn, barn med blandet PSA og SSA, koblingen mellom rusbruk og seksualitet/seksuell atferd og om hvordan tidlig eksponering for voksensex, for eksempel gjennom tilfeldig og oppsøkende porno-bruk, bidrar inn til utvikling av seksuell atferd i både positiv og negativ retning i utviklingsforløpet fra småbarn til barn i småskolealder til ungdom osv. Videre kunnskapsutvikling knyttet til disse nevnte temaene er også viktig sett i et forebyggende perspektiv av PSA/SSA (Dyer et al., 2020; Långström & Jacobson, 2016; Malvaso et al., 2020).

Det er behov for bedre forekomsttall når det gjelder norske barns seksuelle atferd gjennom et utviklingsforløp (jfr. kontinuumsmodellen, både for tilstedeværende og teknologi-assistert seksuell atferd, for utøvende og utsatte barn). En vei videre er å få variabler knyttet både til utsatt- og utøverperspektivet integrert i større undersøkelser som f.eks. «Ungdata» (Bakken, 2022; Enstad & Bakken, 2022), «EU-kids» (Smahel et al., 2020; Staksrud & Ólafsson, 2019), UEVO (Hafstad & Augusti, 2019) o.l. Eller alternativt utvikle tilsvarende undersøkelser for barn som er etablert for voksne, for eksempel «Seksualvaneundersøkelsen» (Træen et al., 2022) og «International Sex Survey Study» (Böthe, 2021). En annen måte å få samlet større antall relevante data fra denne populasjonen på, vil være å etablere kvalitetsregistre, eksempelvis for mindreårige pasienter i spesialisthelsetjenesten. Utfra dagens kunnskapsstatus er det

ellers et viktig poeng at forskning knyttet til barn og PSA/SSA, må tilstrebe å integrere forståelse og variabler både på tilstedeværende og teknologi-assistert seksuell atferd.

Vi trenger mer spesifikk kunnskap om hjemmeboende barn (jfr. «community based studies») idet forskning basert på kriminalitetsstatistikk og/eller på eldre ungdom og unge voksne som oppholder seg på institusjoner/ungdomsfengsel, ikke er tilstrekkelig. Gewirtz-Meydan & Finkelhor (2020) fant for eksempel at kun 19,1 % av alle PSA/SSA-saker erfart i et stort representativt utvalg av barn (0-17 år, n=13 052), var registrert av politiet i USA. Vi må derfor regne med store mørketall også i kriminalitetsstatistikken. Utfra resultatene i dette arbeidet og sammenholdt med internasjonale forskningsfunn, ser vi at mange barn som har utøvd SSA ofte kommer fra oppbrutte familier med store oppfølgingsbehov. For videre forskning trenger vi imidlertid å rette oppmerksomheten på andre variabler knyttet til hjemmeboende barn og familiens påvirkning – særlig knyttet opp til debut, oppdagelse og eventuell gjentakelse av PSA/SSA. Forskere (og praktikere) bør rette mer oppmerksomhet på familiens kontekstvariabler som økonomi, boligforhold, organisering, atmosfære, relasjoner, holdning til sex og seksualvaner i hjemmet, tid voksne og barna har sammen, organisert deltakelse i fritiden, håndtering og oppfølging av barn etter oppdagelse av SSA, oppfølging av barnets teknologibruk både dag og natt osv.

En annen implikasjon for forskning videre, vil være å se nærmere på sammenhengen mellom de mer kvantitative AIM3-skårene og videre de mer kvalitative begrunnelsene og anbefalingene som fagpersonene har registrert på de standardiserte AIM3-skåringsarkene (se f.eks. Viljoen et al., 2019). I videre forskning kunne det også være interessant å se nærmere på om fagpersonen faktisk lar seg veilede av de kvantitative AIM3-skårene og derav profilen knyttet det unike barnet/familien, og/eller om anbefalingene som gis egentlig blir mer påvirket av hvilken behandlings-kompetanse og/eller metoderepertoar vedkommende fagperson(er) hadde før utredningen tok til. Gir for eksempel den enkelte fagpersonen mer generelle og repeterende anbefalinger over ulike barn/familier, eller er deres vurderinger og anbefalinger mer unike og

tilpassede det enkelte barn/familie og AIM3-skåringen. Vi kan tilsvarende stille spørsmål om fagpersonens anbefalinger blir mer påvirket av hvilke reelle behandlings- og andre typer oppfølgingstiltak som faktisk er tilgjengelige der barna/familiene bor, enn av hva AIM3-skåringene faktisk indikerer av videre behandlings- og andre oppfølgingsbehov. Disse problemstillingene, sammen med hvordan fagpersonen(e) faktisk forholder i utredningsprosessen til prosedyrene som for eksempel AIM3-verktøyet legger opp til, kan videre være alternative måter å undersøke og evaluere bruk og nytte av AIM3 og andre fagverktøy på (se f.eks. Prescott et al., 2022).

Når vi som forskere evaluerer fagverktøy på reliabilitet/validitet, har vi også et ansvar for å se de fagligetiske og pragmatiske utfordringene praktikerne står i når de skal direkte hjelpe barn og familier. Vi kan ikke ende opp i en situasjon hvor det beste blir det godes fiende. Praktikerne må ikke fratas mulighet for å kunne anvende de mest klinisk meningsfulle, eventuelt best evaluerte og tilgjengelige fagverktøyene til enhver tid. Forsknings- og ressursmiljøer og myndigheter må sammen tilrettelegge for at nødvendige fagverktøy til bruk overfor barn/familier, blir utviklet, evaluerte og bedre validerte i fremtiden.

8.12 Implikasjoner for praksis

For bedre å kunne utvikle kultursensitivitet og felles forståelse, kunnskap, kunnskapsdeling, samarbeid og profesjonell sammenhengende respons i PSA/SSA-saker (forskning og praksis), har vi i dette arbeidet rettet oppmerksomheten på å utvikle et felles språk på fagområdet. I Norge skal vi kommunisere, forske og jobbe på norsk med de fleste barn og familier. Flerspråklighet og økende bruk av engelsk hos yngre generasjoner kan absolutt være en ressurs, men dette gjelder ikke for alle fagpersoner og absolutt ikke for alle barn og familier (jfr. alder, kognitiv fungering, språklig opplæring og ferdigheter) (Svendsen, 2021).

Resultatene våre samsvarer i hovedsak med annen internasjonal forskning som viser heterogenitet i barnepopulasjonen som har utøvd SSA, når det gjelder holistiske,

økologiske og utviklingsmessige karakteristika. ATSA (2017, 2019b) poengterer nettopp at dette er en gruppe barn som har behov for bred holistisk/økologisk kartlegging. Utfra foreliggende kunnskapsstatus og foreliggende arbeid, har vi synliggjort at en mer PSA/SSA-relevant kartlegging (jfr. AIM3) bør inkludere eller suppleres av noe bredere vurdering av mulige ACE, digital aktivitet og av barnets utviklings- og fungeringsnivå. Utviklingskartlegging må med andre ord ikke bare være knyttet til barnets kognitive fungering (Cohen et al., 2016), men også til dets sosiale, emosjonelle, fysiske og seksuelle utvikling og fungering (Allardyce & Yates, 2017; Bourne et al., 2022; Creeden, 2018; Jensen, 2021; Lillard et al., 2020; Russell, 2005; Stewart, 2020). En annen viktig implikasjon av funnene, er at fagpersoner i praksisfeltet må involvere og engasjere omsorgspersoner/familiene, ikke bare sette søkelys på individuelle egenskaper ved barnet eller den seksuelle atferden. Dette gjelder ikke bare for PSA/SSA-saker. Helsedirektoratet (2022) viser for eksempel at det er en gjennomgående mangelfull innhenting av data og/eller koding av viktige utviklings- og eller familie forhold i spesialistkoding generelt (jfr. ICD10, akse 3; Psykisk utviklingshemming og akse 5; Avvikende psykososiale forhold). Myndigheter og fagpersoner/faginstanser må utvide synsfeltet og utvikle tjenestefeltet slik at fagpersoner kan kartlegge mer bredt og tilrettelegge for at familiene og utvidet nettverk blir møtt på nødvendige behov. Dette for at fagpersoner best mulig kan støtte tilpasset opp under det konkrete barnets videre helhetlige utvikling, fungering og perspektiv (Campbell et al., 2020).

Når mennesker kommer i kontakt med profesjonelle faginstanser/fagpersoner for hjelp med helsevansker (f.eks. vondt kne, betennelse i sår, cyste), vil de fleste forvente at kartlegging, eventuell diagnose, vurdering og videre behandling er relativt samsvarende og konsistente, uavhengig av bosted (SKDE/Helseatlas, 2023). Vi må stille oss spørsmål om tilsvarende kvalitative praksisinnretting gjelder for barn/familier som har behov for profesjonelle utredninger og vurderinger i for eksempel psykisk helsetjeneste og/eller i kommunalt eller statlig barnevern. For de som formidler, anbefaler, kurser, veileder og etterhvert vil komme til å utvikle norske PSA/SSA-fagverktøy, må det

forventes at opplysninger om mulige (bedre) alternativer, styrker og svakheter formidles eksplisitt og kontinuerlig til aktuelle brukere, slike som fagverktøyets formål, målgruppe, setting, prosedyre og psykometriske egenskaper (Evers, Hagemester, et al., 2013; Hanssen-Bauer, Gowers, et al., 2007; Neumer et al., 2021).

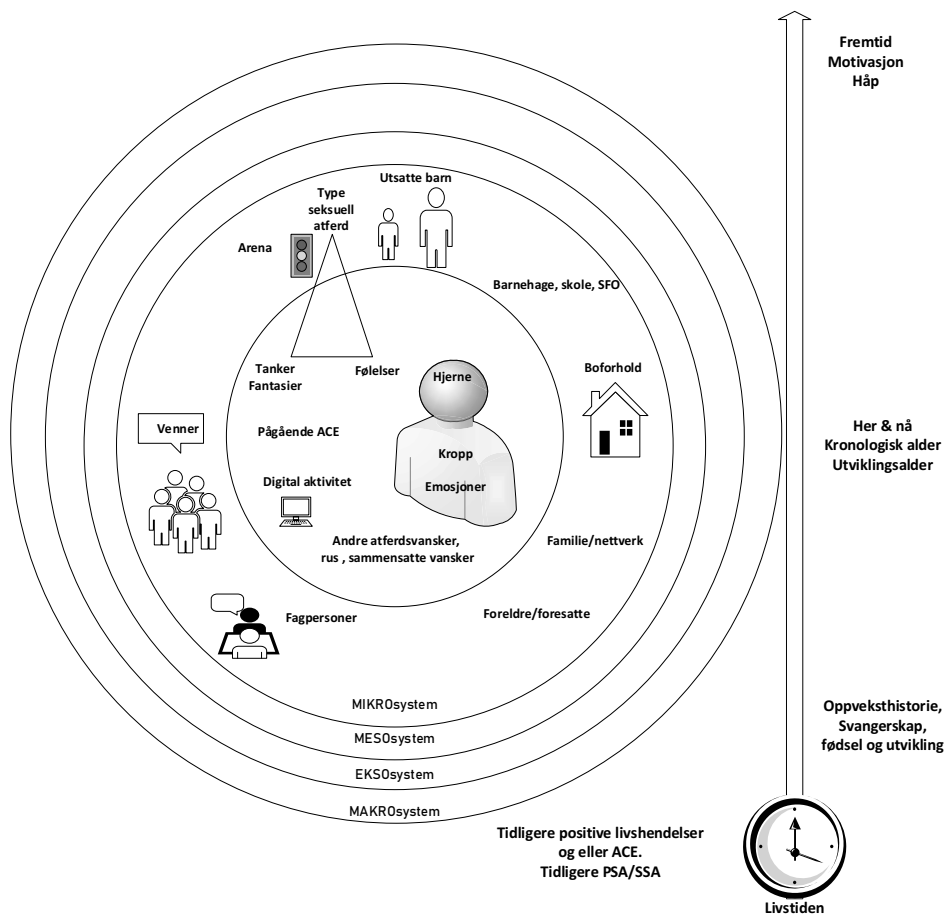
Det foreliggende arbeidet har rettet søkelyset på fagpersoner og deres utøvende praksis knyttet til PSA/SSA. Det er en generell forventning til profesjonelle fagpersoner/faginstanser om at de skal holde seg faglig oppdatert eller søke dit de kan utvikle eller innhente supplerende spesifikk kompetanse og veiledning. Det å finne frem til hvilke fagverktøy som til enhver tid er best oppdatert og validert, kan nok langt på vei søkes regulert gjennom mer utvikling av felles nasjonale strategier, faglige standarder, veiledere, tverrfaglige konsensusgrupper eller digitale kunnskapsplattformer. Utfordringen vil til syvende og sist, likevel falle på hvordan lokale fagpersoner utøver eget ansvar for valg av metode tilpasset det unike barnet og familiens kultur, motivasjon, samtykke, utvikling og fungering (Alexander, 2020; NPF, 1998, 2007). En konkret implikasjon av vår studie er at arbeidsgivere bør tilrettelegge for at fagpersoner i arbeid med AIM3-utredning av komplekse SSA-saker, bør være minst to personer — fra samme arbeidssted eller satt sammen i utredningsteam fra flere faginstanser. Etter vår vurdering bør faginstanser/arbeidsgivere og ressursmiljøer etablere rutiner og evalueres på hvordan de tilrettelegger for kunnskapsbasert praksisutøvelse og utvikling, for eksempel vilje/evne til å tilrettelegge for FoU, bidra til praksisnær forskning eller til utvikling, evaluering og bruk av fagverktøy og metodikk. Ansvar et kan ikke bare individualiseres til den enkelte fagpersonen (Clements et al., 2017; Pelech et al., 2021). Faglig og kvalitativ evaluering av praksisutøvelse burde settes høyere på dagsorden fra for eksempel nasjonale/regionale forskningsinstitusjoner og/eller tilsyns- og bevilgende myndigheter (Bjørke et al., 2013).

I påvente av ytterligere og nødvendig utvikling og evaluering av ulike PSA/SSA-spesifikke fagverktøy, er det derfor et nyttig funn fra dette arbeidet at AIM3

utredningsmodellen vil være akseptabelt forsvarlig å videreføre i norsk kontekst for tverrfaglig/tverrsektoriell bruk med ungdom som man antar eller er identifisert for å ha utøvd SSA. En slik praksis vil også støtte opp under mer felles tverrfaglig/tverrsektoriell forståelse samt mer konsekvent bruk av norske begreper og definisjoner – hensiktsmessig for tverrfaglig/tverrsektoriell praksis og forskning innad i Norge, men også for kommunikasjon, samarbeid og sammenligning med andre internasjonale fagmiljøer og deres resultater/erfaringer.

8.13 Modell for vurdering av PSA/SSA hos barn

Utfra foreliggende arbeid og dets implikasjoner for praksis og forskning, har vi utviklet en modell hvor vi har oppsummert de ulike holistiske/økologiske og utviklings-temaene som fagpersoner bør kartlegge og vurdere hos barn som man sterkt antar eller som er identifisert for å ha utøvd SSA. Modellen er basert på Bronfenbrenner (1979); Cicchetti and Lynch (1993); Sameroff (2009, 2010) sine teorier og modeller. Kartleggingstemaene som er inkludert, særlig på mikrosystem-nivå, er basert på Allotey and Swann (2019); Beech, Nordstrom, & Raine (2018); Creeden (2018); Guilhermino and McCarlie (2019); Leonard & Hackett (2019) og Sosialstyrelsen (2019):



Utfyllende tekst til modellen:

Forhold ved barnet viser til styrker og bekymringer knyttet til barnets neurobiologiske tilstandsavhengige fungering, kroppslige og seksuelle utvikling, kroppslige fornemmelser, emosjonell regulering, rus, atferds- eller andre sammensatte vansker, fysisk og psykisk helse, tidligere eller pågående ACE, digital aktivitet, sosial og relasjonell fungering og forhold knyttet mer spesielt til utøvd PSA/SSA (arena, omfang, utsatte, triggere). *Forhold ved venner:* Sosialt og digitalt nettverk. *Forhold ved familie* viser til styrker og bekymringer knyttet til omsorg, kultur, stimulans, følelsesmessig tilgjengelighet, stress, trygghet, sammensetning og

organisering. *Forhold ved foreldre/omsorgspersoner*: Behov for informasjon, støtte, veiledning og de voksnes egen helse. *Boforhold*: Fysisk ramme, flyttehistorie. *Barnehage, skole, SFO*: Stabilitet, kognitiv fungering, mestring og trivsel. *Forhold ved fagpersoner*: Forståelse, verktøy og metoder. Evne til å trygge, motivere og skape samarbeidsallianser med barn (og deres familier).

I dette arbeidet har vi hovedsakelig sett på forhold knyttet til barnet, familie og fagpersoner på *mikrosystem-nivået*. Men oppmerksomhet og innsats på alle nivåer i den holistiske, økologiske og utviklingsorienterte modellen vil være viktig for å forebygge eller å rehabilitere barn som har utøvd PSA/SSA. På *mesosystem-nivå* i modellen vil for eksempel samarbeid med hjem, barnehage/skole og samarbeid og ansvarsfordeling med øvrige fagpersoner/faginstanser være viktig. På *eksosystem-nivå* vil det for eksempel være kvaliteten på seksualundervisningen, opplæring i digital kompetanse og trygghet, og/eller skolenes holdning og praksis til bruk av sosialt isolerende enetiltak. På *makrosystem-nivå* vil det kunne være fastsettelse av aldersgrenser, prioriteringer i hjelpeapparatet som f.eks. landsdekkende utredning- og behandlingstilbud, forskningsstrategier, satsing på primærforebyggende tiltak, utarbeidelse av nasjonale standarder, opplæring av fagpersoner, strafferettslige rammer og praksis.

8.14 Avsluttende kommentar

Norske politikere og sentrale myndigheter har i løpet av de siste årene satt seksualitet/seksuell atferd blant barn høyt på dagsorden (f.eks. Askeland et al., 2017; Helsedirektoratet, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017: Justis og beredskapsdepartementet, 2021; Departementene, 2021; Holt et al., 2016; Betanien sykehus, 2021), mens det kan fortsatt synes som om deler av praksisfeltet, utdanningsinstitusjoner og forskningsfeltet har en vei å gå.

Det å forske eller jobbe praktisk med barn og deres seksuelle atferd og seksualitet, er både et sensitivt og komplisert fagområde som berører flere filosofiske,

menneskerettslige, politiske, religiøse, kulturelle, teoretiske, metodiske og faglig-etiske spørsmål og dilemmaer (se f.eks. Calder, 2011; Dyer et al., 2020; Fanniff & Alexander, 2022; Hallett et al., 2019; Stinson, 2020; van Epps et al., 2022). Inntil grunnleggende forståelse og kunnskap om seksuell atferd og seksualitet hos barn er bredere etablert i forsknings- og praksisfeltet, må imidlertid ansvarlige fagpersoner forholde seg til barna og deres familier med beste tilgjengelige empirisk baserte kunnskap og verktøy, overfor et stadig økende antall yngre barn som har utøvd ulike typer problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre (Bhuller & Røgeberg, 2022; Gewirtz-Meydan & Finkelhor, 2020; KRIPOS, 2022; Lassemo et al., 2022).

Med utgangspunkt i psykologforeningens prinsipperklæring (NPF, 2007) har vi i dette arbeidet avgrenset oss til empiri knyttet til brukerkarakteristika og fagutøvelse i norsk kontekst. Vi har bidratt med norsk empirisk kunnskap om barn som har utøvd SSA og videre bidratt inn i valideringsprosessen av fagverktøyet AIM3, samt innhentet tverrfaglige fagpersoners stemmer og erfaringer knyttet til verktøyet. Dette arbeidet har riktignok ikke innhentet direkte empiri knyttet til barnas eller familienes egne stemmer og erfaringer (se f.eks. Bjørknes & Ortiz-Barreda, 2021; Campbell et al., 2020; Ingevaldson et al., 2016; Kjellgren, 2019; Livingstone et al., 2014; McKibbin et al., 2017; Tidefors & Strand, 2012; Tidefors & Skillbäck, 2014), men arbeidet er likefullt dedikert til alle barn med det formål å forebygge vold og overgrep og ellers hjelpe både utsatte og her; utøvende barn, best mulig.

Forskning og praksis vil kontinuerlig sirkulere mellom utvikling, utøving, evaluering, nyskaping, ny utvikling osv. Mye har allerede utviklet og endret seg siden National Children's Home i 1992 (Masson & Hackett, 2003) og Shaw og American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1999), kom med de første kjente forskningsoppsummeringene for mindreårige på dette fagområdet. Om noen tiår har nok forståelse og metoder utviklet og endret seg ytterligere. Tradisjonelle utredningsverktøy og behandlingsmetoder basert på samtaler/verbalitet, må trolig dele og vike mer plass for multimodale innfallsvinkler og metoder basert på nyere og stadig

utviklende hjerneprosess-, traumeinformert-, og nevrobiologisk forskning (se f.eks. Barnardo's, 2023; Bræin et al., 2022; Creeden, 2018; Farrell, 2018; Gaskill & Perry, 2012; Kolts & Gilbert, 2018; MacKinnon, 2012; Reme & Jacobsen, 2023; Steinkopf et al., 2017; Søftestad & Andersen, 2015). Et mulig steg for oss alle inn i nærmeste fremtid, bør bli at faginstanser og fagpersoner innretter seg mot mer bred og systematisk digital-, ACE-, familie- og utviklingskartlegging av barn som antas å ha store hjelpe- eller utviklingsbehov (jfr. modell, avsnitt 8.13). Et annet viktig steg vil være å forvente og tilrettelegge for mer systematisk evaluering og tilbakemelding på kvalitativ praksisutøvelse knyttet til de enkelte barn og familiers unike utrednings- og behandlingsforløp, som evaluering av prosess, progresjon, effekt og utfall over tid (se f.eks. Halland et al., 2021; Howard et al., 1996). Dette vil være viktig først og fremst for barna som har gjort noe som av samfunnet blir sett på som uønsket eller avvikende, utenfor de moralske, sosiale eller rettslige rammene i samfunnet. Det er viktig at disse barna ikke blir værende i en posisjon der de skader andre og seg selv, men blir hjulpet av samfunnet i retning mer prososiale og prosekusuelle liv.

9. Litteraturliste

- Adler, N. A., & Schutz, J. (1995). Sibling incest offenders. *Child Abuse Negl*, 19(7), 811-819. doi:10.1016/0145-2134(95)00040-f
- Aebi, M., Krause, C., Barra, S., Vogt, G., Vertone, L., Manetsch, M., Imbach, D., Endrass, J., Rossegger, A., Schmeck, K., & Bessler, C. (2022). What Kind of Therapy Works With Juveniles Who Have Sexually Offended? A Randomized-Controlled Trial of Two Versions of a Specialized Cognitive Behavioral Outpatient Treatment Program. *Sex Abuse*, 34(8), 973-1002. doi:10.1177/10790632211070804
- Aebi, M., Landolt, M. A., Mueller-Pfeiffer, C., Schnyder, U., Maier, T., & Mohler-Kuo, M. (2015). Testing the "Sexually Abused-Abuser Hypothesis" in Adolescents: A Population-Based Study. *Arch Sex Behav*, 44(8), 2189-2199. doi:10.1007/s10508-014-0440-x
- Aebi, M., Vogt, G., Plattner, B., Steinhausen, H. C., & Bessler, C. (2012). Offender types and criminality dimensions in male juveniles convicted of sexual offenses. *Sex Abuse*, 24(3), 265-288. doi:10.1177/1079063211420449
- Alexander, A. A. (26. oktober 2020). *Cultural humility in sex offense assessment and treatment*. [Paper presentation] ATSA Annual Pre-Conference. Digital conference. USA.
- Allardyce, S., & Yates, P. (2017). *Working with Children and Young People who have displayed Harmful Sexual Behaviour*: Dunedin Academic Press.

-
- Allardyce, S., & Yates, P. M. (2013). Assessing Risk of Victim Crossover with Children and Young People who display Harmful Sexual Behaviours. *Child Abuse Rev*, 22(4), 255-267. doi:10.1002/car.2277
- Allotey, J., & Swann, R. (2019). *Technology-Assisted Harmful Sexual Behaviour: Practice Guidance* (2nd ed.). Stockport: UK: AIM project in partnership with NSPCC.
- Allotey, J., & Swann, R. (2019/ 2022). *Teknologi-Assistert Problematisk og Skadelig Seksuell Atferd: Praksisveileder. Norsk versjon.* (M. Jensen, E. M. Mørch, C. B. Edvardsen & M. J. Lundgren, Overs.). Stockport: UK/ Bergen: Norge: AIM project in partnership with NSPCC / Betanien sykehus-V27
- American Psychological Association [APA] (2006). Evidence-based practice in psychology [EBBP]. *American Psychologist*, 61, 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Andershed, A.-K., & Andershed, H. (2016). Improving evidence-based social work practice with youths exhibiting conduct problems through structured assessment. *European Journal of Social Work*, 19(6), 887-900. doi:10.1080/13691457.2015.1043242
- Andrade, J. T., Vincent, G. M., & Saleh, F. M. (2006). Juvenile Sex Offenders: a Complex Population. *J Forensic Sci*, 51(1), 163-167. doi:10.1111/j.1556-4029.2005.00010.x

Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model. *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755.

doi:10.1177/0093854811406356

Archer, E., Nel, P. W., Turpin, M., & Barry, S. (2020). Parents' perspectives on the parent-child relationship following their child's engagement in harmful sexual behaviour. *The Journal of Sexual Aggression*, 26(3), 359-371.

doi:10.1080/13552600.2019.1649479

Askeland, I. R., Jensen, M., & Moen, L. H., (2017). *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig atferd: kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia, forslag til en landsdekkende struktur* (Rapport nr. 1/2017). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS].

https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/03/NKVTS_Rapport_1_2017.pdf

Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse [ATSA]. (2015).

Assessment and Treatment of Adolescents with Intellectual Disabilities Who Exhibit Sexual Problems or Offending Behaviors. In. Oregon. USA:

Association for the Treatment of Sexual Abuse (ATSA).

Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse [ATSA]. (2017).

Practice guidelines for assessment, treatment, and intervention with

adolescents who have engaged in sexually abusive behavior. In. Oregon: USA:

Association for the Treatment of Sexual Abuse.

Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse [ATSA]. (2019a).

Understanding and Responding to Adolescent Sexual Behavior. In. Oregon: USA: Association for the Treatment of Sexual Abuse.

Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse [ATSA]. (2019b).

Understanding Juvenile Sexual Risk Assessment. Facts and Considerations for Practice. In. Oregon: USA: Association for the Treatment of Sexual Abuse.

Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse [ATSA]. (2020).

Understanding And Responding To Pornography Use Among Adolescents Who Have Engaged In Sexually Abusive Behavior: Facts And Considerations For Practice. In. Oregon: USA: Association for the Treatment of Sexual Abuse.

Baker, A. J. L., Tabacoff, R., Tornusciolo, G., & Eisenstadt, M. (2003). Family secrecy: A comparative study of juvenile sex offenders and youth with conduct disorders. *Family Process*, 42(1), 105-116. doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00105.x

Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater*. OsloMet, <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5128/Ungdata-2018.%20Nasjonale%20resultater.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bakken, A. (2022). *Ungdata 2022. Nasjonale resultater*. OsloMet, <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3011548/NOVA-rapport-5-2022.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Barnardo's. (2023). *Improving your family's calmness and mindfulness*.

<https://www.barnardos.org.uk/blog/improving-your-familys-calmness-and-mindfulness>

Barne- og familiedepartementet [BFD] (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Regjeringen,

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Barra, S., Bessler, C., Landolt, M. A., & Aebi, M. (2018a). Patterns of Adverse Childhood Experiences in Juveniles Who Sexually Offended. *Sex Abuse*, 30(7), 803-827. doi:10.1177/1079063217697135

Barra, S., Bessler, C., Landolt, M. A., & Aebi, M. (2018b). Testing the validity of criminal risk assessment tools in sexually abusive youth. *Psychol Assess*, 30(11), 1430-1443. doi:10.1037/pas0000590

Barter, C., Stanley, N., Wood, M., Lanau, A., Aghtaie, N., Larkins, C., & Øverlien, C. (2017). Young People's Online and Face-to-Face Experiences of Interpersonal Violence and Abuse and Their Subjective Impact across Five European Countries. *Psychology of Violence*, 7. doi:10.1037/vio0000096

Bateman, J., & Milner, J. (2015). *Children and Young People whose Behaviour is Sexually Concerning or Harmful: Assessing risk and developing safety plans*. London: Jessica Kingsley Publishers.

-
- Becker, J. V. (1998). What we know about the characteristics and treatment of adolescents who have committed sexual offenses. *Child Maltreatment*, 3(4), 317-329. doi.org/10.1177/10775595980030040
- Beckett, R., Gerhold, C. K. E., & Brown, A. (2002). *Adolescent Sexual Abuser Project (ASAP): Child Abuser Assessment Schedule*. In. Funded and developed in co-operation with SWAAY and the Oxford Mental Health Care NHS Trust.
- Beech, A. R., Carter, A. J., Mann, R. E., & Rotshtein, P. (2018). *The Wiley Blackwell handbook of forensic neuroscience: Volume 1*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Beech, A. R., Nordstrom, B., & Raine, A. (2018). Developmental Risk Factors. In A. R. Beech, A. J. Carter, R. E. Mann, & P. Rotshtein (Eds.), *Forensic Neuroscience, Vol. 2*, pp. 507-529). Hoboken: US: Wiley Blackwell.
- Beech, A. R., & Ward, T. (2004). The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 31-63. doi:10.1016/j.avb.2003.08.002
- Belton, E., & Jackson- Hollis, V. (2016). *A review of the research on children and young people who display harmful sexual behaviour online: What is developmentally appropriate online sexual behaviour, do children and young people with online versus offline harmful sexual behaviours (HSB) differ, and is there an association between online and offline HSB?*
- <https://learning.nspcc.org.uk/media/1199/review-children-young-people-harmful-sexual-behaviour-online-large-text.pdf>

Berelowitz, S., Clifton, J., Firimin, C., Gulyurtlu, S., & Edwards, G. (2013). “If Only Someone Had Listened: Office of the Children’s Commissioner’s Inquiry into Child Sexual Exploitation in Gangs and Groups–Final Report.”

https://dera.ioe.ac.uk/18861/1/If_only_someone_had_listened_Office_of_the_Childrens_Commissioners_Inquiry_into_Child_Sexual_Exploitation_in_Gangs_and_Groups.pdf

Betaniensykehus (2021, 10.01.2023). *Nasjonalt klinisk SSA nettverk.*

<https://betaniensykehus.no/helsefaglig/forskning-og-utvikling/nasjonalt-klinisk-ssa-nettverk>

Bhuller, M., & Røgeberg, O. (2022). *Kjennetegn ved barn og unge som begår kriminelle handlinger og virkninger av straff.* Regjeringen,

<https://www.regjeringen.no/contentassets/e8f0236bb0784a83911537df3d1fb9f2/rapport-ungdomskriminalitet.pdf>

Binford, W. (2018). Viewing pornography through a children’s rights lens. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 25(4), 415-444.

doi:10.1080/10720162.2019.1578311

Birkhaug, P., Mæhle, M., Nielsen, G. H., Ingnes, E. K., Kleive, H., & Solberg, Ø.

(2005). Unge overgripere: En kartleggingsundersøkelse i Hordaland. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(11), 987 - 993.

Bjørke, G., Jarning, H., & Eikeland, O. (2013). *Ny praksis - ny kunnskap: om utviklingsarbeid som sjanger.* Oslo: ABM-media.

-
- Bjørknes, R., & Ortiz-Barreda, G. (2021). Are the voices of parents heard? A scoping review of satisfaction in parenting programs. *Evaluation and Program Planning, 88*, 101928. doi:10.1016/j.evalprogplan.2021.101928
- Blasingame, G. D. (2018). Risk Assessment of Adolescents with Intellectual Disabilities Who Exhibit Sexual Behavior Problems or Sexual Offending Behavior. *J Child Sex Abus, 27*(8), 955-971. doi:10.1080/10538712.2018.1452324
- Bonner, B. L., Marx, B. P., Thompson, J. M., & Michaelson, P. (1998). Assessment of adolescent sexual offenders. *Child Maltreatment, 3*(4), 374-383. doi:10.1177/1077559598003004009
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2003). A Commentary on Ward and Stewart's Model of Human Needs. *Psychology, Crime & Law, 9*(3), 215-218. doi:10.1080/1068316031000112115
- Boonmann, C., van Vugt, E. S., Jansen, L., Colins, O., Doreleijers, T., Stams, G. J., & Vermeiren, R. (2015). Mental disorders in juveniles who sexually offended: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 24*. doi:10.1016/j.avb.2015.06.003
- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 26-37. doi:10.1037/a0013035

-
- Borduin, C. M., Quetsch, L. B., Johnides, B. D., & Dopp, A. R. (2021). Long-term effects of multisystemic therapy for problem sexual behaviors: A 24.9-year follow-up to a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, *89*(5), 393-405. doi:10.1037/ccp0000646
- Bostic, J. Q., Thureau, L., Potter, M., & Drury, S. S. (2014). Policing the teen brain. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *53*(2), 127-129.
doi:10.1016/j.jaac.2013.09.021
- Bourgon, G. & Bonta, J. (2014). Reconsidering the responsivity principle: a way to move forward. *Federal Probation*, *78*(2), 3.
- Bourne, S. V., Korom, M., & Dozier, M. (2022). Consequences of Inadequate Caregiving for Children's Attachment, Neurobiological Development, and Adaptive Functioning. *Clin Child Fam Psychol Rev*, *25*(1), 166-181.
doi:10.1007/s10567-022-00386-4
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. USA: Harvard University Press.
- Bræin, M. K., Hustad, G. S., van Korlaar, M., & Andersson, A. T. (2022). Sanse- og bevegelsesrom (SMART) i behandling av utviklingstraumatiserte barn. Fagbidrag / Fra praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *59*(8), 726-733.
- Bufo dir/Hdir. (2015). *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste*. Helsedirektoratet,
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/samarbeid-mellom-barneverntjenester-og-psykiske-helsetjenester-til-barnets->

[beste/Samarbeid%20mellom%20barneverntjenester%20og%20psykiske%20helsetjenester%20til%20barnets%20beste.pdf/attachment/inline/3318e1cd-d0cb-4314-9990-fl17b9d5a40ec:3ac134796a4fd80095714fb43a577d6d3f16331c/Samarbeid%20mellom%20barneverntjenester%20og%20psykiske%20helsetjenester%20til%20barnets%20beste.pdf](#)

- Böthe, B. (2021). *International Sex Survey (ISS)*. Retrieved 23.02.2023 from https://www.academia.edu/76159830/International_Sex_Survey_ISS
- Caffaro, J. V. (2014). *Sibling Abuse Trauma: Assessment and Intervention Strategies for Children, Families, and Adults (2nd ed.)*. New York: Routledge.
- Calder, M. C. (2011). *Contemporary practice with young people who sexually abuse. Evidence-based developments*. UK: Russell House Publishing.
- Calder, M. C., Hanks, H., Epps, K., Print, B., Morrison, T., & Henniker, J. (2001). *Juveniles and children who sexually abuse: Frameworks for assessment* (Calder, M. C. Ed.). UK: Russell House Publishing.
- Caldwell, M. F. (2002). What we do not know about juvenile sexual reoffense risk. *Child Maltreatment*, 7(4), 291-302. doi: 10.1177/107755902237260.
- Caldwell, M. F. (2010). Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 54(2), 197-212. doi:10.1177/0306624x08330016
- Caldwell, M. F. (2016). Quantifying the decline in juvenile sexual recidivism rates. *Psychology, Public Policy, and Law*, 22, 414-426. doi:10.1037/law0000094

-
- Campbell, F., Booth, A., Hackett, S., & Sutton, A. (2020). Young People Who Display Harmful Sexual Behaviors and Their Families: A Qualitative Systematic Review of Their Experiences of Professional Interventions. *Trauma Violence Abuse, 21*(3), 456-469. doi:10.1177/1524838018770414
- Capaldi, D. M., Kerr, D. C., Eddy, J. M., & Tiberio, S. S. (2016). Understanding Persistence and Desistance in Crime and Risk Behaviors in Adulthood: *Implications for Theory and Prevention. Prev Sci, 17*(7), 785-793. doi:10.1007/s11121-015-0609-0
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Oslo: Norge. Helsedirektoratet, https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/_/attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf
- Carson, C. (2019). *AIM Assessment Models for Children under 12 years old with Problematic or Harmful Sexual behaviours (3rd ed.)*. Stockport: UK: The AIM Project.
- Carson, C. (2019/2022). *AIM-modellen for utredning av barn under 12 år med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Norsk versjon*. (M. Jensen, E. M. Mørch, C. B. Edvardsen & K. Fosheim, Overs.). Stockport: UK / Bergen: Norge: the AIM Project / Betanien sykehus-V27.
- Chaffin, M., Letourneau, E., & Silovsky, J. F. (2002). Adults, adolescents, and children who sexually abuse children: A developmental perspective. I J. E. B.

-
- Myers & L. Berliner, *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, (2nd. Ed., p. 205-232). American Professional Society on the Abuse of Children [APSAC].
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Lyon, T. D., Page, J., Prescott, D. S., Silovsky, J. F., & Madden, C. (2008). Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreat*, 13(2), 199-218. doi:10.1177/1077559507306718
- Chaffin, M., & Bonner, B. (1998). "Don't Shoot, We're Your Children": Have We Gone Too Far in Our Response to Adolescent Sexual Abusers and Children with Sexual Behavior Problems? *Child Maltreatment*, 3(4), 314-316. doi:10.1177/1077559598003004003
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56(1), 96-118. doi:10.1080/00332747.1993.11024624
- Clements, K., Holmes, D., Ryder, R., & Mortimer, E. (2017). *Workforce perspectives on harmful sexual behaviour: Research Report*. <https://www.researchinpractice.org.uk/children/publications/2017/july/workforce-perspectives-on-harmful-sexual-behaviour-research-report-open-access/>
- Coghlan, D., & Casey, M. (2001). Action research from the inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 674-682. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01899.x

-
- Cohen, A. O., Breiner, K., Steinberg, L., Bonnie, R. J., Scott, E. S., Taylor-Thompson, K., Rudolph, M. D., Chein, J., Richeson, J. A., Heller, A. S., Silvermann, M. R., Dellarco, D. V., Fair, D. A., Galván, A., & Casey, B. J. (2016). When Is an Adolescent an Adult? Assessing Cognitive Control in Emotional and Nonemotional Contexts. *Psychol Sci*, *27*(4), 549-562. doi:10.1177/0956797615627625
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E., Goveia, I. C., Jensen, T. K., Granly, L., & Fagermoen, E. M. K. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cohodes, E. M., Kitt, E. R., Baskin-Sommers, A., & Gee, D. G. (2021). Influences of early-life stress on frontolimbic circuitry: Harnessing a dimensional approach to elucidate the effects of heterogeneity in stress exposure. *Dev Psychobiol*, *63*(2), 153-172. doi:10.1002/dev.21969
- Coleman, L., & Coleman, J. (2002). The measurement of puberty: a review. *J Adolesc*, *25*(5), 535-550. doi:10.1006/jado.2002.0494
- Craig, L. A., & Rettenberger, M. (2016). A Brief History of Sexual Offender Risk Assessment. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Treatment of Sex Offenders: Strengths and Weaknesses in Assessment and Intervention* (pp. 19-44). Cham: Springer International Publishing.
- Creeden, K. (2009). How trauma and attachment can impact neurodevelopment: Informing our understanding and treatment of sexual behaviour problems.

Journal of Sexual Aggression, 15(3), 261-273.

doi:10.1080/13552600903335844

Creeden, K. (2013). Taking a developmental approach to treating juvenile sexual behavior problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8, 12-16. doi:10.1037/h0100977

Creeden, K. (2018). Adjusting the Lens. A Developmental Perspective for Treating Youth with Sexual Behavior Problems. In A. R. Beech, A. J. Carter, R. E. Mann, & P. Rotshtein (Eds.), *Forensic Neuroscience (Vol. 2, p. 783-811)*. Hoboken: US: Wiley Blackwell.

Child Rights International Network [CRIN] (2023, 23.02.2023). *Minimum ages of criminal responsibility around the world*.
<https://archive.crin.org/en/home/ages.html>

Dahl, N. C., & Sørensen, D. (2019). Mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse og problematisk eller skadelig seksuell atferd. In O. G. Lillevik, J. S. Salamonsen, & I. Nordhaug (Eds.), *Vold i nære relasjoner. Diskurser og fenomenforståelse* (pp. 69-89). Oslo: Norge: Gyldendal.

Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, 554(7693), 441-450. doi:10.1038/nature25770

Darling, A. J., Hackett, S., & Jamie, K. (2018). Female sex offenders who abuse children whilst working in organisational contexts: offending, conviction and

sentencing. *Journal of Sexual Aggression*, 24(2), 196-214.

doi:10.1080/13552600.2018.1476601

DeLamater, J., & Friedrich, W. N. (2002). Human sexual development. *J Sex Res*, 39(1), 10-14. doi:10.1080/00224490209552113

Departementene. (2021). *Forebygging og bekjempelse av internettrelaterte overgrep mot barn. Nasjonal strategi for samordnet innsats (2021–2025)*. Oslo: Norge: Regjeringen,

https://www.regjeringen.no/contentassets/2915ff68eb2849edb3218055be32d8cb/strategi-mot-internettrelaterte-overgrep-mot-barn_uu.pdf

Donevan, M., Jonsson, L., Bladh, M. et al. (2022). Adolescents' Use of Pornography: Trends over a Ten-year Period in Sweden. *Arch Sex Behav* 51, 1125–1140. doi:10.1007/s10508-021-02084-8

Douglas, K. S. & Otto, R. K. (2021). *Handbook of Violence Risk Assessment (2nd ed.)*. New York: US: Routledge.

Draugedalen, K. (2021). Teachers' responses to harmful sexual behaviour in primary school - findings from a digital survey among primary school teachers. *The Journal of Sexual Aggression*, 27(2), 233-246.

doi:10.1080/13552600.2020.1773552

Dyer, C. e. a. (2020). *Harmful Sexual Behaviour by Children and Young people. The Expert group on preventing sexual offending involving children and young people*. Scotland: Scottish Government,

<https://www.gov.scot/publications/expert-group-preventing-sexual-offending->

[involving-children-young-people-prevention-responses-harmful-sexual-behaviour-children-young-people/](#)

- Efrati, Y., & Dannon, P. (2018). Normative and Clinical Self-Perceptions of Sexuality and Their Links to Psychopathology among Adolescents. *Psychopathology, 51*(6), 380-389. doi:10.1159/000495842
- Eggen, K., Fjeld, W., Malmo, S., & Zachariassen, P. (2014). *Utviklingshemning og seksuelle overgrep– rettsvern, forebygging og oppfølging*. Oslo: Norge: Oslo Universitetssykehus). Utgitt med støtte fra Helsedirektoratet.
- Eggen, M., Jonsson, L., Bladh, M., Priebe, G., Fredlund, C., & Svedin, C. G. (2022). Adolescents' Use of Pornography: Trends over a Ten-year Period in Sweden. *Arch Sex Behav, 51*(2), 1125-1140. doi:10.1007/s10508-021-02084-8
- Elliott, I. A., & Beech, A. R. (2009). Understanding online child pornography use: Applying sexual offense theory to internet offenders. *Aggression and Violent Behavior, 14*(3), 180-193. doi:10.1016/j.avb.2009.03.002
- Elvestad, E., Staksrud, E., & Olafsson, K. (2021). *Digitalt foreldreskap i Norge*. Oslo: Norge. https://www.usn.no/getfile.php/13657557-1617958831/usn.no/forskning/Prosjekter/Digitalt%20foreldreskap/Digitalt_for_eldreskap_i_Norge_2021.pdf
- Enstad, F., & Bakken, A. (2022). *Ungdata junior 2022. Nasjonale resultater*. Oslo: Norge. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3011552>
- Ericsson, K. (2021) Seksualitetens problembærere i barnevernet). *Tidsskriftet Norges Barnevern, 98*(4), 238-253. doi:10.18261/issn.1891-1838-2021-04-02

-
- Evans, J., Kennedy, D., Skuse, T., & Matthew, J. (2020). Trauma-informed practice and desistance theories: Competing or complementary approaches to working with children in conflict with the law? *Salus Journal*, 8(2), 55-76.
doi:10.3316/informit.399118262977096
- Evers, A., Muñiz, J., Hagemester, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A., & Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25, 283-291. doi:10.7334/psicothema2013.97
- Evers, A., Hagemester, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Muñiz J., & Sjöberg, A. (2013). *EFPA Review model for the description and evaluation of psychological and educational tests*. Approved by the EFPA General Assembly, 13-07-2013. <https://psyktestbarn.r-bup.no/cms/files/913>
- Family Planning Queensland [FPQ]. (2011). *Traffic-LightsBrochure. Adapted from the Child at Risk Assessment Unit (2000)*. FPQ,
<https://static1.squarespace.com/static/5a449767a803bb806835ab3d/t/5e5f18054aecf90084d68b4e/1583290376181/TrafficLightsHandout.pdf>
(B. Hegge & Psykiatrisk Opplysningsfond, Overs.), nedlastet 15.01.23 from <https://www.seksuellatferd.no/en/trafikklyset-en/>
- Fanniff, A. M., & Alexander, A. A. (2022). Improving Justice, Equity, Diversity, and Inclusion in Research on Sexual Abuse Perpetration. *Sex Abuse*, 34(7), 780-805. doi:10.1177/10790632221091193

-
- Fanniff, A. M., & Kolko, D. J. (2012). Victim age-based subtypes of juveniles adjudicated for sexual offenses: comparisons across domains in an outpatient sample. *Sex Abuse, 24*(3), 224-264. doi:10.1177/1079063211416516
- Farrell, D. (2018). The Neurobiology of Eye Movement Desensitization Reprocessing Therapy. In A. R. Beech, A. J. Carter, R. E. Mann, & P. Rotshtein (Eds.), *Forensic Neuroscience (Vol. 2, pp. 755-781)*. Hoboken: US: Wiley Blackwell.
- Faure-Walker, D., & Hunt, N. (2022). The Prevalence of Adverse Childhood Experiences Among Children and Adolescents Who Display Harmful Sexual Behaviour: A Review of the Existing Research. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 15*(4), 1051-1061. doi:10.1007/s40653-022-00444-7
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Felizzi, M. V. (2015). Family or Caregiver Instability, Parental Attachment, and the Relationship to Juvenile Sex Offending. *J Child Sex Abus, 24*(6), 641-658. doi:10.1080/10538712.2015.1057668
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics (5th ed.)*. London: UK: Sage.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood Victimization: Violence, Crime, and Abuse in the lives of Young People*. New York: Oxford University Press.

-
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009a). *Juveniles Who Commit Sex Offences Against Minors*. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/227763.pdf>
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009b). *Juveniles Who Commit Sex Offences Against Minors: (630532009-001)* [Data set]. American Psychological Association. doi: 10.1037/e630532009-001
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Holt, M. (2009c). Pathways to Poly-Victimization. *Child Maltreatment, 14*(4), 316-329.
doi:10.1177/1077559509347012
- Firmin, C. (2018). Contextual Risk, Individualised Responses: An Assessment of Safeguarding Responses to Nine Cases of Peer-on-Peer Abuse. *Child Abuse Review, 27*(1), 42-57. doi:10.1002/car.2449
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit Bias in Healthcare Professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics, 18*(1), 19. doi:10.1186/s12910-017-0179-8
- Forsman, M., Johansson, A., Santtila, P., Sandnabba, K., & Långström, N. (2015). Sexually coercive behavior following childhood maltreatment. *Arch Sex Behav, 44*(1), 149-156. doi:10.1007/s10508-014-0296-0
- Fortune, C.-A., Ward, T., & Willis, G. M. (2012). The Rehabilitation of Offenders: Reducing Risk and Promoting Better Lives. *Psychiatry, Psychology, and Law, 19*(5), 646-661. doi:10.1080/13218719.2011.615809
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W. H., Gray, A., & Wright, J. (2001). Child Sexual

-
- Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons. *Child Maltreat*, 6(1), 37-49. doi:10.1177/1077559501006001004
- Frøyland, L. R., Solstad, G. M., Andersen, P. L., Tveito, S. B., Folstad, S. H., & Skilbrei, M.-L. (2021). *Seksuelle overgrep mot barn og unge via digitale medier. En kunnskapsoppsummering* (3/21). OsloMet, <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2755418/NOVA-Rapport-3-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gaskill, R. L., & Perry, B. D. (2012). Clinical Considerations When Children Have Problematic Sexual Behavior. In P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of Child Sexual Abuse: Identification, Assessment, and Treatment* (pp. 399-428). Wiley.
- Gewirtz-Meydan, A., & Finkelhor, D. (2020). Sexual Abuse and Assault in a Large National Sample of Children and Adolescents. *Child Maltreatment*, 25(2), 203-214. doi:10.1177/1077559519873975
- Gilbert, R. P., Widom, C. S. P., Browne, K. P., Fergusson, D. P., Webb, E. F., & Janson, S. P. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Glowacz, F., & Born, M. (2013). Do adolescent child abusers, peer abusers, and non-sex offenders have different personality profiles? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(2), 117-125. doi:10.1007/s00787-012-0333-2

-
- Goldstein, A. M. (2003). *Handbook of psychology: Forensic psychology*, Vol. 11. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Goodyear-Brown, P. (2012). *Handbook of child sexual abuse: identification, assessment, and treatment*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Grabowska, A. (2017). Sex on the brain: Are gender-dependent structural and functional differences associated with behavior? *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 200-212. doi:10.1002/jnr.23953
- Griffin, H., & Beech, A. (2004). *Evaluation of the AIM Framework for the Assessment of Adolescents who Display Sexually Harmful Behaviour*. London: UK: <https://www.readkong.com/page/evaluation-of-the-aim-framework-for-the-assessment-of-5832349>
- Griffin, H. L., Beech, A., Print, B., Bradshaw, H., & Quayle, J. (2008). The development and initial testing of the AIM2 framework to assess risk and strengths in young people who sexually offend. *Journal of Sexual Aggression*, 14(3), 211-225. doi:10.1080/13552600802366593
- Grubin, D. (1999). Actuarial and Clinical Assessment of Risk in Sex Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(3), 331-343. doi:10.1177/088626099014003007
- Grønnerød, C., Grønnerød, J. S., & Grøndahl, P. (2015). Psychological Treatment of Sexual Offenders Against Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcome Studies. *Trauma Violence Abuse*, 16(3), 280-290. doi:10.1177/1524838014526043

-
- Guilhermino, J., & McCarlie, C. (2019). *AIM Intervention Guidance. Working with adolescents, their Families & Carers re Harmful Sexual Behaviours (2nd ed.)*. Stockport: UK: The AIM Project.
- Guilhermino, J., & McCarlie, C. (2019/2020). *AIM Behandling. Veileder for behandling av ungdom som har utvist skadelig seksuell atferd, familien og omsorgsgiverne deres. Norsk versjon*. (M. Jensen, E. M. Mørch & C. B. Edvardsen, Overs.). Stockport: UK / Bergen. Norge: The AIM project / Betanien sykehus(V27).
- Gunby, C., & Woodhams, J. (2010). Sexually deviant juveniles: comparisons between the offender and offence characteristics of 'child abusers' and 'peer abusers'. *Psychology Crime & Law*, 16(1-2), 47-64.
doi:10.1080/10683160802621966
- Gustafsson, P. E., Nilsson, D., & Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18(5), 274-283. doi:10.1007/s00787-008-0728-2
- Gwet, K. L. (2014). *Handbook of Inter-Rater Reliability (4th ed.)*. Gaithersburg: USA: Advanced Analytics, LLC.
- Hackett, S. (2007). *Animal abuse and child maltreatment: A review of the literature and findings from a UK study*. http://www.caar-uk.org/info/animalabuseandchildmaltreatmentfullreport_wdf51934.pdf

-
- Hackett, S. (2010). Children and Young People with Harmful Sexual behaviours. In Barter, C. & Berridge, D. (2010): *Children Behaving Badly?* (pp. 121-135). John Wiley & Sons, Ltd., UK.
- Hackett, S. (2014). *Children and young people with harmful sexual behaviours*. London: UK: Dartington.
- Hackett, S., Balfe, M., Masson, H., & Phillips, J. (2014). Family Responses to Young People Who have Sexually Abused: Anger, Ambivalence and Acceptance. *Children & Society*, 28(2), 128-139. doi:10.1111/j.1099-0860.2012.00471.x
- Hackett, S., Branigan, P., & Holmes, D. (2019). *Harmful sexual behaviour framework. An evidence-informed framework for children and young people displaying harmful sexual behaviours (2nd ed.)*.
<https://learning.nspcc.org.uk/research-resources/2019/harmful-sexual-behaviour-framework>
- Hackett, S., Carpenter, J., Patsios, D., & Szilassy, E. (2013). Interprofessional and interagency training for working with young people with harmful sexual behaviours: An evaluation of outcomes. *The Journal of Sexual Aggression*, 19(3), 329-344. doi:10.1080/13552600.2012.753122
- Hackett, S., Darling, A. J., Balfe, M., Masson, H., & Phillips, J. (2022). Life course outcomes and developmental pathways for children and young people with harmful sexual behaviour. *Journal of Sexual Aggression*. Advance online publication. doi:10.1080/13552600.2022.2124323

-
- Hackett, S., Phillips, J., Masson, H., & Balfe, M. (2013). Individual, Family and Abuse Characteristics of 700 British Child and Adolescent Sexual Abusers. *Child Abuse Rev*, 22(4), 232-245. doi:10.1002/car.2246
- Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS]. Oslo: NKVTS: <https://www.nkvts.no/rapport/ungdoms-erfaringer-med-vold-og-overgrep-i-oppveksten-en-nasjonal-undersokelse-av-ungdom-i-alderen-12-til-16-ar/>
- Hall, S. (2011). Evidence for Working Holistically with Young People who have Sexually Harmed. In M. C. Calder (Ed.), *Contemporary practice with young people who sexually abuse. Evidence-based developments* (s. 14-33). UK: Russell House Publishing.
- Halland, E., Aasen, H., Victor, M., Nystuen, P., Holman, P. A., & Solbakken, O. A. (2021). Lovisenbergmodellen for systematisk tilbakemelding. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), 587-593.
- Hallett, S., Deerfield, K., & Hudson, K. (2019). The Same but Different? Exploring the Links between Gender, Trauma, Sexual Exploitation and Harmful Sexual Behaviours. *Child Abuse Review*, 28(6), 442-454. doi:10.1002/car.2591
- Hallgren, K. A. (2012). Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol*, 8(1), 23-34. doi:10.20982/tqmp.08.1.p023

-
- Halvorsen, M., Mathiassen, B., Sundby, J., Myrbakk, E., Brøndbo, P. H., Steinsvik, O. O., & Martinussen, M. (2014). Psykisk helse hos barn og unge med lavt evnenivå. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *51*(3), 210-215.
- Hamilton-Giachritsis, C., Hanson, E., Whittle, H., & Beech, A. (2017). "Everyone deserves to be happy and safe" A mixed methods study exploring how online and offline child sexual abuse impact young people and how professionals respond to it. doi: 10.13140/RG.2.2.35001.88164
- Hammarström, S., Alehagen, S., & Kilander, H. (2022). Violence and sexual risk taking reported by young people at Swedish youth clinics. *Ups J Med Sci*, *127*. doi:10.48101/ujms.v127.7823
- Hanson, R. K. (2022). *Prediction Statistics for Psychological Assessment*. Washington: UK: American Psychological Association.
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 348-362. doi:10.1037/0022-006X.66.2.348
- Hanssen-Bauer, K., Gowers, S., Aalen, O. O., Bilenberg, N., Brann, P., Garralda, E., Merry, S., & Heyerdahl, S. (2007). Cross-national reliability of clinician-rated outcome measures in child and adolescent mental health services. *Adm Policy Ment Health*, *34*(6), 513-518. doi:10.1007/s10488-007-0135-x
- Hanssen-Bauer, K., Aalen, O. O., Ruud, T., & Heyerdahl, S. (2007). Inter-rater reliability of clinician-rated outcome measures in child and adolescent mental

health services. *Adm Policy Ment Health*, 34(6), 504-512. doi:10.1007/s10488-007-0134-y

Haugland, G. N., Nygaard, I. E., Vik, J. S., & Lindstrøm, T. C. (2011). Ingen penis - ingen skade? Når kvinner begår seksuelle overgrep. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(6), 522-528.

Helsedirektoratet [Hdir]. (2021) *Lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utøve PSA/SSA mot andre unge - konseptutredning*. Helsedirektoratet, <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/lavterskeltilbud-til-barn-og-unge-som-star-i-fare-for-a-utove-psa-ssa-mot-andre-barn-og-unge-konseptutredning>

Helsedirektoratet [Hdir]. (2022). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2021*. Norsk pasientregister, avdeling helseregistre. Helsedirektoratet, <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202021.pdf> /attachment/inline/835894ee-6533-4113-affe-6466c2889be6:a8894c4c0c0b0cc3479cd93aab9c4dae1c9aa71e/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge-2021.pdf

Hempel, I., Buck, N., Cima, M., & Marle, H. (2011). Review of Risk Assessment Instruments for Juvenile Sex Offenders: What is Next? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57. doi:10.1177/0306624X11428315

-
- Henggeler, S. W., Letourneau, E. J., Chapman, J. E., Borduin, C. M., Schewe, P. A., & McCart, M. R. (2009). Mediators of Change for Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders. *J Consult Clin Psychol*, 77(3), 451-462. doi:10.1037/a0013971
- Henniker, J., Print, B., & Morrison, T. (2002). An Inter-agency Assessment Framework for Young People Who Sexually Abuse: Principles, Processes and Practicalities. Child care in practice: *Northern Ireland Journal of Multi-Disciplinary Child Care Practice*, 8(2), 114-126. doi:10.1080/13575270220148567
- Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H. & Askeland, I. R. (2016). *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. [Treatment for children who have displayed and/or have been exposed to violence and sexual abuse: A national survey]. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS], Oslo: [Rapport 6 2016 Nett.pdf](#)
- Horvath, M. A. H., Alys, L., Massey, K., Pina, A., Scally, M., & Adler, J. R. (2013). *Basically...porn is everywhere*. London: UK: https://www.childrenscommissioner.gov.uk/wp-content/uploads/2017/07/Basically_porn_is_everywhere.pdf
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *The American psychologist*, 51(10), 1059-1064. doi:10.1037/0003-066X.51.10.1059

-
- Howitt, D. & Cramer, D. (2014). *Introduction to Statistics in Psychology with SPSS (6th ed.)*. Harlow: UK: Pearson.
- Huss, M. T. (2013). *Forensic psychology. Research, Clinical Practice and Applications (2nd ed.)*. Creighton: USA: Wiley.
- Høiland, K. (2018). The Good Lives Model i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(8), 656-665.
- Høstmælingen, A. (2010). Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 930-936.
- Ingevaldson, S., Goulding, A., & Tidefors, I. (2016). Experiences of intimate relationships in young men who sexually offended during adolescence: interviews 10 years later. *Journal of Sexual Aggression*, 22, 1-13.
doi:10.1080/13552600.2016.1177125
- Ingenes, E. K., & Kleive, H. (2011). *I møte med unge overgripere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jackson- Hollis, V., & Belton, E. (2017). *Children and young people who engage in technology-assisted harmful sexual behaviour: a study of their behaviours, backgrounds and characteristics*. NSPCC, Children and young people who engage in technology-assisted harmful sexual behaviour: a study of their behaviours, backgrounds and characteristics (nspcc.org.uk)
- Jahnke, S. (2018). The Stigma of Pedophilia: Clinical and Forensic Implications. *European psychologist*, 23(2), 144-153. doi:10.1027/1016-9040/a000325

-
- Jensen, M. (2000). Psykoterapi med barn og ungdom - noen karakteristika. Har klinikerne noe å lære fra empirisk basert behandlingsforskning? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 37, 431-436.
- Jensen, M. (2008). Kvinner som forgriper seg. [Aviskronikk, 01.10.2008]. *Bergens Tidende*, <https://www.bt.no/btmeneringer/kronikk/i/53e5X/kvinner-som-forgriper-seg>
- Jensen, M., Garbo, E., Kleive, H., Grov, Ø. & Hysing, M. (2016). Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(5), 366-375.
- Jensen, M. (2020a). De utstøtte. [Meninger/Debatt]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 57(12), 906-909.
- Jensen, M. (2020b). *Kasus 1: Alexander, 14, 5 år*. Kasusvignett utarbeidet til ph.d.-undersøkelsen AIM3 Utredningsmodellen og inter-rater reliabilitet. Vedlegg 11.4 i ph.d. avhandling (UIB, 2023).
- Jensen, M. (2020c). *Kasus 2: Thomas, 13 år*. Kasusvignett utarbeidet til ph.d.-undersøkelsen; AIM3 Utredningsmodellen og inter-rater reliabilitet. Vedlegg 11.5 i ph.d. avhandling (2023).
- Jensen, M. (2020d). *Kasus 3: Julian, 17 år*. Kasusvignett utarbeidet til ph.d.-undersøkelsen; AIM3 Utredningsmodellen og inter-rater reliabilitet. Vedlegg 11.6 i ph.d. avhandling (2023).
- Jensen, M. (2020e). *Spørreskjema til fagpersoner*. Utarbeidet til ph.d.-undersøkelsen; AIM3 Utredningsmodellen og inter-rater reliabilitet. Vedlegg 11.3 i ph.d. avhandling (2023).

-
- Jensen, M. (2021). Vi trenger et bedre tilbud til barn med skadelig seksuell atferd [Fagkronikk/debatt, 04.02.2021]. *Fontene*, <https://fontene.no/debatt/vi-trenger-et-bedre-tilbud-til-barn-med-skadelig-seksuell-atferd-6.47.763232.27fd538825>
- Johnson, T. C. (2002). Some Considerations About Sexual Abuse and Children with Sexual Behavior Problems. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(4), 83-105. doi:10.1300/J229v03n04_05
- Johnston, J. B. (2013). *Early exposure to pornography: Indirect and direct effects on sexual satisfaction in adulthood*. (ph.d.). Fielding Graduate University, Ann Arbor. ProQuest Dissertations and Theses database.
- Jones, L., & Finkelhor, D. (2003). Putting together evidence on declining trends in sexual abuse: A complex puzzle. *Child Abuse & Neglect*, 27, 133-135. doi:10.1016/S0145-2134(02)00534-3
- Jonsson, L. S., & Svedin, C.-G. (2019). *Barn utsatte for seksuelle overgrep av en kvinnlig förövare*. Sverige: ECPAT: https://ecpat.se/wp-content/uploads/2021/04/Forskningsrapport_ECPAT_Barn-utsatta-av-kvinnliga-fo%CC%88ro%CC%88vare_2019_webb.pdf
- Joyal, C. C., Carpentier, J., & Martin, C. (2016). Discriminant factors for adolescent sexual offending: On the usefulness of considering both victim age and sibling incest. *Child Abuse & Neglect*, 54, 10-22. doi:10.1016/j.chiabu.2016.01.006
- Justis og beredskapsdepartementet (2021). *Frihet fra vold*. Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024. Oslo: Norge: Regjeringen,

<https://www.regjeringen.no/contentassets/9c4fb648c66c4c1eb2e58f645eb870b8/209755-jd-frihetfravold-web.pdf>

- Kar, S. K., Choudhury, A., & Singh, A. P. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *J Hum Reprod Sci*, *8*(2), 70-74. doi:10.4103/0974-1208.158594
- Kazdin, A. E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 785-798. doi:10.1037/0022-006X.59.6.785
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *J Consult Clin Psychol*, *66*(1), 19-36. doi:10.1037//0022-006x.66.1.19
- Keelan, C. M., & Fremouw, W. J. (2013). Child versus peer/adult offenders: A critical review of the juvenile sex offender literature. *Aggression and Violent Behavior*, *18*(6), 732-744. doi:10.1016/j.avb.2013.07.026
- Kelly, L. (1988). What's in a Name? : Defining Child Sexual Abuse. *Feminist review*, *28*(1), 65-73. doi:10.1057/fr.1988.5
- Kemper, T. S., & Kistner, J. A. (2010). An evaluation of classification criteria for juvenile sex offenders. *Sex Abuse*, *22*(2), 172-190. doi:10.1177/1079063210366270
- Kim, H. Y. (2017). Statistical notes for clinical researchers: Chi-squared test and Fisher's exact test. *Restor Dent Endod*, *42*(2), 152-155. doi:10.5395/rde.2017.42.2.152

-
- King-Hill, S. (2021). Assessing Sexual Behaviours in Children and Young People: A Realistic Evaluation of the Brook Traffic Light Tool. *Child Abuse Review (Chichester, England: 1992)*, 30(1), 16-31. doi:10.1002/car.2664
- King-Hill, S., & McCartan, K. (2020, 10th November). *Evidence based practice when assessing sexual behaviours in children and young people. Ideology versus research*. NOTA Bulletin. UK: NOTA,
<https://www.nota.co.uk/evidence-based-practice-when-assessing-sexual-behaviours-in-children-and-young-people-ideology-versus-research-sophie-king-hill-kieran-mccartan/>
- Kjellgren, C. (2019). Perspectives of young adult males who displayed harmful sexual behaviour during adolescence on motive and treatment. *The Journal of Sexual Aggression*, 25(2), 116-130. doi:10.1080/13552600.2018.1563647
- Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., Mossige, S., & Långström, N. (2011). Female Youth Who Sexually Coerce: Prevalence, Risk, and Protective Factors in Two National High School Surveys. *J Sex Med*, 8(12), 3354-3362. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01495.x
- Kloppen, K., Haugland, S., Svedin, C. G., Mæhle, M., & Breivik, K. (2016). Prevalence of Child Sexual Abuse in the Nordic Countries: A Literature Review. *J Child Sex Abuse*, 25(1), 37-55. doi:10.1080/10538712.2015.1108944
- Knight, R., & Sims-Knight, J. (2014). Assessment of Dynamic Treatment Targets for Juveniles Who Sexually Offend. In D. S. Bromberg & W. T. O'Donohue

-
- (Eds.), *Toolkit for Working with Juvenile Sex Offenders* (pp. 29-68). Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-405948-1.00002-5
- Kolko, D. J., Noel, C., Thomas, G., & Torres, E. (2004). Cognitive-behavioral treatment for adolescents who sexually offend and their families: individual and family applications in a collaborative outpatient program. *J Child Sex Abus, 13*(3-4), 157-192. doi:10.1300/j070v13n03_09.
- Kolts, R., & Gilbert, P. (2018). Understanding and Using Compassion-Focused Therapy in Forensic Settings. In A. R. Beech, A. J. Carter, R. E. Mann, & P. Rotshtein (Eds.), *Forensic Neuroscience, Vol. 2* (pp. 725-754). Hoboken: US: Wiley Blackwell.
- Konold, T., & Cornell, D. (2015). Multilevel multitrait-multimethod latent analysis of structurally different and interchangeable raters of school climate. *Psychol Assess, 27*(3), 1097-1109. doi:10.1037/pas0000098
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med, 15*(2), 155-163. doi:10.1016/j.jcm.2016.02.012
- Kor, K., Simpson, H., & Fabrianesi, B. (2022). Strengthening Schools' Responses to Students' Harmful Sexual Behaviors: A Scoping Review. *Trauma Violence & Abuse*. doi:10.1177/15248380221111483
- Kosenko, K., Luurs, G., & Binder, A. R. (2017). Sexting and Sexual Behavior, 2011–2015: A Critical Review and Meta-Analysis of a Growing Literature. *Journal*

of Computer-Mediated Communication, 22(3), 141-160.

doi:10.1111/jcc4.12187

Krause, C., Barra, S., Landolt, M. A., Bessler, C., & Aebi, M. (2022). Sexualized Behavior Among Adolescents Who Sexually Offended. *Arch Sex Behav*, 51(8), 4047-4061. doi:10.1007/s10508-022-02345-0

Kreager, D.A., Staff, J., Gauthier, R., Lefkowitz, E.S., Feinberg, M.E. (2016). The double standard at sexual debut: Gender, sexual behavior and adolescent peer acceptance. *Sex Roles* 2016, 75, 377–392.

Kripos. (2016). *Seksuelle overgrep mot barn under 14 år*. Oslo: Norge. Politiet, https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/seksuelle-overgrep-mot-barn-under-14-ar_web.pdf

Kripos. (2019). *Seksuell utnyttelse av barn og unge over internett*. Oslo: Norge. Politiet, <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/seksuelle-overgrep-mot-barn/seksuell-utnyttelse-av-barn-over-internett.pdf>

Kripos. (2020). *Voldtektssituasjonen i Norge 2019*. Oslo: Norge. Politiet, <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/voldtektssituasjonen-i-norge-2019.pdf>

Kripos. (2021). *Barn som selger egenprodusert overgrepsmateriale*. Oslo: Norge. Politiet, <https://www.politiet.no/globalassets/dokumenter/kripos/seksuelle-overgrep/barn-som-selger-egenprodusert-overgrepsmateriale.pdf>

-
- Kripos. (2022). *Barn under 13 år som deler seksualiserte videoer*. Oslo: Norge. Politiet, <https://www.politiet.no/globalassets/dokumenter/kripos/seksuelle-overgrep/barn-under-13-ar-som-deler-seksualiserte-videoer.pdf>
- Kruse, A. E. (2011). Unge som begår seksuelle overgrep. In G. e. a. Borgen (Ed.), *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge. Kunnskapsstatus. Revidert 2011* (pp. 23-45). Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress.
- Landers, R. (2015). Computing Intraclass Correlations (ICC) as Estimates of Interrater Reliability in SPSS. doi:10.15200/winn.143518.81744.
- Lassemo, E., Gunnes, M., Anthun, K. S., Edvardsen, O., Ådnanes, M., & Sand, K. (2022). *Kunnskapsoversikt om seksuelle overgrep mot barn og unge. oslo: Norge*. Regjeringen, https://www.regjeringen.no/contentassets/6374d5ff3bab466dbcaf93d1fdcfb4ce/rapport_kunnskapsoversikt_seksuelle_overgrep_revidert.pdf
- Latzman, N. E., Viljoen, J. L., Scalora, M. J., & Ullman, D. (2011). Sexual offending in adolescence: a comparison of sibling offenders and nonsibling offenders across domains of risk and treatment need. *J Child Sex Abus*, 20(3), 245-263. doi:10.1080/10538712.2011.571233
- Laws, D. R. (2016). Psychological Treatment: Risk Reducer or Life Enhancer? In D. R. Laws (Ed.), *Social Control of Sex Offenders: A Cultural History* (pp. 173-199). London: Palgrave Macmillan UK.

-
- Lee Rasmussen, L. A., & Fagundes, M. (2022). A Critique of the Youth Needs and Progress Scale and Its Applicability to Individuals Ages 18 to 25 with Sexually Abusive Behavior. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(6), 734-752. doi:10.1080/10926771.2021.1983682
- Leonard, M., & Hackett, S. (2019). *The AIM3 Assessment Model. Assessment of Adolescents and Harmful Sexual Behaviour*. Stockport, UK: The AIM Project.
- Leonard, M., & Hackett, S. (2019/2020). *AIM3 utredningsmodellen: utredning av ungdom og skadelig seksuell atferd (SSA)* (M. Jensen & E. M. Mørch, Overs.). Stockport: UK, Bergen: Betanien sykehus (V27)
- Leonard, M. M. (2010). "I did what I was directed to do but he didn't touch me": The impact of being a victim of internet offending. *Journal of Sexual Aggression*, 16(2), 249-256. doi:10.1080/13552601003690526
- Leroux, E. J., Pullman, L. E., Motayne, G., & Seto, M. C. (2016). Victim Age and the Generalist Versus Specialist Distinction in Adolescent Sexual Offending. *Sex Abuse*, 28(2), 79-95. doi:10.1177/1079063214535814
- Levant, R. F. (2006). Making Psychology a Household Word. *Am Psychol*, 61(5), 383-395. doi:10.1037/0003-066X.61.5.383
- Levenson, J. (2014). Incorporating trauma-informed care into evidence-based sex offender treatment. *The Journal of Sexual Aggression*, 20(1), 9-22. doi:10.1080/13552600.2013.861523

-
- Lewis, R. (2018). Literature review on children and young people demonstrating technology-assisted harmful sexual behavior. *Aggression and Violent Behavior, 40*, 1-11. doi:10.1016/j.avb.2018.02.011
- Lillard, C. M., Cooper-Lehki, C., Fremouw, W. J., & DiSciullo, V. A. (2020). Differences in Psychosexual Development Among Child, Peer, and Mixed Juvenile Sex Offenders. *J Forensic Sci, 65*(2), 526-534. doi:10.1111/1556-4029.14194
- Livingstone, S., Kirwil, L., Ponte, C., & Staksrud, E. (2014). In their own words: What bothers children online? *European Journal of Communication, 29*, 271-288. doi:10.1177/0267323114521045
- Livingstone, S., Mascheroni, G., & Staksrud, E. (2017). European research on children's internet use: Assessing the past and anticipating the future. *New Media & Society, 20*(3), 1103-1122. doi:10.1177/1461444816685930
- Longo, R. E. (2003). Emerging Issues, Policy Changes, and the Future of Treating Children with Sexual Behavior Problems. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989*(1), 502-514. doi:10.1111/j.1749-6632.2003.tb07329.x
- Longobardi, C., & Badenes-Ribera, L. (2019). The relationship between animal cruelty in children and adolescent and interpersonal violence: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 46*, 201-211. doi:10.1016/j.avb.2018.09.001

-
- Love, T., Laier, C., Brand, M., Hatch, L., & Hajela, R. (2015). Neuroscience of Internet Pornography Addiction: A Review and Update. *Behav Sci (Basel)*, 5(3), 388-433. doi:10.3390/bs5030388
- Lurie, J. & Tjellflaat, T. (2009). *Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri i Norge. Kunnskap om forskning, offentlige føringer, avtaler og nyere tiltak* (14). Trondheim; Norge. Samforsk, <https://samforsk.no/uploads/files/Publikasjoner/Samarbeid-og-samordning-barnevern-BUP-Rapport-14-2009.pdf>
- Lydersen, S. (2020). Samsvar mellom observatører – eller interobservatørsamsvar? *Tidsskr Nor Lægeforen*. doi:10.4045/tidsskr.19.0772
- Lydersen, S. (2022). Intraklassekorrelasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 11. doi:10.4045/tidsskr.22.0041
- Långström, N., & Jacobson, S. (2016). *Kunskapsöversikt om behandling mot sexuella övergrepp mot barn – svensk sammanfattning*. Sverige: Forte, [Kunskapsöversikt om behandling mot sexuella övergrepp mot barn - Forte](#)
- MacKinnon, L. (2012). The Neurosequential Model of Therapeutics: An Interview with Bruce Perry. *Aust. N.Z. j. fam. ther*, 33(3), 210-218. doi:10.1017/aft.2012.26
- Madigan, S., Ly, A., Rash, C. L., Van Ouytsel, J., & Temple, J. R. (2018). Prevalence of Multiple Forms of Sexting Behavior Among Youth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*, 172(4), 327-335. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.5314

-
- Malvaso, C. G., Proeve, M., Delfabbro, P., & Cale, J. (2020). Characteristics of children with problem sexual behaviour and adolescent perpetrators of sexual abuse: a systematic review. *Journal of Sexual Aggression, 26*(1), 36-61. doi:10.1080/13552600.2019.1651914
- Marshall, W. L., & Hollin, C. (2015). Historical developments in sex offender treatment. *Journal of Sexual Aggression, 21*(2), 125-135. doi:10.1080/13552600.2014.980339
- Masson, H., & Hackett, S. (2003). A decade on from the NCH Report (1992): Adolescent sexual aggression policy, practice and service delivery across the UK and Republic of Ireland. *Journal of Sexual Aggression, 9*(2), 109-124. doi:10.1080/13552600310001632084
- 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 Negl, 70*, 210-221. doi:10.1016/j.chiabu.2017.06.017
- McKillop, N., Brown, S., Smallbone, S., & Pritchard, K. (2015). Similarities and differences in adolescence-onset versus adulthood-onset sexual abuse incidents. *Child Abuse Negl, 46*, 37-46. doi:10.1016/j.chiabu.2015.02.014
- McNeish, D., & Scott., S. (2018, 15.02.2023). *Key messages from research on intra-familial child sexual abuse*. UK: Centre of Expertise on Child Sexual Abuse, <https://www.csacentre.org.uk/resources/key-messages/intra-familial-csa/>

-
- Medietilsynet. (2016). *Barn og medier 2016. 9-16 åringers bruk og opplevelse av medier*. Retrieved from Oslo: Norge. Medietilsynet,
https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2016_barnogmedier.pdf
- Medietilsynet. (2020a). *Barn og Medier 2020. Om sosiale medier og skadelig innhold på nett*. Oslo: Norge. Medietilsynet,
https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/200211-barn-og-medier-2020-delrapport-1_-februar.pdf
- Medietilsynet. (2020b). *Barn og medier 2020. Seksuelle kommentarer og nakenbilder*. Oslo: Norge. Medietilsynet,
<https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/200519-delrapport-4-seksuelle-kommentarer-og-delning-av-nakenbilder---barn-og-medier-2020.pdf>
- Medietilsynet. (2020c). *Barn og medier 2020. Ungdoms erfaring med porno på nett*. Oslo: Norge. Medietilsynet,
https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/200526-delrapport-5-ungdoms-erfaring-med-porno-pa-nett_barn-og-medier-2020_.pdf
- Meeus, W. (2016). Adolescent psychosocial development: A review of longitudinal models and research. *Developmental Psychology*, 52, 1969-1993.
doi:10.1037/dev0000243

-
- Miccio-Fonseca, L. C. (2013). MEGA[^]: A New Paradigm in Risk Assessment Tools for Sexually Abusive Youth. *Journal of Family Violence, 28*(6), 623-634. doi:10.1300/J056v11n03_08
- Miccio-Fonseca, L. C., & Rasmussen, L. A. L. (2018). Scientific Evolution of Clinical and Risk Assessment of Sexually Abusive Youth: A Comprehensive Review of Empirical Tools. *Journal of Child Sexual Abuse, 27*(8), 871-900. doi:10.1080/10538712.2018.1537337
- Miner, M. H. (2002). Factors Associated with Recidivism in Juveniles: An Analysis of Serious Juvenile Sex Offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 39*(4), 421-436. doi:10.1177/002242702237287
- Miner, M. H., Swinburne Romine, R., Robinson, B. B., Berg, D., & Knight, R. A. (2016). Anxious Attachment, Social Isolation, and Indicators of Sex Drive and Compulsivity: Predictors of Child Sexual Abuse Perpetration in Adolescent Males? *Sex Abuse, 28*(2), 132-153. doi:10.1177/1079063214547585
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev, 100*(4), 674-701. doi:10.1037/0033-295X.100.4.674
- Morrison, T., O'Callaghan, D., Print, B., Quayle, J., & Wilkinson, L. (2006/2018). *AIM veileder for behandling av ungdom med skadelig seksuell atferd og deres familier* (M. Jensen & E. M. Mørch, Overs.). Stockport: UK / Bergen: Norge: The AIM Project in cooperation with G-MAP / Betanien sykehus (V27).

Mossige, S., & Huang, L. (2010). Omfanget av seksuelle krenkelser og overgrep i en norsk ungdomsbefolkning. *Norsk Epidemiologi* 20(1), 53-52.

doi:10.5324/nje.v20i1.1295

Mossige, S., & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007 - 2015*. NOVA rapport nr. 5/2016. OsloMet,

<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5104/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-ung-NOVA-Rapport-5-16-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Munro, E. (2020). *Effective child protection* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE.

Myers, S. (2008). Children and Young People who have Sexually Harmful

Behaviours: From Fixed to Transformative Risk Assessment. *Liverpool Law Review*, 29(1), 51. doi:10.1007/s10991-008-9035-8

Nash, V., Adler, J. R., Horvath, M. A. H., Livingstone, S., Marston, C., Owen, G., & Wright, J. (2015). *Identifying the Routes by which Children View Pornography Online: Implications for Future Policy-makers Seeking to Limit Viewing*. *Report of Expert Panel for DCMS*. UK: Department for Culture, Media and Sport in UK,

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/500701/Report_of_DCMS_Expert_Panel_Autumn_2015_FINAL_.pdf

National Center for Missing & Exploited Children [NCMEC]. 2021. *CyberTipline Reports by Country*. NCMEC,

<https://www.missingkids.org/content/dam/missingkids/pdfs/2021-reports-by-country.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2016). *Harmful sexual behaviour among children and young people*.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng55>

Neal, T. M. S., Martire, K. A., Johan, J. L., Mathers, E. M., & Otto, R. K. (2022). The Law Meets Psychological Expertise: Eight Best Practices to Improve Forensic Psychological Assessment. *Annual Review of Law and Social Science*, 18(1), 169-192. doi:10.1146/annurev-lawsocsci-050420-010148

Negriff, S., Schneiderman, J. U., & Trickett, P. K. (2015). Child Maltreatment and Sexual Risk Behavior: Maltreatment Types and Gender Differences. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(9), 708-716.

doi:10.1097/dbp.0000000000000204

Ness, C. M. (2002). Perspectives on Sexually Reactive Youth. *Reclaiming Children and Youth*, 10(4), 201-205. [Perspectives on Sexually Reactive Youth -](#)

[ProQuest](#)

Netland, J. D., & Miner, M. H. (2012). Psychopathy traits and parental dysfunction in sexual offending and general delinquent adolescent males. *Journal of Sexual Aggression*, 18(1), 4-22. doi:10.1080/13552600.2011.632696

Neumer, S.-P., Jozefiak, T., Reedtz, C., Stormark, K. M., & Martinussen, M. (2021). Strengere krav til tester. Det bør stilles strengere kvalitetskrav til tester som

brukes for barn og unge i Norge. *Meninger/Debatt/Tester. Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 58(3), 220.

Niec, L. N. (2018). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy: Innovations and Applications for Research and Practice (1st ed.)* Springer Link.

Norsk psykologforening [NPF]. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Oslo: Norge: NPF, <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>

Norsk psykologforening [NPF]. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. NPF, <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>

National Society for the Prevention of Cruelty to Children [NSPCC]. (2021a). *Responding to children who display sexualised behaviour*. Retrieved 01.02.2023 from <https://www.york.org.uk/Safer%20Children%20York%202014/Downloads/NSPCC%20responding-harmful-sexual-behaviour.pdf>

National Society for the Prevention of Cruelty to Children [NSPCC]. (2021b). *Statistics briefing: Harmful Sexual Behaviour*. Retrieved 01.02.2023 from <https://learning.nspcc.org.uk/media/1661/statistics-briefing-harmful-sexual-behaviour.pdf>

National Society for the Prevention of Cruelty to Children [NSPCC]. (2021c). *Understanding sexualised behaviour in children*. Retrieved 01.02.2023 from

<https://learning.nspcc.org.uk/child-abuse-and-neglect/harmful-sexual-behaviour/understanding>

- Ogloff, J. R. P., & Davis, M. R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-needs-responsivity approach. *Psychology, Crime & Law, 10*, 229-242. doi:10.1080/0683160410001662735
- Paap, M. C. S., Martinussen, M., Jakobsen, J., Jozefiak, T., Axelsdottir, B., & Numer, S.-P. (2018). *Tester for barn og unge i Norge bør kvalitets-sikres bedre*. Psykologisk.no, https://psykologisk.no/2018/06/tester-for-barn-og-unge-i-norge-bor-kvalitetssikres-bedre/#_ENREF_4
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Jain, S., Hansen, J., Spell, M., & Lee, M. (2004). Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: A prospective validation study. *Ann Intern Med, 141*(10), 771-780. doi:10.7326/0003-4819-141-10-200411160-00008
- Pelech, J., Tickle, A., & Wilde, S. (2021). Professionals' experiences of working with children and young people with harmful sexual behaviour: a systematic review using meta-ethnographic synthesis. *Journal of Sexual Aggression, 27*(2), 264-284. doi:10.1080/13552600.2020.1846801
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits". *Infant Ment. Health J, 16*(4), 271-291. doi:10.1002/1097-0355(199524)16:4<271::AID-IMHJ2280160404>3.0.CO 2-B

-
- Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2016). Adolescents and Pornography: A Review of 20 Years of Research. *J Sex Res*, *53*(4-5), 509-531.
doi:10.1080/00224499.2016.1143441
- Pithers, W. D. (1999). Empathy: Definition, enhancement, and relevance to the treatment of sexual abusers. *Journal of Interpersonal Violence*, *14*(3), 257-284. doi:10.1177/088626099014003004
- Pizzol, D., Bertoldo, A., & Foresta, C. (2016). Adolescents and web porn: a new era of sexuality. *Int J Adolesc Med Health*, *28*(2), 169-173. doi:10.1515/ijamh-2015-0003
- Pratt, R., & Fernandes, C. (2015). How Pornography May Distort Risk Assessment of Children and Adolescents Who Sexually Harm. *Children Australia*, *40*(3), 232-241. doi:10.1017/cha.2015.28
- Prentky, R., Righthand, S., Worling, J., & Kang Balzarini, T. (2020). *Final Report: Development and Implementation Project for the Youth Needs and Progress Scale (YNPS)*. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/smart/grants/254814.pdf>
- Prescott, D. S., Willis, G., & Ward, T. (2022). Monitoring Therapist Fidelity to the Good Lives Model (GLM). *Int J Offender Ther Comp Criminol*,
doi:10.1177/0306624X221086572
- Prescott, D. S., & Willis, G. M. (2022). Using the good lives model (GLM) in clinical practice: Lessons learned from international implementation projects. *Aggression and Violent Behavior*, *63*, 101717. doi:10.1016/j.avb.2021.101717

-
- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2012). Online or off-line victimisation and psychological well-being: a comparison of sexual-minority and heterosexual youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 21*(10), 569-582. doi:10.1007/s00787-012-0294-5
- Print, B., Griffin, H., Beech, A., Quayle, J., Bradshaw, H., Henniker, J., & Morrison, T. (2012). *The AIM2 model of initial assessment. Guidance document (rev.2012)*. Stockport: UK
- Print, B., Griffin, H., Beech, A., Quayle, J., Bradshaw, H., Henniker, J., & Morrison, T. (2012/2017). *AIM2 Modellen. Utredning av ungdom med problematisk og skadelig seksuell atferd. Veileder. Norsk versjon*. (M. Jensen & E. M. Mørch, Overs.). Stockport: UK / Bergen: Norge: The AIM Project / Betanien sykehus (V27).
- Print, B. (2014). Developing the AIM2 Initial Assessment Model. In S. Hackett (Ed.), *Children and young people with harmful sexual behaviours* (pp. 73-74). Dartington: UK: Research in practice.
- Print, B. & Ward, T. (2013). *Good Lives Model for Adolescents Who Sexually Harm*. Vermont: US: The Safer Society Press.
- PsykTestBarn. (2019, 15.02.2023). *Psykometri - måleegenskaper*. Oslo: Norge.
PsykTestbarn, <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/om-psyktestbarn/psykometri-maaleegenskaper>
- Qadara, A., O'Brien, W., Ball, O., Douglas, W., & Vu, L. (2020). *Good Practice in delivering and evaluating interventions for young people with harmful sexual behaviours*. Australia: ANROWS,

<https://anrowsdev.wpenginepowered.com/wp-content/uploads/2020/06/PI.17.07-Quadara-RR-YPHSB-FINAL.pdf>

Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse Negl*, 37(10), 801-813.

doi:10.1016/j.chiabu.2013.02.004

R Core Team. (2018). *R: A language and environment for statistical computing* (Version 3.6.0). Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>

Reme, S. E., & Jacobsen, H. B. (15.02.2023). *The Mind Body Lab - tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid*. [Webside] <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/reks-i-media-og-fagskrifter/the-mind-body-lab-tverrfaglig-og-tverrprofesjonelt-forskningssamarbeid>

Rich, P. (2005). *Attachment and Sexual Offending: Understanding and Applying Attachment Theory to the Treatment of Juvenile Sexual Offenders* (1. ed.). UK: Wiley.

Richter, J., & Hanssen-Bauer, K. (2012). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)*. <https://r-bup.brage.unit.no/r-bup-xmlui/handle/11250/2386067>

-
- Russell, S. T. (2005). Conceptualizing positive adolescent sexuality development. *Sexuality research & social policy*, 2(3), 4-12. doi:10.1525/srsp.2005.2.3.4
- Rutter, M. (2007). Resilience, Competence, and Coping. *Child Abuse Negl*, 31(3), 205-209. doi:10.1016/j.chiabu.2007.02.001
- Ryan, G. (1999). Treatment of sexually abusive youth: The evolving consensus. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(4), 422-436.
doi:10.1177/088626099014004005
- Salter, M., Crofts, T., & Lee, M. (2013). Beyond Criminalisation and
Responsibilisation: Sexting, Gender and Young People. *Current issues in
criminal justice*, 24(3), 301-316. doi:10.1080/10345329.2013.12035963
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff, *The transactional
model of development: How children and contexts shape each other*. (pp. 3-
21). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of
Nature and Nurture. *Child Dev*, 81(1), 6-22. doi:10.1111/j.1467-
8624.2009.01378.x
- Sanchis-Sanchis, A., Grau, M. D., Moliner, A.-R., & Morales-Murillo, C. P. (2020).
Effects of age and gender in emotion regulation of children and adolescents.
Frontiers in Psychology, 11. doi:10.3389/fpsyg.2020.00946
- Sandnabba, N. K., Santtila, P., Wannäs, M., & Krook, K. (2003). Age and gender
specific sexual behaviors in children. *Child Abuse Negl*, 27(6), 579-605.
doi:10.1016/s0145-2134(03)00102-9

Sandvik, M., Skorpe Tennfjord, O., Draugedalen, K., & Larsen, K. (2021).

Forebygging og håndtering av problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn og unge. En veileder for ansatte i barne- og ungdomsskolen.

https://www.seksuellatferd.no/wp-content/uploads/2021/02/rvts_seksuell-atferd_3februar_web.pdf

Sandvik, M., Skorpe Tennfjord, O., & Brøndbo, M. N. (2022). *Forebygging og*

håndtering av problematisk og skadelig seksuell atferd hos førskolebarn. En veileder for ansatte i barnehage. [https://www.rvts-](https://www.rvts-barnehageveileder.no/files/ugd/15aa06_a9a0eadf00484648902db9c973952cd)

[barnehageveileder.no/files/ugd/15aa06_a9a0eadf00484648902db9c973952cd](https://www.rvts-barnehageveileder.no/files/ugd/15aa06_a9a0eadf00484648902db9c973952cd)
[4.pdf](https://www.rvts-barnehageveileder.no/files/ugd/15aa06_a9a0eadf00484648902db9c973952cd)

Saradjian, J. (1996). *Women who sexually abuse children. From research to clinical practice.* Liverpool: UK: Wiley.

Scherf, K. S., Behrmann, M., & Dahl, R. E. (2012). Facing changes and changing faces in adolescence: A new model for investigating adolescent-specific interactions between pubertal, brain and behavioral development. *Dev Cogn Neurosci*, 2(2), 199-219. doi:10.1016/j.dcn.2011.07.016

Schmucker, M. & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations. *J Exp Criminol* 11, 597–630 (2015). doi: 10.1007/s11292-015-9241-z

Seto, M. C., Hermann, C. A., Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., & Långström, N. (2015). Viewing Child Pornography: Prevalence and Correlates in a

-
- Representative Community Sample of Young Swedish Men. *Arch Sex Behav*, 44(1), 67-79. doi:10.1007/s10508-013-0244-4
- Seto, M. C., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G., & Långström, N. (2010). Sexual Coercion Experience and Sexually Coercive Behavior: A Population Study of Swedish and Norwegian Male Youth. *Child Maltreat*, 15(3), 219-228. doi:10.1177/1077559510367937
- Seto, M. C., & Lalumiere, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychol Bull*, 136(4), 526-575. doi:10.1037/a0019700
- Shaffer, C. S., Viljoen, J. L., & Douglas, K. S. (2022). Predictive validity of the SAVRY, YLS/CMI, and PCL:YV is poor for intimate partner violence perpetration among adolescent offenders. *Law and Human Behavior*, 46, 189-200. doi:10.1037/lhb0000483
- Shaw, J. A., & American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1999). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who Are Sexually Abusive of Others. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (Supplement), 55-76S. doi:10.1097/00004583-199912001-00004
- Shawler, P., Silvis, V. G., Taylor, E. K., Shields, J., Beasley, L., & Silovsky, J. F. (2020). Early identification of youth with problematic sexual behavior: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 105, 104317. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104317

-
- Silovsky, J., & Niec, L. (2002). Characteristics of Young Children with Sexual Behavior Problems: A Pilot Study. *Child Maltreatment*, 7, 187-197.
doi:10.1177/1077559502007003002
- Silovsky, J. F., Hunter, M. D., & Taylor, E. K. (2019). Impact of early intervention for youth with problematic sexual behaviors and their caregivers. *Journal of Sexual Aggression*, 25, 4-15. doi:10.1080/13552600.2018.1507487
- Silovsky, J. F., Swisher, L. M., Widdifield, J., & Burriss, L. (2012). Clinical Considerations When Children Have Problematic Sexual Behavior. In P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of Child Sexual Abuse: Identification, Assessment, and Treatment* (pp. 399-428). Wiley.
- Skau, B. (2007). *Who has seen what when? Pornography's contribution to the social construction of sexuality during childhood and adolescence* (ph.d.) ProQuest Dissertations Publishing, Lyle S. Hallman Faculty of Social Work, Wilfrid Laurier University, USA.
- SKDE/Helseatlas. (15.02.2023). *Helseatlas - Likeverdige helsetjenester - uansett hvor du bor?* [Webside], <https://www.skde.no/helseatlas/>
- Skubic Kemper, T., & Kistner, J. A. (2007). Offense History and Recidivism in Three Victim-age-based Groups of Juvenile Sex Offenders. *Sexual Abuse*, 19(4), 409-424. doi:10.1177/107906320701900406
- Smahel, D., Machackova, H., Mascheroni, G., Dedkova, L., Staksrud, E., Ólafsson, K., Livingstone, S., & Hasebrink, U. (2020). *EU Kids Online 2020: Survey*

results from 19 countries. <https://www.eukidsonline.ch/files/Eu-kids-online-2020-international-report.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Barns Behov i Centrum (BBIC)*. Sverige: Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/barns-behov-i-centrum/>

Solholm, R. (2019). *Foreldrenes status og rolle i familie- og nærmiljøbaserte intervensjoner for barn med atferdsvansker*. (ph.d.) Universitetet i Bergen, bora.uib.no

South Eastern Centre Against Sexual Assault & Family Violence [SECASA]. (2007/2017). *Age Appropriate Sexual Behaviours in Children and Young People. Information for carers, professionals and the general public (Second ed.)*. East Bentleigh: Australia: SECASA, <https://www.ncsby.org/sites/default/files/Age-appropriate-behavioursbook.pdf>

Spice, A., Viljoen, J., Latzman, N., Scalora, M., & Ullman, D. (2012). Risk and Protective Factors for Recidivism among Juveniles who have Offended Sexually. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25. doi:10.1177/1079063212459086

St Amand, A., Bard, D. E., & Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: practice elements and outcomes. *Child Maltreat*, 13(2), 145-166. doi:10.1177/1077559508315353

Staksrud, E., & Ólafsson, K. (2019). *Tilgang, bruk, risiko og muligheter. Norske barn på Internett. Resultater fra EU Kids Online-undersøkelsen i Norge 2018*.

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/72793/1/eu-kids-online-hovedrapport-for-norge-2019.pdf>

- Starling, S. P., Frasier, L. D., Jarvis, K., & McDonald, A. (2013). Inter-rater reliability in child sexual abuse diagnosis among expert reviewers. *Child Abuse Negl*, 37(7), 456-464. doi:10.1016/j.chiabu.2013.01.002
- Stathopoulos, M. (2012). *Sibling sexual abuse. Practice guide*. In. Australia: Australian Centre for the Study of Sexual Assault (ACSSA).
https://aifs.gov.au/sites/default/files/publication-documents/ressum3_0.pdf
- Steine, I. M., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I. H., Mrdalj, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(10), 950-957.
- Steinkopf, H., Bræin, M. K., & Nordanger, D. Ø. (2017). Kartlegging av barn med «The Neurosequential Model of Therapeutics». *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(10), 958-969.
- Stewart, J. L. (2020). *A Rights-Based Approach to Positive Sexuality Development among Adolescents*. (ph.d.). North Carolina State University, Ann Arbor. ProQuest Dissertations Publishing.
- Stinson, J. D. (21.10.2020). *Forget the Trolley, We're on the Fringe: Complex Ethical Dilemmas in Forensic Practice & Research*. Digital Commons @ East Tennessee State University. [Presentation] at ATSA 2020 Preconference.

-
- Strand, N. (2018). Sjekkk om testen er god. *Aktuelt/Nyheter. Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 56 (4).
- Suleiman, A. B., Galván, A., Harden, K. P., & Dahl, R. E. (2017). Becoming a sexual being: The ‘elephant in the room’ of adolescent brain development. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 25, 209-220.
doi:10.1016/j.dcn.2016.09.004
- Sutherland, A. A. (2010). *Sexual violence risk assessment: an investigation into the inter-rater reliability of the RSVP in Scotland*. (ph.d.) Doctoral dissertation. University of Glasgow, Scotland. <https://theses.gla.ac.uk/2168/>
- Sutherland, A. A., Johnstone, L., Davidson, K. M., Hart, S. D., Cooke, D. J., Kropp, P. R., Logan, C., Michie, C., & Stocks, R. (2012). Sexual Violence Risk Assessment: An Investigation of the Interrater Reliability of Professional Judgments Made Using the Risk for Sexual Violence Protocol. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(2), 119-133.
doi:10.1080/14999013.2012.690020
- Svae, G. B., Hassel, B., & Søndena, E. (2023). People with intellectual disabilities and harmful sexual behaviour: Professionals' views on the barriers to prevent harm. *J Appl Res Intellect Disabil*, 36(1), 176-185. doi:10.1111/jar.13048
- Svedin, C. G., & Banck, L. (2002). *Sexuelle övergrepp mot flickor och pojkar*. Lund: Sverige: Studentlitteratur.
- Svendsen, B. A. (2021). *Flerspråklighet - til begeistring og besvær*. Oslo: Norge: Gyldendal.

-
- Swann, R. (2009). *Internet Assessment Intervention & Moving-On. iAIM Practice Guidance for Young People who display Harmful Sexual Behaviour online using new technologies*. Manchester: UK: The AIM Project.
- Swann, R. (2017). *Technology-Assisted Harmful Sexual Behaviours. Practice Guidance*. UK: London: NSPCC & AIM
- Søftestad, S., & Andersen, I. L. (2015). *Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming*. Kristiansand: Norge: Universitetsforlaget.
- Teicher, M. H. (2002). Scars that won't heal: the neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 286(3), 54. doi:10.1038/scientificamerican0302-68
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. I. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*, 27(1), 33-44.
doi:10.1016/S0149-7634(03)00007-1
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci*, 17(10), 652-666. doi:10.1038/nrn.2016.111
- ter Beek, E. (2018). *To treat or not to treat? Harmful sexual behavior in adolescence: Needs before risk*. (ph.d.). University of Amsterdam, the Netherlands. <https://hdl.handle.net/11245.1/42ec7d90-17e6-4b8a-b4e8-7c637e66c537>
- Tidefors, I., Goulding, A., & Arvidsson, H. (2011). A Swedish sample of 45 adolescent males who have sexually offended: Background, individual

characteristics, and offending behavior. *Nordic Psychology*, 63, 18-34.

doi:10.1027/1901-2276/a000043

Tidefors, I., & Skillbäck, S. (2014). The picture of me: Narratives about childhood and early adolescence by boys who have sexually abused peers. *Nordic Psychology*, 66, 53-67. doi:10.1080/19012276.2014.886906

Tidefors, I., & Strand, J. (2012). Life History Interviews with 11 Boys Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Who Had Sexually Offended: A Sad Storyline. *Journal of Trauma & Dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 13, 421-434.

doi:10.1080/15299732.2011.652344

True Relationships & Reproductive Health [TRUE]. (2015). *Traffic light. Sexual behaviours in children & young people. A guide to identify, understand and respond to sexual behaviours*. Adapted from the Child at Risk Assessment Unit (2000). Age Appropriate Sexual Play and Behaviour in Children.

<http://www.wbsass.com.au/themes/default/basemedia/content/files/Traffic-LightsBrochure.pdf>

Træen, B., Fischer, N., & Grøndahl, P. (2022). Norwegian Data on Prevalence, Sexual Risk Behaviors, Sexual Problems, and Sexual Satisfaction in Women Who Have Sex Exclusively with Women, Women Who Have Sex Exclusively with Men, and Women Who Have Sex with Men and Women. *International Journal of Sexual Health*, 35, 1-15. doi:10.1080/19317611.2022.2137267

-
- Træen, B., & Schaller, S. (2013). Seksualitet som tema blant norske psykologer i klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 98-107.
- Tucker, C. J., Finkelhor, D., Shattuck, A. M., & Turner, H. (2013). Prevalence and correlates of sibling victimization types. *Child Abuse Negl*, 37(4), 213-223. doi:10.1016/j.chiabu.2013.01.006
- Tucker, C. J., Finkelhor, D., & Turner, H. (2018). Family Adversity's Role in the Onset and Termination of Childhood Sibling Victimization. *Psychology of Violence*, 8(1), 10-18. doi:10.1037/vio0000087
- Turner, D., Wolf, A. J., Barra, S., Müller, M., Gregório Hertz, P., Huss, M., Tüscher, O., & Retz, W. (2021). The association between adverse childhood experiences and mental health problems in young offenders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(8), 1195-1207. doi:10.1007/s00787-020-01608-2
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- van der Kolk, B. A. (2020). *Kroppen holder regnskap: Hjerne, kropp og sinn i behandlingen av traumer (1.utgave)*. Oslo: Flux Forlag.
- van Epps, H., Astudillo, O., Del Pozo Martin, Y., & Marsh, J. (2022). The Sex and Gender Equity in Research (SAGER) guidelines: Implementation and checklist development. *European Science Editing*, 48. doi:10.3897/ese.2022.e86910
- van Outsem, R. E., Beckett, R., Bullens, R., Vermeiren, R., van Horn, J., & Doreleijers, T. (2006). The Adolescent Sexual Abuser Project (ASAP)

-
- Assessment Measures—Dutch Revised Version: A comparison of personality characteristics between juvenile sex offenders, juvenile perpetrators of non-sexual violent offences and non-delinquent youth in the Netherlands. *Journal of Sexual Aggression*, 12(2), 127-141. doi:10.1080/13552600600858304
- van Wijk, A., Loeber, R., Vermeiren, R., Pardini, D., Bullens, R., & Doreleijers, T. (2005). Violent Juvenile Sex Offenders Compared with Violent Juvenile Nonsex Offenders: Explorative Findings From the Pittsburgh Youth Study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(3), 333-352. doi:10.1007/s11194-005-5062-3
- Viljoen, J. L., Cochrane, D. M., & Jonnson, M. R. (2018). Do risk assessment tools help manage and reduce risk of violence and reoffending? A systematic review. *Law Hum Behav*, 42(3), 181-214. doi:10.1037/lhb0000280
- Viljoen, J. L., Cochrane, D. M., Shaffer, C. S., Muir, N. M., Brodersen, E. M., Rogers, B. J., Douglas, K.S., Roesch, R., McMahon, R. J., & Vincent, G. M. (2019). Bridging Risk Assessments to Case Planning: Development and Evaluation of an Intervention-Planning Tool for Adolescents on Probation. *Criminal Justice and Behavior*, 46(11), 1587-1610. doi:10.1177/0093854819873019
- Viljoen, J. L., Mordell, S., & Beneteau, J. L. (2012). Prediction of adolescent sexual reoffending: a meta-analysis of the J-SOAP-II, ERASOR, J-SORRAT-II, and Static-99. *Law Hum Behav*, 36(5), 423-438. doi:10.1037/h0093938

-
- Vizard, E., Hickey, N., French, L., & McCrory, E. (2007a). Children and adolescents who present with sexually abusive behaviour: A UK descriptive study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *18*(1), 59-73.
doi:10.1080/14789940601056745
- Vizard, E., Hickey, N., & McCrory, E. (2007b). Developmental trajectories associated with juvenile sexually abusive behaviour and emerging severe personality disorder in childhood: 3-year study. *Br J Psychiatry*, *190*(S49), s27-s32. doi:10.1192/bjp.190.5.s27
- Vorland, N., Selvik, S., Hjorthol, T., Kantén, A. B., & Blix, I. (2018). *How employees in different municipal agencies and services in Norway collaborate when a child or youth shows worrying sexual behaviour*. Oslo, Norge. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS],
https://www.nkvts.no/content/uploads/2018/09/NKVTS_Rapport_3-18_SSA.pdf
- Wagner, S., Rau, C., & Lindemann, E. (2010). Multiple Informant Methodology: A Critical Review and Recommendations. *Sociological Methods & Research*, *38*, 582-618. doi:10.1177/0049124110366231
- Ward, T., & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, *11*, 77-94. doi:10.1016/j.avb.2005.06.001

-
- Ward, T., & Stewart, C. (2003). Criminogenic needs and human needs: A theoretical model. *Psychology Crime & Law*, 9, 125-143.
doi:10.1080/1068316031000116247
- Ward, T., & Willis, G. M. (2016). Responsivity Dynamic Risk Factors and Offender Rehabilitation: A Comparison of the Good Lives Model and the Risk-Need Model. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Treatment of Sex Offenders: Strengths and Weaknesses in Assessment and Intervention* (pp. 175-190). Cham: Springer International Publishing.
- Ward, T., Yates, P. M., & Willis, G. M. (2012). The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity Model: A Critical Response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior*, 39(1), 94-110.
doi:10.1177/0093854811426085
- Webster, S. D., Mann, R. E., Carter, A. J., Long, J., Milner, R. J., O'Brien, M. D., Wakeling, H. C., & Ray, N. L. (2006). Inter-rater reliability of dynamic risk assessment with sexual offenders. *Psychology, Crime & Law*, 12(4), 439-452.
doi:10.1080/10683160500036889
- Willis, G. M. (2018). Why call someone by what we don't want them to be? The ethics of labeling in forensic/correctional psychology. *Psychology, Crime & Law*, 24(7), 727-743. doi:10.1080/1068316X.2017.1421640
- Willis, G. M., & Levenson, J. S. (2022). Exploring Risk for Sexual Recidivism and Treatment Responsivity through the Lens of Early Trauma. *Sex Abuse*, 34(5), 597-619. doi:10.1177/10790632211051681

-
- Wilson, R. J., & Yates, P. M. (2009). Effective interventions and the Good Lives Model: Maximizing treatment gains for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior, 14*, 157-161. doi:10.1016/j.avb.2009.01.007
- Wolak, J., Finkelhor, D., Walsh, W., & Treitman, L. (2018). Sextortion of Minors: Characteristics and Dynamics. *J Adolesc Health, 62*(1), 72-79. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.08.014
- Worley, K. B., Church, J. K., & Clemmons, J. C. (2012). Parents of adolescents who have committed sexual offenses: characteristics, challenges, and interventions. *Clin Child Psychol Psychiatry, 17*(3), 433-448. doi:10.1177/1359104511417787
- Worling, J., & Curwen, T. (2001). *The ERASOR* (Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (RVTS Vest, Overs. n.d.). Toronto, Ontario, Canada: SAFE-T Program, Thistletown regional Centre.
- Worling, J. R. (2012). The assessment and treatment of deviant sexual arousal with adolescents who have offended sexually. *Journal of Sexual Aggression, 18*(1), 36-63. doi:10.1080/13552600.2011.630152
- Wurtele, S. K., & Kenny, M. C. (2011). Normative sexuality development in childhood: implications for developmental guidance and prevention of childhood sexual abuse. *Counseling and Human Development, 43*(9), 1-24. ProQuest.
- Yates, P., & Allardyce, S. (2022). Abuse at the Heart of the Family: The Challenges and Complexities of Sibling Sexual Abuse. In K. Uzieblo, W. J. Smid, & K.

McCartan (Eds.), *Challenges in the Management of People Convicted of a Sexual Offence: A Way Forward* (pp. 51-64). Cham: Springer International Publishing.

Yoder, J. R., Leibowitz, G. S., & Peterson, L. (2018). Parental and Peer Attachment Characteristics: Differentiating Between Youth Sexual and Non-Sexual Offenders and Associations with Sexual Offense Profiles. *J Interpers Violence, 33*(17), 2643-2663. doi:10.1177/0886260516628805

Zeng, G., Chu, C. M., Koh, L. L., & Teoh, J. (2015). Risk and Criminogenic Needs of Youth Who Sexually Offended in Singapore: An Examination of Two Typologies. *Sex Abuse, 27*(5), 479-495. doi:10.1177/1079063213520044

Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G., & Rush, J. D. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-Six Years of Accumulated Research on Clinical Versus Statistical Prediction. *The Counseling Psychologist, 34*(3), 341-382.

doi:10.1177/0011000005285875

10. Artikler

10.1 Artikel I

Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd

Unge gutter som begår seksuelle overgrep kommer ofte fra familier med mange belastninger, og har vansker på flere områder. Klinikere trenger økt kunnskap og bevissthet om unge overgripere for å kunne hjelpe guttene og deres familier.

TEKST

Monica Jensen

Erling Garbo

Helle Kleive

Øystein Grov

Mari Hysing

PUBLISERT 2. mai 2016

ABSTRACT:

Characteristics of young boys in Norway with harmful sexual behavior

The aim of this study was to examine characteristics of young boys in Norway who commit problematic or harmful sexual behaviors (HSB) against other children (0-18). The data was collected from medical records over 10 years from an outpatient clinic. A total of 56 boys were included with a mean age of 14. The majority lives with their biological families and are executing the HSB inside/outside their own homes. Victims are mostly younger girls - mean age 8,5. The majority of the boys are related to their victims as neighbors/friends, biological siblings or other relatives. The HSB are primarily «hands on» behavior: kissing/touching the breast/genitals and penetrative sexual acts. More than half of the boys have committed two or more HSB..

Key words: children in Norway, Harmful Sexual Behavior

Historisk har overgrep mot barn og unge oftest vært forbundet med voksne mannlige overgripere. I de seinere tiår har det vokst frem en økende grad av klinisk bevissthet, forskning og litteratur om at også barn og ungdom selv utøver problematisk eller skadelig seksuelle handlinger mot andre barn (videre forkortet HSB for- «Harmful Sexual Behaviour»).

Dagens internasjonale tall indikerer at bortimot 20 % av alle voldtekter og 20-50 % av alle seksuelle overgrep mot barn/ungdom er gjennomført av tenåringsgutter (Barbaree & Marshall, 2006). I en svensk studie fant man 5,2 % livstidsprevalens for tenåringsgutter av utøvelse av HSB (Kjellgren, Priebe, Svedin & Långström, 2010).

Barn og ungdom som utøver HSB, varierer stort med hensyn til type overgrep, bakgrunnsfaktorer og karakteristika (NKVTS, 2011). Kunnskapen om etiologi og hvilken risiko og beskyttende faktorer som bidrar til første hendelse med HSB («onset») i barne- og ungdomsalder, er fortsatt noe uklar og fragmentert. Å være utsatt for eller vitne til fysisk vold og rusmisbruk i familien, gjengmedlemskap, suicidal atferd, tidlig seksuell debut, offer for seksuelt overgrep og bruk av pornografi er likevel fremtredende faktorer i denne forskningen (Kjellgren, 2009).

Fra internasjonale studier vet vi at majoriteten i HSB – gruppen er gutter (90–95 %), og at de er i gjennomsnitt 14 år når de utøver sitt første HSB (Långström, 2000; Priebe & Svedin, 2009; Radford, Corral, Bradley & Fisher, 2013). De fleste bor med sine foreldre. Unge som begår HSB, er ofte søsken, i slekt eller godt kjent med fornærmede, som oftest er en yngre jente (Långström, 2000; Priebe & Svedin, 2009; Radford et al., 2013).

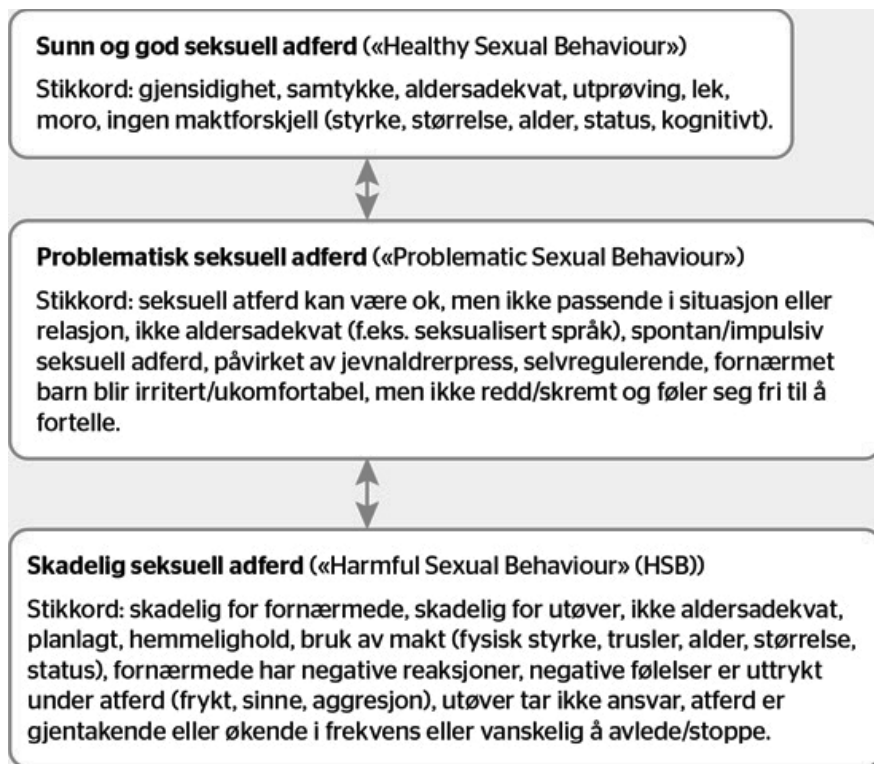
Tall fra en større deskriptiv studie i Storbritannia viser at 25 % av unge som har HSB, har IQ under 70. Tilsvarende har 45 % unge utøvere generelle eller spesifikke lærevansker. En høy andel har psykiske helseproblemer og familieproblemer (Vizard, 2013).

Ungdom som selv har vært utsatt for seksuelle traumer, har cirka tre ganger så stor sannsynlighet for å utøve HSB mot andre, sammenlignet med gruppen som ikke har opplevd egne seksuelle traumer (Seto, Kjellgren, Priebe, Mossige, Svedin & Långström, 2010). Blant jenter som utøver HSB, har en markant høyere andel selv vært utsatt for seksuelle overgrep, sammenlignet med gutter (Hickey, McCrory, Farmer & Vizard, 2008; Kjellgren, Priebe, Svedin, Mossige & Långström, 2011; Radford et al., 2013). Tilsvarende finner vi fra studier av voksne overgripere, at egenerfart omsorgssvikt (seksuelle overgrep, fysisk vold, emosjonelle overgrep), tidlige emosjonelle vansker, atferdsproblemer og tilknytningsvansker i barndommen synes å være viktige risiko- og modererende faktorer for å bli utøver selv (Vizard, 2013).

«Ungdom med skadelig seksuell atferd har mange likhetstrekk med ungdom med andre alvorlige atferdsproblemer»

Ungdom som utøver HSB, har mange likhetstrekk med ungdom med andre alvorlige atferdsproblemer. HSB-utøverne skiller seg fra annen ungdom på to områder, ifølge en metaanalyse (Seto & Lalumière, 2010). Den ene forskjellen er «atypisk seksuell interesse» (f.eks. fantaserer om sex med yngre barn eller om seksualisert vold); den andre er erfart «omsorgssvikt» (primært egenerfart seksuelt overgrep, tidlig eksponering for sex/porno og eksponering for seksuell vold i familien). Likhetstrekk mellom de med andre alvorlige atferdsproblemer, og de med HSB er antisosiale holdninger, familieproblemer, tidlig utvikling av atferdsproblemer, sosiale problemer, rus, kognitiv fungering og generell psykopatologi (Pullman & Seto, 2012).

Faktorer som bidrar til *første* gang utført HSB («onset»), må ikke forveksles med risiko- og beskyttende faktorer som bidrar til gjentakelsesrisiko for HSB («recidivism»). ERASOR («Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism») er et ofte brukt forskningsbasert kartleggingsverktøy for å vurdere gjentakelsesfare hos unge med HSB (Worling, 2004, 2013; Worling & Curwen, 2001).

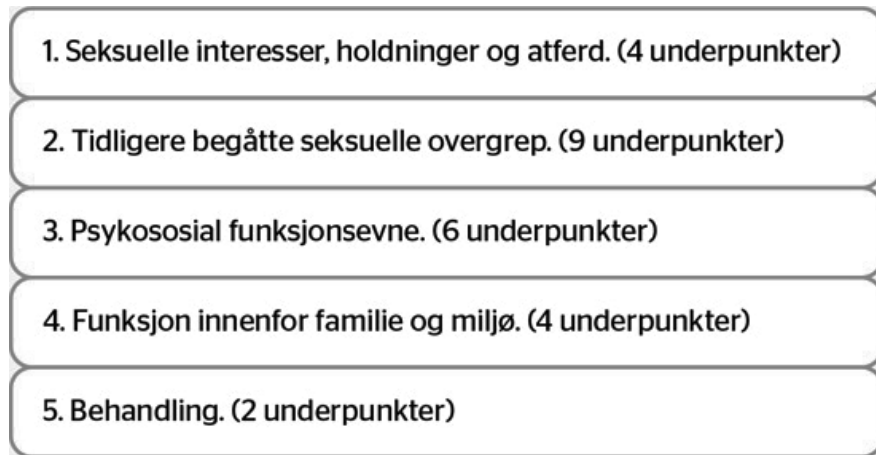


FIGUR 1 Seksuell atferd – definisjonskontinuum (jfr. AIM2)

Studier med fokus på gjentakelsesfare viser varierende tall fra 0 % til 30 % hos unge utøvere (Worling & Långström, 2003). Kun 10–15 % av ungdom med HSB, fortsetter med dette i voksen alder (van Outsem et al., 2006). Studier som ser på ungdom med HSB og andre alvorlige atferdsvansker, viser en gjentakelsesfare på 7,08 % for HSB, mens sjansen for gjentatte alvorlige ikke-seksuelle atferdsproblemer ligger på 43,4 % (Spice, Viljoen, Latzman, Scalora & Ullman, 2012). Videre viser en metaanalyse utført av Reitzel and Carbonell (2006) at for ungdom som har mottatt overgrepsspesifikk behandling, er gjentakelsesraten lavere (7,4 %) sammenlignet med andre som har avbrutt eller ikke tatt imot behandling (18,9 %).

Vi vil anbefale følgende referanser for lesere som eventuelt ønsker mer om kunnskapsstatus knyttet til etiologi, risikovurderinger samt behandling av HSB-gruppen (Barbaree & Marshall, 2006; Boer, 2013; Bromberg & O'Donohue, 2014; Calder, 2011; Chaffin et al., 2008; Creeden, 2009; Kjellgren, 2009; Lewis, 2011; O'Reilly,

Marshall, Carr & Beckett, 2004; Smallbone, Marshall & Wortley, 2008; van Outsem, 2009; Worling, 2011).



FIGUR 2: Oversikt over ERASORs 5 hovedområder for vurdering av gjentakelsesfare (Worling & Curwen, 2001)

V27 er en klinisk ressursenhet ved Betanien BUP i Bergen, for unge som utøver HSB og deres familier (Birkhaug, Mæhle, Nielsen, Ingres, Kleive & Solberg, 2005; BLID, 2013; Ingres & Kleive, 2011; NKVTS, 2011; Søftestad & Andersen, 2014). Arbeidet har gitt oss en unik mulighet til å kartlegge kjennetegn ved unge som utøver HSB i norsk kontekst.

Målet for studien er å karakterisere barn og ungdom som er henvist til V27 i perioden 2004 – 2013. Vi vil se på alder, kognitiv og sosial fungering, atferdsvansker, traumeerfaringer samt familiefungering hos dem som utøver HSB. Videre vil vi presentere noen karakteristika ved HSB- hendelsen som bakgrunn for henvisning, som debutalder, type og antall overgrep, sted for overgrep, gjentakelse av HSB, kjønn og antall fornærmede, relasjon og aldersforskjell mellom utøver og fornærmede.

Metode

Utvalg

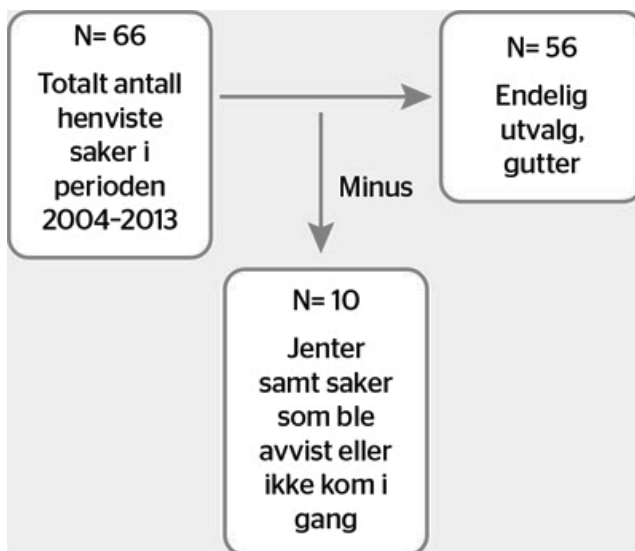
Utvalget (N=56 gutter) er en klinisk pasientpopulasjon bestående av ordinært henviste ungdommer med HSB til ressursenheten V27 i perioden 2004 – 2013.

Henvisningsinstanser er hovedsakelig poliklinikker innen psykisk helsevern for barn/ungdom (BUP) og kommunale barneverntjenester innenfor Helse Vest.

Prosedyre og etikk

Alle pasientjournaler i utvalget ble gjennomgått retrospektivt. Dataene ble kodet og behandlet i tråd med Personvernombudets retningslinjer for behandling av konfidensiell og personømfintlig informasjon (jf. helsepersonelloven 26) og ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som et

kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet ble ikke funnet meldingspliktig til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Kvalitetssikringsprosjektet ble støttet av UNI Research/Regionalt kunnskapssenter for barn og ungdom (RKBU) Vest.



Figur 3 Utvalg

Utfordrende faglig-etiske dilemmaer oppstår fortløpende i BUPs/helsevesenets møte med barn og ungdom, der det avdekkes eller henvises for utøvd HSB eller sterk mistanke om dette. Dette fordrer en kontinuerlig bevissthet og åpen refleksjon om faglig-etiske temaer som blant annet respekt, integritet, frivillighet, kompetanse og ansvar. For eksempel – kan BUP avvise barn som henvises for problematisk eller skadelig seksuell atferd? Vil mer omfattende overgrepsspesifikk behandling kunne gjøre mer skade enn nytte for noen?

«Foresatte gir i praksis den viktigste hjelpen for barnet sitt etter avdekking»

I kvalitetssikringsprosjektet til V27 har det faglig-etisk vært spesielt viktig å tilstrebe redelighet og nøyaktighet i koding av journalopplysninger og i oppsummering, anonymisering og presentasjon av data.

Mål og operasjonaliseringer

Etnisitet: Baseres på journalopplysninger. «Norsk» defineres som født i Norge med minst en norsk etnisk forelder. «Innvandrere» defineres som født i eller utenfor Europa og innvandret til Norge.

Omsorgssituasjon: Dersom barnet bor sammen med en av eller begge sine biologiske foreldre, blir dette definert som «bor hos biologisk forelder/foreldre».

Foreldre/familiekvaliteter: Vurderingen av denne variabelen er kodet etter Hall (2011) operasjonalisering og inndeling av ulike måter foreldre/omsorgsgivere, kan fungere og påvirke effekter av behandling til HSB-gruppen på.

Sosial fungering: Journalopplysninger fra ulike kartleggingsverktøy og/eller kliniske vurderinger av sosial fungering i hjem, skole og fritid. «God fungering» = Har nære prososiale venner, deltar på sosiale fritidsaktiviteter, ingen alvorlig bekymring registrert. «Bekymringsfull fungering» = Har venner, men gjerne overflatiske, bekymringsfulle og antisosiale bekjentskaper. Vanskelig for de voksne å få oversikt over de sosiale kontaktene og aktivitetene. «Isolert» = Få eller ingen venner på skole/fritid. Oppholder seg mest aleine og eller med yngre barn.

Kognitive evner: Kognitive evner er målt psykometrisk og kodet etter ICD-10, akse 3 (inkludert saker der også ADL—funksjonsmål og akse 2 (generelle/spesifikke lærevansker, IQ=70–85) inkluderes i den totale vurderingen). «Normale evner» defineres som IQ 85 eller høyere.

Annen (ikke-seksuell) normbrytende eller kriminell atferd: Baseres på registrerte journalopplysninger (f.eks. alvorlig skoleskulk, nasking/stjeling, hyppige løgner, hærverk, vold, rus, brannstiftelse, mishandling av kjæledyr/dyr).

Eget traume: seksuelle overgrep (både enkelt og gjentatte traume), generell alvorlig omsorgssvikt, andre typer traumer (fysiske, mobbing, psykiske), kombinasjon av flere traumer (multi-traumatisert; Finkelhor, 2008).

Sted for overgrep: «Utøvers hjem eller nærhet» er kodet dersom overgrep har funnet sted der utøver bor primært eller sekundært i bolig/nærhet hos annen forelder. Dersom overgrep har funnet sted i fornærmedes bolig og denne er nær utøvers bolig/nærhet, kodes dette også under «utøvers hjem eller nærhet».

Seksuell hendelse: «Seksuelle handlinger» (kyssing, berøring av kjønnsorganer). «Seksuell omgang» (samleie, samleielignende, kontakt munn og kjønnsorgan, tvingende masturbering). «Annet» (her er seksualisert atferd som blotting, masturbasjon i andres påsyn, fremvisning av porno samt overgrep via digitale/sosiale medier inkludert).

Nye overgrep: Registrerte HSB-hendelser som finner sted i tiden mellom oppstart og avslutning ved V27.

Metodiske begrensninger

Det er flere begrensninger ved det foreliggende datamaterialet. Data er innhentet fra et naturlig klinisk utvalg, og «missing data» vil derfor variere en del på de ulike variablene. Dette er som forventet, idet data baseres på journalopplysninger som er registrert for klinisk bruk av ulike behandlere over tid. Videre er journaldata registrert over en tiårsperiode, der både faglig kunnskap, begreper, definisjoner, forståelse og metodikk knyttet til HSB- gruppen har vært under kontinuerlig utvikling og endring. Barn og ungdoms utvikling og økende bruk av sosiale medier og pornografi, også i utøvelse av

HSB, er et godt eksempel på dette (Seto, Hermann, Kjellgren, Priebe, Svedin & Långström, 2015).

Statistiske analyser

Datamaterialet er analysert ved hjelp deskriptive analyser/frekvenstabeller i «IBM Statistical Package for the Social Sciences» (SPSS), versjon 21.

Resultater

Karakteristika og bakgrunn

Utvalget (N=56) består av gutter som har en gjennomsnittsalder på 14,1 år da de første gang kom i kontakt med V27. Majoriteten er norskfødte gutter med minst en norsk forelder (89 %). 86 % bor sammen med minst en av sine biologiske foreldre, mens 15 % bor i fosterhjem eller er plassert på barneverns- eller behandlingsinstitusjon når overgrepet blir avdekket. Ved avslutning hos V27 er andelen i fosterhjem eller institusjon økt til 20 %.

27 % av foresatte i utvalget støtter opp under utredning og behandling og er i praksis de som gir den viktigste hjelpen for barnet sitt etter avdekking. Mange av familiene (56 %) har likevel behov for omfattende hjelp utover det mer overgrepsspesifikke som V27 tilbyr. 17 % av de foresatte i utvalget, har hatt vansker med å erkjenne og støtte behandling (f.eks. «tror ikke at sønnen kan ha gjort det han er mistenkt eller tatt for»).

Tabell 1: Utøveren - bakgrunn, karakteristika og familiestøtte

Alder ved første kontakt (M (SD)) (N=56)	14,1 (2,1)
Etnisitet (%) (N=56)	
Norskfødt med norske foreldre	89
Innvandrer- født utenfor Norge	11
Omsorgssituasjon ved avdekking (%) (N=55)	
Bor med biologiske foreldre (en eller begge)	86
Bor i fosterhjem eller på barnevernsinstitusjon	15
Familiestøtte (%) (N=52)	
Foresatte er hovedhjelpere	27
Foresatte har vansker med å erkjenne/støtte behandling	17
Foresatte/familie har behov for omfattende hjelp	56

Kognitive evner (%) (N=42)

Normale kognitive evner (IQ=85 eller høyere)	45
Generelle og spesifikke lærevansker (IQ=70-85)	43
Psykisk utviklingshemning (IQ=69 eller lavere)	12

Sosial fungering (%) (N=47)

God	17
Bekymringsfull	45
Isolert	38

Annen ikke-seksuell kriminell eller normbrytende atferd (%) (N=48)

Ja	71
Nei	29

Opplevd eget traume (%) (N=45)

Nei - ikke kjent	36
Seksuelle overgrep	11
Annet traume (fysisk, psykisk, mobbet, annet)	11
Generell omsorgssvikt	16
Kombinasjon av flere traumer (inkl. seksuelt traume)	16
Stor klinisk bekymring for seksuelt traume - men ikke avdekket	11

45 % har målt normale kognitive evner (IQ >85), mens 43 % faller i nedre sjikt av normalvariansområdet (generelle og spesifikke lærevansker, IQ=70-85). 12 % har IQ < 70, som karakteriseres som kognitiv psykisk utviklingshemning.

For 83 % av guttene er den sosiale fungeringen bekymringsfull eller de fungerer isolert i forhold til jevnaldrende. 17 % rapporteres å fungere godt/vanlig sosialt. For 71 % av utvalget er det registrert annen ikke-seksuell atferdsproblematikk av betydning.

Hos 36 % av utøverne er det ikke rapportert eller avdekket at de har opplevd noen form for egne traumer. 16 % har erfart alvorlig omsorgssvikt. Utøver har selv vært utsatt for tidligere seksuelle overgrep i 11 % av sakene, mens 16 % har opplevd kombinasjon av flere traumer. Det har i tillegg vært klinisk bekymring for at utøver har vært utsatt for seksuelt traume i 11 % av sakene, uten at man har lyktes i å avdekke eller avkrefte dette.

Karakteristika ved overgrepshendelsen

Debutalder som utøver er gjennomsnittlig 13,2 år. 71 % har debutert før fylte 15 år og tilsvarende 32 % før fylte 13 år.

62 % av guttene er sterkt mistenkt for eller har innrømmet to eller flere HSB før henvisning. 95 % har utført overgrep aleine – oftest mot en fornærmet (61 %) eller mot to fornærmede (29 %). De fleste overgrep har funnet sted hjemme hos utøver, eller i nær omegn ute (76 %). I 19 % av sakene har vi registrert gjentatte HSB i V27s kontaktperiode.

76 % av de fornærmede er jenter. Utøvers forhold til fornærmede er nabo/bekjent (41 %), biologisk/halvsøsken (27 %), annen slektning (16 %) og fremmed (9 %). Når overgrepet angivelig finner sted, er 56 % av de fornærmede 4 år yngre eller mer enn utøveren. Majoriteten (59 %) av de fornærmede (gjennomsnitt 8,5 år) er i barneskolealder, mens 19 % er i førskolealder da overgrepet skal ha funnet sted.

Tabell 2: Karakteristika ved overgrepshendelsen

Debut alder utøver (M (SD)) (N=56)	13,2 (2,3)
Antall overgrep (%) (N=56)	
Ett overgrep	38
To overgrep	7
Tre eller flere overgrep, men vanskelig å tallfeste	55
Antall utøvere (%) (N=56)	
En utøver	95
Antall fornærmede (%) (N=56)	
En fornærmet	61
To fornærmede	29
Tre eller flere fornærmede	11
Fornærmedes kjønn (%) (N=54)	
Jente	76
Gutt	24
Fornærmedes alder ved overgrepstidspunkt (%) (N=53)	
0 - 5 år	19

6 - 11 år	59
12 - 15	23
Aldersforskjell fornærmede versus utøver (%) (N=54)	
4 år yngre eller mer	56
Jevnaldrende (inntil 4 år yngre eller eldre)	44
Relasjon utøver - fornærmede (%) (N=56)	
Nabo/bekjent	41
Biologiske søsken og halv søsken	27
Stesøsken, fostersøsken	7
Annen slektning	16
Fremmed	9
Sted/arena for overgrep (%) (N=55)	
Utøvers hjem eller i nærheten	76
Fornærmedes hjem eller i nærheten	9
I barnehage/skole/SFO	7
Annet sted	7
Seksuell handling (%) (N=56)	
Seksuelle handlinger (f.eks. beføling av bryster og kjønnsorganer)	27
Seksuell omgang (f.eks. samleie(-lignende), oral berøring av kjønnsorganer)	64
Annet (inkl. seksualisert atferd, bruk av sosiale medier)	9
Saker der nye overgrep er registrert under behandling (%) (N=52)	
Nei	81
Ja	19

De seksuelle handlingene som utøverne har innrømmet eller er sterkt mistenkt for å ha utøvd, er hovedsakelig seksuelle hendelser av alvorlig karakter – «seksuelle handlinger» (27 %) og «seksuell omgang» (64 %).

Diskusjon

Oppsummert viser resultatene at sakene som spesialteamet V27 har jobbet direkte med, karakteriseres av alvorlige seksuelle hendelser utført av unge norske gutter mot både yngre og jevnaldrende jenter og gutter. Majoriteten i utøvergruppen er både under kriminell (15 år) og seksuell (16 år) lavalder i Norge.

Majoriteten av våre utøvere bor hjemme i sin biologiske familie, det samsvarer med internasjonale funn (Ryan, Miyoshi, Metzner, Krugman & Fryer, 1996). Vi har imidlertid ikke kunnet skille godt nok mellom de barna som bor med begge foreldre, i oppbrutte eller delte hjem, med eneforsørgere eller med steforeldre. Det kan derfor være at det er en overrepresentasjon av familier med oppdelte hjem og høyt stressnivå i familien da dette er risikofaktorer for å utvikle atferdsproblematikk generelt (Borduin, Schaeffer & Heiblum, 2009; Worley, Church & Clemmons, 2012) og for gjentakelse av HSB spesielt (Jfr. ERASOR; Worling & Curwen, 2001).

Mange i vårt utvalg befinner seg i normalområdet når det gjelder kognitive evner. En tilsvarende høy andel har generelle eller spesifikke lærevansker – tall som samsvarer med internasjonale funn for HSB- gruppen og for dem som utvikler atferdsproblemer generelt (Pullman & Seto, 2012). At gruppen med IQ <70 er relativt lavfrekvent i vårt utvalg, kan skyldes at denne gruppen møtes av andre fag- og omsorgsinstitusjoner enn BUP. Svak kognitiv fungering er ikke ansett som risikofaktor for gjentakelse av HSB, men må tas i betraktning når man i klinikken skal velge best egnet tiltak mellom pedagogisk, psykoedukasjon og overgrepsspesifikk behandling (O'Callaghan, 2004; Risberg, 2004).

Majoriteten i vårt kliniske utvalg har sosiale vansker, noe som er en veldokumentert risikofaktor for å utøve HSB eller utvikle andre atferdsproblemer (Seto & Lalumière, 2010). Dette er også i tråd med EASOR, som oppsummerer at «mangel på intime forhold til jevnaldrende, sosial isolering, antisosial interpersonlig orientering, dårlig omgangskrets og negativ innflytelse» – alle er faktorer som kan høyne risiko for gjentakelse (Worling & Curwen, 2001).

En stor andel av vårt kliniske utvalg har både HSB og generelle atferdsproblemer. Dette samsvarer med internasjonale studier som sammenligner ungdom med generelle atferdsvansker og/eller HSB (Pullman & Seto, 2012; Seto & Lalumière, 2010; van Outsem, 2009). Multi-systemisk terapi (MST; Borduin et al., 2009) og funksjonell familierapi (FFT; Erickson, 2008) tilpasset HSB-gruppen, kan derfor være nyttige supplement i tiltakskjeden. Dette gjelder særlig i alvorlige enkeltsaker der polikliniske og noe mer individorienterte og overgrepsspesifikke utrednings-/behandlingsformer som AIM2 (Griffin, Beech, Print, Bradshaw & Quayle, 2008) og G-MAP (Print & O'Callaghan, 2004), ikke viser seg tilstrekkelig.

Antallet utøvere i vårt utvalg som har erfart traumer generelt og egne seksuelle overgrep spesielt, er relativt lavt, og tallene er usikre. Mørketall (manglende eller utsatt avdekking og mangelfull kartlegging og registrering i klinikken) forklarer en del av dette bildet. Nyere forskning viser at ulike typer omsorgssvikt i barndommen (fysisk

vold, seksuell vold/overgrep, emosjonell svikt) gir like stor prediksjonsverdi for «onset» av HSB (Forsman, Johansson, Santtila, Sandnabba & Långström, 2015), men er ikke dokumentert å øke risiko for gjentakelse av HSB (jfr. ERASOR; Worling & Curwen, 2001).

«For 83 % av guttene er den sosiale fungeringen bekymringsfull»

Majoriteten av guttene i vårt utvalg har utført HSB aleine. HSB utført av gjenger er lite representert i dette utvalget. At det er flest jenter som er fornærmede, samsvarer med internasjonale funn. I vårt utvalg er det imidlertid en relativt stor andel saker der utøver og fornærmet begge er gutter (likekjønnet HSB), noe som i ERASOR er inkludert som valid risikofaktor for gjentakelse (Worling & Curwen, 2001).

Majoriteten av de fornærmede er i førskole- eller barneskolealder når HSB skal ha funnet sted, og de er ofte nært beslektet med utøveren – dette samsvarer med tall fra internasjonale studier (Finkelhor, 2008; Tucker, Finkelhor, Turner & Shattuck, 2014).

Hvis vi sammenholder data som viser at majoriteten bor med sine biologiske foreldre, og at mange av familiene har omfattende vansker utover det overgrepsspesifikke, forsterker dette behovet for familieintervensjoner som inkluderer både utøver, fornærmet (særlig søsken) og deres foresatte (Pullman & Seto, 2012; Strange, Jørgensen, Sinnerup & Schrøder, 2009).

Hele 62 % av guttene er sterkt mistenkt for eller har innrømmet to eller flere gjentatte HSB før henvisning til V27 (jf. risikofaktor i ERASOR). Dette sett sammen med tall som viser alvorligheten i type HSB utført, og at 19 % av guttene har gjentatt problematiske eller skadelige seksuelle handlinger i V27s kontaktperiode, indikerer at utøverne som henvises til V27, generelt har alvorlig problematikk, og at det således er viktig og riktig at de ble henvist til spesialisthelsetjenesten. At to av ti gutter har gjentatt HSB under V27s kontaktperiode, må ikke oppfattes som tall for behandlingseffekt. HSB som gjentas, kan være av annen form (f.eks. seksuell atferd eller handling) enn det som var bakgrunnen for henvisning (f.eks. seksuell omgang). Videre ligger det enkelte «høyrisiko»- saker bak disse tallene- saker der poliklinisk overgrepsspesifikt tilbud (slik V27 tilbyr) ikke er vurdert faglig forsvarlig eller tilstrekkelig, men har vært det «minst dårlige» som har vært mulig å få til. Bak tallet på 19 % ligger også det faktum at det kliniske utvalget består av pasienter som V27 har møtt over ulike perioder på ulike måter gjennom ti år. Noen har vært til utredning, blitt avbrutt og/eller er blitt fulgt opp av andre behandlingsinstanser. Tallet kan også være en indikasjon på at foreldre med flere fanger opp ungdommens atferd bedre etter oppstart ved V27.

Kliniske implikasjoner

Majoriteten av guttene (71 %) har debutert før strafferettslig lavalder, som er 15 år i Norge. Dette betyr at majoriteten av utøverne BUP/V27 har kommet i kontakt med, er under den aldersgruppen som automatisk får mer systematisk oppfølging fra politi og

konfliktråd (jf. ungdoms-oppfølging eller -straff). Unge under 15 år som utøver HSB, blir under nåværende forhold svært avhengige og sårbare overfor hvordan for eksempel lokalt politi, barnevern, barnehus og BUP tar imot, fanger opp, samhandler og har kompetanse på HSB-problematikk.

Til tross for at det foreligger mange studier og resultater om unge utøvere, er det liten skriftlig konsensus om praksis og retningslinjer for utredning og behandling (Bromberg & O'Donohue, 2014). Ulike definisjoner, operasjonaliseringer, utvalg og rapporteringsmetoder kan i tillegg gjøre det svært vanskelig å sammenligne funn fra ulike studier. Videre er forskningen fortsatt mangelfull, for eksempel når det gjelder foreldre- og kontekstvariabler, jenter og etniske minoriteter, beskyttende faktorer, misbruk av porno og sosiale medier og effekter av ulike behandlingsintervensjoner (Långström, Enebrink, Laurén, Lindblom, Werkö & Hanson, 2013; Priebe & Svedin, 2009; Worley et al., 2012).

I norsk helsevesen, barnevern, familievern, politi, justis og kriminalomsorg er det så langt ingen felles og samordnet måte å registrere, møte og hjelpe disse barna og deres familier på (BLID, 2013, 2014). Det er tilfeldig hvor man møter tilgjengelig kompetanse – både på seksualitet generelt (Træen & Schaller, 2013) og på HSB spesielt.

For klinikerer er det med andre ord en krevende oppgave å trekke ut, sjonglere og transformere den til enhver tid tilgjengelige kunnskapen på HSB- fagfeltet til det beste for den enkelte ungdom og hans familie. Hva er forsvarlig praksis og konsensus på fagfeltet? Hvilket faglig verktøy og nettverk har man tilgjengelig? Hvor kan klinikerer få styrket sin kompetanse? Hvordan skape trygghet og stoppe gjentakelse av overgrep og nye offer? Hvordan skape håp og motivasjon hos denne utøveren og hans familie? Hvordan fremme denne unge guttens prososiale utvikling og seksualitet?

Vi har fortsatt ikke svar på alt dette, men utfra foreliggende resultater fra klinikken, mener vi at følgende elementer må utvikles for å bedre klinisk praksis med HSB-gruppen videre: å øke bevissthet og kunnskap om HSB generelt i befolkningen, å samordne hjelpeapparatets ansvar, forståelse og tiltak rundt utøver, å øke fokus på arbeid med familie/nettverk og sist, men ikke minst, å kartlegge, forstå og intervensere på sammenhengen mellom HSB-problematikk og andre mer «vanlige tema» i barnevernet og BUP, som fysisk og seksuell vold, emosjonell omsorgssvikt, tilknytningsvansker, familiebelastninger, sosiale vansker, svake kognitive evner og alvorlige atferdsproblemer.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 5, 2016, side 366-375

TEKST

Monica Jensen, psykologspesialist og prosjektleder nasjonalt klinisk SSA-nettverk

Erling Garbo, psykologspesialist/pensjonist

Helle Kleive, psykologspesialist og daglig leder for ressursenheten V27 ved Betanien Bup, Betanien sykehus i Bergen, Helse Vest.

KONTAKT: helle.kleive@betanien.no

Øystein Grov, overlege/spesialist barne- og ungdomspsykiatri V27/Betanien BUP og Helle Kleive, psykologspesialist V27/Betanien BUP

Mari Hysing, psykologspesialist, Uni Research/RKBU Vest

KONTAKT: monica.jensen@betanien.no

+ Vis referanser

REFERANSER

Barbaree, H. E. & Marshall, W. L. (2006). *The Juvenile Sex Offender. Second Edition.* New York: The Guilford Press.

Birkhaug, P., Mæhle, M., Nielsen, G. H., Ingnes, E. K., Kleive, H. & Solberg, Ø. (2005). Unge overgripere: En kartleggingsundersøkelse i Hordaland. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 987-993.

BLID. (2013). *Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017).* Oslo.

BLID. (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017).*

Boer, D. P., Eher, R., Craig, L. A., Miner, M. H., Pfafflin, F. (2013). *Handbook of child and adolescent sexuality; developmental and forensic psychology.* Wiley Blackwell.

Borduin, C. M., Schaeffer, C. M. & Heiblum, N. (2009). A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 26-37.

Bromberg, D. S. & O'Donohue, W. T. (2014). *Toolkit for working with Juvenile Sex Offenders.* UK/USA: Academic Press.

Calder, M. C. (2011). *Contemporary practice with young people who sexually abuse. Evidence-based developments.* UK: Russel House Publishing.

Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Madden, C. (2008). Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199-218.

Creeden, K. (2009). How trauma and attachment can impact neurodevelopment: Informing our understanding and treatment of sexual behaviour problems. *Journal of Sexual Aggression*, 15(3), 261-273.

Erickson, C. J. (2008). *The effectiveness of functional family therapy in the treatment of juvenile sexual offenders.* (3330801 Ph.D.), Indiana University, Ann Arbor.

Finkelhor, D. (2008). *Childhood Victimization.* USA: Oxford University Press.

Forsman, M., Johansson, A., Santtila, P., Sandnabba, K. & Långström, N. (2015). Sexually Coercive Behavior Following Childhood Maltreatment. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 149-156.

Griffin, H. L., Beech, A., Print, B., Bradshaw, H. & Quayle, J. (2008). The development and initial testing of the AIM2 framework to assess risk and strengths in young people who sexually offend. *Journal of Sexual Aggression*, 14(3), 211-225.

Hall, S. (2011). Evidence for working holistically with young people who have sexually harmed. In M. C. Calder (Ed.), *Contemporary practice with young people who sexually abuse.* UK: Russel House.

Hickey, N., McCrory, E., Farmer, E. & Vizard, E. (2008). Comparing the developmental and behavioural characteristics of female and male juveniles who present with sexually abusive behaviour. *Journal of Sexual Aggression*, 14(3), 241-252.

Ingnes, E. K. & Kleive, H. (2011). *I møte med unge overgripere: Gyldendal Akademisk.*

- Kjellgren, C. (2009). Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome. (Doktoravhandling), Universitetet i Lund, Sverige.
- Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G. & Långström, N. (2010). Sexually Coercive Behavior in Male Youth: Population Survey of General and Specific Risk Factors. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1161-1169.
- Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., Mossige, S. & Långström, N. (2011). Female Youth Who Sexually Coerce: Prevalence, Risk, and Protective Factors in Two National High School Surveys. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3354-3362.
- Lewis, M. (2011). *Handbook of Child Sexual Abuse : Identification, Assessment, and Treatment*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons.
- Långström, N. (2000). Sexuella Övergrep mot barn: Unga som begår sexbrott. En forskningsöversikt. Expertrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E.-M., Lindblom, J., Werkö, S. & Hanson, R. K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *British Medical Journal*, 347(7924), 12.
- NKVTS. (2011). Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge. Kunnskapsstatus. Revidert 2011. (978-82-8122-040-9). Oslo: NKVTS.
- O'Reilly, G., Marshall, W. L., Carr, A. & Beckett, R. (2004). *The Handbook of Clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse*. Hove, New York: Psychology Press.
- O'Callaghan, D. (2004). Adolescents with intellectual disabilities who sexually harm: intervention design and implementation. In G. O'Reilly, W. L. Marshall, A. Carr & R. Beckett (Eds.), *The Handbook of Clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse* (pp. 345-368). USA og Canada: Brunner and Routledge.
- Priebe, G. & Svedin, C. G. (2009). Prevalence, Characteristics, and Associations of Sexual Abuse with Sociodemographics and Consensual Sex in a Population-Based Sample of Swedish Adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(1), 19-39.
- Print, B. & O'Callaghan, D. (2004). Essentials of an effective treatment programme for sexually abusive adolescents: offence specific treatment tasks. In G. O'Reilly, W. L. Marshall, A. Carr & R. Beckett (Eds.), *The Handbook of Clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse* (pp. 237-274). New York: Brunner-Routledge.
- Pullman, L. & Seto, M. C. (2012). Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: Implications of recent research on generalist versus specialist explanations. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 203-209.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C. & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801-813.
- Reitzel, L. R. & Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sexual Abuse-a Journal of Research and Treatment*, 18(4), 401-421.
- Risberg, O. (2004). *Vem vill vara ihop med mig då? Om behandling, sexuella övergrepp och utvecklingsstörning*. Sverige: Rädda Barnen.
- Ryan, G., Miyoshi, T. J., Metzner, J. L., Krugman, R. D. & Fryer, G. E. (1996). Trends in a National Sample of Sexually Abusive Youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 17-25.
- Seto, M. C., Hermann, C. A., Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G. & Långström, N. (2015). Viewing Child Pornography: Prevalence and Correlates in a Representative Community Sample of Young Swedish Men. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 67-79.
- Seto, M. C., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G. & Långström, N. (2010). Sexual Coercion Experience and Sexually Coercive Behavior: A Population Study of Swedish and Norwegian Male Youth. *Child Maltreatment*, 15(3), 219-228.

- Seto, M. C. & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575.
- Smallbone, S., Marshall, W. L. & Wortley, R. (2008). *Preventing Child Sexual Abuse. Evidence, policy and practice*. UK, USA, Canada: Willan publishing.
- Spice, A., Viljoen, J. L., Latzman, N. E., Scalora, M. J. & Ullman, D. (2012). Risk and Protective Factors for Recidivism Among Juveniles Who Have Offended Sexually. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(4), 347-369.
- Strange, M., Jørgensen, B., Sinnerup, S. & Schrøder, N. (2009). Offer møder krænker. *Psykolog Nyt*, 1, 6.
- Søftestad, S. & Andersen, I. L. (2014). *Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming.*: Universitetsforlaget.
- Træen, B. & Schaller, S. (2013). Seksualitet som tema blant norske psykologer i klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 98-107.
- Tucker, C. J., Finkelhor, D., Turner, H. & Shattuck, A. M. (2014). Sibling and peer victimization in childhood and adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1599-1606.
- van Outsem, R. (2009). *Exploring Psychological Characteristics of Sexually Abusive Juveniles*. Universitetet i Amsterdam, De Vrije.
- van Outsem, R., Beckett, R., Bullens, R., Vermeiren, R., van Horn, J. & Doreleijers, T. (2006). The Adolescent Sexual Abuser Project (ASAP) Assessment Measures—Dutch Revised Version: A comparison of personality characteristics between juvenile sex offenders, juvenile perpetrators of non-sexual violent offences and non-delinquent youth in the Netherlands. *Journal of Sexual Aggression*, 12(2), 127-141.
- Vizard, E. (2013). Practitioner Review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse – assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 503-515.
- Worley, K. B., Church, J. K. & Clemmons, J. C. (2012). Parents of adolescents who have committed sexual offenses: Characteristics, challenges, and interventions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 433-448.
- Worling, J. (2004). The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR): Preliminary Psychometric Data. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(3), 235-254.
- Worling, J. (2011). The assessment and treatment of deviant sexual arousal with adolescents who have offended sexually. *Journal of Sexual Aggression*, 18(1), 36-63.
- Worling, J. (2013). DASH-13. Desistence for Adolescents who sexually harm. 13-items. www.erasor.org/new-protective-factors.html.
- Worling, J. & Curwen, T. (2001). Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offence Recidivism (Version 2.0: The «ERASOR»). In M. C. Calder (Ed.), *Juveniles and Children who Sexually Abuse: Framework for Assessment*. (pp. 372-397). Lyme: Russel House.
- Worling, J. & Långström, N. (2003). Assessment of Criminal Recidivism Risk with Adolescents who have Offended Sexually: A Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 4(4), 341-362.

10.2 Artikel II

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Characteristics of adolescent boys who have displayed harmful sexual behaviour (HSB) against children of younger or equal age

Monica Jensen^{1*}, Sanne C. Smid² and Tormod Bøe³

Abstract

Background: Adolescents who have displayed harmful sexual behaviour (HSB) are often described as a heterogeneous population, but different offender-, offense-, or victim-based typologies have been proposed. Two common typologies are based on the victim's age and/or on offender–victim age discrepancies.

Methods: Using data from a Norwegian clinical sample, we aimed to investigate the characteristics of two subgroups of adolescents: those with younger/child victims (HSB-C) and peer victims (HSB-P). The sample was collected from a public child and adolescent psychiatry outpatient clinic. $N=54$ boys, mean age 14.1 (younger age: HSB-C, $n=30$, equal age: HSB-P, $n=24$). Based on patient records, all patient registries within the sample were reviewed retrospectively. The data were analysed in R with different statistical tests (e.g. $N-1$ chi-square test, Fisher's exact test).

Results: After adjusting the p values for multiple comparisons, none of the test statistics showed significant results. Based on the magnitude of the effect-size estimates, the following tendencies and potential meaningful differences emerged: more adolescents in the HSB-C group had experienced their own trauma early ($V=0.42$), had more than one victim ($V=0.32$), and had displayed repeated HSB ($V=0.27$), and their caregivers required extensive interventions ($V=0.20$). More adolescents in the HSB-P group had cognitive abilities in the normal/high range ($V=0.32$), and their caregivers more often had difficulties acknowledging the need for support and treatment ($V=0.20$).

Conclusions: The nonsignificant differences between the subgroups, despite some strong and moderate effects, bring about a discussion on the utility of using “victim age” in combination with the “offender–victim age differences” as the sole classification criterion for adolescents who have displayed HSB. The heterogeneity of the adolescent HSB population and lack of reliable information on more homogenous subgroups dynamics will remain challenges for clinicians and other practitioners needing a broad assessment and intervention focus.

Background

Estimates suggest that 30–50% of child sexual abuse (CSA) involves other children or adolescents who had displayed harmful sexual behaviour (HSB) [1, 2]. The UK definition of HSB, adopted here, will be “one or more children engaging in sexual discussions or acts that are

inappropriate for their age or stage of development. These can range from using sexually explicit words and phrases, inappropriate touching, using sexual violence or threats to full penetrative sex with other children and adults” [3].

Adolescents who have displayed HSB are often described as a heterogeneous population with diverse aetiologies and pathways into HSB [4–6]. Different offender-, offense-, or victim-based typologies have been proposed to improve our response to and understanding of factors that contribute (or not) to

*Correspondence: Monica.Jensen@betaniensykehus.no

¹ Betanien Hospital, V27, Regional Clinical Resource Team Working With Children and Adolescents Who Have Displayed Problematic and Harmful Sexual Behavior, Bergen, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2020. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

the aetiology of problematic and HSB in more specific HSB subgroups. Identification of more distinct HSB subgroups regarding, for instance, motivational and etiological factors would be desirable for the adolescents, their families, and the practitioners. Subgroups that are more distinct will, for example, be expected to improve and given more accurate, timesaving, and narrower risk and need assessments [4, 7]. The alternative would leave the practitioners to deal with the full heterogeneity within the HSB population and would require broader and more time-consuming assessment methods to evaluate and inform each adolescent's individual safety and intervention plan.

One of the ways to explain and understand HSB among adolescents is by looking at the age group of their victims [4, 7]. Common typologies are based on the victim's age and/or on offender–victim age discrepancies [8, 9]. HSB-Children (HSB-C) will further be defined as the group of adolescents with child victims below age 12 who are at least 4 years younger. HSB-Peer (HSB-P) will be the group of adolescents with equal-age victims, up to 4 or fewer years younger/older. The literature also describes subgroups of adolescents with both peer/adult victims (HSB-P/A) and mixed-aged victims (HSB-M). Although these groups are interesting [9–11], we will not discuss them further because the adolescents in these subgroups were few in number or /were outliers and thereby were excluded from our study.

The offender–victim age distinction has proven to be meaningful for adult offenders (“rapists” versus “child sexual abusers” [12, 13]), but has produced results that are more variable in studies of HSB adolescents [7, 11]. However, the categorizations for adolescents based on the victim's age and/or offender–victim age distinction has produced some promising consistent findings across studies [7, 9, 12, 14–18]. In their critical review of the HSB literature, Keelan and Fremouw [11] listed some common methodological limitations of victim-age based studies: inconsistent definitions, low-powered studies, lack of standardized measures, and recidivism data based solely on conviction rates. Prior studies mainly are based on samples from residential or correctional settings, so the typology's utility has been investigated to a lesser degree among younger people participating in outpatient treatment [7, 11].

To summarize some of the relevant findings on differences linked to our study, adolescents in the HSB-P group a more likely to use force or violence, have indicators of delinquency, have criminal records and arrest histories [10, 14, 15, 17–19], and offend against female strangers [9, 10]. Adolescents in the HSB-C group have fewer behavioural problems, have more internalizing and social problems [14–17], more often have a history of

sexual abuse [18], and offend against both family members or acquaintances of both sexes [7, 9, 14].

The aim of the present study was to investigate factors related to typologies based on victim age and/or offender–victim age discrepancies (HSB-C versus HSB-P), drawing on experiences from practice with a Norwegian clinical outpatient sample of adolescent boys. Very few empirical studies have been conducted on problematic and harmful sexual behaviour in Norway, so the study could be important for further development of our understanding and response to these HSB subgroups. It is also important to generate more knowledge and utility regarding adolescent HSB- and victim age-based subgroups.

Based on the more consistent findings apparent in previous summarized literature, we hypothesized that the HSB-C group in our Norwegian clinical sample (1) experienced more traumas, especially sexual abuse; (2) were more often closely related to their victims; and (3) more often had both males/females as victims, in comparison to the HSB-P group. On the other hand, the HSB-P group was expected to (4) have more antisocial tendencies; (5) have more acquaintances and strangers as victims; and (6) have mostly female victims. Finally, we wanted to compare HSB-C and HSB-P offenders regarding their social, family, and cognitive functioning; self-esteem; and emotional loneliness. However, due to missing replications or inconsistencies in previous literature, this will be more inductive and experience based because we are not in a position to pose specific hypotheses concerning the expected pattern of results for these variables.

The Norwegian context

Norway has a population of about 5.4 million. About 21% are children under the age of majority (18 years). The age of sexual consent is 16 years, and the age of criminal responsibility is 15 years. Around 4% of all minors (<18 years) get help or constraint decisions from the Child Welfare Service (CWS) regarding maltreatment and/or serious behavioural problems (e.g. HSB). About 60% of the group of minors who are clients of the CWS live with their families, while 40% reside in outplacement settings (74% in foster care, 18% in housing with follow-up, and only 8% in residential care) [20].

Until recent years, Norway has lacked a systematic and differentiated multiagency assessment and intervention for children and adolescents who have displayed problematic or harmful sexual behaviours [21, 22]. The HSB interventions for adolescents have historically been unsystematic, with mixed risks, and mainly treatment oriented, delivered through public health and social outpatient services (e.g., by the CWS or the Children & Adolescent Mental Health System [CAMHS]). Within

the juridical and correctional system, in addition to the police, the Barnahus [23] and the Mediation Service [24] were established in later years as important collaborators for the CWS and CAMHS, including for HSB cases. In general, Norway only has two prison units for adolescents (aged 15–18 years) with room for 8–10 total prisoners). Far from all cases with serious behavioural problems are adjudicated or registered at the police/Barnahus level, but most children/adolescents with serious behavioural problems will be registered with Child Welfare Services (CWS). The public structure and orientation of services in Norway illustrate the politicians', government's, and practitioners' historical commitment to and preference for mainly developmental and treatment-oriented help/services for minors and their families [22].

To differentiate the severity of sexual behaviours (online/offline) and use it correspondingly, in recent years [25], multi-disciplinary professionals in Norway have used a translated version of the original Australian "Traffic Light" [26] in combination with an adapted definition continuum from the UK [1]: "Ok/healthy sexual behaviour (green light)—Problematic sexual behaviour (yellow light)—Harmful sexual behaviour (red light)".

Methods

The total sample and the HSB-C and HSB-P subgroups

A convenience sample was collected from an HSB outpatient clinical unit associated with children and adolescent psychiatry in western Norway. The referrals there mainly originate from outpatient clinics within the child/adolescent mental health system (CAMHS/BUP) and municipal CWS. The aim of the original study was to examine the characteristics of minor boys in Norway who had committed HSBs against other minors (aged 0–18 years) [27]. The data were collected from closed patient records. From the total sample of 66 cases, 10 were excluded (girls and cases that were rejected or not started), resulting in a final sample of 56 boys referred to the HSB unit between 2004 and 2013. Their mean age at first contact with the unit was 14.1 years ($SD = 2.1$). Jensen et al. [27] found that the majority of the boys lived with their biological families (89%) and that they were mostly executing the HSB in their own homes or in the vicinity (76%). Additionally, 76% of their victims were girls. The majority (59%) of the victims (mean age 8.5 years) were primary school aged (6–11 years), while 19% were preschool aged (0–5 years) at the alleged time of the assault. The majority of the boys who had displayed HSB were related to their victims as neighbours/friends (41%), siblings (34%), or other relatives (16%). The HSBs were primarily "hands-on" behaviour—kissing/touching the breasts/genitals (27%) and penetrative sexual acts (64%). More than half

of the boys (62%) had displayed two or more HSBs prior to referral.

In present study, adolescent boys who had committed HSB against children who were younger than 12 years old (c.f., victim age) and 4 or more years younger than themselves (c.f., offender–victim age differences) were classified into the HSB-C group ($n = 30$). The HSB-P group consists of adolescents who had committed HSBs against victims less than 4 years younger or older than themselves ($n = 24$). The categorization scheme used (4 years younger or older) was based on prior studies (e.g., [9]) and Norwegian practice definitions. The adult- and mixed-aged-targeting group ($n = 2$) was excluded from further data analysis (Fig. 1).

Procedure and ethics

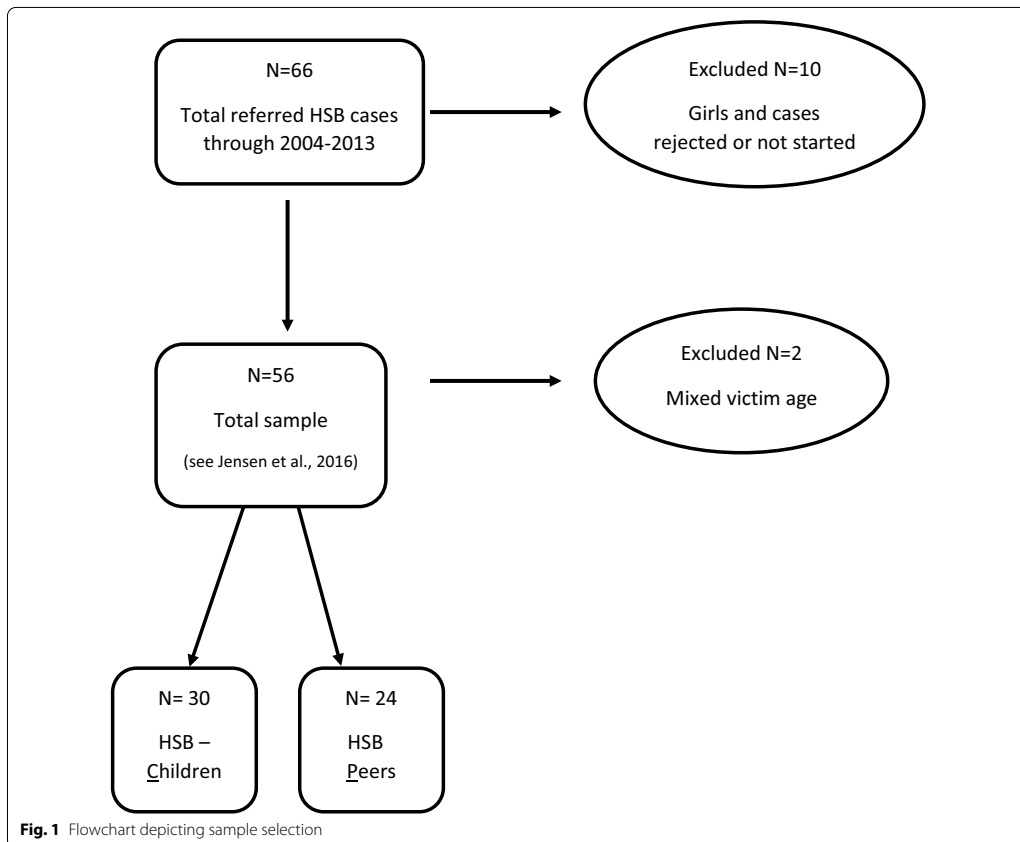
Based on the HSB agency's patient records, one specialist in clinical psychology who had been working in this area for more than 25 years retrospectively reviewed all of the patient registries within the sample. The data were treated according to the guidelines set by the Norwegian Data Protection Official for handling of confidential and sensitive information (cf. The Norwegian Health Personnel Act 26). The data collection was approved by the Norwegian Centre for Research Data as a quality-assurance project, and it was not deemed obligatory to notify the regional committee for medical and health research ethics.

The possible inherent subjectivity from the single coder summarizing the written sources in the patient records must be noted. The professional coded the data for the purposes of a quality-assurance project, before anyone had thought of or established hypotheses for this study. As a validity assessment, the coding of certain variables (e.g. "repeated HSB") was reassessed by two other experienced team colleagues (both specialists in clinical psychology with more than 25 years of experience), without deviations from the primary coder's results. Unfortunately, the practitioners did not implement psychometric inter-rater checks in this initial process, and the patient registries are no longer available for such an analysis.

Measurements

Care situation at disclosure

The care situation at disclosure was coded from static data in the HSB unit's/CAMHS' electronic patient records. The response choices were (1) living with biological parents (including living with two biological/adoptive parents) or with one biological/adoptive parent alone or with one stepparent; or (2) living with foster parents or with caregivers in a child welfare institution.



Carer qualities

The coding information for carer qualities was drawn from several written sources in the patient records—specifically, from the CWS’ documents/evaluations, evaluations from multidisciplinary case meetings, and/or the HSB unit’s/CAMHS’s final evaluation report. The response choices were (1) the caregivers require extensive therapy/interventions, (2) the caregivers/family are the main helpers, and (3) the caregivers/family have difficulties acknowledging their need for support/treatment.

For assessment, this variable was operationalized and coded based on and adapted from Hall’s [26] subdivision of parental/caregivers’ participation and support, and how this can affect the HSB treatment’s effects in different ways. Response (1) includes the parents/caregivers/families who could have extensive need for broad help, more than just help/treatment to prevent the further occurrence of HSB. Response (2) includes the parents/

caregivers/families who were evaluated as their adolescent’s primary and most valuable helpers, and response (3) includes parents/caregivers who could have problems accepting the accusation related to HSB. They could have problems engaging and supporting the adolescent’s/family’s need for HSB treatment/interventions.

Sexual behaviour

The coding information for sexual behaviour was collected from the patient records, interviews with the adolescents who have admitted to HSB, referral information, victim-based information collected from the police/Barnahus, or the final HSB unit/child and adolescent mental health service (CAMHS) evaluation. The response choices were (1) “sexual intercourse” (intercourse, intercourse-like, mouth-to-genital contact, forced masturbation), (2) “sexual actions” (kissing, touching of genitals), and (3) “other sexual behaviour” (sexualized behaviour

such as flashing, masturbation in front of others, showing pornography, and other technology-assisted HSBs). These categorizations follow Norwegian legislation.

Location of HSB

The coding for location of HSB was drawn from referral information about the referral HSB, victim-based information from the police/Barnahus, and/or interviews with the adolescent who admitted to performing HSB. The response choices were (1) “in the offender’s home or the vicinity”, (2) “in the victim’s home or the vicinity”, (3) “at childcare/school/after-school care”, and (4) “other private/public place”. Here, “in the offender’s home or the vicinity” (1) includes parent home(s) but also foster or residential homes/placements and the vicinity. It also includes cases in which the adolescent who committed HSB and the victim live in the same home. “Other private/public place” (4) includes, e.g., HSB displayed on public transport or at cinemas, swimming pools and parties in friends’ homes.

Repeated HSB

Repeated HSB was coded based on information in the patient records collected from interviews with the adolescent/parents/caregivers, school reports, multi-agency case meetings, and/or the final HSB unit/CAMHS’s evaluation report. This variable includes registered HSB events that took place between the commencement and termination of outpatient treatment contact at the HSB unit. The response choices are “yes” or “no”.

Other criminal/norm-breaking behaviour

Other criminal/norm-breaking behaviour was summarized and coded from several written sources in the patient records (e.g., from formal assessment, information from the police/Barnahus, the CWS’s evaluation/documents, and summaries of interviews with the adolescent and parents done by the executive case therapist). The response choices were yes or no; “yes” includes reported serious non-sexual norm-breaking behaviour problems such as considerable school skipping, shoplifting/stealing, severe lying or non-obedience to adults, vandalism, violence, drug/alcohol use, arson, and/or pet and animal abuse (cf. World Health [28] F91 diagnosis). The response “no” includes cases in which the patient records explicit report “no serious non-sexual behavioural problems” and cases in which no information or focus on serious behavioural problems has been registered (“not known or not current”).

Own traumas

The variable “own trauma” was coded from several sources in the patient record,—especially interviews with

the child and parents/caregivers, information/evaluation from CWS or police/Barnahus, or the final HSB unit/CAMHS’s evaluation. The response choices were (1) “no”, (2) “assault”, (3) “multiple traumas”, (4) “neglect”, and (5) “concern for trauma”. “No” was coded when the patient record contained an assessment and evaluation of potential exposed trauma/abuse but no disclosure thereof. “Assault” was registered when the adolescents who committed HSB had experienced one kind of assault (physical or sexual assault or bullying). The assault could have been a single occurrence or repeated assaults but of the same kind. “Multiple traumas” was coded when one experienced a combination of two or more types of assault or neglect (multi-traumatized; [29]). “Neglect” was coded when one experienced general considerable maltreatment and/or emotional neglect [30] (c.f. interventions from CWS). “Concern for trauma” was coded when the executive practitioners reported clinical concern that the child had experienced assault, but no further trauma evaluation/assessment was documented in the patient’s record to confirm or set aside this hypothesis. We collected no data on witnessing violence/abuse.

Social functioning

The coding information for social functioning was drawn from assessment measures completed by the child, parents, or school (the ASEBA instruments; [29], and the Development and Well-being Assessment; [30]), from multidisciplinary case meetings and/or the HSB unit’s/CAMHS’s final evaluation report.

The response choices were (1) “concerning functioning”, which includes adolescents having friends but those who are often superficial, concerning, and antisocial acquaintances, including cases in which the adults have difficulties with obtaining an overview of the adolescent’s social contacts and activities; (2) “isolated function”, which includes adolescents who have few or no friends in school and their spare time and who mostly spend time alone or together with younger children; and (3) “good functioning”, which includes adolescents having close prosocial friends, with whom they partake in after-school activities and have registered no serious concerns.

Cognitive abilities

Cognitive abilities was coded when cognitive abilities had been measured with at least one standardised test, due to the patient records’ timing, mostly with the Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-3 [$n=29$] or WISC-IV [$n=11$]) [31–34]). Due to Norwegian practice, the response choices were 1) “normal/high abilities” for IQ 85 or above or 2) “general/specific learning difficulties” for IQ 70–85. Here, specific learning difficulty is in the same IQ interval as general learning difficulties

(70–85) but in combination with ICD-10, F80-81 diagnosis [35]. Additionally, response (3) was “moderate/mild intellectual disability” (cf., “learning disability”), for IQ 35–69.

Self-esteem and emotional loneliness

Self-esteem and emotional loneliness were measured with the Self-Esteem (SE) and Emotional Loneliness (EL) Scales from the Adolescent Sexual Abuser Project (ASAP) [36, 37]. Previous evaluations have suggested that these scales have adequate psychometric properties [37, 38]. The normal ranges of the scales (ASAP-SE=4–7; ASAP-EL=27–45) are based on a sample of 92 non-offending British adolescent males [36].

Statistical analysis

The data were analysed using R (version 3.4.4; [39]). Chi-square tests were used to investigate the association between the 15 categorical outcome variables and the HSB categories. Based on the expected frequencies of the cells in the contingency tables, it was decided whether the $N-1$ chi-square test or Fisher’s exact test would be used, as recommended by Campbell [40]. Three variables had expected frequencies below 1—age at own trauma, sex of the victim, and location of HSB—and were therefore analysed using Fisher’s exact test. All of the other categorical variables had expected frequencies of 1 or higher and were analysed using the $N-1$ chi-square test as highly recommended by Campbell [40], using R code based on Busing et al. [41]. For all of the categorical variables, the effect size measure Cramer’s V was computed because this effect-size measure is suitable for 2×2 and larger contingency tables [42].¹

The non-parametric Wilcoxon rank-sum test was used for the three continuous variables, as the data were not normally distributed [43]. A corresponding effect size measure r was computed for these three variables.

Finally, to control for multiple comparisons, the p values of the 18 tests were adjusted by using the Holm correction in the *stats* package of R [44]. This correction strongly controls the overall alpha level but is less conservative than the Bonferroni correction is [45].

In the current study, 9.47% of the values were missing. To follow standard procedures, we checked whether there were associations in the data between missingness and the HSB categories. See Table 2 for an overview of the variables, which contain missing values, and the results of these association tests. Without correcting p

values for multiple comparisons, associations between missingness and HSB categories were found for the variables of caregiver qualities and repeated HSB. These associations disappeared after correcting for multiple testing. Furthermore, there was no reason to suspect systematic differences in the missingness between the two HSB categories (see Table 1) because the missing values were mainly caused by the time span of the data collection and changing clinical practices over time. Note that the study used data collected over a 10-year range. The earliest data included some instruments that were not used later, and vice versa. Importantly, the participants were categorized into HSB-C and HSB-P by the researchers of the current study and not by the clinicians who actually saw the participants. Because of the study design, there was no reason to expect missingness to be related to the HSB categories, and any association was assumed to be purely incidental. For more details on all of the analyses performed and the annotated R code, we refer to our extensive analysis report available here: <https://goo.gl/LQXmc2>.

Results

Most adolescents in our sample were born in Norway (91%) and lived with at least one of their biological/adoptive parents (85%). For more than half of the sample, the adolescent’s parents required extensive therapy/interventions, and around 20% of the parents had difficulties acknowledging the need for support/treatment. Slightly less than 50% of the adolescents had concerning social functioning. Most of the adolescents in the sample also engaged in other criminal or norm-breaking behaviours (see Table 1).

Table 1 shows descriptive information stratified by HSB category, combined with the results of the statistical analysis. After adjusting the p values for multiple comparisons, none of the test statistics showed significant results. However, when looking at the effect sizes of V and r , we can conclude the following.² Large effects were found for age of own trauma ($V=0.42$), with the majority of those experiencing trauma early belonging to the HSB-C group; cognitive abilities ($V=0.32$), with the majority of adolescents with normal/high abilities belonging to the HSB-P group; and number of HSB victims ($V=0.32$), with the majority of adolescents who had more than one victim belonging to the HSB-C group.

A medium effect was reported for repeated HSB ($V=0.27$), with most of the adolescents who repeated

¹ When Fisher’s exact test is used, no chi-square statistic is provided, yet this is needed to compute Cramer’s V . To be able to report an effect size for the three variables analysed using Fisher’s exact test, the $N-1$ chi-square test was also performed to obtain a chi-square statistic, in order to obtain an effect-size measure.

² To interpret the effect sizes, we used guidelines for effect size interpretation as reported by Cohen (1988, 1992) and echoed by Kim (2017). For V ($df=1$) and r , 0.10 denotes a small effect, 0.30 a medium effect, and 0.50 a large effect. For V ($df=2$), 0.07 denotes a small effect, 0.21 medium, and 0.35 large. For V ($df=3$), 0.06 denotes a small effect, 0.17 medium, and 0.29 large.

Table 1 Descriptive information stratified by HSB-category

	N (% missing)	HSB-C N = 30	HSP-P N = 24	Combined N = 54	Test statistic
Ethnicity	54				$\chi_1^2 = 1.3, p = 0.38^1$
Born in Norway		87%	96%	91%	
Born outside of Norway		13%	4%	9%	
Care situation at disclosure	54				$\chi_1^2 = 1.4, p = 0.28^a$
Biological/adoptive parents		80%	92%	85%	
Foster parents/institution		20%	8%	15%	
Carer qualities	50 (7.4)				$\chi_2^2 = 3.9, p = 0.16^a$
Caregivers require extensive therapy/interventions		63%	40%	54%	
Caregivers/family are main helpers		27%	30%	28%	
Caregivers/family have difficulties acknowledging support/treatment		10%	30%	18%	
Sexual behaviour	54				$\chi_2^2 = 0.67, p = 0.79^a$
Sexual intercourse		67%	58%	63%	
Sexual actions		27%	29%	28%	
Other sexual behaviour		7%	12%	9%	
Debut age HSB, <i>M</i> (<i>SD</i>)	54	14.6 (1.6)	13.4 (2.5)	14.1 (2.1)	$F_{1,52} = 2.7, p = 0.11^b$
Number of HSB events	54				$\chi_2^2 = 1.8, p = 0.43^a$
3 or more		60%	50%	56%	
1		30%	46%	37%	
2		10%	4%	7%	
Location of HSB	53 (1.9)				$\chi_3^2 = 2.8, p = 0.52^a$
Offender's home or vicinity		80%	78%	79%	
Victim's home or vicinity		13%	4%	9%	
Childcare/school/after-school care		3%	13%	8%	
Other private/Public place		3%	4%	4%	
Number of HSB victims	54				$\chi_2^2 = 11, p < 0.05^a$
1		40%	83%	59%	
2		47%	8%	30%	
3 or more		13%	8%	11%	
Sex of victim	54				$\chi_2^2 = 3.3, p = 0.24^a$
Female		63%	83%	72%	
Male		30%	17%	24%	
Male and female (mixed)		7%	0%	4%	
Offender-victim relation	54				$\chi_4^2 = 4.8, p = 0.32^a$
Neighbour/friend		37%	50%	43%	
Biological-/half siblings		23%	33%	28%	
Other relative		20%	12%	17%	
Foster-/step siblings		13%	0%	7%	
Stranger		7%	4%	6%	
Repeated HSB	50 (7.4)				$\chi_1^2 = 3.8, p = 0.064^a$
Yes		27%	5%	18%	
No		73%	95%	82%	
Other criminal/norm breaking behaviour	46 (14.8)				$\chi_1^2 = 0.02, p = 1^a$
Yes		70%	68%	70%	
No		30%	32%	30%	
Own traumas	43 (20.4)				$\chi_4^2 = 10, p < 0.05^a$
No (not known)		29%	47%	37%	
Assault		12%	37%	23%	
Multiple traumas		21%	5%	14%	

Table 1 (continued)

	N (% missing)	HSB-C N = 30	HSP-P N = 24	Combined N = 54	Test statistic
Neglect		25%	0%	14%	
Concern for trauma		12%	11%	12%	
Age at own trauma	41 (24.1)				$\chi^2_3 = 8.2, p < 0.05^a$
0–5		43%	6%	27%	
6–11		9%	28%	17%	
12–15		4%	6%	5%	
Not applicable		43%	61%	51%	
Social functioning	45 (16.7)				$\chi^2_2 = 2.5, p = 0.31^a$
Concerning		44%	44%	44%	
Isolated		44%	28%	38%	
Good		11%	28%	18%	
Cognitive abilities	40 (25.9)				$\chi^2_2 = 8.6, p < 0.0$
Normal/ high abilities (IQ = 85 or greater)		26%	71%	45%	
General/specific learning difficulties (IQ = 70–85)		61%	18%	42%	
Moderate/mild intellectual disability (IQ = 35–69)		13%	12%	12%	
Self-esteem, <i>M (SD)</i>	41 (24.1)	6.3 (2.2)	6.1 (1.6)	6.2 (1.9)	$F_{1,39} = 0.95, p = 0.34^b$
Emotional loneliness, <i>M (SD)</i>	40 (25.9)	35.3 (8.0)	39.6 (9.5)	36.9 (8.7)	$F_{1,38} = 1.2, p = 0.27^b$

N is the number of non-missing values

Tests used: ^aPearson χ^2 with simulated *p* values; ^bWilcoxon test

HSBs during the treatment period belonging to the HSB-C category. The results also show medium effects for caregiver qualities ($V=0.20$), suggesting that more caregivers for adolescents in the HSB-C group required extensive interventions, while more caregivers for adolescents in the HSB-P group have had difficulties acknowledging the need for support and treatment. For all other variables, small effect sizes and effect sizes between small and medium were reported. Only for other criminal/norm-breaking behaviour was no clear association found ($V=0.02$), suggesting adolescents in both groups are just as likely to display these kinds of behaviours.

Discussion

The aim of the current study was to investigate factors related to offender, victim, and HSB characteristics in a clinical outpatient sample of Norwegian adolescent boys who were categorized as belonging to either the HSB-C or the HSB-P group. Following adjustment for multiple testing, the main finding was that no statistically significant differences existed between the adolescents in the two groups. However, the magnitude of some of the effect size estimates point to potentially meaningful group differences. Therefore, it is reasonable to assume that the non-significance could have been caused by a lack of power because of the small sample size. These potential meaningful group differences should be investigated further in a larger clinical outpatient sample. We want to comment some of the potential group differences here.

Both groups had largely experienced traumas, which supports prior research regarding exposure to trauma as one risk factor in developing problematic or harmful sexual behaviours [18, 30, 46]. Note that we coded the exposed assaults reported in the patient records. We did not code if, how, or with whom adolescents have shown or been assessed/evaluated for trauma symptoms. Contradictory to our expectations, there were no significant differences between the groups (c.f. Hypothesis 1). This could be due to our small sample. However, we found a large effect size regarding the age of the offender’s own trauma, in that the boys in the HSB-C group experienced trauma in their first 5 years more often, whereas those in the HSB-P group had later exposure, most often between 6 and 11 years of age. It is hard to say what this means because we did not collect information about examples to provide the exact frequency and duration of their own traumatic experiences, detailed information about how they were traumatized, or who their offenders were (age, sex, and relationship). A theoretical hypothesis is that exposure to prior trauma motivates the display of HSB by an offender identifying and repeating their own trauma on victims whose ages correspond to the offender’s own age when traumatized [47, 48]. Especially for the HSB-C group, we know that an early onset of trauma in general could have a negative impact on further development and functioning (e.g., neurodevelopmental, trust, attachment and relational, intimate and sexual, emotional and behavioural; [46]).

Second, we found a tendency towards a large effect size regarding cognitive abilities. More adolescents in the

HSB-P group had IQ scores in the normal/high range (>85 IQ), whereas those in the HSB-C more often had lower IQ scores and functioning (70–85 IQ), possibly related to the experience of early trauma [46]. Lower cognitive functioning for the boys in the HSB-C group could have implications for their difficulties in social relations with peers and for identification with younger children [18]. This inclination might also restrain them from building more age-adequate intimate and sexual relations with peers [10]. The lower cognitive functioning in the HSB-C group could also imply less sophistication and regulation related to their HSB (c.f. more repeated HSBs that are easier to disclose). Importantly, concerning discrepancies in victim age and cognitive function, we did not collect or compare data on the adolescents' physical strengths or degree of social status (c.f. use of power in different ways related to abuse).

In the present study, we could not distinguish the boys in the HSB-C group who in fact had a specific sexual need/drive towards younger children from those motivated by other developmental, emotional, or situational factors [49]. However, a theoretical hypothesis is that physical maturation and sexual development in puberty, together with situational factors such as victim access and a lower IQ, facilitate HSB against younger children—such as in a kind of a developmentally appropriate socio-psychological relationship [10]. This view of the HSB-C group would be qualitatively different from understanding and approaching them as adolescent boys motivated by “atypical sexual interest” in young children.

Third, the results show a large effect size regarding the number of HSB victims. Those in the HSB-C group more often offended against multiple victims (two or more), whereas most of the HSB-P group members had one victim. This tendency could support the importance of situational factors such as victim access—with the younger victims being perhaps more vulnerable to and less protective of and resistant to adolescents' HSB. This also indicates a theoretical hypothesis that the HSB-P boys were displaying HSB in relation to one known peer victim (i.e., more sophisticated and relationally motivated) but the HSB-C boys were displaying HSB to different victims (i.e., less sophisticated and more situationally motivated).

We found a moderate effect size regarding the HSB-C group repeating more HSBs during treatment contact. This could be interpreted as an indicator of the treatment effect but could also be related to other factors, including when during the assessment/treatment period the new repeated HSB was registered, the kind of new HSB, caregiver abilities and awareness, and how the boys were able to conceal their new HSB [27]. These other factors were unavailable from the journal information, so it could not be accounted for in the results.

In summarizing our effect size results, which suggest that the HSB-C boys experienced traumas earlier, had lower cognitive function, had more victims, and had displayed more repeating HSBs, we could support a pathway model to HSB that contains basic attachment and social skills deficits in interactions with peers. They might have less discretion in victim choice, be less sophisticated, have more cognitive/emotional/social identification with younger children, and have more access to this group of potential victims [4, 7–10, 50]. Additionally, we clearly need to know more beyond the HSB-C boys' individual characteristics such as their caregivers' background, qualities, supervision, and monitoring (e.g., [51]).

For the HSB-P group, the tendency of moderate effect size for less HSB repetition and lower number of victims as well as the number of prior disclosed HSBs not differing between the groups could imply that the boys in the HSB-P group more often repeated HSBs with selected peer victims. Clinically, it might be interesting to assess more extensively whether this represents a more specific problem for these HSB-P boys with regulating their sexual behaviour and/or a lack of situational comprehension of consent in an age-appropriate intimate relationship. This could also apply to the HSB-C boys, but then this might represent a more general and expected problem due to, for example, their lower cognitive function and the possible impacts of experiencing trauma at a younger age.

We found a moderate effect size indicating that the HSB-C caregivers required more extensive help than the HSB-P caregivers did. Being a caregiver for an adolescent who has been strongly suspected of or who has disclosed having displayed HSB against other minors was, in itself, a shocking and extreme life event in both groups [51–53]. For the caregivers in the HSB-C group, having an adolescent who had displayed HSB against much younger children can provoke strong emotions that include shame, guilt, social isolation, and fear for their child's development and future. This reaction might also affect the caregivers' own motivation and involvement, thus influencing the interpretation, assessment, and evaluation process regarding the HSB-C caregivers' need for therapy and intervention [51, 54].

As discussed earlier, the strong effect for the HSB-C boys of experiencing their own trauma at a young age and the moderate effect of caregivers' need for extensive help might also indicate insufficient or absent age-adequate care, supervision, and monitoring in general before the disclosure of HSB. This finding might also imply a theoretical hypothesis of more family-related and attachment problems, resulting in challenges with regulating intimate relations in general for the boys in the HSB-C group [12, 50].

Relatedly, we found a moderate effect pertaining to HSB-P parents having more difficulties acknowledging and supporting the recommended therapy/interventions.

When the victim is the same age as the child, the caregivers might see the HSB as more of a sexual-exploration event in a mutual, age-appropriate intimate relationship. Therefore, they may exhibit less acknowledgement of, and support for, the professionally recommended HSB-related therapy/intervention—both for their adolescent and for themselves as a family.

A surprising finding was the lack of differences/effects between the subgroups with regard to social functioning or the presence of other criminal and norm-breaking behaviour (c.f. Hypothesis 4). Based on the literature and previous research [12, 13, 15, 18], we would have expected that the HSB-P group members would report more criminal and norm-breaking behaviour. Our study does not support this, but as previously mentioned, this could be due to our sample size. Both groups included mostly adolescents with concerning or isolated social functioning. A majority in both groups had non-sexual behaviour problems in addition to HSB. This could be a result of the Norwegian outpatient sample being less selective and including more adolescents with both sexual and non-sexual harmful behaviour (i.e., “generalists”; 4, 13, 18, 22).

Furthermore, based on earlier research, we expected to observe differences between the HSB-C and HSB-P groups for offender–victim relations and victim gender (c.f., Hypotheses 2, 3, 5, and 6). The pattern of results did not provide strong indications for such group differences, suggesting that victim characteristics were not key distinguishing factors between the groups. These findings instead could be understood in terms of the situational pathway to HSB for both groups (i.e., access to victims; [4, 18, 55]).

Finally, the mean scores of self-esteem (the ASAP–SE) and emotional loneliness (ASAP–EL) for adolescents in both groups were, slightly surprisingly, within the “normal” range [37, 38]. These results suggest that the ASAP did not adequately discriminate between different subgroups of adolescents who have displayed HSB or between the adolescents in the sample and non-clinical samples of adolescents. These results question the ASAP’s validity in assessing these factors, and/or the results show no support for the clinical assumption that a low self-esteem score and a high emotional loneliness score are important psychological offender-specific characteristics, as has been previously suggested [14, 36].

Limitation and future research

There are several limitations to the present data material. We have collected data from a natural clinical sample; therefore, the missing data vary by variable. This is expected, considering the data are based on patient records that were registered for clinical use by different professionals and practitioners over time. One should also be aware of the possibly inherent subjectivity of

using a single coder in analysing the patient record information. Furthermore, the patient record data were registered over a 10-year period during which the professional knowledge, agencies, terms, definitions, identification, understanding, and methodologies related to the HSB group have undergone continuous development and change (e.g. the development and understanding of technology-assisted HSB; [56]).

Some researchers have commented that the lack of differences or not many differences between HSB subgroups could refer to the natural variation in the nature of adolescent behaviour [9, 37] or that contextual and situational factors have greater impacts on youth behaviour than backgrounds and personality factors do [18]. In research on adults, it is well accepted that there are clear differences between “child sexual abusers” and “rapists” [12, 13], but the results based on victims’ age are far more inconsistent for the adolescents who commit HSB [7, 9, 12, 55].

Alternative typologies other than victim age, which have been proposed as useful for further exploration, could include victim gender combined with victim age, offense characteristics (e.g., frequencies, violence, penetration, online, and/or offline), relationship to victim (siblings/close relations vs acquaintances/strangers), sexual maturation (cf. “Tanner scale”), or delinquency and criminal history [57–59].

A crucial limitation of the present study is the small sample size [11]. Given the small sample size, the power probably is low. Therefore, failing to detect any significant differences between the HSB categories was somewhat expected, especially because a strong correction to control for multiple comparisons results in a loss of power. Furthermore, we did detect large and medium effects; thus, it is reasonable to assume that the nonsignificance could be caused by a lack of power because of the small sample size. Another issue related to the small sample size is generalizability, which is frequently questionable when the sample size is small. On the other hand, the target group of this study historically is naturally low frequency and difficult to access in outpatient clinics (CAMHS).

The subtyping of HSB has generally provided inconsistent findings across studies. To move this field further, one approach may be to conduct systematic, clinical, single-case studies that bridge knowledge from clinical experience and research and through longitudinal studies into longer-term outcomes for adolescents belonging in, for example, either the HSB-C or the HSB-P group. It may also be beneficial to capitalize on multicentre collaborations with pooled samples to enable high-powered investigations of group characteristics using robust statistical methods. It would also

be worthwhile to develop international guidelines for research and move towards common definitions and operationalizations in this area.

Conclusion

The nonsignificant differences between the subgroups, despite some strong and moderate effects, question the utility of using victim age, in combination with offender–victim age differences, as the sole classification criterion for adolescents who have displayed HSB. Clearly, based on the small sample in our study, we cannot conclude anything but can just point out some potential meaningful differences between the groups. In the immediate future, the heterogeneity of the adolescent HSB population will remain a challenge for clinicians and other practitioners. As long as clinicians continue to lack reliable information on more homogenous subgroups regarding, for instance, dynamic risk factors and strengths, they must ensure a broad assessment and intervention focus.

Additionally, we will emphasize the need for more continuous and ecological evaluations of HSB-oriented treatment in clinical day-to-day work (during/after therapy sessions) and over more long-term durations (more single-case and longitudinal studies). More evaluations of therapies/interventions and safety plans will inform the adolescents and their carers to better prevent and reduce/stop repeating HSB, but also to further develop practitioners' understanding, methods, and skills for helping the adolescents and their families in differentiated ways.

Finally, the results from the present study suggest a developmental understanding of why some adolescents have displayed HSB against younger children. We suggest that practitioners should be cautious in further fortifying labels such as “perverse” and “abnormal” according to, for example, adolescents' sexual drive and attractions. Rather, we encourage a greater understanding of these boys, in light of their resemblance to their younger victims in terms of cognitive, linguistic, sexual, and social functioning. This perspective should not be used as an excuse to explain why adolescents have displayed HSB against younger children. However, it should help practitioners to better understand these adolescents' possible natural identification and contact with younger, more vulnerable victims and assist them with moving on in a more prosocial and prosexual developmental direction [49]. In contrast, if an initially broad assessment shows an adolescent who has displayed HSB toward younger children and has a combination of *good* cognitive, social, and/or family functioning and no known trauma, this may suggest a need for more extensive assessment and for treatment of possibly abnormal sexual attraction and drive towards younger children.

Abbreviations

CSA: Child sexual abuse; HSB: Harmful sexual behaviour; HSB-P: Harmful sexual behaviour against peers; HSB-P/A: Harmful sexual behaviour against peers/adults; HSB-C: Harmful sexual behaviour against younger children; HSB-M: Harmful sexual behaviour against a combination of peers, adults, and/or younger children (mixed victim age); CWS: Child Welfare Services (maltreatment and serious behaviour problems); CAMHS: Children & Adolescent Mental Health Services (in Norway: BUP/BUPA); IQ: Intellectual quotient; ASAP: Adolescent Sexual Abuser Project; SE: Self-Esteem Scale (ASAP); EL: Emotional Loneliness Scale (ASAP).

Acknowledgements

Not applicable.

Authors' contributions

The first author, MJ, contributed overall throughout the article. The co-author SCS contributed specifically to the statistical analysis and results sections and the tables. The second co-author, TB, contributed to the background, measurements, statistical analysis, and results sections and to the tables. All authors read and approved the final manuscript.

Authors' information

The first author, MJ, is an experienced professional in the HSB field in Norway. She leads the nationwide clinical HSB network for the CAMHS, and she has, for example, been a key person in the translation and implementation of the AIM framework in Norway (www.aimproject.org.uk). She is a Ph.D. candidate at the University of Bergen, Norway (research subjects: HSB, children, and adolescents).

Funding

The Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare—Western Norway, Uni Research Health (RKBU-Vest), supported the quality-assurance project with a stipend and supervision to the main author, MJ. The second author, SCS, was supported by a grant from the Netherlands Organization for Scientific Research NWO-VIDI-452-14-006.

Availability of data and material

<https://goo.gl/LQXmc2>. The analyses are available. Data are available from Betanien Hospital, but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study and thus are not publicly available.

Ethical approval and consent to participate

The retrospective data from the medical registries were treated according to the guidelines set by the Norwegian data-protection official for handling of confidential and sensitive information (cf. The Norwegian Health Personnel Act 26). The data collection was approved by the Norwegian Centre for Research Data as a quality-assurance project, and it was not deemed obligatory to notify the regional committee for medical and health research ethics.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

None of the authors has any conflicts of interest, specific financial interests, relationships, or affiliations relevant to the subject matter or materials discussed in the manuscript.

Author details

¹ Betanien Hospital, V27, Regional Clinical Resource Team Working With Children and Adolescents Who Have Displayed Problematic and Harmful Sexual Behavior, Bergen, Norway. ² Department of Methodology and Statistics, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands. ³ Department of Psychosocial Science, Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway.

Appendix

See Table 2.

Table 2 Descriptive information and association test results of missing values

Variable	Missing values in HSB-C	Missing values in HSB-P	Total number missing values	Test statistic and P values before Holm correction	P values after Holm correction
Social functioning	3	6	9	$\chi_{(1)}^2 = 2.12, p = .145^N$	$p = 1.00$
Other criminal/ norm breaking behavior	3	5	8	$\chi_{(1)}^2 = 1.22, p = .270^N$	$p = 1.00$
Self-esteem	5	8	13	$\chi_{(1)}^2 = 1.20, p = .156^N$	$p = 1.00$
Emotional loneliness	5	9	14	$\chi_{(1)}^2 = 2.96, p = .086^N$	$p = .684$
Own trauma	6	5	11	$\chi_{(1)}^2 = 0.01, p = .940^N$	$p = 1.00$
Age own trauma	7	6	13	$\chi_{(1)}^2 = 1.13, p = .287^N$	$p = 1.00$
Cognitive abilities	7	7	14	$\chi_{(1)}^2 = 0.23, p = .630^N$	$p = 1.00$
Location HSB	0	1	1	$df = 3, p = 0.4^F$	$p = .100$
Caregiver qualities	0	4	4	$\chi_{(1)}^2 = 5.30, p = .021^N$	$p = .213$
Repeated HSB	0	4	4	$\chi_{(1)}^2 = 5.30, p = .021^N$	$p = .213$

Only variables with missing values are shown in the table, all other variables did not contain missing values. Two tests are performed: $N - 1$ Chi-Square test, and Fisher's exact test, denoted by ^N and ^F respectively. Note that all p values became $> .213$ after adjustment by using holm correction

Received: 5 March 2020 Accepted: 12 November 2020
 Published online: 19 November 2020

References

- Hackett S. Children and young people with harmful sexual behaviours. 2014.
- Finkelhor D, Ormrod R, Chaffin M. Juveniles who commit sex offenses against minors: (630532009-001). American Psychological Association. 2009.
- National Institute for Health and Care Excellence. NICE Guidelines 55 UK2016
- Aebi M, Vogt G, Plattner B, Steinhausen HC, Bessler C. Offender types and criminality dimensions in male juveniles convicted of sexual offenses. *Sex Abuse.* 2012;24(3):265–88.
- Dyer C. The Scottish Expert Group on Preventing Sexual Offending Involving Children and Young People. Prevention of and Responses to Harmful Sexual Behaviour by Children and Young People. In: Government S, editor. <https://www.gov.scot/publications/expert-group-preventing-sexual-offending-involving-children-young-people-prevention-responses-harmful-sexual-behaviour-children-young-people/>. Scottish Government; 2020.
- Finkelhor D, Ormrod R, Chaffin M. Juveniles who commit sex offenses against minors. In: Prevention USDoJOOJPOoJJaD, editor. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/227763.pdf>2009.
- Fanniff AM, Kolko DJ. Victim age-based subtypes of juveniles adjudicated for sexual offenses: comparisons across domains in an outpatient sample. *Sex Abuse.* 2012;24(3):224–64.
- Kemper TS, Kistner JA. Offense history and recidivism in three victim-age-based groups of juvenile sex offenders. *Sex Abuse.* 2007;19(4):409–24.
- Kemper TS, Kistner JA. An evaluation of classification criteria for juvenile sex offenders. *Sex Abuse.* 2010;22(2):172–90.
- Lillard CM, Cooper-Lehki C, Fremouw WJ. Differences in psychosexual development among child, peer, and mixed juvenile sex offenders. *J Forensic Sci.* 2020;65:526–34.
- Keelan CM, Fremouw WJ. Child versus peer/adult offenders: a critical review of the juvenile sex offender literature. *Aggress Viol Behav.* 2013;18(6):732–44.
- Miner MH, Swinburne Romine R, Robinson BB, Berg D, Knight RA. Anxious attachment, social isolation, and indicators of sex drive and compulsivity: predictors of child sexual abuse perpetration in adolescent males? *Sex Abuse.* 2016;28(2):132–53.
- Zeng G, Chu CM, Koh LL, Teoh J. Risk and criminogenic needs of youth who sexually offended in Singapore: an examination of two typologies. *Sex Abuse.* 2015;27(5):479–95.

- Gunby C, Woodhams J. Sexually deviant juveniles: comparisons between the offender and offence characteristics of "child abusers" and "peer abusers." *Psychol Crime Law.* 2010;16(1–2):47–64.
- Glowacz F, Born M. Do adolescent child abusers, peer abusers, and non-sex offenders have different personality profiles? *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22:117–25.
- Leroux EJ, Pullman LE, Motayne G, Seto MC. Victim age and the generalist versus specialist distinction in adolescent sexual offending. *Sex Abuse.* 2016;28(2):79–95.
- Malvaso CG, Proeve M, Delfabbro P, Cale J. Characteristics of children with problem sexual behaviour and adolescent perpetrators of sexual abuse: a systematic review. *J Sex Aggress.* 2019;26(1):36–61.
- Seto MC, Lalumiere ML. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychol Bull.* 2010;136(4):526–75.
- Caldwell MF. What we do not know about juvenile sexual reoffense risk. *Child Maltreat.* 2002;7(4):291–302.
- Buřdir. Barnevernsstatistikk 2016–2017. Buřdir; 2019 02.05.2019.
- Holt T, Nilsen LG, Moen LH, Askeland IR. Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: En nasjonal kartleggingsundersøkelse. [Treatment for children who have displayed and/or have been exposed to violence and sexual abuse: A national survey] Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 6/2016); 2016.
- Askeland IR, Jensen M, Moen LH. Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd - kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia - forslag til landsdekkende struktur [Treatment for youth with problematic or harmful sexual behavior - knowledge and experiences from the nordic countries and the UK - suggestions for national implementation]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 1/2017). 2017.
- Nica F. What is Barnahus and how it works Child Protection Hub2016. <https://childhub.org/en/promising-child-protection-practices/what-barnahus-and-how-it-works>.
- Norge Ki. Informasjon <https://www.konflikttraedet.no/om-konflikttraadet.311335.no.html>.
- Norway CnoH. Decisions about which terminology to use. Meeting minutes: RVTS Midt; June 2016.
- Health TRR. Traffic light. Sexual behaviours in children & young people. A guide to identify, understand and respond to sexual behaviours. <http://www.wbsass.com.au/themes/default/basemedia/content/files/Traffic-LightsBrochure.pdf> (updated 2011).
- Jensen M, Garbo E, Kleive H, Grov Ø, Hysing M. Characteristics of young boys in Norway with harmful sexual behavior. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening.* 2016;53:366–75.

28. World Health O. ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Albany: World Health Organization; 1992.
29. Gustafsson PE, Nilsson D, Svedin CG. Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(5):274–83.
30. Forsman M, Johansson A, Santtila P, Sandnabba K, Långström N. Sexually coercive behavior following childhood maltreatment. *Arch Sex Behav*. 2015;44(1):149–56.
31. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children, Fourth Edition <https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Cognition-%26-Neuro/Wechsler-Intelligence-Scale-for-Children-%26-Fourth-Edition/p/100000310.html>; Pearson Assessment; 2003.
32. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children—Third Edition (WISC-III). Toronto/Canada: Psychological Corporation; 1991.
33. Wechsler D. WISC-IV. Norwegia. Stockholm: Pearson Assessment; 2009.
34. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition (WISC-IV). Toronto/Canada. 2005.
35. Bonner BL, Marx BP, Thompson JM, Michaelson P. Assessment of adolescent sexual offenders. *Child Maltreat*. 1998;3(4):374–83.
36. Beckett R, Gerhold CKE, Brown A. Adolescent sexual abuser project (ASAP): child abuser assessment schedule. Funded and developed in co-operation with SWAAY and the Oxford Mental Health Care NHS Trust. 2002.
37. van Outsem RE, Beckett R, Bullens R, Vermeiren R, van Horn J, Doreleijers T. The Adolescent Sexual Abuser Project (ASAP) Assessment Measures—Dutch Revised Version: a comparison of personality characteristics between juvenile sex offenders, juvenile perpetrators of non-sexual violent offences and non-delinquent youth in the Netherlands. *J Sex Aggress*. 2006;12(2):127–41.
38. van Outsem RE. Exploring psychological characteristics of sexually abusive juveniles: Vrije Universiteit Amsterdam. 2009.
39. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. 3.6.0 ed. Vienna, Austria. 2018.
40. Campbell I. Chi-squared and Fisher-Irwin tests of two-by-two tables with small sample recommendations. *Stat Med*. 2007;26(19):3661–75.
41. Busing FMTA, Weaver B, Dubois S. 2 x 2 tables: a note on Campbell's recommendation. *Stat Med*. 2016;35(8):1354–8.
42. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: chi-squared test and Fisher's exact test. *Restorative Dent*. 2017;42(2):152–5.
43. Wilcoxon F, Katti SK, Wilcox RA. Critical values and probability levels for the Wilcoxon rank sum test and the Wilcoxon signed rank test. Selected tables in mathematical statistics. 1 1970. p. 171–259.
44. Holm S. A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scand J Stat*. 1979;6(2):65–70.
45. R Core Team. Adjust p-values for multiple comparisons. 3.6.0 ed. 2018.
46. Creeden K. How trauma and attachment can impact neurodevelopment: Informing our understanding and treatment of sexual behaviour problems. *J Sex Aggress*. 2009;15(3):261–73.
47. Silovsky JF, Swisher LM, Widdifield J, Burrell L. Clinical considerations when children have problematic sexual behavior. In: Goodyear-Brown P, editor. *Handbook of Child Sexual Abuse: Identification, Assessment, and Treatment*. Hoboken: Wiley; 2012. p. 399–428.
48. Gaskill RL, Perry BD. Clinical considerations when children have problematic sexual behavior. In: Goodyear-Brown P, editor. *Handbook of child sexual abuse: identification, assessment, and treatment*. Hoboken: Wiley; 2012. p. 399–428.
49. Worling J. The assessment and treatment of deviant sexual arousal with adolescents who have offended sexually. *J Sex Aggress*. 2012;18(1):36–63.
50. Marshall WL. The role of attachments, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sex Relationship Therapy*. 2010;25(1):73–85.
51. Worley KB, Church JK, Clemmons JC. Parents of adolescents who have committed sexual offenses: characteristics, challenges, and interventions. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2012;17(3):433–48.
52. Kolko DJ, Noel C, Thomas G, Torres E. Cognitive-behavioral treatment for adolescents who sexually offend and their families: individual and family applications in a collaborative outpatient program. *J Child Sex Abuse*. 2004;13(3–4):157–92.
53. Idisis Y, Oz S. Disclosing the secret. In: Boer DP, Eher R, Craig LA, Miner MH, Pfäfflin F, editors. *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders*; 2015. p. 397–418.
54. Hackett S, Balfe M, Masson H, Phillips J. Family responses to young people who have sexually abused: anger, ambivalence and acceptance. *Child Soc*. 2014;28(2):128–39.
55. Netland JD, Miner MH. Psychopathy traits and parental dysfunction in sexual offending and general delinquent adolescent males. *J Sex Aggress*. 2012;18(1):4–22.
56. Swann R, Allotey J. Technology-assisted harmful sexual behaviours. *Practical guidance*. 2nd ed. London: NSPCC & AIM; 2019.
57. Litzman NE, Viljoen JL, Scalora MJ, Ullman D. Sexual offending in adolescence: a comparison of sibling offenders and nonsibling offenders across domains of risk and treatment need. *J Child Sex Abuse*. 2011;20(3):245–63.
58. Tucker CJ, Finkelhor D, Turner H, Shattuck AM. Sibling and peer victimization in childhood and adolescence. *Child Abuse Negl*. 2014;38(10):1599–606.
59. Yates P, Allardce S, MacQueen S. Children who display harmful sexual behaviour: assessing the risks of boys abusing at home, in the community or across both settings. *J Sex Aggress*. 2012;18(1):23–35.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



10.3 Artikel III



OPEN ACCESS

EDITED BY

Teresa A. May-Benson,
TMB Educational Enterprises, LLC,
United States

REVIEWED BY

Ugur Cavlak,
Biruni University, Turkey
Krishna Saha,
Central Connecticut State University,
United States

*CORRESPONDENCE

Monica Jensen
monica.jensen@betaniensykehus.no

SPECIALTY SECTION

This article was submitted to
Psychology for Clinical Settings,
a section of the journal
Frontiers in Psychology

RECEIVED 15 August 2022

ACCEPTED 07 November 2022

PUBLISHED 05 December 2022

CITATION

Jensen M, Askeland IR and
Bjørknes R (2022) Interrater reliability and
experiences of Assessment, Intervention,
and Moving-on 3 Assessment Model in a
multidisciplinary Norwegian sample.
Front. Psychol. 13:1019739.
doi: 10.3389/fpsyg.2022.1019739

COPYRIGHT

© 2022 Jensen, Askeland and Bjørknes.
This is an open-access article distributed
under the terms of the Creative Commons
Attribution License (CC BY). The use,
distribution or reproduction in other
forums is permitted, provided the original
author(s) and the copyright owner(s) are
credited and that the original publication in
this journal is cited, in accordance with
accepted academic practice. No use,
distribution or reproduction is permitted
which does not comply with these terms.

Interrater reliability and experiences of Assessment, Intervention, and Moving-on 3 Assessment Model in a multidisciplinary Norwegian sample

Monica Jensen ^{1,2*}, Ingunn Rangul Askeland ³ and Ragnhild Bjørknes ^{4,5}

¹Betanien Hospital, Bergen, Norway, ²Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway, ³Alternative to Violence (ATV), Oslo, Norway, ⁴The Norwegian Center for Child Behavioral Development, Oslo, Norway, ⁵Department of Health Promotion and Development, Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway

Background: Assessing minors with harmful sexual behavior (HSB) is a complex and sensitive task. The AIM3 Assessment Model was developed to assist practitioners with information collection and HSB evaluations.

Objective: In this study, we explore the interrater reliability and the practitioners' experience with the AIM3.

Participants and setting: The multidisciplinary sample ($n = 56$) was recruited in Norway. The participants' mean age is 43.2 years (SD 9.5). The sample is 79% female and 21% male. Mean years of experience is 17.6 years (SD 9.5).

Methods: The participants used the Norwegian version of the AIM3 to score three case vignettes. A survey containing questions about competence and experience was filled out. We used the intraclass correlation coefficient (ICC) to estimate interrater reliability as well as descriptive statistics to show experience.

Results: The estimated ICC for overall AIM3 factors is 0.547 (95% CI=0.471, 0.634); for domain scores, the estimated ICC is 0.697 (95% CI=0.548, 0.852). Both are in the moderate range. The majority of the participants reported that they will probably use the AIM3 in the future and that their experience with the AIM3 was highly useful with, for example, empirically informed decision-making and for intervention and safety planning.

Conclusion: The moderate ICC results and the sample's generally positive experience with the AIM3 may indicate further usefulness in a Norwegian multidisciplinary setting. We provide recommendations on how the AIM3 and similar HSB assessments can be further evaluated and developed.

KEYWORDS

harmful sexual behavior, adolescents, AIM3 assessment, interrater reliability, Norwegian context

Assessment of harmful sexual behavior

In Western societies, estimates suggest that 30%–50% of child sexual abuse involves other children or adolescents who have displayed harmful sexual behavior (HSB; Barbaree and Marshall, 2006; Finkelhor et al., 2009; Hackett, 2014). The field of work centered on these minors requires professional confidence and competence. Therefore, the development of reliable assessment tools is greatly needed to assess consistently, and with less personal bias, adolescents who have displayed HSB, enhancing the possibility of reducing the influence of personal attitudes and values on professional judgments and decisions. Research has also facilitated the use of assessment and decision-making processes that are more structured in preference to solitary clinical intuition and judgments (Ægisdóttir et al., 2006; Smid et al., 2013; Munro, 2020; Douglas and Otto, 2021). The Assessment, Intervention, Moving-On 3 (AIM3) Assessment Model is a structured framework that assists multidisciplinary practitioners in assessing HSB within the context of their family and their environment (Leonard and Hackett, 2019a, 2021). In this study, we investigate the interrater reliability (IRR) of judgments made by Norwegian practitioners and their experiences using this tool.

The practitioners' assessment, evaluation, and subsequent recommendations of interventions and safety restrictions will often have a major influence on the immediate and future rights and lives of minors and their families—both for the young persons who have displayed HSB and for their victims (Smid et al., 2013). Thus, the practitioners should be aware of the HSB tools' varying strengths and limitations, psychometrics, and the settings and purpose of the screening or assessment tool before using them (e.g., forensic and correctional settings vs. community, outpatient and clinical settings, predictive vs. informal objectives; cf. Evers and Sjöberg, 2013; Muñiz et al., 2013; Douglas and Otto, 2021).

Over the last two decades, assessment tools have developed in this area (Print et al., 2009; Miccio-Fonseca, 2013; Leonard and Hackett, 2019a; Prentky et al., 2020). The field has moved from unguided clinical judgment to actuarial prediction of recidivism risk based on historical and static factors. Today, the field focuses on assessing potentially changeable dynamic and protective factors, and further evaluation and development are ongoing (Griffin and Beech, 2004; Hempel et al., 2013; Craig and Rettenberger, 2016; Miccio-Fonseca and Rasmussen, 2018). Empirical research has found existing HSB recidivism risk prediction tools to be inaccurate, thereby inducing the development of HSB assessment tools informing the intervention and safety planning (e.g., Viljoen et al., 2012;

Hempel et al., 2013; Barra et al., 2018). Researchers have become increasingly aware that such assessment tools must account for the rapid physical and psychological development, social expansion, and change of childhood (Dahl et al., 2018) and the emergent use of the internet and social media (Belton and Jackson-Hollis, 2016).

Last, the development and objectives of assessment tools have been driven by a recognition of the minor HSB population's heterogeneous backgrounds, characteristics, and pathways regarding HSB (Knight and Prentky, 1993; Andrade et al., 2005; Finkelhor et al., 2009; Hackett, 2014; Jensen et al., 2020). This heterogeneity implies that initial assessment tools need to be broad in both assessing and distinguishing individual characteristics. Situational and ecological factors that can eliminate, reduce, or modify risk factors or promote protective factors and well-being must be accounted for (Beech and Ward, 2004; Griffin et al., 2008; Allardyce and Yates, 2017).

The Assessment, Intervention, Moving-on 3 Assessment Model

The AIM3 is an evidence-informed assessment tool designed to provide practitioners with a structured, holistic, ecological framework for collecting information on and evaluating HSB by identifying both sexual and nonsexual needs (Leonard and Hackett, 2019a, 2021). This tool was developed primarily for use in outpatient and community settings by multidisciplinary practitioners assessing young people aged 12–18 years. The AIM3 has five domains: Sexual Behavior, Nonsexual Behavior, Developmental, Environmental/Family, and Self-Regulation. The AIM3 is a dynamic assessment framework designed to be used both in the initial stages and in the evaluation of the young person's development during interventions. Using the AIM3 terms, the practitioners must rate or assess their concerns on 25 AIM3 factors within the five domains. Seventy-one suggested items are proposed to guide these factors' analysis.

The AIM3 has a standardized scoring and analysis sheet for each domain and factor. The framework measures both historical and current factors. The historical factors are important in the AIM3, because they influence the current presentation and functioning of the young person. Practitioners plot the summarized scores for each domain on a profile graph, indicating which concerns must be managed immediately and which are more moderate or long-term, as well as whether any areas of relative strength are present and can be built upon.

The AIM3 is designed to connect, when relevant, to the AIM & National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC)—Technology-Assisted HSB Guidance (Allotey and Swann, 2019a, 2019b) and the AIM Intervention Guidance, Second Edition (Guilhermino and McCarlie, 2019a, 2019b).

Internationally, there are not currently any available or published studies or reports on the development, evaluation, or psychometrics of the AIM3 assessment model. In this exploratory study, we will estimate IRR by examining how Norwegian multidisciplinary practitioners rate three case vignettes shortly after formal AIM3 training.

Interrater reliability

Hallgren (2012) described IRR assessment as a way of quantifying the degree of agreement between two or more raters who independently rate a feature of a set of subjects (e.g., people, things, or events). The intraclass correlation coefficient (ICC) is one of the most commonly used IRR indices for ordinal, interval, and ratio variables (Hallgren, 2012; Landers, 2015; Hanson, 2022).

Traditionally, many ICC studies in the literature have used only two raters, often highly motivated and with interchangeable characteristics, to estimate the IRR. In contrast, we want to estimate the IRR for the use of a specific assessment tool used by various multidisciplinary practitioners. The current study's design, using multiple trained "real-life" raters, is inspired by studies conducted by Hanssen-Bauer et al. (2007), Sutherland (2010), Sutherland et al. (2012), and Webster et al. (2006).

The Norwegian multidisciplinary context

Norway has a population of about 5,400,000. About 21% are children under the age of majority (18). The age of sexual consent is 16, and the age of criminal responsibility is 15. In the last decade, there has been an increasing public, professional, and governmental awareness of children and adolescents who have displayed problematic behaviors and/or HSB (Holt et al., 2016; Askeland et al., 2017; Health and Care, 2017; Vorland et al., 2018).

Historically, disclosure, assessment, and interventions for minors having displayed problematic behaviors or HSB have been unsystematic. Interventions have mainly been treatment-oriented and delivered through public health and social outpatient services (e.g., in Norway, the state agency Children Welfare Services or the Children and Adolescent Mental Health System). Since 2005, some assessment tools have been translated for potential use in public health, social services, forensic, and correctional settings, such as the Adolescent Sexual Abuser Project Assessment Measures (Beckett et al., 2002), and the Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offence Recidivism (Worling and Curwen, 2001). However, since 2016, multidisciplinary practitioners and agencies have achieved more systematic competence in HSB assessment. Among the tools that have been translated and made

easily accessible are those used for initial screening, such as the Sexual Behavior Continuum (Hackett, 2014) and the Traffic Light – Sexual Behavior framework (TRUE, 2015), and more comprehensive assessment tools like the earlier AIM2 and recent AIM3 (Print et al., 2009, 2012; Leonard and Hackett, 2019a,b). Although there is ample clinical experience to recommend these tools, none has been standardized or evaluated in Norwegian practice.

The ongoing nationwide AIM3 training in Norway is conducted by approved AIM3 trainers associated with the Regional Centers on Violence, Traumatic Stress and Suicide Prevention (RVTS), who use a Norwegian translation of the standardized training packet (including a competence test), developed and approved by the AIM Project in the United Kingdom. Because training in AIM3 has been carried out across agencies and a wide range of settings over the last few years, it will be useful to evaluate how this framework is understood and guides professionals in their assessment of young persons. Therefore, it is particularly relevant to explore the IRR of the AIM3 and how practitioners experience the tool and training in a Norwegian multidisciplinary context.

The research aims of this study are as follows:

1. Use a sample of multidisciplinary practitioners to estimate the IRR of the AIM3.
2. Describe the multidisciplinary practitioners' experience of the AIM3 tool and training.

Materials and methods

Procedure and design

The participants in this study were recruited from a population of multidisciplinary practitioners attending one of the 15 AIM3 training courses across Norway between November 2019 and January 2022. In total, 255 practitioners attended the training courses. They were informed of the study's nature and consented to fill out a survey and use the Norwegian version of the AIM3 assessment model (Leonard and Hackett, 2019b) to score three constructed clinical vignettes shortly after their formal training.

Sample characteristics

A total of 56 practitioners participated in the current study. Of those, 79% were women, and 21% were men. This represents a slightly higher proportion of men than the actual share of male health and social workers in Norwegian workplaces, 16% (Norway, 2022). The participants' mean age was 43.2 (SD 9.5, range 25–63). The sample comprised 41% psychologists, 25% social workers, and 34% other professionals (e.g., educators, nurses, and consultants) from various work settings. Their mean years of experience in professional practice was 17.6 (SD 9.5, range 0–37), and the mean

years of experience working directly with children or adolescents and their families was 13.5 years (SD 9.2, range 0–31). Experience with HSB cases in the last 5 years was a mean of 4.3 cases (SD 5.0, range 0–20). The participants' formal HSB-specific education (prior to the AIM3 training) consisted of basic HSB courses (86%) and prior AIM2 assessment training (52%); direct experience of prior assessment with the AIM2 tool was a mean of 1.3 cases (SD 2.8, range 0–17). Less than half of the sample had attended prior training courses in "AIM Intervention" (41%), in "AIM and NSPCC's Technology-Assisted HSB assessment" (16%), and in "AIM under 12" (13%; Carson, 2019).

The case vignettes and survey

The case vignettes were composed to reflect a complexity and variety of known pathways and characteristics of adolescents with HSB and their caregivers, families, and networks. Some irrelevant information was included in each case to simulate real-life assessment processes. The relevant information given in each case was sufficient to score all domains or factors, but with a potential variation in score from one case to another. The case vignettes were constructed to allow the possibility of differentiated evaluations of further need for intervention and safety planning. Each case vignette's information was limited to a maximum of four written pages, and the time was stipulated 50 to 100 min to score each with the AIM3.

The three case vignettes were based on anonymized case information drawn from prior real-life cases. The first author, with more than 30 years of clinical experience, developed and formulated the vignettes, which all center on young people having displayed various types of HSB, primarily in direct meetings with other minors. We made a deliberate exclusion in the HSB descriptions in the cases to avoid the need to supplement with the Technology-Assisted HSB assessment in scoring (Allotey and Swann, 2019a).

Participants were asked to take about 30 to 45 min to fill out the survey after scoring the case vignettes. The survey contained

questions about the practitioners' professional backgrounds; their general work experience with children, adolescents, and their families; their specific experience in assessment and HSB work; and the participants' experiences of the AIM3 training course and in using the assessment framework or tool.

The survey and the three case vignettes used in this study were created with help from a pilot study attended by experienced HSB practitioners and trainers (*n* = 8). Their valuable feedback was used in designing the final survey and case vignettes to ensure their relevance and unambiguity (Peabody et al., 2004; Hanssen-Bauer et al., 2007; Richter and Hanssen-Bauer, 2012; Sutherland et al., 2012). The pilot group's survey and AIM3 scores are not included in the following analysis and results.

Measures

The AIM3 scores

The 25 AIM3 factors (*cf.* Table 1) were coded as follows: 4 (*significant concern*), 2 (*some concern*), or 0 (*no general concern*) or *the factor represents an area of strength* (*cf.* ordinal variables). In the AIM3, a summarized domain score (*cf.* interval variables) of 14 to 20 (in the "red band") "may indicate an area of relative need or risk requiring specific or immediate intervention, risk management and safeguarding." A domain score of 6 to 12 (in the "amber band") "may indicate work is required to lower risk and meet needs requiring intervention in the medium term." A domain score of 0 to 4 (in the "green band") "may indicate an area of relative strength in the young person's current presentation/context, which may be harnessed to support interventions with the young person" (Leonard & Hackett, 2019a, p. 54). The bands' cutoffs are pragmatic and conventionally chosen, not based on psychometric analyses.

Participants' experiences of the case vignettes and the AIM3 framework/tool

The participants reported how much time they spent in the scoring process and the degree to which they experienced each

TABLE 1 An overview of the AIM3 assessment model's domains and factors.

Domain 1: Sexual behavior	Domain 2: Nonsexual behavior	Domain 3: Developmental	Domain 4: Environmental/family	Domain 5: Self-regulation
Factor 1: Nature of the harmful sexual behavior	Factor 1: Nonsexual criminality	Factor 1: Trauma and victimization	Factor 1: Stability and safety	Factor 1: Responsibility
Factor 2: Extent of harmful sexual behavior	Factor 2: Nonsexual aggression and antisocial behavior	Factor 2: Childhood and adolescent adversity	Factor 2: Parental/carer supervision	Factor 2: Motivation and engagement
Factor 3: Victim characteristics	Factor 3: Alcohol and drugs	Factor 3: Attachment	Factor 3: Relationships	Factor 3: Future perspective
Factor 4: Sexual aggression and violence	Factor 4: General behavior	Factor 4: Family functioning	Factor 4: Peer group	Factor 4: Problem-solving
Factor 5: Sexual knowledge, attitudes, and interests	Factor 5: Mental health and well-being	Factor 5: Health, intellectual, and emotional functioning	Factor 5: Education, employment and leisure	Factor 5: Social competence

Adapted from Leonard and Hackett (2019a, p. 49) with permission from the AIM project in UK.

case vignette as real. They were asked about the probability of their future use of the AIM3 (when relevant) and how the tool and training worked as a guide for them in making empirically informed decisions in safety and intervention planning. Further, they reported how the AIM3 tool and training affected their confidence when working with adolescents with HSB and their collaboration with multidisciplinary colleagues, as well as whether they experienced the tool as useful in evaluation of interventions and the youths' progression. The response scales were five-point Likert scales (e.g., *not at all*, *slightly*, *neutral*, *very*, *extremely* and *very poor*, *poor*, *fair*, *good*, and *excellent*).

Statistical analyses

In this study, we used a fully crossed ICC design in which a sample of multidisciplinary practitioners coded the same cases guided by the same assessment tool. We calculated the ICC estimates and their 95% confidence intervals using IBM SPSS statistical package version 26 (2019). These estimations were based on a two-way mixed effects model, absolute agreement, and both single and average measures reported. The single rater measurements will be applicable to a context in which a single practitioner is using the AIM3 tool, and the average measures reported will be applicable when groups of practitioners are using the AIM3.

The chosen ICC range for interpretation was "ICC values less than 0.5 are indicative of poor reliability, values between 0.5 and 0.75 indicate moderate reliability, values between 0.75 and 0.90 indicate good reliability, and values greater than 0.90 indicate excellent reliability" (Koo & Li, 2016, p. 158).

We calculated the descriptive statistics of the included study variables. In addition, we presented the categorical variables using the number of participants and percentages and the continuous variables using means and SDs.

Ethics

The Norwegian Centre for Research Data approved this research project (reference number 626781). The participants had the opportunity to withdraw their initial consent at any time during the data collection. The first author did not train practitioners in AIM3 during the data collection period, and her own initial scores of the case vignettes and survey are not included in these analyses.

Results

ICC analyses of the AIM3 model

The estimated single-rater ICC for all 25 AIM3 factors (see Table 2 below) was in the moderate range (0.547; 95% CI [0.471, 0.634]), and the equivalent estimated average-rater ICC was in the excellent range (0.985; 95% CI [0.980, 0.990]). The

estimated single-rater ICC for all five AIM3 domain sum scores was in the moderate range (0.697; 95% CI [0.548, 0.852]), and the equivalent estimated average-rater ICC was in the excellent range (0.992; 95% CI [0.985, 0.997]). There were no missing AIM3 data and therefore no need for missing data analysis.

Regarding the above reported single-rater measure for all AIM factors (0.547; 95% CI [0.471, 0.634]), this result indicates that 54, 7% variance of the AIM3 scores for a single practitioner is "real" (represent the construct), and that 45, 3% represent random variation. Its 95% confidence interval ranges between 0.471 and 0.634, meaning that there is 95% chance that the true ICC value lands on any point within this range. On the other hand, the equivalent average -rater measure 0.985 reported above, will indicate that 98, 5% of the variance in the mean of the whole group of practitioners is "real." The generally higher average-measure results in our study have implications for clinical practice and will be further discussed.

For all factors (see Table 2), the estimated single-rater ICCs for Domain 1, "sexual behavior" (0.280), and for Domain 2, "nonsexual behavior" (0.331), were in the poor range. The ICC estimates for Domain 3, "developmental" (0.785), and for Domain 4, "environmental/family" (0.804), were in the good range. The ICC for Domain 5, "self-regulation," was in the moderate range (0.729).

Supplementary Tables S1, S2 contain descriptive AIM3 scoring statistics and ICC analyses on each case separately.

The participants' perceptions of the three case vignettes and the AIM3 assessment

The time used for AIM3 scoring varied from 30 to 360 min. The mean time was 145 min for Case 1 (SD 76), 125 min for Case 2 (SD 60), and 106 min for Case 3 (SD 57). The majority of the participants (88%–100%) evaluated each of the three case vignettes as *very realistic* or *extremely realistic*. Case 1 was evaluated by 32% of the participants as *very realistic* and by 68% as *extremely realistic*. Case 2 was evaluated by 38% of participants as *very realistic* and by 61% as *extremely realistic*, and Case 3 was evaluated as *very realistic* by 43% of participants and by 45% as *extremely realistic*.

The participants reported rather high probability for future use of the AIM3 tool when relevant—30% of the participants as *very likely*, and 45% as *extremely likely*. Most of the participants perceived the AIM3 to be useful in guiding them; for example, the tool's "empirically informed decision-making" was rated by 36% of participants as *good*, and by 59% as *excellent*. The AIM3's usefulness in guiding "intervention planning" was rated by 52% of the participants as *good*, and by 20% as *excellent*. See Table 3 for an overview of the results from the participants' evaluation of the AIM3 tool and training. These results have implications for clinical practice and will be further discussed.

TABLE 2 ICC analysis—AIM3 factor and summarized domain scores.

	Measures	Intraclass correlation coefficient (ICC)**	Lower bound	Upper bound	Value	df1	df2	Sig
ICC*	Single	0.547	0.471	0.634	73,806	74	4,070	0.000
Overall AIM3 factor scores	Average	0.985	0.980	0.990	73,806	74	4,070	0.000
ICC	Single	0.697	0.548	0.852	157,441	14	770	0.000
Overall AIM3 domain (sum) scores	Average	0.992	0.985	0.997	157,441	14	770	0.000
Domain 1	Single	0.280	0.084	0.941	25,225	2	110	0.000
Sexual behavior	Average	0.956	0.836	0.999	25,225	2	110	0.000
Domain 2	Single	0.331	0.108	0.952	38,129	2	110	0.000
Nonsexual behavior	Average	0.965	0.871	0.999	38,129	2	110	0.000
Domain 3	Single	0.785	0.489	0.993	220,469	2	110	0.000
Developmental	Average	0.995	0.982	1.000	220,469	2	110	0.000
Domain 4	Single	0.804	0.517	0.994	241,548	2	110	0.000
Environmental/family	Average	0.996	0.984	1.000	241,548	2	110	0.000
Domain 5	Single	0.729	0.412	0.991	194,190	2	110	0.000
Self-regulation	Average	0.993	0.975	1.000	194,190	2	110	0.000

*ICC estimates and their 95% confidence intervals were calculated by two-way mixed effects model, absolute-agreement, and single and average measures.

**ICC values < 0.5 are indicative of poor reliability, values between 0.5 and 0.75 indicate moderate reliability, values between 0.75 and 0.90 indicate good reliability, and values > 0.90 indicate excellent reliability* (Koo & Li, 2016, p. 158).

TABLE 3 The participants' experience of the AIM3 tool/training.

	Very poor*	Poor	Fair	Good	Excellent
Making empirically informed decisions	0	0	5	36	59
Safety planning	0	2	25	54	20
Intervention planning	0	2	27	52	20
Evaluation of the progression	0	2	27	46	26
Enhancing own confidence working with young persons	0	0	25	34	41
Enhancing own multidisciplinary collaboration	0	2	25	50	23

*The cells are showing % of participants (n = 56).

Discussion

The aim of this study was to estimate IRR and explore how multidisciplinary practitioners in a Norwegian setting experience the AIM3 assessment model (Leonard and Hackett, 2019a,b). A reliable and consistent assessment of children and adolescents who display HSB is important for their current and future lives, their potential victims, their families, and society. Practitioners also need reliable assessment tools to help them in clinical

decision-making, making less-biased judgments, and more consistently recommending interventions and risk-management measures. In light of recent years' emergent public and professional awareness of minors who have displayed HSB, it is essential to evaluate HSB-related assessments used in the Norwegian context (Holt et al., 2016; Askeland et al., 2017). The present study's psychometric testing of IRR also contributes to the AIM3's more general validation process.

In this study, we found that the estimated ICC for both the factor and domain scores indicated moderate IRR for the AIM3. The majority of the raters experienced the AIM3 as, overall, of good or excellent use in guiding and helping them. Though there are no prior IRR/ICC studies on the AIM3, these overall results are reassuring for further use of the AIM3 in the Norwegian context.

The interrater reliability of the AIM3 assessment model (Norwegian version)

The overall IRR results in this study could imply that the multidisciplinary practitioners (raters) score moderately consistently in agreement or disagreement and are moderately interchangeable when using the AIM3. The results imply that the use of the AIM3 might reduce the impact of heterogeneity of rater characteristics, experience, and competence in the field.

The term *IRR* can have different meanings and calculations (Hallgren, 2012; Evers and Sjöberg, 2013; Gwet, 2014; Hanson, 2022). One should be aware that this study's ICC results are based on agreement in absolute terms, not only the practitioner's relative scorings, and that the use of fewer raters, as in more traditional

ICC designs, might have increased the ICC estimates further. We also wish to highlight that a moderate, better, or worse ICC absolute agreement estimate could still imply different qualitative interpretations and recommendations for intervention and safety in further case planning and follow-up (cf. Viljoen et al., 2019).

Comparable IRR/ICC research for other various clinical assessment tools often used in child and adolescent services in Norway (not HSB specific) has found equivalent overall ICC estimates in the moderate or good range. Examples have been given for the “HoNOSCA” (ICC 0.81; *CI* [0.70, 0.91]) and for the “Children Global Assessment Scale” (ICC=0.61; *CI* [0.45, 0.77]; Hanssen-Bauer et al., 2007). Sutherland et al. (2012), in their study of the Risk for Sexual Violence Protocol assessment with several raters, also estimated an overall ICC in the moderate range (ICC=0.53; *CI* [0.49, 0.56]).

The general discrepancy, in this study’s results, between the estimated ICC results for single raters (moderate) and average rater (excellent), must be emphasized and is important for the field of practice. First, ICC estimates based on average measures will generally be higher than those based on single measures (Hallgren, 2012), thus collaboration of practitioners in scoring will be preferred. Second, the AIM3 factor scores were based on a three-point Likert scale (0, 2, 4) for which the mean scoring range, including the scoring disagreement average, will be limited. A more nuanced scoring range (e.g., a five- or seven-point Likert scale) might have resulted in a broader range for the agreement and disagreement mean and might have nuanced the ICC estimates based on both single and average measures. The higher ICC average measure, as compared to the single measure, recommends interrater collaboration in AIM3 scoring. This highlights the need to ensure that practitioners, especially those who must assess HSB cases alone (e.g., due to geographical reasons), receive proper and reasonable assessment consultation and support from a peer-review network. Even though the United Kingdom AIM Project and the Norwegian-approved AIM3 trainers recommend scoring based on the clinical judgment of two or more experts (consensus decision-making), clinical experience indicates great variation in scoring procedures and available support.

Regarding the overall factor scores for each domain, we see a more nuanced picture for the ICCs. Hence, estimates for Domain 3 (developmental) and Domain 4 (environmental/family) indicate good IRR; for Domain 5 (self-regulation), estimates suggest moderate IRR. However, equivalent estimated ICCs for both Domain 1 (sexual behavior) and 2 (nonsexual behavior), indicate poor IRR in this sample. This is disquieting, because Domains 1 and 2 are the most HSB-specific and unique domains in the AIM3, and they contain items commonly recognized and seen in other HSB-specific assessment tools. On the other hand, Domains 3, 4, and 5, which show good-to-moderate ICC results, include factors (items) more typical of other, more generically normed and psychometrically tested assessment tools available in Norway, such as the Achenbach Systems of Empirically Based Assessment (Achenbach, 2009) or the Behavior Assessment System for

Children, Third Edition (Reynolds and Kamphaus, 2015). One apparent disadvantage with relatively comprehensive HSB assessments, such as the AIM3, is the time, effort and money spent on unnecessary, multiple, overlapping assessment for the young persons, their families, and the professionals, especially when the practitioner must assess the young person for multiple clinical problems, not only HSB. One advantage with the relatively comprehensive, ecological, holistic AIM3 framework is the collection of all 25 empirically informed factors in one place. The AIM3 ensures that the multidisciplinary practitioners do not overlook crucial HSB factors and may help the practitioners to communicate and use terms more consistently (Bloom et al., 2005). However, it is also important to note that too much data can be overwhelming for some practitioners (Munro, 2020). Another important advantage of the AIM3 is the broad assessment of HSB that it creates by taking into context multiple domains of a young person’s life and well-being, helping practitioners focus not only on the HSB itself (Campbell et al., 2020; King-Hill, 2021).

The three case vignettes used in this study have no prior “true” AIM3 scores, but in Supplementary Table S1, the mode for each of the 25 AIM3 factors on each case vignette is depicted. Supplementary Table S1 shows that all three cases are scored relatively high on the domains “sexual behavior” (D1) and “nonsexual behavior” (D2) but otherwise have more differentiated scores as intended by the case vignette’s design (cf. real-life assessment of complex and serious cases). The ICC results for each case vignette differ (cf. Supplementary Table S2). The ICC confidence interval (95%) is estimated to be in the moderate range for Case 1, the moderate-to-poor range for Case 2, and the poor range for Case 3. The attempted variation and complexity among the cases are factors that can highly influence the ICC (Bryer, 2019), but the practitioners’ endurance, time used, confidence, and sequence in the AIM3 scoring could also have some impact on these different case results.

Finally, the different AIM3 factors will vary in how difficult they are to evaluate and score in absolute agreement terms—for example, see the comparison between “Alcohol and drugs” (D2/F3) and “Sexual knowledge, attitudes, and interests” (D1/F5) or “Attachment” (D3/F3). Supplementary Table S1 shows how a few factors have no real mode score in the sample—for example, the factor “nonsexual aggression and antisocial behavior” in Case 3, “attachment” in Cases 2 and 3, and “problem-solving” in Case 2. This could mean that the information given on these factors in the relevant case vignettes is insufficient. However, the result could also imply that the AIM3 provides less guidance on these factors or that the items are, in general, difficult to score in a way that professionals can standardize.

Participants’ evaluation of the case vignettes and the AIM3 tool/training

The majority of the multidisciplinary practitioners in the sample have validated the three case vignettes as very or extremely

realistic. The result strengthens the bridging between this study and the assessment of real complex HSB cases. The moderate ICC results and time spent on the assessment process for each relative complex vignette indicate a manageable assessing time for real-life assessment practice. This is encouraging for professionals at agencies meeting the complex and serious HSB cases where thorough and broad assessments like AIM3 are adequate.

Furthermore, the results show that the majority of the participants describe their experience with the AIM3 as good or excellent when referring to helping and guiding in HSB-related case decision processing. Participants also stated that the AIM3 strengthens their confidence when meeting with adolescents and when collaborating with other multidisciplinary colleagues. The practitioners' reported experiences are positive and indicate confidence and further use of the AIM3 in real work. However, this result can also be interpreted to mean that the practitioners' subjective evaluations are far more positive than the limited psychometric testing indicates.

Limitations and strengths

There are several methodological considerations that might limit the conclusions and generalizations of this study. First, out of the 255 practitioners attending formal AIM3 trainings, only 56 participated in the data collection; therefore, the results may not be representative of all practitioners with AIM3 training. The sample size ($n = 56$) is too small to investigate potential differences between groups of scorers.

The formal AIM3 trainings, the sample recruitment, and the data collection have been performed under the COVID-19 pandemic CDC guidelines. The following are the five main stated reasons for not participating in the data collection: no time for research, job change, educational leave, sickness, and extenuating family circumstances.

Second, the fully crossed design, complete AIM3 scorings, and ICC based on several multidisciplinary practitioners' absolute agreement strengthen the validity of the study. However, the chosen form of ICC (two-way mixed effects model) will principally represent the reliability of the specific practitioners attending this study (who were not randomly sampled). Generalization to other AIM3 qualified raters, even in Norway, will be restricted.

Finally, three highly clinically based case vignettes are restricted primarily for professional and pragmatic reasons (e.g., time, recruitment, scoring endurance, and real-life resemblance versus training purpose). The case vignettes may not fully represent the complexity of HSB cases in actual outpatient settings (e.g., adolescent cases with dual "online and offline" HSB). However, the constructed case vignettes for this study are new for all the raters in the sample, which strengthens them. The strength of the raters' agreement and disagreement could stem from the impact on the recommended intervention and social restrictions for adolescents who have displayed HSB (e.g., the

ICC results impact on the AIM3 domain cutoff for the green, amber, and red bands) and further bridge the results; this possibility remains unexplored both quantitatively and qualitatively.

Conclusion and implications

To summarize, the moderate IRR estimates and the practitioners' generally positive experience with the AIM3 may support further use in Norwegian multidisciplinary settings. Although the Norwegian version of the AIM3 achieves moderate IRR estimates, the AIM3 book, the formal training and implementation, the use by multidisciplinary practitioners, and the research regarding anamnestic HSB assessment tools for children and adolescents must be further evaluated and developed.

The low response rate of 56 participants out of 255 attendants at the AIM3 courses also pinpoints the need for the Norwegian multisite public agencies to adjust and prepare for their employees to participate in relevant clinical and practice research. It is crucial for this strategy to be developed and claimed for children and adolescents who display HSB, not only for theoretically based, empirically informed studies but also for empirically tested and evaluated assessment practices.

The implications of this exploratory study indicate that more research is needed to evaluate and optimize the HSB-specific factors, here included in the AIM3 (e.g., Domains 1 and 2), and further evaluate how this could correspond to similar factors in other HSB related tools. Furthermore, there are a few relevant questions related to the formal AIM3 trainings that must be explored and tested. For example, would it be more useful for the training participants to score the AIM3 competence test in dual collaboration (*cf.* better average measures) during or after the formal time-restricted AIM3 trainings?

Further implications of this study also indicate the need for more research (including multimethod and qualitative methods) that focuses on the ways practitioners bridge the decision processes from AIM3 assessment scores with the interpretation to real-life follow-up of children and adolescents who have displayed HSB. Could the formal trainings for the AIM3 and the examples provided from AIM Intervention Guidance be integrated more? Recommending too much or too little intervention, restrictions, and restraints may be unethical and even harmful to minors in their ongoing development and maturation. Information, such as the ways children and adolescents report their own experiences during assessment and intervention, will be important (Campbell et al., 2020).

This study provides some input on the future evaluation, validation, and development of the original AIM3 and for other HSB related assessment tools. Despite methodological limitations, this study implies how important it is in general for the developers of assessment tools to perform initial research (e.g., psychometrics) before implementing and further evaluating their products (Evers and Sjöberg, 2013; Nøkleby

et al., 2020; Helland et al., 2022). In general, just changing “the name and the game” of a tool, for example (for more actuary risk prediction to a more anamnestic and responsiveness assessment purpose), should not be reassuring enough for adolescents, HSB victims, society, or professional users and employers. The responsibility of the developers and authors should be transparent; moreover, it is essential that international and national public agencies and professionals who teach or use the different tools in practice accept responsibility. Health and social workers, just like agencies and charities that recommend available HSB-related tools, should be aware of, and transparent about, the tools’ strengths and limitations (e.g., the purpose, population, context, reliability, and validity).

Data availability statement

The raw data supporting the conclusions of this article will be made available by the authors, without undue reservation.

Ethics statement

The studies involving human participants were reviewed and approved by the Norwegian Centre for Research Data approved this research project (reference number 626781). The patients/participants provided their written informed consent to participate in this study.

References

- Achenbach, T. M. (2009). *The Achenbach system of empirically based Assessment (ASEBA): Development, findings, theory, and applications*. Burlington: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ægisdóttir, S., White, M., Spengler, P., Maugherman, A., Anderson, L., Cook, R., et al. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *Couns. Psychol.* 34, 341–382. doi: 10.1177/0011000005285875
- Allardyce, S., and Yates, P. (2017). *Working with children and young people who have displayed harmful sexual behaviour*. Edinburgh: Dunedin Academic Press.
- Allotey, I., and Swann, R. eds. (2019a). *Technology-assisted harmful sexual behaviour: Practice guidance (2nd Edn)*. Stockport: AIM Project in partnership with NSPCC.
- Allotey, J., and Swann, R. (2019b). “Technology-assisted harmful sexual behaviour: practice guidance,” in *Norwegian version. 2nd Edn*. eds. M. Jensen, E. M. Mørch, C. B. Edvardsen and M. J. Lundgren. (Stockport: AIM Project).
- Andrade, J. T., Vincent, G. M., and Saleh, F. M. (2005). Juvenile sex offenders: a complex population. *For. Sci.* 51, 163–167. doi: 10.1111/j.1556-4029.2005.00010.x
- Askeland, I. R., Jensen, M., and Moen, L. H. (2017). *Treatment for youth with problematic or harmful sexual behavior – Knowledge and experiences from the nordic countries and the UK – Suggestions for national implementation*. Oslo: NKVTS.
- Barbaree, H. E., and Marshall, W. L. (2006). *The juvenile sex offender (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Barra, S., Bessler, C., Landolt, M. A., and Aebi, M. (2018). Testing the validity of criminal risk assessment tools in sexually abusive youth. *Psychol. Assess.* 30, 1430–1443. doi: 10.1037/pas0000590
- Beckett, R., Gerhold, C., and Brown, S. (2002). *Adolescent sexual abuser project (ASAP) information notice, Oxford: Adolescent sexual offender project (ASAP)*, Oxford: Department of Psychology, the Oxford Clinic and Littlemore Mental Health Centre.
- Beech, A. R., and Ward, T. (2004). The integration of etiology and risk in sexual offenders: a theoretical framework. *Aggress. Violent Behav.* 10, 31–63. doi: 10.1016/j.avb.2003.08.002
- Belton, E., and Jackson-Hollis, V. (2016). *A review of the research on children and young people who display harmful sexual behaviour online: What is developmentally appropriate online sexual behaviour, do children and young people with online versus offline harmful sexual behaviours (HSB) differ, and is there an association between online and offline HSB?* London: NSPCC.
- Bloom, H., Webster, C., Hucker, S., and De Freitas, K. (2005). The Canadian contribution to violence risk assessment: history and implications for current psychiatric practice. *Can. J. Psychiatry* 50, 3–11. doi: 10.1177/070674370505000103
- Bryer, J. (2019). Relationship between intraclass correlation (ICC) and percent agreement. Excelsior College. Available at: <http://irrsim.bryer.org/articles/IRRSim.html>.
- Campbell, F., Booth, A., Hackett, S., and Sutton, A. (2020). Young people who display harmful sexual behaviors and their families: a qualitative systematic review of their experiences of professional interventions. *Trauma Violence Abuse* 21, 456–469. doi: 10.1177/1524838018770414
- Carson, C. (2019). *The AIM assessment models for children under 12 years old with problematic or harmful sexual behaviours (3rd)*. Stockport: AIM Project.
- Craig, L. A., and Rettenberger, M. (2016). “A brief history of sexual offender risk assessment,” in *Treatment of sex offenders*. eds. D. R. Laws and W. O’Donohue (Switzerland: Springer International), 19–44.
- Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., and Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature* 554, 441–450. doi: 10.1038/nature25770
- Douglas, K. S., and Otto, R. K. (2021). *Handbook of violence risk assessment (2nd ed.)*. US: Routledge, Taylor & Francis.

Author contributions

All authors listed have made a substantial, direct, and intellectual contribution to the work and approved it for publication.

Conflict of interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher’s note

All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

Supplementary material

The Supplementary material for this article can be found online at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.1019739/full#supplementary-material>

- Evers, A., and Sjöberg, A. (2013). *EFPA review model for the description and evaluation of psychological and educational tests*. The Netherlands: EFPA Board.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., and Chaffin, M. (2009). *Juveniles who commit sex offenses against minors*. US, Washington: American Psychological Association.
- Griffin, H. L., and Beech, A. (2004). Evaluation of the AIM framework for the assessment of adolescents who display sexually harmful behaviour. Youth Justice Board for England and Wales. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.476.2412&rep=rep1&type=pdf>
- Griffin, H. L., Beech, A., Print, B., Bradshaw, H., and Quayle, J. (2008). The development and initial testing of the AIM2 framework to assess risk and strengths in young people who sexually offend. *J. Sexual Aggress.* 14, 211–225. doi: 10.1080/13552600802366593
- Guilhermino, J., and McCarlie, C. eds. (2019a). *AIM intervention guidance: Working with adolescents, their families & Carers re harmful sexual Behaviours*. (2nd ed.). Stockport: AIM Project.
- Guilhermino, J., and McCarlie, C. (2019b). "AIM intervention guidance," in *Norwegian version*. 2nd Edn. eds. M. Jensen, E. M. Mørch and C. B. Edvardsen. (Stockport: AIM Project).
- Gwet, K. L. (2014). *Handbook of inter-rater reliability: The definitive guide to measuring the extent of agreement among raters (4th)*. Gaithersburg: Advanced Analytics, LLC.
- Hackett, S. (2014). *Children and young people with harmful sexual behaviours: Research review*. Dartington: Research in Practice.
- Hallgren, K. A. (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: an overview and tutorial. *Tutor. Quant. Methods Psychol.* 8, 23–34. doi: 10.20982/tqmp.08.1.p023
- Hanson, R. K. (2022). *Prediction statistics for psychological assessment*. Washington: American Psychological Association Books.
- Hanssen-Bauer, K., Aalen, O. O., Ruud, T., and Heyerdahl, S. (2007). Inter-rater reliability of clinician-rated outcome measures in child and adolescent mental health services. *Adm. Policy Ment. Health Ment. Health Serv. Res.* 34, 504–512. doi: 10.1007/s10488-007-0134-y
- Health and Care. (2017). Talk about it! The strategic plan for sexual health (2017–2022). Available at: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helland, S. S., Martinussen, M., and Neumer, S.-P. (2022). Om PsykTestBarn. PsykTestBarn. Available at: <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/om-psyktestbarn>
- Hempel, L., Buck, N., Cima, M., and van Marle, H. (2013). Review of risk assessment instruments for juvenile sex offenders: what is next? *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* 57, 208–228. doi: 10.1177/0306624x11428315
- Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H., and Askeland, I. R. (2016). *Treatment for children who have displayed and/or have been exposed to violence and sexual abuse: A national survey*. Oslo: NKVTS.
- Jensen, M., Smid, S. C., and Boe, T. (2020). Characteristics of adolescent boys who have displayed harmful sexual behaviour (HSB) against children of younger or equal age. *BMC Psychol.* 8:121. doi: 10.1186/s40359-020-00490-6
- King-Hill, S. (2021). Assessing sexual behaviours in children and young people: a realistic evaluation of the brook traffic light tool. *Child Abuse Rev.* 30, 16–31. doi: 10.1002/car.2664
- Knight, R., and Prentky, R. (1993). "Exploring characteristics for classifying juvenile sex offenders," in *The juvenile sex offender*. eds. H. E. Barbaree, W. L. Marshall and S. M. Hudson (New York: Guilford Press), 45–83.
- Koo, T. K., and Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J. Chiropr. Med.* 15, 155–163. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012
- Landers, R. (2015). Computing intraclass correlations (ICC) as estimates of interrater reliability in SPSS. *Winnower* 9:81744. doi: 10.15200/winn.143518.81744
- Leonard, M., and Hackett, S. eds. (2019a). "The AIM3 assessment model," in *Assessment of Adolescents and harmful sexual behaviour* (Stockport: AIM Project).
- Leonard, M., and Hackett, S. (2019b). "The AIM3 assessment model," in *Assessment of adolescents and harmful sexual behaviour. Norwegian version*. 3rd Edn. eds. M. Jensen and E. M. Mørch. (Stockport: AIM Project).
- Leonard, M., and Hackett, S. (2021). AIM3: reframing the assessment of youth with harmful sexual behaviour. Paper presented digitally at the *Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA) Conference*. United States.
- Miccio-Fonseca, L. C. (2013). MEGA: a new paradigm in risk assessment tools for sexually abusive youth. *J. Fam. Violence* 28, 623–634. doi: 10.1007/s10896-013-9527-8
- Miccio-Fonseca, L. C., and Rasmussen, L. A. L. (2018). Scientific evolution of clinical and risk assessment of sexually abusive youth: a comprehensive review of empirical tools. *J. Child Sex. Abus.* 27, 871–900. doi: 10.1080/10538712.2018.1537337
- Muñiz, J., Elosua, P., and Hambleton, R. K. (2013). International test commission guidelines for test translation and adaptation (2nd ed.). *Psicothema* 25, 151–157. doi: 10.7334/psicothema2013.24
- Munro, E. (2020). *Effective child protection (3rd)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Nokleby, H., Langoien, L. J., Muller, A., Sivqvand, J., Jardim, P. S. J., and Johansen, T. B. (2020). *Assessment instruments for at-risk children and youth: A systematic mapping review*. Oslo: Norwegian institute of Public Health.
- Norway, S. (2022). Workers within health and social services in Norway. Statistics Norway. Available at: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell>
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Jain, S., Hansen, J., Spell, M., et al. (2004). Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: a prospective validation study. *Ann. Intern. Med.* 141, 771–780. doi: 10.7326/0003-4819-141-10-20041160-00008
- Prentky, R. A., Righthand, S., Worling, J., and Kang, T. (2020). Final report: development and implementation project for the youth needs and Progress scale (YNPS). ResearchGate. Available at: https://www.researchgate.net/publication/342277581_Final_Report_Development_and_Implementation_Project_for_the_Youth_Needs_and_Progress_Scale_YNPS_Final_Report_Development_and_Implementation_Project_for_the_Youth_Needs_and_Progress_Scale_YNPS
- Print, B., Griffin, H., Beech, A., Quayle, E., Bradshaw, H., and Henniker, J. (2012). "The AIM2 assessment model," in *Norwegian version*. eds. M. Jensen and E. M. Mørch (Stockport: AIM Project).
- Print, B., Griffin, H., Beech, A., Quayle, J., Bradshaw, H., Henniker, J., et al. (2009). "The AIM2 model of initial assessment," in *Guidance document*. 2nd Edn. (Stockport: AIM Project).
- Reynolds, C. R., and Kamphaus, R. W. (2015). *Behavior assessment system for children*. Third Edition. BASC-3. US: Pearson.
- Richter, J., and Hanssen-Bauer, K. (2012). Psychometric properties of the Norwegian version of health of the nation outcome scales for children and adolescents (HoNOSCA). Psyktestbarn. Available at: <https://psyktestbarn.r-bup.no/cms/files/751/fullversion-honosca-health-of-the-nation-outcome-scales-for-children-and-adolescents.pdf>
- Smid, W. J., Kamphuis, J. H., Wever, E. C., and van Beek, D. (2013). Treatment referral for sex offenders based on clinical judgment versus actuarial risk assessment: match and analysis of mismatch. *J. Interpers. Violence* 28, 2273–2289. doi: 10.1177/0886260512475313
- Sutherland, A. A. (2010). Sexual violence risk assessment: an investigation into the inter-rater reliability of the RSVP in Scotland. Doctoral dissertation. University of Glasgow: Glasgow. University of Glasgow Repository. Available at: <http://theses.gla.ac.uk/2168/>
- Sutherland, A. A., Johnstone, L., Davidson, K. M., Hart, S. D., Cooke, D. J., Kropp, P. R., et al. (2012). Sexual violence risk assessment: an investigation of the interrater reliability of professional judgments made using the risk for sexual violence protocol. *Int. J. Forensic Ment. Health* 11, 119–133. doi: 10.1080/14999013.2012.690020
- TRUE. (2015). *Traffic light. Sexual behaviours in children & young people. A guide to identify, understand and respond to sexual behaviours*. Australia: True Relationships & Reproductive Health.
- Viljoen, J. L., Cochrane, D. M., Shaffer, C. S., Muir, N. M., Brodersen, E. M., Rogers, B. J., et al. (2019). Bridging risk assessments to case planning: development and evaluation of an intervention-planning tool for adolescents on probation. *Crim. Justice Behav.* 46, 1587–1610. doi: 10.1177/0093854819873019
- Viljoen, J. L., Mordell, S., and Beneteau, J. L. (2012). Prediction of adolescent sexual reoffending: a meta-analysis of the J-SOAP-II, ERASOR, J-SORRAT-II, and Static-99. *Law Hum. Behav.* 36, 423–438. doi: 10.1037/h0093938
- Vorland, N., Selvik, S., Hjortholt, T., Kantén, A. B., and Blix, I. (2018). *How employees in different municipal agencies and services in Norway collaborate when a child or youth shows worrying sexual behaviour (3)*. Oslo: NKVTS.
- Webster, S. D., Mann, R. E., Carter, A. J., Long, J., Milner, R. J., O'Brien, M. D., et al. (2006). Inter-rater reliability of dynamic risk assessment with sexual offenders. *Psychol. Crime Law* 12, 439–452. doi: 10.1080/10683160500036889
- Worling, J., and Curwen, T. (2001). *The ERASOR (estimate of risk of adolescent sexual offense recidivism)*. Toronto: SAFE-T Program, Thistletown Regional Centre.

11. Vedlegg

11.1 Definisjonskontinuumet på barn og unges seksuelle atferd

Hackett (2010, 2014) har foreslått en modell som demonstrerer spekteret av seksuell atferd hos barn og unge, fra normal til sterk avvikende atferd:

Normal	Inappropriate	Problematic	Abusive (Harmful)	Violent (Harmful)
Som forventet i forhold til alder og utvikling	Engangshendelser med upassende seksuell oppførsel	Problematisk og bekymringsfull opptreden	Har til hensikt eller som resultat å utsatte noen for overgrep	Fysisk voldelig seksuelt misbruk
Er sosialt akseptabel	Sosialt akseptert oppførsel innen en gruppe med jevnaldrende	Uvanlig iht. utviklingstrinn og sosialt upassende	Inkluderer misbruk av makt	Svært påtrengende
Samtykkebasert, gjensidig	Oppførselens kontekst kan være upassende	Ingen klare tegn på utsatthet	Tvang og makt for å tvinge den utsatte til å underkaste seg	Instrumentell vold som er fysiologisk og/eller seksuelt opphissende for utøveren
Felles beslutningstaking	Generelt samtykkebasert og gjensidig	Samtykke kan være uklart	Påtrengende	Sadisme
		Kan mangle gjensidighet eller jevn fordeling av makt	Samtykke er ikke gitt, eller mulig å gi fra den utsatte	
		Kan inkludere en viss grad av tvangsmessighet	Kan inkludere eksplisitte voldelige elementer	

Norsk tilpasset versjon av definisjonskontinuumet (Askeland et al., 2017; Holt et al., 2016; Jensen et al., 2016, Leonard & Hackett, 2019/2020, FPQ, 2011)

OK, sunn seksuell atferd	Problematiske seksuell atferd (PSA)	Skadelig seksuell atferd (SSA)
Grønt område	Gult / oransje område	Rødt område

11.2 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring (Jensen, 2019)

Vil du delta i PhD forskningsprosjektet AIM3 Utretningsmodellen i norsk tverrfaglig bruksramme – undersøkelse av fagverktøyets inter-rater reliabilitet

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et praksisnært forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke inter-rater reliabiliteten til AIM3 verktøyet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med PhD prosjektet er å undersøke om fagverktøyet AIM3 Utretningsmodellen (den norske versjonen) gir pålitelige og reliable skåringsresultater når ulike tverrfaglige fagpersoner blir bedt om å skåre de samme kasus-vignettene. Alle fagpersoner som deltar på AIM3-kurs blir spurt om å delta i undersøkelsen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Betanien sykehus (Bergen) ved PhD kandidat/psykologspesialist Monica Jensen er ansvarlig for prosjektet i samarbeid med HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen (UIB) og Nasjonalt kunnskapssenter om vold, traumer og stress (NKVTS). Hovedveileder er Ragnhild Bjørknes (HEMIL/UIB). Biveileder er Ingunn Rangul Askeland (NKVTS).

AIM prosjektet i UK støtter forskningsprosjektet. Datainnsamling, analyse og publisering av resultater skjer formelt helt uavhengig av dem. Forskningen og muligheten for datainnsamling knyttet til AIM3 kurs, er videre forankret i Nasjonal tverrsektoriell kompetansegruppe om SSA (barn/ungdom) som RVTS Midt koordinerer.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Som deltager på kurs i Norge om AIM3 Utretningsmodellen, blir du/dere nå invitert til å delta. Vi ønsker å få flest mulige fagpersoner med – fra ulike faginstanser og med størst mulig bredde når det gjelder både flerfaglig/tverrfaglig bakgrunn og forskjellig erfaring med barn/ungdom der problematisk og skadelig seksuell atferd (SSA) inngår. Dette fordi fagverktøyet AIM3 Utretningsmodellen er utviklet for bruk av forskjellige fagpersoner/faginstanser over ulike sektorer. Vi håper også at du selv vil se på det som en god anledning til å få litt mer mengdetrening i bruk av AIM3 verktøyet samtidig som du vil kunne bidra til norsk forskning på fagfeltet.

På selve AIM3 kurset vil du bli informert og spurt om du vil samtykke til å delta i denne norske SSA forskningen, ved først å sende kopi av din skåring på kompetanse-test kasuset til prosjektansvarlig sammen med ditt signerte samtykkeskjema. Samtykke vil også innebære at du vil motta ytterligere utfyllingsmateriale (tre kasus + spørreskjema) for utfylling i etterkant av kurset. Hvis du kun vil delta med å dele kompetansetest-skåringen din, merker du dette på samtykkeerklæringen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Under AIM3 kurset får du muntlig informasjon før du leser og eventuelt signerer samtykke skjemaet. Deretter setter du navnet ditt (fornavn/etternavn) opp på skåringen av kompetansetest-kasuset som gjennomføres og godkjennes på kurset. Du sender samtykkeskjema og kopi av hele din skåring på kompetanse-test kasuset enten digitalt til monica.jensen@betaniensykehus.no (alternativt benytte brevpost-adresse: *Betanien Sykehus, Att.: PhD kandidat Monica Jensen, BUP/V27, Vestlundveien 23, 5145 Fyllingsdalen-Bergen*).

(Dersom AIM3-kurset gjennomføres som tilstede-kurs, kan eventuelt kursholdere/kursarrangører velge å samle inn deltakernes samtykke/kompetansetestskårene og sende dette samlet til prosjektansvarlig rett i etterkant av kurset.)

Etter innsendt kompetansetestskåre/samtykke vil du eventuelt motta 3 kasus-vignetter, aktuelle AIM3 skjema og spørreskjema for utfylling. Du må ha den norske AIM3-boken (som du mottok på kurset) tilgjengelig når du skal fylle ut.

De tre konstruerte kasusvignettene vil hver ta cirka 50-100 minutter i snitt å fylle ut (jfr. pilot-testing).

Spørreskjema, som fylles ut helst etter at kasus-vignettene er skåret, vil ta rundt 30-45 minutter å besvare. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om din generelle profesjonelle fagbakgrunn og om din arbeidserfaring med barn/ungdom/familier og skadelig seksuell atferd spesielt. Videre vil du få spørsmål om din opplevelse av AIM3 kurset og AIM3 verktøyets nytteverdi for din videre praksis.

Utfylte AIM3 skåringskjema og det besvarte spørreskjemaet returneres best elektronisk (scannet/bilder), eventuelt per post til forskningsansvarlig vanligvis innen 4-6 uker fra mottatt dato. Ønsker du eventuelt frankert/adressert svarconvolutt, ta kontakt.

Vi vil eventuelt påminne/purre på besvarelse en gang.

Det er frivillig å delta

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

Om du velger å ikke samtykke til å delta på forskningen og dermed kun fyller ut det obligatoriske kompetansetest-kasuset for å få godkjent AIM3-kurset, skal dette ikke ha noe å si for om du får godkjent kurset eller ikke. Om du ikke samtykker til å delta i forskningen, skal du og RVTS/kursholdere umiddelbart etter kurset, makulere din skåring av kompetansetest-kasuset.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

-
- Det er kun forskningsansvarlig som vil ha tilgang på personopplysninger. Data fra undersøkelsen vil deles med veiledere uten direkte kobling til personidentifiserende opplysninger.
 - «Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Data på papir vil lagres innelåst og uten adgang for andre. Elektroniske data vil bli kryptert og lagret uten tilgang for andre enn aktuelle med tilgang.
 - Dersom aktuelt å benytte egen databehandler/koder, vil vedkommende måtte signere avtale om at personopplysninger skal behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
 - Data som publiseres vil være grovsorterte og ikke inneholde personidentifiserende opplysninger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/avhandlingen er godkjent, noe som etter planen er 31.12.2025. Videre vil data oppbevares (uten personidentifiserende koblingsnøkler) av forskningsansvarlig på ubestemt tid for eventuelt videre bruk i internasjonalt samarbeid/sammenligning av AIM3 resultater og funn i andre land.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til 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 behandlingsansvarlig Betanien sykehus 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:

- *PhD -kandidat Monica Jensen, Betanien sykehus, avd. BUP/V27, Vestlundveien 23, 5145 Fyllingsdalen*
e-post: monica.jensen@betaniensykehus.no, mobil 48 49 72 98, telefon 55 50 73 50

*Hovedveileder Ragnhild Bjørknes, HEMIL-senteret UIB, e-post:
Ragnhild.Bjorknes@uib.no*

-
- Betanien Sykehus personvernombud: Øivind Armando Salinas Reinertsen,, ovind.armando.salinas.reinertsen@haraldsplass.no. postadresse: Betanien sykehus, Vestlundveien 23, 5145 Fyllingsdalen

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig
PhD kandidat Monica Jensen*

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**AIM3 Utretningsmodellen i norsk tverrfaglig bruksramme – undersøkelse av fagverktøyets inter-rater reliabilitet**», og har fått anledning til å stille spørsmål på AIM3 kurset. Jeg samtykker til:

- å sende utfylt samtykkeskjema, inkludert kontaktadresse og kopi av min skåring av kompetanse-test-kasus. Jeg sender det til prosjektleder Monica Jensen (monica.jensen@betaniensykehus.no)
- å delta i utfylling av AIM3 skjema på tilsendt kasusmateriale samt spørreskjema som mottas fra prosjektleder i etterkant av innsendt samtykkeskjema/kopi av kompetansetest-kasus


Jeg samtykker til at mine personidentifiserende opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av deltaker, dato)

E-post adresse (arbeid) – skriv tydelig:

(Postadresse, kun dersom du som deltaker *eventuelt* ønsker å få tilsendt kasusmateriale og spørreskjema per post:

11.3 Spørreskjema til fagpersoner (Jensen, 2020e)



BETANIEN
TJENESTE FOR
MENNESKER

AIM3 Utredningsmodellen og inter-rater reliabilitet

Spørreskjema til fagpersoner

1. Kjønn

Kvinne

Mann

2. Alder

3. Profesjon

<input type="checkbox"/> Sosionom/klinisk sosionom <input type="checkbox"/> Pedagog/klinisk pedagog <input type="checkbox"/> Barnevernspedagog/klinisk barnevernspedagog <input type="checkbox"/> Annet (vennligst spesifiser)	<input type="checkbox"/> Psykolog/psykologspesialist <input type="checkbox"/> Lege/psykiater <input type="checkbox"/> Sykepleier/psykiatrisk sykepleier/helsesykepleier
---	---

4. Hvor jobber du nå

<input type="radio"/> Kommunal helse <input type="radio"/> Kommunal barneverntjeneste <input type="radio"/> Bufetat / barne- og familie-etat <input type="radio"/> Spesialisthelsetjenesten (BUP/BUPA/PHBU) <input type="radio"/> Annet (vennligst spesifiser)	<input type="radio"/> Statens Barnehus <input type="radio"/> Konfliktrådet/ Friomsorgen <input type="radio"/> Habiliteringstjenesten for barn
--	---

5. Hvor mange års yrkeserfaring har du som fagperson totalt?
 Antall år:

6. Hvor mange års yrkeserfaring har du fra direkte arbeid med barn/ungdom/deres familier?
 (direkte = samtaler, kartlegging, behandling/oppfølgning)
 Antall år:

1

7. **Siste tre yrkesaktive år**, hvor mange saker har du jobbet **direkte** med **harn/ungdom** som er sterkt mistenkt for eller som har utøvd **problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA)**?
(direkte= samtaler, kartlegging, behandling/oppfølging)

Antall saker:

8. **Hvor lang tid** brukte du på AIM3 skåring av følgende kasesbeskrivelser?

Angi tidsbruk:

Kasus ANDERS

Kasus TOBIAS

Kasus MATHIAS

9. Hvor **realistisk eller urealistisk** opplever du at kasesbeskrivelsene er?

	Ikke realistisk	Lite realistisk	Verken realistisk eller urealistisk	Ganske realistisk	Svært realistisk	Vet ikke
Kasus ANDERS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kasus TOBIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kasus MATHIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2

10. Noen spørsmål om SSA kompetanse:

	JA	NEI	Vet ikke
Har du tidligere deltatt på kurs i grunnleggende kunnskap om SSA? (basis kurs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du tidligere deltatt på AIM2 utredningskurs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du deltatt på en-dags kurs i AIM3 Utredningsmodellen? (oppdatering fra AIM2 til AIM3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du deltatt på to-dagers kurs i AIM3 Utredningsmodellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du tidligere deltatt på AIM behandlingskurs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du tidligere deltatt på kurs i "Teknologi-assistert SSA"? (AIM/NSPCCs veileder)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du tidligere deltatt på kurs i "AIM under 12"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På din arbeidsplass, er det flere som har tatt AIM2 eller AIM3 utredningskurs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Hvor mange AIM2 utredninger har du selv hatt hovedansvar for?
Angi totalt antall:

12. Hvor mange AIM2 utredninger har du hatt delansvar for sammen med andre?
Angi totalt antall:

13. I tidligere saker med SSA kartlegging/utredning, i hvor stor eller liten grad har du hatt mulighet for å få veiledning/konsultasjon?

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad Vet ikke

3

14. Siste fem yrkesaktive år, i saker det har vært aktuelt, hvor ofte har du brukt følgende SSA verktøy i kartlegging/utredning av barn/ungdom/deres familier?

	Ikke i det hele tatt					
	Ikke i det hele tatt	Ikke særlig ofte	Litt	Ganske ofte	Svært ofte	Vet ikke
AIM2 utredning (norsk versjon 2017)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trafikkyset Seksuell Atferd (norsk versjon 2011/2017)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASAP - "The Adolescent Sexual Abuser Project Assessment" (norsk versjon 2004)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ERASOR - "Estimate of Risk Adolescent Sexual Offense Recidivism" (norsk versjon udatert)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet SSA verktøy (vennligst spesifiser):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet SSA verktøy (vennligst spesifiser):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet SSA verktøy (vennligst spesifiser):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. I tiden fremover, der det blir aktuelt, hvor sannsynlig eller usannsynlig er det at du vil bruke følgende SSA verktøy i kartlegging/utredning av barn/ungdom/deres familier?

	Ikke sannsynlig i det hele tatt	Ikke særlig sannsynlig	Litt sannsynlig	Ganske sannsynlig	Svært sannsynlig	Vet ikke
	AIM2 utredning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AIM3 Utredningsmodellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trafikkyset Seksuell Atferd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASAP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ERASOR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eventuelt annet SSA verktøy, spesifiser:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eventuelt annet SSA verktøy, spesifiser:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eventuelt annet SSA verktøy, spesifiser:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4

16. Noen spørsmål om AIM3-verktøyet og -kurset:

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
I hvor stor eller liten grad opplever du at AIM3 verktøyet vil være <u>nyttig</u> for deg når du skal foreta <u>kunnskapsbaserte</u> profesjonelle vurderinger i SSA saker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvor stor eller liten grad opplever du at AIM3 verktøyet/-kurset har gjort deg <u>tryggere</u> for arbeid med ungdom i SSA relaterte saker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvor stor eller liten grad opplever du at AIM3 - verktøyet gir deg veiledende hjelp til å utrede/anbefale <u>spesifikke</u> <u>tilsynsbehov</u> som ungdom/familie har? (jfr. ekstern kontroll, trykksplan)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvor stor eller liten grad opplever du at AIM3 - verktøyet gir deg veiledende hjelp til å utrede/anbefale <u>spesifikke behov og tema</u> for <u>behandling/oppfølging</u> av ungdom/familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvor stor eller liten grad opplever du at AIM3- verktøyet vil kunne være nyttig i <u>evaluering</u> av behandlings- /oppfølgings-behov i SSA saker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvor stor eller liten grad opplever du at AIM3- verktøyet/-kurset vil bidra til å styrke ditt <u>øvrerfaglige samarbeide</u> med andre fagpersoner/faginstanser i SSA saker videre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. I hvor stor eller liten grad opplever du å ha et <u>arbeidsmiljø</u> som gir <u>rom og støtte</u> for arbeid i SSA saker? (kolleger/ledere/veiledere)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I svært liten grad I Liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad vet ikke

5

18. I hvor stor eller liten grad opplever du å ha et **SSA kompetent fagmiljø** på din arbeidsplass?
(kolleger/ledere/veiledere)

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad Vet ikke

19. Hvor viktig eller uviktig vil det være for deg å **ha tilgjengelig og kompetent veiledning/konsultasjon**, for å gå inn i SSA utredninger videre?

Ikke viktig Lite viktig Nøytral Ganske viktig Svært viktig Vet ikke

20. Har du kommentarer til AIM3- kurset?

Skriv dem inn her:

21. Har du kommentarer til AIM3-verktøyet?

Skriv dem inn her:

22. Har du kommentarer til dette **forskningsprosjektet**?

Skriv dem inn her:

Tusen takk for hjelpen!

11.4 Kasus 1: Alexander, 14,5 år (Jensen, 2020b)

Aktuell situasjon og SSA hendelser

Det kommunale barnevernet (BV) mottar en bekymringsmelding fra helsesykepleier (HSPL) tilknyttet en barneskole. Det er i samtale hos HSPL kommet frem at ei jente (13 år) i 7.klasse, har vært utsatt for diverse bekymringsfull seksuell atferd fra Alexander (9.klasse) siste halvåret - senest på en vennefest i romjulen hjemme hos en annen klassekamerat av Alexander. BV kjenner godt til den angivelige utsatte jenta – fra undersøkelsessak da hun var 4 år og siden gjennom langvarig plassering i fosterhjem hvor hun fortsatt bor. BV kjenner ikke til angivelig utøver Alexander og hans familie fra tidligere.

Utsatt jente har fortalt HSPL og senere i politiavhør på Statens barnehus at hun kjenner Alexander fra tidligere skoleår og felles fritidsinteresser. Om selve hendelsen beskrives det at hun ble sittende ved siden av Alexander på festen – hadde en stund vært interessert i å få ham som kjæreste. Jenta har forklart at Alexander drakk øl sammen med kameratene, noen andre drakk hjemmelaget vin og noen få andre røykte også hasj. Hun innrømmer selv og ha drukket en rusbrus og en halv boks øl. I løpet av festen ble det til at de to gikk ut for å lufte seg. Det var plussgrader, de gikk litt rundt i hagen og ble til slutt stående fysisk tett i en omfavelse under en veranda. Ungdommer gikk ut og inn oppe på verandaen – mye latter og høye stemmer. Alexander skal etter hvert tatt initiativ til småkysning som hun innledningsvis var med på og likte. Men da han prøvde seg på tungekysning, likte ikke hun det. Da han videre også begynte å ta henne på baken, magen og brystene ble det ekkelt. Da prøvde hun å dytte Alexander vekk, vri seg vekk og avlede med småprat, smil og humor. Hun lot Alexander kysse seg igjen, men da han ble fysisk pågående nok en gang, prøvde hun på nytt å vri seg unna. Hun sier at hun flere ganger sa stille «stopp», «ikke», men at han var ivrig, sterk og presset henne mot veggen slik at hun ikke kom seg fri. Jenta opplevde at han bare ble ytterligere kåt og hørte mindre på henne. Utsatt jente beskriver i avhør hvordan han prøvde å ta på brystene hennes under blusen, fikk dradd skjortet hennes opp, dro strømpebuksen og trusen halvvegs ned før han begynte å fingre i underlivet hennes. Dette skal ha gjort vondt. Hun husker særlig den tunge pusten hans. Han prøvde også å presse penis inn mellom beina hennes, gjorde flere ganger jokka-bevegelser, men gjennomførte ikke full penetrering. Jenta vet ikke om han fikk utløsning. For henne ble alt bare ekkelt. Hendelsen under verandaen skal ha blitt avbrutt av at noen jevnaldrende guttevenner av Alexander kom ned i hagen og oppdaget dem. Alexander trakk seg raskt bort fra henne da. Begge fikk fort rettet på klærne sine. Hun opplever at vennene likevel forsto hva som «var på gang» – de flirte, lo og snakket høyt - Alexander ble værende igjen med kameratene.

Jenta som raskt kom seg alene hjem forklarer at hun «fikk skjelven og gråt mye» da hun kom på rommet sitt. Fortalte ingen hva som hadde skjedd før den ordinære planlagte samtalen hun skulle ha med HSPL. Hun svarer i avhør at hun ikke vet hvorfor hun for eksempel ikke ropte høyt på hjelp når Alexander presset seg på. «Kanskje fordi jeg likte ham godt og gjerne ville være sammen med ham?». Utsatte har hatt mareritt og søvnproblemer etter det som skjedde. Hun prøvde å sende Alexander en SMS for å snakke ut med ham, men han svarte henne aldri. Hun vet at han nå er sammen med en annen jente i 8.klasse. Det var kontaktlærer som oppfordret henne til å snakke med HSPL fordi han hadde observert at hun var så påfallende sliten og trøtt på skolen etter juleferien.

I politiafhørene av den utsatte jenta (13) har det videre fremkommet at Alexander også skal ha sendt henne egenproduserte bilder av sitt eget underliv og penis (ikke erigert) og andre seksualiserte meldinger via SMS og Snapchat. Dette skal ha utviklet seg siden de tilfeldig traff på hverandre og kom i snakk i svømmehallen sist sommer. Han sendte henne først meldinger som inneholdt spørsmål om de kunne treffes, at han likte «*det han så*» i svømmehallen, at han ville være kjæreste med henne osv. Jenta synes først dette var spennende, men det ble mer vanskelig når han etter hvert sendte «*dickpics*», ba henne om å ta bilder av seg selv med økende grad av nakenhet og seksualisert innhold. Utsatte innrømmer å ha tatt og sendt bilde av seg selv til Alexander - poserende med bikini på, naken oppe med dyne holdt opp foran navlen og ned – men ikke helt naken. Hun har selv slettet alt dette «*i panikk*» men vet at to av disse bildene av henne er blitt gjort tilgjengelig for to kamerater (de som oppdaget dem på festen). Politiet har innhentet bildene og har startet sak også med disse to andre guttene. Utsatt har vært veldig redd for at flere jevnaldrende, BV og fosterforeldrene hennes skulle oppdage dette med bildene. Hun er bekymret for, men vet ikke, om Alexander har gjort noe tilsvarende mot andre.

Alexander har i samtaler med BV og i samtaler med politiet åpent innrømmet at han har hatt «*venneshex*» med aktuell jente (klining, beføling på bryster/underliv og forsøk på penetrasjon), men han mener at hun var like mye med på tidligere bildedeling, flørtingen og sexen de hadde på festen. «*Sexen var grei om ikke helt fantastisk*, sier Alexander. Når det gjelder hendelsen på festen i romjulen sier han at det var jenta som kom og satte seg tett inntil ham. Alexander sier at dette med «*sexing*» bare er sånn alle gutter og jenter på deres alder gjør nå. Porno ser han og guttene på for å lære seg om sex. Startet da han gikk i 7.klasse. Han innrømmer at han kan bli kåt og onanere av å se på bilder av kjente jenter – men kanskje alle mest opphissende å *vente* på bilder etter å ha spurt noen om å sende. Han har også sett porno alene, men synes ikke det blir «*samme greien*» av å se på fremmede kvinner/jenter. Han nekter for å ha delt slike bilder med andre kamerater. Innrømmer at han har fått seksualiserte bilder av kjente/ukjente jenter fra andre gutter.

Foreldrene til Alexander synes frustrert over oppmerksomheten skole/HSPL, BV, politi/barnehuset gir hendelsen på festen. De skjønner ikke hvorfor man overdriver og fokuserer så mye på hva sønnen har gjort, når jenta var med på dette med bilder, festen, kyssingen- og dermed ikke holdt seg unna ham. Foreldrene sier seg veldig overrasket over at sønnen og vennene drakk øl på festen i romjulen, men enda verre at noen røykte hasj der. Selv har de et moderat forhold til alkohol (glass vin/øl til helgemiddag, fester med venner). Foreldrene hadde ikke oppdaget at sønnen hadde tatt med seg alkohol hjemmefra før dette ble fortalt etter avhør av gutten.

En måned etter at politiet startet avhør og samtaler med Alexander og hans foreldre, kommer det inn en *ny bekymring/anneldelse* til barnevern og politi fra en enslig mor til en jente (13,5 år) som går i 8.klasse på en ungdomsskole i en annen kommune. *Ut fra opplysninger etter hvert innhentet fra BV og politiavhør på Statens barnehus*, skal denne jenta ha blitt kjent med Alexander via sosiale medier i høstferien (oktober). Hun skal angivelig ha blitt «*lurt*» til å sende bilder av seg selv med seksualisert innhold (nakne bryster). Alexander skal ha sendt henne bilder av egen penis (erigert og ikke-erigert) og en rekke seksualiserte tekstmeldinger. Denne andre jenten skal ha møtt han første gang i november på et handlesenter på tettstedet der hun bor. Hun fortalte sin mor noen måneder i etterkant, at Alexander prøvde å presse seg på med fysisk makt inne på toalettet for funksjonshemmede. Det startet med gjensidig kyssing. Han prøvde først å få henne til å gjennomføre oral-sex, men han stoppet når hun sa nei. Han dro etter hvert ned trusen/buksen hennes mot hennes vilje, «*jokket*» og

fikk utløsning mellom beina hennes, men han lykkes ikke i å gjennomføre penetrasjon. Den utsatte jenta har vært mye bort fra skolen etter dette, vært svært utfordrende og i opposisjon hjemme. Hun har vært veldig skamfull, redd for å ha blitt gravid – det siste som gjorde at hun endelig snakket med mor om det. Mor hennes kontaktet BV og deretter ble saken anmeldt til politi/barnehus. Det foreligger ingen genetiske bevis etter denne angivelige voldtekten. Politiet har funnet seksualiserte bilder og meldinger via begge mobilene. *Alexander innrømmer i samtaler med politiet* at han traff denne jenta på senteret etter å ha «chattet» noen uker på nettet, men han nekter for at sexen på toalettet var ufrivillig og gjennomført med vold.

Familie, barnehage/skole, livshendelser (opplysninger utfra samtaler/avhør med gutt, foreldre og skole):

Alexander bor i en middels stor norsk kommune sammen med sine to biologiske foreldre og en storebror som går på videregående skole (18,5 år). Foreldrene fikk barna da de var i begynnelsen av 40 årene. Brødrene har forskjellige venner og er lite sammen på fritid. De deler interesser som fotball og teknologi. Broren klarer seg godt på skolen, har jente-kjæreste og skal snart i militære. Familien har en hund; Bella, som Alexander er veldig glad i og god til å følge opp. Foreldrene har hatt god økonomi – begge er ingeniører og har jobber i oljerelatert bransje. Familien bor i eget hus hvor begge guttene har store rom med PC, TV osv. Familien har alltid hatt mye av den nyeste teknologien tilgjengelig i hjemmet. Foreldrene har tidligere vært opptatt av fysisk trening og løping i sin fritid (halvmaraton, motbakkeløp osv.). Far fikk imidlertid et alvorlig hjerteinfarkt for rundt 3 år siden på løpetrening, men er nå rehabilitert fysisk. Far er likevel blitt mer sliten og redd og foreldrene har blitt mye mindre sosiale og aktive utenfor hjemmet etter dette.

Alexander selv er i dag nær uttak på aldersbestemt krets lag som høyreving/back. Han ønsker å bli fysioterapeut eller politi. Fotball vil han drive på med så lenge det er gøy. Løper fort. Høy og sterk for alderen. Har også talent i friidrett, men har valgt fotball pga. det sosiale. Er selvstendig med å komme seg til/fra trening med buss eller sykkel. Ellers er Alexander opptatt av PC og PS4 spill – FIFA, Fortnite og League of Legends. Han bruker mye tid med teknologiske duppedingser. Liker også å høre på musikk og ser mye på YouTube. Gjennomfører ukentlige hus plikter som foreldrene gir ham penger for.

For vel ett år tilbake døde mormoren til Alexander brått. Hun var en viktig voksenperson for ham og den siste gjenlevende besteforelderen. Mormor har hjulpet foreldrene mye – særlig med Alexander og broren da foreldrene i perioder har vært mye på reise (jobbreiser, maratonløp). BV vurderer at mormor synes å være den viktigste emosjonelle voksne for Alexander i oppveksten. Alexander uttrykker at han har et greit forhold til begge foreldrene, men at de alltid har vært mye på farten og eller er syke/slitne. På nettverkskartet sitt tegner han avdøde mormor, hunden Bella og storebror som viktigst/nærmest seg. Deretter far, så mor. Han opplevde å ha en sterk sorgreaksjon etter mormors død - sov og spiste dårligere, ville ikke trene, karakterer falt første halvåret, var tiltagende mye sinna og eller deppa. Hunden ble ekstra viktig for ham etter mormors død.

Mor er selv fysisk frisk, men hun kjenner seg sliten etter siste års livsutfordringer i familien I ukedagene samles familien stort rundt middag, ellers lite sammen utover noe kjøring, trening, handling, enkelte middager ute og mer sjeldne konserter/kinobesøk. Far ønsker å få med seg alle fotballkampene til guttene men veldig ofte får han det ikke til. Familien har også fått det noe

strammere økonomisk etter at far har måtte redusere sin arbeidstid pga. sykdom. Far trener nå kun hvis mor eller en av guttene blir med. Konkurranser har de voksne gitt seg med. Foreldrene har generelt hatt et stort nettverk gjennom jobb og treningsmiljøet sitt. Onkler og tanter til Alexander har etablert seg med sine familier i en større by over 50 mil unna. Kun ved spesielle anledninger som begravelser, barnedåp, konfirmasjon o.l. at familien prioriterer å besøke hverandre. Foreldrene har fortsatt noen gode venner de kan snakke med om familiens utfordringer (fars sykdom, dødsfall) men de har foreløpig ikke snakket med noen om politi-sakene rundt sønnen. Det er lite kapasitet i voksen-nettverket for å hjelpe hverandre praktisk.

Foreldrene beskriver Alexander sin utvikling og fungering uten store bekymringer bortsett fra hans tidligere reaksjon på fars akutte sykdom og senere mormors død. Om fysisk nærhet i familien sier mor at de *ikke* er en typisk «*klemme*»-familie. Mor hadde problemer med å amme begge guttene (fikk det ikke til) og foreldrene husker det til tider kunne være vanskelig for dem og få roet Alexander særlig første to år. I barnehagen kan mor huske at det var litt smårusk sosialt da han var 4-5 år. Han kunne være brå og fysisk i kontakten sin med andre (f.eks. hoppe på ryggen til gutter han ønsket oppmerksomhet fra). Skolestart ble preget av at klassen hadde en vanskelig jentegruppe – mye intriger, konflikter, uro i timene og friminuttene. Ble bedre med ny lærer fra 5.klasse. Ingen bekymring skolefaglig. Har nå 4,5 i snittkarakter. Foreldrene skulle ønske han var noe mer faglig ambisiøs, men de er veldig stolte av fotballprestasjonene hans. Foreldrene har aldri snakket noe spesielt om seksualitet med sønnene. I barneskoleårene var Alexander sosialt vanlig ute med kamerater i fritiden – en del av guttegjengene. På ungdomsskolen begrenser vennekontakten seg mest til skoletid, trening, enkelte bursdager, men ellers mye kommunikasjon via teknologi/spill. Alexander har aldri besøk hjemme. Det meste skjer ute (særlig i helgene) eller via digital kommunikasjon.

Foreldrene sier han ble opptatt av kvinnelige artister og jenter generelt på slutten av barneskolen. Foreldrene anså dette som normalt knyttet til pubertetsutviklingen. Foreldrene har ikke fått med seg at han har hatt kjæreste, men vet at han har vært forelsket i en jente. Utover ordinær kontakt med fastlege, HSPL o.l., har ikke foreldrene eller andre sett behov for å involvere hjelpeinstanser tidligere. *Alexander sier selv* at dette med pappas sykdom og mormor har vært tøft, særlig på skole og trening, men i forhold til seksualitet og SSA-sakene, ser han ikke behov for noe oppfølging. Etter at det har kommet opp bekymring knyttet til Alexander seksuelle atferd, både direkte og med teknologi, har han tilsynelatende fulgt opp grenser og gjort det fagpersoner har sagt han bør gjøre. Han er fortsatt der at han ikke kan eller vil forstå at det han har gjort er ulovlig.

Foreldrene stiller seg nokså uforstående til at sønnen skal ha utøvd noe problematisk eller skadelig seksuelt, men de følger opp trygghetsiltak hjemme anbefalt av BV. Utenfor hjemmet synes de det er vanskelig å følge sønnen opp. De forstår at han har forsøkt eller hatt sex med jentene, men ikke at han har gjort noe verre enn det mange gjør når de utforsker og debutterer med sex i puberteten. De er meget skeptiske til om Alexander trenger noe utredning, oppfølging, behandling for dette eller annet, men blir litt mer usikre når anmeldelse nummer 2 blir kjent. Politiets råd til foreldrene er avgjørende for at de og Alexander tilslutt sier ja til henvisning for å få gjennomført AIM3 utredning.

Fra skolen opplyses det at han fungerer «godt innenfor» kognitivt og sosialt. Var problemer med det skolefaglige etter mormors død, men den faglige fungeringen er oppadgående igjen. Utmerker seg i gym og er aktivt med i musikktime. Kan delta i diskusjoner der han kan argumentere på sak, men

blir stille når man tar opp temaer som følelser og forhold til andre. Har vært tillitsvalgt i klassen og er kaptein på fotballaget. *Politiet/barnehuset* sier at Alexander fremstår som en gutt med relativt mye kunnskap om seksualitet for alderen. Han argumenterer for at det han har gjort ikke er et overgrep mot de aktuelle jentene – de var begge med på sexen. Han fremstår generelt som åpen og ærlig i avhør.

Barnevernet har samdrøftet saken med politiet/barnehuset som allerede har hatt avhør og samtaler de utsatte jentene, Alexander, foreldre og de andre guttene. BV henviser Alexander til videre SSA utredning/behandling. Ditt arbeidssted/du som fagperson har sagt ja til å gjennomføre en AIM3 utredning for å vurdere og eventuelt anbefale videre tilsyn/behandling/oppfølging for Alexander/familien. Hvis det er informasjon som er nødvendig for skåring og som ikke er eksplisitt nevnt her, ta da eventuelt utgangspunkt i at dette ikke er aktuelt eller ikke foreligger («ingen bekymring, eventuelt en styrke»).

11.5 Kasus 2: Thomas, 13 år (Jensen, 2020c).

Det kommunale barnevernet (BV) mottar bekymring fra en førskolelærer/barnehage høsten det året Thomas har begynt i 8.klasse på ungdomsskole. Bekymringsmeldingen baserer seg på observasjoner og fra samtaler som barnehagen har hatt med to uavhengige foreldrepar til to forskjellige barn, rett før og etter sommerferien. Det er mistanke om at Thomas har utvist bekymringsfull seksuell atferd en-til-en lek med barna.

Utsatt jente (5 år): I følge opplysninger fra BV og foreldre, bor jenta og foreldrene i enebolig i gåavstand fra der Thomas bor. Hun har venner fra barnehagen, tante, onkel og kusine (8 år) som bor i borettslaget der Thomas bor. Jenta pleier å være mye ute og leke sammen med kusinen og andre barn på borettslagets lekeområder. I dette borettslaget er det mulig for foreldrene å følge med på barna fra verandaene med utsikt mot lekeplasser og ballbingen. Den utsatte jentas familie har særlig etter sommerferien, reagert på at hun sjeldnere og sjeldnere vil være med kusinen hjem. Den utsatte har også begynt å si at hun ikke vil begynne på skolen – vegrer seg også for å delta på førskolegruppens aktiviteter noe som har kommet overraskende på både barnehagen og foreldre. Jenta vurderes ellers som en meget oppvakt og kvikk jente av både ansatte i barnehagen og foreldrene.

Faren oppdaget henne gråtende på rommet en dag hun hadde vært på besøk hos kusinen. Hun sier da at det er en større gutt som bor der kusinen bor (senere identifisert som Thomas), som hun er veldig redd for. Hun forteller at denne gutten er mye større enn henne, sykler mye rundt alene og noen ganger leker han «mye gøy» (tikken (sisten), rutsjing, ball) sammen med henne og de andre barna.

Fra politiavhør på barnehuset fremkommer det informasjon om at sist gang denne jenta lekte gjemsel på slutten av sommerferien, hadde Thomas foreslått at han skulle hjelpe henne til å gjemme seg veldig lur. Han ba henne følge ham inn i skogen like bak ballbingen. De hadde gjemt seg, satt seg ned, spiste blåbær og pratet lavt. Den utsatte sier hun synes denne gutten var grei samtidig som han snakket mye dumt og rart. Han hadde blant annet plutselig hvisket at hun var «skikkelig søt» og spurt om hun hadde hatt kjæreste noen gang. Hun har videre forklart at Thomas ba henne legge seg helt ned på ryggen (for ikke å bli sett) og åpne munnen. Han hadde sluppet blåbær ned i munnen hennes. Dette var først bare gøy lek – smakte godt – begge lo litt. Thomas hadde videre hvisket at hun måtte være «musestille» på gjemmestedet så de andre ikke kunne finne dem. Han hadde videre foreslått at hun skulle lukke øynene - fortsatte å slippe bær ned i munnen hennes – så plutselig «susset» han henne på munnen og la seg med magen oppå henne. Den utsatte jenta har forklart at hun ble «skikkelig redd». Hun greide ikke å røre seg og fikk ikke til å skrike fordi den «ekle tungen hans» var inni munnen hennes samtidig som han begynte å dra ned shortsene og trusen hennes. Hun sier at Thomas «bølget seg oppå henne». Hun opplevde dette som veldig ekkelt fordi han var både tung og pustet litt høyt og rart. Thomas hadde reist seg fort opp da de hørte stemmer fra noen andre barn som nærmet seg. Joggebuksen og boxeren hans var da nede på lårene og tissen stakk ut (tegner erigert penis). Han hvisket strengt til henne at hvis hun sa noe til noen andre om at de to var kjærester «så skulle det bli verst for henne». Han skal så ha listet seg fort vekk. Hun hadde lagt stille en liten stund før hun reiste seg og gikk frem til de andre barna. Kusinen hadde da spurt om hvorfor hun hadde gjemt seg i skogen (egentlig ikke lov av de voksne) og hvorfor hun gråt. Hun husker ikke helt hva hun svarte da, men det var noe om at hun ville gjemme seg kjempagodt men hadde falt og slått seg.

Foreldrene til den utsatte jenta husker godt den dagen da datteren kom hjem fra tante og onkel mye tidligere enn planlagt (uvanlig) og sa at hun hadde falt og slått seg i lek. Foreldrene ser i etterkant at datteren har hatt en mer negativ utvikling og fungering siden dette. Den utsatte jenta har forklart på barnehuset at Thomas ikke har gjort dette mer enn denne ene gangen, men at han tidligere ofte har lekt kileleken sammen med henne (kilt henne utenpå klærne).

Utsatt gutt, 6 år: Utfra opplysninger som BV og Statens barnehus har innhentet om utsatt fra foreldre og barnehage, vet vi at dette er en gutt som nettopp har begynt på skolen. Han bor sammen med sin mor, far og lillesøster i samme borettslag som Thomas. Det har ikke vært noen store bekymringer knyttet til denne unge guttens utvikling og fungering før sist vår da barnehagen begynte å observere mer uro og fysisk aggresjon rettet mot andre barn. Familien har hatt en god sommerferie, men sønnens urovekkende atferd kom tilbake etter ferien – både hjemme, i fritiden og på skolen. Forståelsen av at den negative atferden skyldes mulig overgrep fra Thomas, kom først da den utsatte gutten var ute og lekte en sensommerdag med en eldre fetter. Da hadde han begynt å fortelle om at han var veldig redd Thomas. Fetteren fortalte dette videre til de voksne i familien som tok det videre til kommunalt BV.

Denne gutten har i avhør på Statens barnehus forklart at Thomas har plaget ham «*mange ganger – i alle fall tre ganger*». Første gang var trolig da flere av barna var ute og lette etter påskeharen. Senere har det vært i «tikken»-lek («sisten») utenfor blokkene. Han forklarer at det først bare var gøy, at det utviklet seg negativt fordi Thomas «*nesten alltid*» bare løp etter ham. Noen ganger skal Thomas ha sagt at de skulle leke-bryte. Den utsatte likte ikke dette fordi Thomas var så stor, sterk og tung. Gutten forteller at Thomas kunne legge seg tungt oppå han etter at han ble tatt i «tikken» eller når de lekte bryting. Han ble noen ganger redd for å ikke komme seg løs og ikke få puste. Han forklarer også at Thomas flere ganger skal ha tatt han på tissen og magen og baken utenpå buksen når han ligger slik oppå ham og kiler (bryter). To ganger har Thomas tatt ut tissen sin – den har vært «sterk». Den utsatte gutten beskriver en episode der Thomas i skuret på lekeplassen, skal ha berørt han på tissen innenfor boxer-trusen. Det skal ha vært flere episoder der Thomas har vist ham hvordan man kan «*jokke*» (onanere). Det var både spennende og samtidig litt ekkelt og rart. Utsatte sier det kommer «*svette*» ut av tissen til Thomas noen ganger når han «*jokker*». Gutten forklarer at Thomas (en gang) spurte om han ville smake og slikke på tissen til Thomas. Gutten ville ikke dette og utfra det han kan huske, så spurte Thomas heller aldri mer om dette.

Hva sier Thomas og foreldrene om SSA anklagene: I samtale på Statens barnehus innrømmer Thomas episoden der han skal ha vist tissen sin og «*jokket*» i nærvær av gutt 6 år. Thomas er generelt åpen og samarbeidsvillig med avhører på barnehuset. Thomas synes imidlertid ikke helt å forstå at dette med onanering i nærvær av andre yngre barn er dumt å gjøre. «*Han (den utsatte) er jo gutt og må kunne lære dette*». Han sier også at «*hvis han (den utsatte) ikke likte det, hvorfor gikk han ikke vekk da?*» Thomas svarer politiet at han selv har lært det fra et TV program sett på mobilen. Har også lært litt om sex og dette med «*jokking*» (onanering) på skolen fra samtaler guttene hadde med helseyskepleier i 7.klasse. Thomas sier han ikke har «*jokket*» med andre barn enn den aktuelle gutten.

Når det gjelder det anklager vedrørende utsatt jente (5 år), sier Thomas at han ikke kan huske at de to har gjemt seg og gjort slike ting som hun anklager ham for (politiet mener han lukker seg på dette temaet). Thomas sier han generelt liker å leke med yngre barn fordi de liker at han leker med dem. Han har ikke noen jevnaldrende «*bestevenner*» der han bor nå. Thomas gir sterkt uttrykk for at han

savner venner fra hjembygden (tidligere bosted), og at han helst ville hatt mamma og pappa boende på samme sted. Han skjønner at de ikke kan bo sammen fordi de krangler og sloss sånn. Thomas sier han er glad i begge foreldrene sine. Han uttrykker i avhørene at han er redd for at foreldrene skal bli sinte på ham, og på hverandre, grunnet anklagene som er fremkommet fra de to yngre barna.

Ved avdekking av SSA reagerer Thomas mor (32 år) med fortvilelse, sinne og nekter å tro at sønnen kan ha gjort noe sånt. «*Han har alltid vært grei, snill og lekt godt med yngre barn*». I samtaler som BV har med mor viser det seg at hun også har erfart bekymringsfull seksuell atferd med sønnen. Hun har to ganger i sommerferien måtte be han holde opp med «*å onke seg*» (onanere) når de har sittet sammen i sofaen i stuen og sett familiefilmer. Han har, etter flyttingen, noen ganger liksom «*klint seg inn*» henne i sofaen – kilt og prøvd å berøre brystene hennes. Hun har latt ham få lov til å sitte nærme seg («*han er jo sønnen min*»), men sier hun har fått han til å stoppe ved å le det bort eller si: «*kutt ut det tøyset*». Far er veldig overrasket og stiller seg uforstående til det BV, Statens barnehus og mor forteller om sønnens seksuelle atferd mot andre barn og mot mor selv. Far sier at gutten kan være fysisk nær ham og andre i familien hans uten at «*noe galt*» skjer. Far sier blant annet: «*Er det ikke en del av det å bli ungdom at han er interessert i sex?*» Far mener at det å onanere med andre gutter i den alderen må være helt greit. Begge foreldre deltar på samtaler og møter med politiet og barnehuset på en høflig måte, men overfor BV er de langt mer skeptisk og reserverte. Kommunikasjonen foreldrene imellom er til tider synlig anstrengt og preget av deres tidligere og pågående voksenkonflikt. De uttrykker begge redsel for at sønnen skal være «*pedo*», at han kommer til å få dette som har skjedd på rullebladet» eller kan ende i fengsel i fremtiden.

Bakgrunn og oppvekst:

Både mor og far har vært uføretrygdet siden før sønnen ble født. Far bor fortsatt i barndomshjemmet i en mindre bygd, 15 mil unna der mor/sønn bor. Familien har bodd i bygden i alle årene før foreldrene ble separert. Farfaren som Thomas hadde et spesielt nært forhold til, døde brått av hjerteinfarkt høsten da Thomas gikk i 2.klasse. Foreldrene har alltid hatt dårlig økonomi og økonomistyring. Etter separasjon og flytting har samvær med far vært to helger i måneden pluss ferier. Da treffer Thomas flere jevnaldrende venner fra tidligere som han svømmer eller sparker fotball med. Liker godt å fiske og sykle med far. Startet på fotball i 1.klasse, men etter hvert mye fravær på treninger og kamper. Mor opplyser at han i tidlige barneår prøvde seg på svømmekurs to ganger, men var veldig redd for å få vann i hals og nese. Prøvde seg på sjakk-kurs som han likte godt – spilte mye med farfar tidligere – men etter noen konflikter i frilek med noen av de andre guttene og klager fra deres foreldre, valgte foreldrene å ta ham ut av sjakk-klubben (5.kl.). Etter flytting til byen har det kun vært en gutt på besøk hjemme – ellers ingen faste fritidsaktiviteter, men ønsker å starte med terrengsykling. Når det gjelder spørsmål om fremtiden, har Thomas ingen konkrete tanker.

BV i tidligere hjemkommune, opplyser at de har vært omfattende kontakt med familien siden Thomas gikk i 2.klasse. Mor har i perioden da Thomas var 6-7 år, anmeldt far for fysisk vold to ganger. Begge foreldre var da i beruset tilstand (alkohol). Mor trakk senere anmeldelsene. Det kommer frem av politirapport at mor og sønn var på krisesenter i en periode på 14 dager etter en av disse voldsepisodene (juletider i 2.klasse). Angivelig grunn var vold fra far mot mor i rustilstand, kl.02 om natten («*Far kastet ølflaske etter mor i stuen mens sønnen var tilstede*»). *Fra BVs samtaler og journal* fremgår det i tillegg at mor og sønn flere ganger tidligere også har hatt flere midlertidige opphold hos mors familie og venninner annet sted i landet. I disse periodene fulgte ikke Thomas

skole. Tilbud og avtaler om hjemmeundervisning ble forsøkt, men første barneskole har opplyst at mor ikke orket å stå i dette. *I tidligere samtalereferater fra BV* kommer det frem at Thomas har vært vitne til at begge foreldre har skreket og sagt stygge ting til hverandre, slått og kastet ting mot hverandre da Thomas var 4-8 år. Han har en gang sagt at foreldrene drakk mye øl særlig i helgene og i feriene, ofte i campingvognen. Når foreldrene drakk kunne de noen ganger le og ha det gøy, men som oftest begynte de å skrike, krangle og fysisk sloss. Dette kunne skje til alle døgnets tider. I slike situasjoner trakk han seg som oftest litt unna foreldrene fysisk, enten stakk han ut med andre barn på campingen eller han gjemte seg på loftet eller rommet sitt. I samtaler med nåværende BV sier han at foreldrene aldri har slått ham etter han begynte i 4.klasse. Har heller ikke erfart at foreldrene har vært ruset etter mors flytting til byen. Om tiden før skolestart, husker han at begge foreldrene kunne «klikke» og at de kunne kjefte og slå ham på ryggen og baken med hendene eller håndklær. Thomas sier det kunne gjøre veldig vondt, men at han løste det best ved bare å ta imot slik at foreldrene ble fortest mulig ferdig. Thomas mener at foreldrenes vold før skolestart skjedde fordi han tisset eller bæsjet på seg og det luktet «stink» (mest mor), andre ganger fordi han hadde ødelagt noe ved uhell (mest far). Begge foreldrene benekter tidligere fysisk avstraffelse av sønnen, men begge innrømmer krangling og rus og at det «kunne gå litt ekstra hardt for seg i perioder» mellom de to voksne.

Helsestasjonen var inne med hjelp på hygiene/toalett-trening (Thomas 5-6 år). *Barnehagen*, i forbindelse med overgang til barneskole, tok barnehagen opp bekymringer knyttet til økende negativ atferd hos Thomas på førskolen (språk, oppfattet ikke muntlige beskjeder, umoden sosial atferd, kom lett i konflikter med andre barn). Barnehagen håndterte Thomas sin atferd med å gi tydelig struktur, oversikt og konsekvenser (ikke meldt videre). Den første barneskolen (1.-6. klasse) opplyser at Thomas kunne bli overdreven redd og eller sint når voksne brukte høye stemmer, for eksempel i gym- og musikk-timene. På spørsmål fra BV i dag ler mor litt oppgitt når hun beskriver hvor mye sønnen var redd for i førskolealder (mørke, edderkopper, ut i vann, være alene hjemme og i skog, lyn og torden, være i båt). Mor svarer også at sønnen kunne trampe på eller stikke insekter og småkryp hardt med pinner så de døde og ikke kunne skremme eller plage ham lengre (1.-3. klasse). Han kunne ofte løpe etter små fugler og dyr for å skremme dem vekk, kaste småstein på dem, dra dem i halen osv. Mor mener kanskje at sønnen ble giret av at dyrene ble redde for ham. Thomas beskrives ellers fra begge barneskolene som noe urolig i sitte-rolig-aktiviteter. *Barneskolen* meldte bekymring til PPT om om høyt skolefravær, faglige utfordringer og en del uro og konflikter med andre gutter i klassen/SFO i overgangen 3.-4.klasse. Skolen og foreldrene knyttet dette den gang primært til omstendigheter rundt bestefarens død. I 4.klasse ble han evnetestet ved PPT: Kom generelt ut i det nedre normalvariansområdet (IQ80). Ikke mistanke om lese og skrivevansker men begrenset ordforståelse. Det ble anbefalt og gjennomført tiltak som spesialpedagog timer og litt assistent (ekstra i timer/langfri) for hjelp og veiledning faglig og sosialt. På ungdomsskolen har han så langt et snitt på 3. Går mye alene i friminuttene – lite konflikter. Ingen i klassen han er spesielt knyttet til – vil helst ikke samarbeide med jenter – «sier de andre, særlig jentene, er dumme og teite». Er god med PC. Musikklæreren har sagt at Thomas har en flott sangstemme og har oppfattet guttens interesse for å lære seg piano eller gitar. De andre elevene plager ham ikke direkte, men han blir i liten grad invitert inn og med på sosiale aktiviteter (på skolen eller i fritiden). Han har økt kommunikasjon med de mannlige lærerne – oppleves mer frekk og opposisjonell mot de kvinnelige lærerne.

Mor opplyser om aktuell situasjon til BV: Hun og Thomas flyttet brått til nåværende bolig i sommerferien rett før han skulle begynne i 7.klasse. De kjente ingen der de skulle flytte til. Hun er dag for det meste hjemme alene i leiligheten og har lite oversikt over hvor sønnen befinner seg når

han er ute. Mor sier selv at hun har fått større behov for å vite hvor han er nå etter flyttingen, men samtidig så vet hun ikke lengre hvor hun eventuelt skal spørre eller lete etter ham når han ikke kommer som avtalt. Blir ofte både sint og redd for ham når hun venter hjemme i leiligheten og han ikke svarer på mobilen. Bortsett fra enkelte ferier, besøk til slektninger og felles middager, er mor og sønn lite sammen utenfor leiligheten. Hjemme ser mor ofte på TV, noen ganger sammen med Thomas. Ellers har Thomas hatt mobil siden 3.klasse som han for det meste bruker alene inne på eget rom.

BV har valgt å drøfte bekymringssaken anonymt i regionalt SSA konsultasjonsteam. Etter en innledende screening ved bruk av Trafikklyset og Hacketts definisjonskontinuum (screening basert på foreløpige opplysninger), vurderes de presenterte bekymringsfulle hendelsenes alvorlighet til å ligge i området problematisk/skadelig seksuell atferd (PSA/SSA). Det blir anbefalt at BV i tillegg til å følge sak videre opp med politi/Statens barnehus, gjennomfører en bredspektret kartlegging av Thomas. Hvilke tilsyns-, behandlings- og oppfølgings-behov har Thomas og familie videre? Som fagperson blir du kontaktet og sier ja til å utrede saken ved hjelp av AIM3 utredningsverktøyet basert på foreliggende opplysninger. Hvis det er informasjon som er nødvendig for skåring og som ikke er eksplisitt nevnt her, ta da eventuelt utgangspunkt i at dette ikke er aktuelt eller ikke foreligger («ingen bekymring, eventuelt en styrke»).

11.6 Kasus 3: Julian, 17 år (Jensen, 2020d)

Bakgrunn – oppvekst og familie

Julian sine biologiske foreldre omkom i en bilulykke da han var 8 måneder. Han ble plassert av barnevernet (BV234/fylkesnemnda) i fosterhjem hos mormor og morfar. Julian og besteforeldrene fikk tett oppfølging av både helsestasjon og BV - særlig knyttet til det plutselige tapet av Julians foreldre. Besteforeldrene begynte å kjenne på at de ikke lengre hadde kapasitet til å ivareta omsorgsoppgavene da han var 2,5 år. Dette var primært grunnet alvorlig endring i mormors egen fysiske helse. BV startet opp en prosess som endte med at Julian ble plassert i et fosterhjem utenfor familien fra han var vel 3 år gammel. Det var ingen andre barn i dette hjemmet. Guttens kontakt med biologisk besteforeldre og øvrig familie har ellers vært opprettholdt på en god måte gjennom hele oppveksten.

BV opplyser: Fosterhjemmet fungerte bra – og ble vurdert som stabilt og trygt. Julian landet relativt raskt og utviklet god tilknytning, særlig til fostermor. Han virket trygg og kunne vise voksne både nærhet og ubehagelige følelser. Han fortsatte i samme barnehage som da han bodde med sine besteforeldre. *Barnehagen* vurderte han som godt fungerende både kognitivt og sosialt. I tillegg til fysisk smidighet viste han tidlig spesielt gode evner når det gjaldt tegning. Fysisk var han litt lav av vekst. Noe aktiv og impulsiv til tider i barnehage og senere på barneskole. Ellers ingen bekymringer fra fosterforeldre eller skole knyttet til milepæl-utvikling, eller faglig eller sosial fungering.

Det var generelt ingen store bekymringer knyttet til Julian fungering på barneskole eller hjemme, før overgangen til ungdomsskolen (13-14 år). Da begynte han å være mye sammen med en guttegjeng (5 jevnaldrende fra samme barneskole) hvor alle ble tatt for hærverk og tyveri av teknisk utstyr fra butikker og en skole. Han viste økende impulsiv og opposisjonell atferd både hjemme og på skole. Videre inn i ungdomsskolen viste den negative atferden seg i form av omfattende skoleskulk, stadige konflikter, noe rusbruk, slåsskamper og svært lite konsentrasjon og fokus på skolearbeid. Guttegjengen hadde også positive felles interesser som gatebasket, Hip Hop dans og brettkjøring. Julian ble henvist fra fastlege og BV til BUP i 8.klasse for utredning av mulig ADHD, som konkluderte med en ADHD diagnose. Test viste god kognitiv fungering innenfor normalvariasjonsområdet. BUP skriver at ADHD diagnosen er satt med forbehold knyttet til informasjonsinnhenting i en svært turbulent periode. Tilknytningen til fosterforeldre og biologiske besteforeldre ble vurdert av både BUP og BV som gode, men relasjonen var sterkt preget av konflikten rundt negativ atferd siste skoleår. Julian fikk medikamentell støttebehandling for ADHD fra mars i 8.klasse med positiv effekt.

Politiet kom i kontakt med Julian etter episoder med hærverk og tyveri tidlig i 8.klasse. Det ble satt inn omfattende samordnet tiltak overfor alle seks guttene – både fra foreldre, politi, ungdomsskole, PPT, BV og BUP. Etter noen alvorlige episoder i fosterhjemmet (vinter i 8.klasse), der Julian stjal en stor sum penger fra fostermor og siden ble borte en hel natt uten å gi livstegn fra seg (fest), kulminerte det med at fosterforeldrene sa opp avtalen med BV den påfølgende sommeren. De orket ikke mer. De ønsket heller ikke videre kontakt. Julian reagerte på fosterforeldrenes oppsigelse med tilbaketrekning, materielle ødeleggelse av egne ting i fosterhjemmet og ellers mye verbal aggresjon

rettet mot de fleste voksne rundt ham. Den eneste voksne som nådde litt inn til Julian i denne perioden var LIS-legen Knut, behandlingsansvarlig ved BUP.

BV vurderte i denne perioden institusjons-plassering, men pga. alder og tidligere fungering i fosterhjem, valgte man til slutt å gå for et forsterket fosterhjem fra sensommer i 9.klasse. Dette tredje fosterhjemmet hadde erfaring som beredskapshjem, og tross mye negativ atferd før plassering, var Julian utvikling i dette nye hjemmet positiv. Denne nye fosterfamilien har et stort og godt støttenettverk. BV evaluerte plasseringen etter ett år og vurderte at relasjonen mellom Julian og nåværende fosterforeldre var etablert, god og utviklingsstøttende. Den tidligere impulsive og negative atferden fra Julian avtok. Det har ikke vært noen alvorlige atferdsproblemer registrert i tiden på videregående skole. ADHD medisin ble planlagt seponert våren i 10.klasse - Julian ønsket dette selv og ble hørt, særlig knyttet til bivirkninger som han opplevde hemmet motorisk balanse og aktivitet, og søvn.

Fra nåværende fosterforeldre og videregående skole (VGS) er det rapportert at Julian fungerer godt sosialt og i kontakt og faglig samarbeid med både gutter og jenter. I 9.klasse startet han opp med systematisk baskettrening hvor han har vist seg som et stort talent tross noe lav høyde. På videregående skole får han gode karakterer med nærmere 4,5 i snitt. Ønsker å bli flyver, basketballspiller på College i USA eller å bli tegneserietegner. Ikke noe bekymring for rus og eller skoleskulk på VGS. Har kun tilfeldig kontakt med guttene fra den tidligere gjengen. Er assistenttrener på et basketlag for yngre gutter – en rolle han gjennomfører meget bra ifølge den voksne hovedtreneren. Holder fortsatt på med tegning og er meget dyktig til dette – både med frihånd og med bruk av IT-programvare. Hans favoritt tegneserie er Asterix & Obelix, men har i senere tid fått interesse særlig for japanske tegneserier. Nye fosterforeldre har blitt trygge på Julian. De lar ham blant annet se til deres biologiske barnebarn når de selv er ute i små ærender. Barnebarna er relativt mye på besøk hjemme og på hytten til sine besteforeldre.

Problematiske og skadelige seksuelle hendelse(r) (SSA)

Det avdekkes i høstferien, da Julian går i andre klasse på VGS, at han skal ha blitt sett for fosterfamiliens barnebarn under et overnattingsbesøk. BV blir kontaktet av barnas foreldre og besteforeldrene (Js fosterforeldre). BV og foreldre anmelder saken til politiet/ Statens barnehus. De utsatte er ei jente Kristin (11 år) og Sander (12,5 år). Utfra avhør av de to utsatte på barnehuset fremkommer det at Julian, i tillegg til blottning og onanering, skal ha vist og eksponert barna for seksualiserte filmer (aldersgrense 15+) og seksualiserte japanske tegneserier. Han skal også ha vist dem porno på internett. Dette har skjedd inne på Julian sitt rom. Barna har vært eksponert både hver for seg, og begge to samtidig. Hendelsene skal ha skjedd fra slutten av sommerferien og frem til avdekking i høstferien. Begge barna forteller i avhør at de har vært mye sammen med Julian - og de liker ham i utgangspunktet godt. De forklarer at de synes det var spennende med filmene og tegneseriene, men når det ble mye direkte «sexing» på filmene, og særlig da Julian tok tissen sin frem, ble det både ekkelt og flaut. De beskriver hvordan de både sammen og hver for seg holdt pusten, så intenst på skjermen og lot som om de ikke merket hva Julian holdt på med. Den utsatte jenta har forklart at hun i alle fall en gang skal ha sagt når han onanerte: «*slutt med det der – ekkelt*», men Julian hadde «*liksom ikke hørt eller reagert – bare fortsatt*». Begge barna beskriver hvordan Julian gjorde seg ferdig («*sukket høyt*») før han reiste seg gikk inn på toalettet ute i gangen. Han kom tilbake, virket det som ingenting hadde skjedd, han snakket vanlig og de fortsatte med å se på f.eks.

YouTube (ikke-seksualisert innhold) eller de kunne gå ned på kjøkkenet for å finne seg noe å spise o.l.

Utfra informasjon gitt under avhørene, fremkommer det at de utsatte barna har opplevd mye av det samme når det gjelder rekkefølge og type atferd knyttet til de respektive SSA hendelsene. Kristin beskriver at hun har opplevd de beskrevne SSA hendelse to ganger alene, og en gang sammen med broren. Sander husker at det har skjedd to ganger, en gang med, og en gang uten søster tilstede. Han beskriver fra en-til-en situasjonen at Julian i tillegg til «å trekke og dra i tissen sin», hadde løftet opp katten «Sushi» og strøket den frem og tilbake over tissen sin mens han hadde smilt og stønnet. Sander beskriver at det var «*både ekkelt og litt ekstra merkelig fordi katten ikke ville vekk, var rolig og virket som den hadde gjort det før og likte det*». Når politiet gjennomgår Julian PC, minnepinner og mobil, finner de lenker til «myk» voksenporno og videre to nedlastede videosnutter som omhandler seksualisert atferd og overgrep mot dyr.

Avdekkingen av SSA fører til sjokk og krise i fosterhjemmet og i dets familie og nettverk ellers. Fosterforeldrene har valgt å være åpen om det som har skjedd. Julian biologiske besteforeldre og slekt blir også dypt sjokkert. De har lenge vært takknemlig for den positive snuoperasjonen nåværende fosterforeldre klarte å få til med Julian siden starten av ungdomsskoletiden, og blir med dette nok en gang alvorlig bekymret for fremtiden hans. Julian sies å kunne gi flere voksne fysisk nærhet og gode klemmer. Ingen voksne har observert eller opplevd noe bekymringsfull seksualisert atferd, heller ikke vold eller annen negativ atferd overfor dyr.

Julian forklarer følgende:

Når Julian konfronteres med de utsattes historier i politiavhør på Statens barnehus, blir han først veldig sint og opprørt. Etter hvert mer stille. I avhør bekrefter Julian at han regelmessig ser på porno og seksualiserte filmer som han plukker opp via nettet. Dette har han drevet på med siden 12-årsalderen ved starten av ungdomsskolen. Han sier han «*tenner*» på filmer og onanerer ofte i tilknytning til dette. Han bekrefter det meste av det de to utsatte barna har forklart, men han blir opprørt og benekter alt som har med «dyreporno» og for å ha gjort noe som helst seksuelt med katten (lukker seg på dette temaet selv om politiet fremlegger bevis). Han skjønner ikke selv hvorfor han har onanert i nærheten av barna. Han tror kanskje at han har mistet «*hjernen*» når han ble opphisset av filmene. Han innrømmer at det også kan ha virket litt ekstra spennende når barna var tilstede. Julian svarer at han onanerer nesten hver dag på rommet sitt og synes det er like godt når han ser på filmer og «*drar laksen*» alene på rommet sitt – uavhengig av om barna er der eller ikke. Han sier han aldri har ønsket å gjøre barna noe vondt – «*jeg er jo veldig glad i dem*» (får tårer i øynene). Julian kan ikke skjønne at de kan ha blitt skadet av dette – «*de er jo snart tenåringer selv!?*». På en tidslinje viser han at han begynte å onanere da han var 12 år gammel - lærte hvordan han skulle gjøre det av to andre i guttegjengen. På spørsmål er han usikker på om det kan være så skadelig det han har gjort, siden han ikke direkte har berørt barna eller bedt dem berøre ham. Han mener at de bare kunne ha sagt fra eller gått vekk om de ikke likte det han holdt på med inne på hans private rom.

Etter politiavhør, har Julian i påfølgende *samtaler med BV*, uttrykt stor bekymring for at mor og far (nåværende fosterforeldre) vil kunne «*kaste ham ut*» og ikke ha noe mer med ham å gjøre for all fremtid. Han sier at han vil gjøre «*alt*» han kan for å unngå at han må flytte til noen andre nå. «Alt» inkluderer eventuell ny kontakt med Knut på BUP og eventuelt samtykke til oppfølgingskontakt fra

fosterhjemmet og BV (utover fylte 18 år). Julian kan ikke forstå at han skal bli dømt for det han har gjort– men han er samtidig redd for at dette kan skje. Han sier det vil være som «å falle utfor et stup» om han skulle få noe sånt som dette på seg (jfr. rulleblad, straff). Han har ellers etter avdekking og avhør hos politiet, på eget initiativ, bedt fosterforeldrene og barnas foreldre om unnskyldning i brev form. Det er utarbeidet en foreløpig trygghetsplan av BV i samarbeid med BUP. Han har ikke fått ha eller tatt kontakt med de to utsatte etter avdekking. Julian har i brevet skrevet at de voksne må hjelpe han slik at han aldri må være alene med Kristin og Sander igjen.

Opplysninger fra BUPs anamnese sammen med oppdatert info fra BV, gir ikke grunnlag for å mistenke at Julian har erfart egne traumer direkte på kroppen (fysiske, seksuelle), hverken innenfor eller utenfor fosterfamiliene og familien. Han sier at han på en måte savner å ha sin ekte mamma og pappa, men savner egentlig ikke biologiske foreldre siden han ikke kan huske noe som helst fra tiden med dem. Han uttrykker i flere sammenhenger takknemlighet overfor både biologiske besteforeldre og sin nåværende mor og far, som alle har vært veldig snille, tålmodige og tatt vare på ham. Han uttrykker i dag også forståelse for hvorfor den andre fosterfamilien valgte å bryte med ham, men er egentlig i dag mest takknemlig for at bruddet skjedde slik at han kunne komme til nåværende familie. Når det gjelder tidligere negativ ikke-seksuelle atferd i tidlig ungdomstid, sier han at det «bare ble sånn» i kameratgjengen. Etter avdekkingen av SSA, forteller han for første gang på BUP om at han ble mye mobbet i 3.-7.klasse av noen jevnaldrende gutter i fritiden og på skole. Det handlet mye om at han var så liten av vekst. Han mener også at kroppen hans er senere utviklet enn mange av de andre guttenes. Han var veldig flau for dette og redd for at han alltid skulle forbli så liten. Dette var særlig vanskelig om sommeren, i svømmehallen, i gymmen og i dusjen og garderoben. Julian tror selv at dette er noe av grunnen til at han tøffet seg sånn når han endelig fikk innpass hos de andre guttene i gjengen i slutten av 7.klasse. Flere av disse guttene var blant dem som hadde mobbet ham tidligere. Hverken fosterforeldre, andre voksne eller fagpersoner, har noen gang vurdert eller kommentert noe unormalt med kroppen hans – kun at han har vært litt lav av vekst slik som også hans biologiske far hadde vært da han var barn. Julian har nå blitt 168 cm. Han sier at han siden slutten av barneskolen har vært redd for å vise seg naken nedentil. Forteller ellers at han har vært avstandsforelsket i to jevnaldrende venninner (ungdomsskole/VGS), men har ikke turt å ta initiativ til fysisk intimitet med noen av dem.

Nåværende fosterforeldre har bedt BV om å vurdere en midlertidig institusjonsplassering for Julian. De synes det som har skjedd, er så vanskelig for både dem selv og familien at de kunne trenge et pusterom. De er samtidige oppriktig glad i Julian og ble glad for brevet og unnskyldningen de har fått fra ham. De avviser ikke muligheten for at han kan få bo videre hos dem, men de trenger noe tid alene før de eventuelt kan tenke, orke og våge å ta den videre omsorgen for Julian. BV har jobbet frem en frivillig midlertidig institusjonsplassering som skal finne sted om 1-2 uker. Samtidig vil BV selv gå inn i en prosess for å vurdere hva som er gode bo-alternativene videre. De to mest aktuelle alternativene synes å være: Fortsette i nåværende fosterhjem, eller at Julian flytter til en hybel med tilsyn. Politiet har henlagt saken, men sterkt oppfordret til videre tilsyn, utredning og behandling fra BV og spesialisthelsetjenesten.

BV trenger, uavhengig av videre bosted, hjelp til å vurdere Julian (og eventuelt nåværende fosterforeldres/familiens) behov for videre tilsyn, behandling og eventuelt annen oppfølging. Du sier ja til å gjennomføre en AIM3 utredning på bakgrunn av foreliggende info. Ta utgangspunkt i det siste fosterhjemmet som «nåværende bosted». Hvis det er informasjon som er nødvendig for

skåring og som ikke er eksplisitt nevnt her, ta da eventuelt utgangspunkt i at dette ikke er aktuelt eller ikke foreligger («ingen bekymring, eventuelt en styrke»).

11.7 Litteratursøk

Det ble først utarbeidet en søketabell med relevante søkeord for avhandlingens tema:

Barn	Problematisk/skadelig	Seksuell atferd	Avgrensninger/filter	Dersom avgrensninger til Norden
Child*	inappropriate	(Harmful OR problem* OR violen*) NEAR/2 ("sex* behav*")	Reviews?	Norw* OR scandinav* OR sweed* OR Iceland* OR danish OR Denmark OR finnish OR Finland OR "nordic countr*"
Adolescen*	problematic	HSB	Årstall?	
Juvenile*	harmful		Kvalitativ?	
Teen*	intrusive		Norge/Norden/	
Young*	abusive			
Youth*	Misbehav*			
Pupil*	delinquency			
Boy*	wrongdoing			
Girl*				

Deretter ble det utført noen for-søk, med ulike syntaxer, i samarbeid med universitetsbibliotekar. Oppsummert viste for-søkene at det ble mest relevante treff på åpne og forholdsvis enkle syntaxer.

Alle søk nedenfor er avgrenset til tidsperioden 2010 – mars 2023.

09.03.2023 - gjennomført søk på *Web of Science (WoS)*

Søkestreng: (child* OR adolescent* OR juvenile* OR teen* OR young* OR youth* OR pupil* OR boy* OR girl*) AND ((harmful OR problem* OR violen* OR offend* OR assault*) NEAR/2 ("sex* behav*"))

Søket ga 375 treff, derav 31 review artikler.

Gjennomgang ble avgrenset til de 50 mest relevante referansene (abstract) og 25 oversiktsartikler. Totalt ble 53 artikler valgt ut.

10.03.2023 - gjennomført søk på Google Scholar

Søkestreng: **childrens|adolescents problematic|harmful sexual behavio(u)r**

Søket ga 54.800 resultater (behavio(u)r). De 50 første referansene sortert etter relevans ble gjennomgått - 16 referanser ble valgt ut. De 50 første referansene sortert etter data (nyest først) ble gjennomgått – 14 referanser ble valgt ut.

Søket ga 27.600 resultater (behavio(u)r). De 50 første referansene sortert etter relevans ble gjennomgått - 27 referanser ble valgt ut. De 50 første referansene sortert etter data (nyest først) ble gjennomgått – 8 referanser ble valgt ut.

14.03.23 ble det søkt for norske referanser; **problematisk|skadelig seksuell atferd**

Søket ga 3.630 resultater. De 50 mest relevante referansene ble gjennomgått – av disse ble 13 valgt ut.

13.03. 2023 - gjennomført søk på OVID plattformen

Søkestreng: **((child* OR adolescent* OR juvenile* OR teen* OR young* OR youth* OR pupil* OR boy* OR girl*) AND ((harmful OR problem* OR violen* OR offend* OR assault*) ADJ3 ("sex* behav*"))).ti,ab,id**

Søket ga 439 resultater. De hundre første referansene sortert etter relevans ble gjennomgått – av disse ble 31 referanser gjennomgått og 20 endelig valgt ut.

Litteratursøk oppsummert:

Antall referanser* innhentet fra WoS, Google Scholar & OVID, n= 151

Antall referanser* innhentet fra andre kilder, n= 616

Totalt antall referanser* innhentet (totalt lagret EndNote), n= 767

(*når duplikater er fjernet)

**Doctoral Theses at The Faculty of Psychology,
University of Bergen**

- | | | |
|-------------|---------------------------------|--|
| 1980 | Allen, Hugh M., Dr. philos. | Parent-offspring interactions in willow grouse (<i>Lagopus L. Lagopus</i>). |
| 1981 | Myhrer, Trond, Dr. philos. | Behavioral Studies after selective disruption of hippocampal inputs in albino rats. |
| 1982 | Svebak, Sven, Dr. philos. | The significance of motivation for task-induced tonic physiological changes. |
| 1983 | Myhre, Grete, Dr. philos. | The Biopsychology of behavior in captive Willow ptarmigan. |
| | Eide, Rolf, Dr. philos. | PSYCHOSOCIAL FACTORS AND INDICES OF HEALTH RISKS. The relationship of psychosocial conditions to subjective complaints, arterial blood pressure, serum cholesterol, serum triglycerides and urinary catecholamines in middle aged populations in Western Norway. |
| | Værnes, Ragnar J., Dr. philos. | Neuropsychological effects of diving. |
| 1984 | Kolstad, Arnulf, Dr. philos. | Til diskusjonen om sammenhengen mellom sosiale forhold og psykiske strukturer. En epidemiologisk undersøkelse blant barn og unge. |
| | Løberg, Tor, Dr. philos. | Neuropsychological assessment in alcohol dependence. |
| 1985 | Hellesnes, Tore, Dr. philos. | Læring og problemløsning. En studie av den perseptuelle analysens betydning for verbal læring. |
| | Håland, Wenche, Dr. philos. | Psykoterapi: relasjon, utviklingsprosess og effekt. |
| 1986 | Hagtvet, Knut A., Dr. philos. | The construct of test anxiety: Conceptual and methodological issues. |
| | Jellestad, Finn K., Dr. philos. | Effects of neuron specific amygdala lesions on fear-motivated behavior in rats. |
| 1987 | Aarø, Leif E., Dr. philos. | Health behaviour and sosioeconomic Status. A survey among the adult population in Norway. |
| | Underlid, Kjell, Dr. philos. | Arbeidsløse i psykososialt perspektiv. |
| | Laberg, Jon C., Dr. philos. | Expectancy and classical conditioning in alcoholics' craving. |
| | Vollmer, Fred, Dr. philos. | Essays on explanation in psychology. |
| | Ellertsen, Bjørn, Dr. philos. | Migraine and tension headache: Psychophysiology, personality and therapy. |
| 1988 | Kaufmann, Astrid, Dr. philos. | Antisocial atferd hos ungdom. En studie av psykologiske determinanter. |

- Mykletun, Reidar J., Dr. philos. Teacher stress: personality, work-load and health.
- Havik, Odd E., Dr. philos. After the myocardial infarction: A medical and psychological study with special emphasis on perceived illness.
- 1989** Bråten, Stein, Dr. philos. Menneskedyaden. En teoretisk tese om sinnets dialogiske natur med informasjons- og utviklingspsykologiske implikasjoner sammenholdt med utvalgte spedbarnsstudier.
- Wold, Bente, Dr. psychol. Lifestyles and physical activity. A theoretical and empirical analysis of socialization among children and adolescents.
- 1990** Flaten, Magne A., Dr. psychol. The role of habituation and learning in reflex modification.
- 1991** Alsaker, Françoise D., Dr. philos. Global negative self-evaluations in early adolescence.
- Kraft, Pål, Dr. philos. AIDS prevention in Norway. Empirical studies on diffusion of knowledge, public opinion, and sexual behaviour.
- Endresen, Inger M., Dr. philos. Psychoimmunological stress markers in working life.
- Faleide, Asbjørn O., Dr. philos. Asthma and allergy in childhood. Psychosocial and psychotherapeutic problems.
- 1992** Dalen, Knut, Dr. philos. Hemispheric asymmetry and the Dual-Task Paradigm: An experimental approach.
- Bø, Inge B., Dr. philos. Ungdoms sosiale økologi. En undersøkelse av 14-16 åringers sosiale nettverk.
- Nivison, Mary E., Dr. philos. The relationship between noise as an experimental and environmental stressor, physiological changes and psychological factors.
- Torgersen, Anne M., Dr. philos. Genetic and environmental influence on temperamental behaviour. A longitudinal study of twins from infancy to adolescence.
- 1993** Larsen, Svein, Dr. philos. Cultural background and problem drinking.
- Nordhus, Inger Hilde, Dr. philos. Family caregiving. A community psychological study with special emphasis on clinical interventions.
- Thuen, Frode, Dr. psychol. Accident-related behaviour among children and young adolescents: Prediction and prevention.
- Solheim, Ragnar, Dr. philos. Spesifikke lærevansker. Diskrepanskriteriet anvendt i seleksjonsmetodikk.
- Johnsen, Bjørn Helge, Dr. psychol. Brain asymmetry and facial emotional expressions: Conditioning experiments.
- 1994** Tønnessen, Finn E., Dr. philos. The etiology of Dyslexia.
- Kvale, Gerd, Dr. psychol. Psychological factors in anticipatory nausea and vomiting in cancer chemotherapy.
- Asbjørnsen, Arve E., Dr. psychol. Structural and dynamic factors in dichotic listening: An interactional model.

- Bru, Edvin, Dr. philos. The role of psychological factors in neck, shoulder and low back pain among female hospital staff.
- Braathen, Eli T., Dr. psychol. Prediction of excellence and discontinuation in different types of sport: The significance of motivation and EMG.
- Johannessen, Birte F., Dr. philos. Det flytende kjønnnet. Om lederskap, politikk og identitet.
- 1995** Sam, David L., Dr. psychol. Acculturation of young immigrants in Norway: A psychological and socio-cultural adaptation.
- Bjaalid, Inger-Kristin, Dr. philos. Component processes in word recognition.
- Martinsen, Øyvind, Dr. philos. Cognitive style and insight.
- Nordby, Helge, Dr. philos. Processing of auditory deviant events: Mismatch negativity of event-related brain potentials.
- Raaheim, Arild, Dr. philos. Health perception and health behaviour, theoretical considerations, empirical studies, and practical implications.
- Seltzer, Wencke J., Dr. philos. Studies of Psychocultural Approach to Families in Therapy.
- Brun, Wibecke, Dr. philos. Subjective conceptions of uncertainty and risk.
- Aas, Henrik N., Dr. psychol. Alcohol expectancies and socialization: Adolescents learning to drink.
- Bjørkly, Stål, Dr. psychol. Diagnosis and prediction of intra-institutional aggressive behaviour in psychotic patients
- 1996** Anderssen, Norman, Dr. psychol. Physical activity of young people in a health perspective: Stability, change and social influences.
- Sandal, Gro Mjeldheim, Dr. psychol. Coping in extreme environments: The role of personality.
- Strumse, Einar, Dr. philos. The psychology of aesthetics: explaining visual preferences for agrarian landscapes in Western Norway.
- Hestad, Knut, Dr. philos. Neuropsychological deficits in HIV-1 infection.
- Lugoe, L.Wycliffe, Dr. philos. Prediction of Tanzanian students' HIV risk and preventive behaviours
- Sandvik, B. Gunnhild, Dr. philos. Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor. Fremveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning
- Lie, Gro Therese, Dr. psychol. The disease that dares not speak its name: Studies on factors of importance for coping with HIV/AIDS in Northern Tanzania
- Øygaard, Lisbet, Dr. philos. Health behaviors among young adults. A psychological and sociological approach
- Stormark, Kjell Morten, Dr. psychol. Emotional modulation of selective attention: Experimental and clinical evidence.
- Einarsen, Ståle, Dr. psychol. Bullying and harassment at work: epidemiological and psychosocial aspects.

1997	Knivsberg, Ann-Mari, Dr. philos.	Behavioural abnormalities and childhood psychopathology: Urinary peptide patterns as a potential tool in diagnosis and remediation.
	Eide, Arne H., Dr. philos.	Adolescent drug use in Zimbabwe. Cultural orientation in a global-local perspective and use of psychoactive substances among secondary school students.
	Sørensen, Marit, Dr. philos.	The psychology of initiating and maintaining exercise and diet behaviour.
	Skjæveland, Oddvar, Dr. psychol.	Relationships between spatial-physical neighborhood attributes and social relations among neighbors.
	Zewdie, Teka, Dr. philos.	Mother-child relational patterns in Ethiopia. Issues of developmental theories and intervention programs.
	Wilhelmsen, Britt Unni, Dr. philos.	Development and evaluation of two educational programmes designed to prevent alcohol use among adolescents.
	Manger, Terje, Dr. philos.	Gender differences in mathematical achievement among Norwegian elementary school students.
1998	Lindstrøm, Torill Christine, Dr. philos.	«Good Grief»: Adapting to Bereavement.
V	Skogstad, Anders, Dr. philos.	Effects of leadership behaviour on job satisfaction, health and efficiency.
	Haldorsen, Ellen M. Håland, Dr. psychol.	Return to work in low back pain patients.
	Besemer, Susan P., Dr. philos.	Creative Product Analysis: The Search for a Valid Model for Understanding Creativity in Products.
H	Winje, Dagfinn, Dr. psychol.	Psychological adjustment after severe trauma. A longitudinal study of adults' and children's posttraumatic reactions and coping after the bus accident in Måbødalen, Norway 1988.
	Vosburg, Suzanne K., Dr. philos.	The effects of mood on creative problem solving.
	Eriksen, Hege R., Dr. philos.	Stress and coping: Does it really matter for subjective health complaints?
	Jakobsen, Reidar, Dr. psychol.	Empiriske studier av kunnskap og holdninger om hiv/aids og den normative seksuelle utvikling i ungdomsårene.
1999	Mikkelsen, Aslaug, Dr. philos.	Effects of learning opportunities and learning climate on occupational health.
V	Samdal, Oddrun, Dr. philos.	The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being.
	Friestad, Christine, Dr. philos.	Social psychological approaches to smoking.
	Ekeland, Tor-Johan, Dr. philos.	Meining som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teoriar.
H	Saban, Sara, Dr. psychol.	Brain Asymmetry and Attention: Classical Conditioning Experiments.

	Carlsten, Carl Thomas, Dr. philos.	God lesing – God læring. En aksjonsrettet studie av undervisning i fagtekstlesing.
	Dundas, Ingrid, Dr. psychol.	Functional and dysfunctional closeness. Family interaction and children's adjustment.
	Engen, Liv, Dr. philos.	Kartlegging av leseferdighet på småskoletrinnet og vurdering av faktorer som kan være av betydning for optimal leseutvikling.
2000 V	Hovland, Ole Johan, Dr. philos.	Transforming a self-preserving "alarm" reaction into a self-defeating emotional response: Toward an integrative approach to anxiety as a human phenomenon.
	Lillejord, Sølvi, Dr. philos.	Handlingsrasjonalitet og spesialundervisning. En analyse av aktørperspektiver.
	Sandell, Ove, Dr. philos.	Den varme kunnskapen.
	Oftedal, Marit Petersen, Dr. philos.	Diagnostisering av ordavkodingsvansker: En prosessanalytisk tilnæringsmåte.
H	Sandbak, Tone, Dr. psychol.	Alcohol consumption and preference in the rat: The significance of individual differences and relationships to stress pathology
	Eid, Jarle, Dr. psychol.	Early predictors of PTSD symptom reporting; The significance of contextual and individual factors.
2001 V	Skinstad, Anne Helene, Dr. philos.	Substance dependence and borderline personality disorders.
	Binder, Per-Einar, Dr. psychol.	Individet og den meningsbærende andre. En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald Winnicotts teori.
	Roald, Ingvild K., Dr. philos.	Building of concepts. A study of Physics concepts of Norwegian deaf students.
H	Fekadu, Zelalem W., Dr. philos.	Predicting contraceptive use and intention among a sample of adolescent girls. An application of the theory of planned behaviour in Ethiopian context.
	Melesse, Fantu, Dr. philos.	The more intelligent and sensitive child (MISC) mediational intervention in an Ethiopian context: An evaluation study.
	Råheim, Målfrid, Dr. philos.	Kvinnerens kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk – hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter.
	Engelsen, Birthe Kari, Dr. psychol.	Measurement of the eating problem construct.
	Lau, Bjørn, Dr. philos.	Weight and eating concerns in adolescence.
2002 V	Ihlebak, Camilla, Dr. philos.	Epidemiological studies of subjective health complaints.
	Rosén, Gunnar O. R., Dr. philos.	The phantom limb experience. Models for understanding and treatment of pain with hypnosis.

	Høines, Marit Johnsen, Dr. philos.	Fleksible språkrom. Matematikklæring som tekstutvikling.
	Anthun, Roald Andor, Dr. philos.	School psychology service quality. Consumer appraisal, quality dimensions, and collaborative improvement potential
	Pallesen, Ståle, Dr. psychol.	Insomnia in the elderly. Epidemiology, psychological characteristics and treatment.
	Midthassel, Unni Vere, Dr. philos.	Teacher involvement in school development activity. A study of teachers in Norwegian compulsory schools
	Kallestad, Jan Helge, Dr. philos.	Teachers, schools and implementation of the Olweus Bullying Prevention Program.
H	Ofte, Sonja Helgesen, Dr. psychol.	Right-left discrimination in adults and children.
	Netland, Marit, Dr. psychol.	Exposure to political violence. The need to estimate our estimations.
	Diseth, Åge, Dr. psychol.	Approaches to learning: Validity and prediction of academic performance.
	Bjuland, Raymond, Dr. philos.	Problem solving in geometry. Reasoning processes of student teachers working in small groups: A dialogical approach.
2003 V	Arefjord, Kjersti, Dr. psychol.	After the myocardial infarction – the wives' view. Short- and long-term adjustment in wives of myocardial infarction patients.
	Ingjaldsson, Jón Þorvaldur, Dr. psychol.	Unconscious Processes and Vagal Activity in Alcohol Dependency.
	Holden, Børge, Dr. philos.	Følger av atferdsanalytiske forklaringer for atferdsanalysens tilnærming til utforming av behandling.
	Holsen, Ingrid, Dr. philos.	Depressed mood from adolescence to 'emerging adulthood'. Course and longitudinal influences of body image and parent-adolescent relationship.
	Hammar, Åsa Karin, Dr. psychol.	Major depression and cognitive dysfunction- An experimental study of the cognitive effort hypothesis.
	Sprugevica, Ieva, Dr. philos.	The impact of enabling skills on early reading acquisition.
	Gabrielsen, Egil, Dr. philos.	LESE FOR LIVET. Lesekompetansen i den norske voksenbefolkningen sett i lys av visjonen om en enhetsskole.
H	Hansen, Anita Lill, Dr. psychol.	The influence of heart rate variability in the regulation of attentional and memory processes.
	Dyregrov, Kari, Dr. philos.	The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help.
2004 V	Torsheim, Torbjørn, Dr. psychol.	Student role strain and subjective health complaints: Individual, contextual, and longitudinal perspectives.
	Haugland, Bente Storm Mowatt Dr. psychol.	Parental alcohol abuse. Family functioning and child adjustment.

	Milde, Anne Marita, Dr. psychol.	Ulcerative colitis and the role of stress. Animal studies of psychobiological factors in relationship to experimentally induced colitis.
	Stornes, Tor, Dr. philos.	Socio-moral behaviour in sport. An investigation of perceptions of sportspersonship in handball related to important factors of socio-moral influence.
	Mæhle, Magne, Dr. philos.	Re-inventing the child in family therapy: An investigation of the relevance and applicability of theory and research in child development for family therapy involving children.
	Kobbeltvedt, Therese, Dr. psychol.	Risk and feelings: A field approach.
2004	Thomsen, Tormod, Dr. psychol.	Localization of attention in the brain.
H	Løberg, Else-Marie, Dr. psychol.	Functional laterality and attention modulation in schizophrenia: Effects of clinical variables.
	Kyrkjebø, Jane Mikkelsen, Dr. philos.	Learning to improve: Integrating continuous quality improvement learning into nursing education.
	Laumann, Karin, Dr. psychol.	Restorative and stress-reducing effects of natural environments: Experiential, behavioural and cardiovascular indices.
	Holgersen, Helge, PhD	Mellom oss - Essay i relasjonell psykoanalyse.
2005	Hetland, Hilde, Dr. psychol.	Leading to the extraordinary? Antecedents and outcomes of transformational leadership.
V	Iversen, Anette Christine, Dr. philos.	Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping.
2005	Mathisen, Gro Ellen, PhD	Climates for creativity and innovation: Definitions, measurement, predictors and consequences.
H	Sævi, Tone, Dr. philos.	Seeing disability pedagogically – The lived experience of disability in the pedagogical encounter.
	Wiium, Nora, PhD	Intrapersonal factors, family and school norms: combined and interactive influence on adolescent smoking behaviour.
	Kanagaratnam, Pushpa, PhD	Subjective and objective correlates of Posttraumatic Stress in immigrants/refugees exposed to political violence.
	Larsen, Torill M. B. , PhD	Evaluating principals` and teachers` implementation of Second Step. A case study of four Norwegian primary schools.
	Bancila, Delia, PhD	Psychosocial stress and distress among Romanian adolescents and adults.
2006	Hillestad, Torgeir Martin, Dr. philos.	Normalitet og avvik. Forutsetninger for et objektivt psykopatologisk avviksbegrep. En psykologisk, sosial, erkjennelsesteoretisk og teorihistorisk framstilling.
V	Nordanger, Dag Øystein, Dr. psychol.	Psychosocial discourses and responses to political violence in post-war Tigray, Ethiopia.

	Rimol, Lars Morten, PhD	Behavioral and fMRI studies of auditory laterality and speech sound processing.
	Krumsvik, Rune Johan, Dr. philos.	ICT in the school. ICT-initiated school development in lower secondary school.
	Norman, Elisabeth, Dr. psychol.	Gut feelings and unconscious thought: An exploration of fringe consciousness in implicit cognition.
	Israel, K Pravin, Dr. psychol.	Parent involvement in the mental health care of children and adolescents. Empirical studies from clinical care setting.
	Glasø, Lars, PhD	Affects and emotional regulation in leader-subordinate relationships.
	Knutsen, Ketil, Dr. philos.	HISTORIER UNGDOM LEVER – En studie av hvordan ungdommer bruker historie for å gjøre livet meningsfullt.
	Matthiesen, Stig Berge, PhD	Bullying at work. Antecedents and outcomes.
2006	Gramstad, Arne, PhD	Neuropsychological assessment of cognitive and emotional functioning in patients with epilepsy.
H	Bendixen, Mons, PhD	Antisocial behaviour in early adolescence: Methodological and substantive issues.
	Mrumbi, Khalifa Maulid, PhD	Parental illness and loss to HIV/AIDS as experienced by AIDS orphans aged between 12-17 years from Temeke District, Dar es Salaam, Tanzania: A study of the children's psychosocial health and coping responses.
	Hetland, Jørn, Dr. psychol.	The nature of subjective health complaints in adolescence: Dimensionality, stability, and psychosocial predictors
	Kakoko, Deodatus Conatus Vitalis, PhD	Voluntary HIV counselling and testing service uptake among primary school teachers in Mwanza, Tanzania: assessment of socio-demographic, psychosocial and socio-cognitive aspects
	Mykletun, Arnstein, Dr. psychol.	Mortality and work-related disability as long-term consequences of anxiety and depression: Historical cohort designs based on the HUNT-2 study
	Sivertsen, Børge, PhD	Insomnia in older adults. Consequences, assessment and treatment.
2007	Singhammer, John, Dr. philos.	Social conditions from before birth to early adulthood – the influence on health and health behaviour
V	Janvin, Carmen Ani Cristea, PhD	Cognitive impairment in patients with Parkinson's disease: profiles and implications for prognosis
	Braarud, Hanne Cecilie, Dr. psychol.	Infant regulation of distress: A longitudinal study of transactions between mothers and infants
	Tveito, Torill Helene, PhD	Sick Leave and Subjective Health Complaints
	Magnussen, Liv Heide, PhD	Returning disability pensioners with back pain to work

	Thuen, Elin Marie, Dr.philos.	Learning environment, students' coping styles and emotional and behavioural problems. A study of Norwegian secondary school students.
	Solberg, Ole Asbjørn, PhD	Peacekeeping warriors – A longitudinal study of Norwegian peacekeepers in Kosovo
2007	Søreide, Gunn Elisabeth, Dr.philos.	Narrative construction of teacher identity
H	Svensen, Erling, PhD	WORK & HEALTH. Cognitive Activation Theory of Stress applied in an organisational setting.
	Øverland, Simon Nygaard, PhD	Mental health and impairment in disability benefits. Studies applying linkages between health surveys and administrative registries.
	Eichele, Tom, PhD	Electrophysiological and Hemodynamic Correlates of Expectancy in Target Processing
	Børhaug, Kjetil, Dr.philos.	Oppseding til demokrati. Ein studie av politisk oppseding i norsk skule.
	Eikeland, Thorleif, Dr.philos.	Om å vokse opp på barnehjem og på sykehus. En undersøkelse av barnehjemsbarns opplevelser på barnehjem sammenholdt med sanatoriebarns beskrivelse av langvarige sykehusopphold – og et forsøk på forklaring.
	Wadel, Carl Cato, Dr.philos.	Medarbeidersamhandling og medarbeiderledelse i en lagbasert organisasjon
	Vinje, Hege Forbech, PhD	Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses
	Noort, Maurits van den, PhD	Working memory capacity and foreign language acquisition
2008	Brevik, Kyrre, Dr.psychol.	The Adjustment of Children and Adolescents in Different Post-Divorce Family Structures. A Norwegian Study of Risks and Mechanisms.
V	Johnsen, Grethe E., PhD	Memory impairment in patients with posttraumatic stress disorder
	Sætrevik, Bjørn, PhD	Cognitive Control in Auditory Processing
	Carvalho, Susana Fonseca, PhD	Prevention of bullying in schools: an ecological model
2008	Brønnick, Kolbjørn Selvåg	Attentional dysfunction in dementia associated with Parkinson's disease.
H	Posserud, Maj-Britt Rocio	Epidemiology of autism spectrum disorders
	Haug, Ellen	Multilevel correlates of physical activity in the school setting
	Skjerve, Arvid	Assessing mild dementia – a study of brief cognitive tests.

	Kjønniksen, Lise	The association between adolescent experiences in physical activity and leisure time physical activity in adulthood: a ten year longitudinal study
	Gundersen, Hilde	The effects of alcohol and expectancy on brain function
	Omvik, Siri	Insomnia – a night and day problem
2009 V	Molde, Helge	Pathological gambling: prevalence, mechanisms and treatment outcome.
	Foss, Else	Den omsorgsfulle væremåte. En studie av voksnes væremåte i forhold til barn i barnehagen.
	Westrheim, Kariane	Education in a Political Context: A study of Knowledge Processes and Learning Sites in the PKK.
	Wehling, Eike	Cognitive and olfactory changes in aging
	Wangberg, Silje C.	Internet based interventions to support health behaviours: The role of self-efficacy.
	Nielsen, Morten B.	Methodological issues in research on workplace bullying. Operationalisations, measurements and samples.
	Sandu, Anca Larisa	MRI measures of brain volume and cortical complexity in clinical groups and during development.
	Guribye, Eugene	Refugees and mental health interventions
	Sørensen, Lin	Emotional problems in inattentive children – effects on cognitive control functions.
	Tjomsland, Hege E.	Health promotion with teachers. Evaluation of the Norwegian Network of Health Promoting Schools: Quantitative and qualitative analyses of predisposing, reinforcing and enabling conditions related to teacher participation and program sustainability.
	Helleve, Ingrid	Productive interactions in ICT supported communities of learners
2009 H	Skorpen, Aina Øye, Christine	Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser
	Andreassen, Cecilie Schou	WORKAHOLISM – Antecedents and Outcomes
	Stang, Ingun	Being in the same boat: An empowerment intervention in breast cancer self-help groups
	Sequeira, Sarah Dorothee Dos Santos	The effects of background noise on asymmetrical speech perception
	Kleiven, Jo, dr.philos.	The Lillehammer scales: Measuring common motives for vacation and leisure behavior
	Jónsdóttir, Guðrún	Dubito ergo sum? Ni jenter møter naturfaglig kunnskap.
	Hove, Oddbjørn	Mental health disorders in adults with intellectual disabilities - Methods of assessment and prevalence of mental health disorders and problem behaviour
	Wageningen, Heidi Karin van	The role of glutamate on brain function

	Bjørkvik, Jofrid	God nok? Selvaktelse og interpersonlig fungering hos pasienter innen psykisk helsevern: Forholdet til diagnoser, symptomer og behandlingsutbytte
	Andersson, Martin	A study of attention control in children and elderly using a forced-attention dichotic listening paradigm
	Almås, Aslaug Grov	Teachers in the Digital Network Society: Visions and Realities. A study of teachers' experiences with the use of ICT in teaching and learning.
	Ulvik, Marit	Lærerutdanning som danning? Tre stemmer i diskusjonen
2010	Skår, Randi	Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer.
V	Roald, Knut	Kvalitetsvurdering som organisasjonslæring mellom skole og skoleeigar
	Lunde, Linn-Heidi	Chronic pain in older adults. Consequences, assessment and treatment.
	Danielsen, Anne Grete	Perceived psychosocial support, students' self-reported academic initiative and perceived life satisfaction
	Hysing, Mari	Mental health in children with chronic illness
	Olsen, Olav Kjellevoid	Are good leaders moral leaders? The relationship between effective military operational leadership and morals
	Riese, Hanne	Friendship and learning. Entrepreneurship education through mini-enterprises.
	Holthe, Asle	Evaluating the implementation of the Norwegian guidelines for healthy school meals: A case study involving three secondary schools
H	Hauge, Lars Johan	Environmental antecedents of workplace bullying: A multi-design approach
	Bjørkelo, Brita	Whistleblowing at work: Antecedents and consequences
	Reme, Silje Endresen	Common Complaints – Common Cure? Psychiatric comorbidity and predictors of treatment outcome in low back pain and irritable bowel syndrome
	Helland, Wenche Andersen	Communication difficulties in children identified with psychiatric problems
	Beneventi, Harald	Neuronal correlates of working memory in dyslexia
	Thygesen, Elin	Subjective health and coping in care-dependent old persons living at home
	Aanes, Mette Marthinussen	Poor social relationships as a threat to belongingness needs. Interpersonal stress and subjective health complaints: Mediating and moderating factors.
	Anker, Morten Gustav	Client directed outcome informed couple therapy

	Bull, Torill	Combining employment and child care: The subjective well-being of single women in Scandinavia and in Southern Europe
	Viig, Nina Grieg	Tilrettelegging for læreres deltakelse i helsefremmende arbeid. En kvalitativ og kvantitativ analyse av sammenhengen mellom organisatoriske forhold og læreres deltakelse i utvikling og implementering av Europeisk Nettverk av Helsefremmende Skoler i Norge
	Wolff, Katharina	To know or not to know? Attitudes towards receiving genetic information among patients and the general public.
	Ogden, Terje, dr.philos.	Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge.
	Solberg, Mona Elin	Self-reported bullying and victimisation at school: Prevalence, overlap and psychosocial adjustment.
2011 V	Bye, Hege Høvik	Self-presentation in job interviews. Individual and cultural differences in applicant self-presentation during job interviews and hiring managers' evaluation
	Notelaers, Guy	Workplace bullying. A risk control perspective.
	Moltu, Christian	Being a therapist in difficult therapeutic impasses. A hermeneutic phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well.
	Myrseth, Helga	Pathological Gambling - Treatment and Personality Factors
	Schanche, Elisabeth	From self-criticism to self-compassion. An empirical investigation of hypothesized change processes in the Affect Phobia Treatment Model of short-term dynamic psychotherapy for patients with Cluster C personality disorders.
	Våpenstad, Eystein Victor, dr.philos.	Det tempererte nærvær. En teoretisk undersøkelse av psykoteraupautens subjektivitet i psykoanalyse og psykoanalytisk psykoterapi.
	Haukebø, Kristin	Cognitive, behavioral and neural correlates of dental and intra-oral injection phobia. Results from one treatment and one fMRI study of randomized, controlled design.
	Harris, Anette	Adaptation and health in extreme and isolated environments. From 78°N to 75°S.
	Bjørknes, Ragnhild	Parent Management Training-Oregon Model: intervention effects on maternal practice and child behavior in ethnic minority families
	Mamen, Asgeir	Aspects of using physical training in patients with substance dependence and additional mental distress
	Espevik, Roar	Expert teams: Do shared mental models of team members make a difference
	Haara, Frode Olav	Unveiling teachers' reasons for choosing practical activities in mathematics teaching

2011 H	Hauge, Hans Abraham	How can employee empowerment be made conducive to both employee health and organisation performance? An empirical investigation of a tailor-made approach to organisation learning in a municipal public service organisation.
	Melkevik, Ole Rogstad	Screen-based sedentary behaviours: pastimes for the poor, inactive and overweight? A cross-national survey of children and adolescents in 39 countries.
	Vøllestad, Jon	Mindfulness-based treatment for anxiety disorders. A quantitative review of the evidence, results from a randomized controlled trial, and a qualitative exploration of patient experiences.
	Tolo, Astrid	Hvordan blir lærerkompetanse konstruert? En kvalitativ studie av PPU-studenters kunnskapsutvikling.
	Saus, Evelyn-Rose	Training effectiveness: Situation awareness training in simulators
	Nordgreen, Tine	Internet-based self-help for social anxiety disorder and panic disorder. Factors associated with effect and use of self-help.
	Munkvold, Linda Helen	Oppositional Defiant Disorder: Informant discrepancies, gender differences, co-occurring mental health problems and neurocognitive function.
	Christiansen, Øivin	Når barn plasseres utenfor hjemmet: beslutninger, forløp og relasjoner. Under barnevernets (ved)tak.
	Brunborg, Geir Scott	Conditionability and Reinforcement Sensitivity in Gambling Behaviour
	Hystad, Sigurd William	Measuring Psychological Resiliency: Validation of an Adapted Norwegian Hardiness Scale
2012 V	Roness, Dag	Hvorfor bli lærer? Motivasjon for utdanning og utøving.
	Fjermestad, Krister Westlye	The therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for youth anxiety disorders
	Jenssen, Eirik Sørnes	Tilpasset opplæring i norsk skole: politikeres, skolelederes og læreres handlingsvalg
	Saksvik-Lehouillier, Ingvild	Shift work tolerance and adaptation to shift work among offshore workers and nurses
	Johansen, Venke Frederike	Når det intime blir offentlig. Om kvinners åpenhet om brystkreft og om markedsføring av brystkreftsaken.
	Herheim, Rune	Pupils collaborating in pairs at a computer in mathematics learning: investigating verbal communication patterns and qualities
	Vie, Tina Løkke	Cognitive appraisal, emotions and subjective health complaints among victims of workplace bullying: A stress-theoretical approach
	Jones, Lise Øen	Effects of reading skills, spelling skills and accompanying efficacy beliefs on participation in education. A study in Norwegian prisons.

2012 H	Danielsen, Yngvild Sørebo	Childhood obesity – characteristics and treatment. Psychological perspectives.
	Horverak, Jøri Gytte	Sense or sensibility in hiring processes. Interviewee and interviewer characteristics as antecedents of immigrant applicants' employment probabilities. An experimental approach.
	Jøsendal, Ola	Development and evaluation of BE smokeFREE, a school-based smoking prevention program
	Osnes, Berge	Temporal and Posterior Frontal Involvement in Auditory Speech Perception
	Drageset, Sigrunn	Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer
	Aasland, Merethe Schanke	Destructive leadership: Conceptualization, measurement, prevalence and outcomes
	Bakibinga, Pauline	The experience of job engagement and self-care among Ugandan nurses and midwives
	Skogen, Jens Christoffer	Foetal and early origins of old age health. Linkage between birth records and the old age cohort of the Hordaland Health Study (HUSK)
	Leversen, Ingrid	Adolescents' leisure activity participation and their life satisfaction: The role of demographic characteristics and psychological processes
	Hanss, Daniel	Explaining sustainable consumption: Findings from cross-sectional and intervention approaches
Rød, Per Arne	Barn i klem mellom foreldrekonflikter og samfunnsmessig beskyttelse	
2013 V	Mentzoni, Rune Aune	Structural Characteristics in Gambling
	Knudsen, Ann Kristin	Long-term sickness absence and disability pension award as consequences of common mental disorders. Epidemiological studies using a population-based health survey and official ill health benefit registries.
	Strand, Mari	Emotional information processing in recurrent MDD
	Veseth, Marius	Recovery in bipolar disorder. A reflexive-collaborative exploration of the lived experiences of healing and growth when battling a severe mental illness
	Mæland, Silje	Sick leave for patients with severe subjective health complaints. Challenges in general practice.
	Mjaaland, Thera	At the frontiers of change? Women and girls' pursuit of education in north-western Tigray, Ethiopia
	Odéen, Magnus	Coping at work. The role of knowledge and coping expectancies in health and sick leave.
	Hynninen, Kia Minna Johanna	Anxiety, depression and sleep disturbance in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Associations, prevalence and effect of psychological treatment.
	Flo, Elisabeth	Sleep and health in shift working nurses

	Aasen, Elin Margrethe	From paternalism to patient participation? The older patients undergoing hemodialysis, their next of kin and the nurses: a discursive perspective on perception of patient participation in dialysis units
	Ekornås, Belinda	Emotional and Behavioural Problems in Children: Self-perception, peer relationships, and motor abilities
	Corbin, J. Hope	North-South Partnerships for Health: Key Factors for Partnership Success from the Perspective of the KIWAKKUKI
	Birkeland, Marianne Skogbrott	Development of global self-esteem: The transition from adolescence to adulthood
2013	Gianella-Malca, Camila	Challenges in Implementing the Colombian Constitutional Court's Health-Care System Ruling of 2008
H	Hovland, Anders	Panic disorder – Treatment outcomes and psychophysiological concomitants
	Mortensen, Øystein	The transition to parenthood – Couple relationships put to the test
	Årdal, Guro	Major Depressive Disorder – a Ten Year Follow-up Study. Inhibition, Information Processing and Health Related Quality of Life
	Johansen, Rino Bandlitz	The impact of military identity on performance in the Norwegian armed forces
	Bøe, Tormod	Socioeconomic Status and Mental Health in Children and Adolescents
2014	Nordmo, Ivar	Gjennom nåløyet – studenters læringserfaringer i psykologutdanningen
V	Dovran, Anders	Childhood Trauma and Mental Health Problems in Adult Life
	Hegelstad, Wenche ten Velden	Early Detection and Intervention in Psychosis: A Long-Term Perspective
	Urheim, Ragnar	Forståelse av pasientaggresjon og forklaringer på nedgang i voldsrater ved Regional sikkerhetsavdeling, Sandviken sykehus
	Kinn, Liv Grethe	Round-Trips to Work. Qualitative studies of how persons with severe mental illness experience work integration.
	Rød, Anne Marie Kinn	Consequences of social defeat stress for behaviour and sleep. Short-term and long-term assessments in rats.
	Nygård, Merethe	Schizophrenia – Cognitive Function, Brain Abnormalities, and Cannabis Use
	Tjora, Tore	Smoking from adolescence through adulthood: the role of family, friends, depression and socioeconomic status. Predictors of smoking from age 13 to 30 in the "The Norwegian Longitudinal Health Behaviour Study" (NLHB)
	Vangsnes, Vigdis	The Dramaturgy and Didactics of Computer Gaming. A Study of a Medium in the Educational Context of Kindergartens.

	Nordahl, Kristin Berg	Early Father-Child Interaction in a Father-Friendly Context: Gender Differences, Child Outcomes, and Protective Factors related to Fathers' Parenting Behaviors with One-year-olds
2014	Sandvik, Asle Makoto	Psychopathy – the heterogeneity of the construct
H	Skotheim, Siv	Maternal emotional distress and early mother-infant interaction: Psychological, social and nutritional contributions
	Halleland, Helene Barone	Executive Functioning in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). From basic mechanisms to functional outcome.
	Halvorsen, Kirsti Vindal	Partnerskap i lærerutdanning, sett fra et økologisk perspektiv
	Solbue, Vibeke	Dialogen som visker ut kategorier. En studie av hvilke erfaringer innvandrerdommer og norskfødte med innvandrereforeldre har med videregående skole. Hva forteller ungdommenes erfaringer om videregående skoles håndtering av etniske ulikheter?
	Kvalevaag, Anne Lise	Fathers' mental health and child development. The predictive value of fathers' psychological distress during pregnancy for the social, emotional and behavioural development of their children
	Sandal, Ann Karin	Ungdom og utdanningsval. Om elever sine opplevingar av val og overgangsprossessar.
	Haug, Thomas	Predictors and moderators of treatment outcome from high- and low-intensity cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. Association between patient and process factors, and the outcome from guided self-help, stepped care, and face-to-face cognitive behavioral therapy.
	Sjølie, Hege	Experiences of Members of a Crisis Resolution Home Treatment Team. Personal history, professional role and emotional support in a CRHT team.
	Falkenberg, Liv Eggset	Neuronal underpinnings of healthy and dysfunctional cognitive control
	Mrdalj, Jelena	The early life condition. Importance for sleep, circadian rhythmicity, behaviour and response to later life challenges
	Hesjedal, Elisabeth	Tverrprofesjonelt samarbeid mellom skule og barnevern: Kva kan støtte utsette barn og unge?
2015	Hauken, May Aasebø	« <i>The cancer treatment was only half the work!</i> » A Mixed-Method Study of Rehabilitation among Young Adult Cancer Survivors
V	Ryland, Hilde Katrin	Social functioning and mental health in children: the influence of chronic illness and intellectual function
	Rønsen, Anne Kristin	Vurdering som profesjonskompetanse. Refleksjonsbasert utvikling av læreres kompetanse i formativ vurdering

	Hoff, Helge Andreas	Thinking about Symptoms of Psychopathy in Norway: Content Validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) Model in a Norwegian Setting
	Schmid, Marit Therese	Executive Functioning in recurrent- and first episode Major Depressive Disorder. Longitudinal studies
	Sand, Liv	Body Image Distortion and Eating Disturbances in Children and Adolescents
	Matanda, Dennis Juma	Child physical growth and care practices in Kenya: Evidence from Demographic and Health Surveys
	Amugsi, Dickson Abanimi	Child care practices, resources for care, and nutritional outcomes in Ghana: Findings from Demographic and Health Surveys
	Jakobsen, Hilde	The good beating: Social norms supporting men's partner violence in Tanzania
	Sagoe, Dominic	Nonmedical anabolic-androgenic steroid use: Prevalence, attitudes, and social perception
	Eide, Helene Marie Kjærgård	Narrating the relationship between leadership and learning outcomes. A study of public narratives in the Norwegian educational sector.
2015	Wubs, Annegreet Gera	Intimate partner violence among adolescents in South Africa and Tanzania
H	Hjelmervik, Helene Susanne	Sex and sex-hormonal effects on brain organization of fronto-parietal networks
	Dahl, Berit Misund	The meaning of professional identity in public health nursing
	Røykenes, Kari	Testangst hos sykepleierstudenter: «Alternativ behandling»
	Bless, Josef Johann	The smartphone as a research tool in psychology. Assessment of language lateralization and training of auditory attention.
	Løvvik, Camilla Margrethe Sigvaldsen	Common mental disorders and work participation – the role of return-to-work expectations
	Lehmann, Stine	Mental Disorders in Foster Children: A Study of Prevalence, Comorbidity, and Risk Factors
	Knapstad, Marit	Psychological factors in long-term sickness absence: the role of shame and social support. Epidemiological studies based on the Health Assets Project.
2016	Kvestad, Ingrid	Biological risks and neurodevelopment in young North Indian children
V	Sælør, Knut Tore	Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet.
	Mellingen, Sonja	Alkoholbruk, partilfredshet og samlivsstatus. Før, inn i, og etter svangerskapet – korrelater eller konsekvenser?
	Thun, Eirunn	Shift work: negative consequences and protective factors

	Hilt, Line Torbjørnsen	The borderlands of educational inclusion. Analyses of inclusion and exclusion processes for minority language students
	Havnen, Audun	Treatment of obsessive-compulsive disorder and the importance of assessing clinical effectiveness
	Slåtten, Hilde	Gay-related name-calling among young adolescents. Exploring the importance of the context.
	Ree, Eline	Staying at work. The role of expectancies and beliefs in health and workplace interventions.
	Morken, Frøydis	Reading and writing processing in dyslexia
2016	Løvoll, Helga Synnevåg	Inside the outdoor experience. On the distinction between pleasant and interesting feelings and their implication in the motivational process.
H	Hjeltnes, Aslak	Facing social fears: An investigation of mindfulness-based stress reduction for young adults with social anxiety disorder
	Øyeflaten, Irene Larsen	Long-term sick leave and work rehabilitation. Prognostic factors for return to work.
	Henriksen, Roger Ekeberg	Social relationships, stress and infection risk in mother and child
	Johnsen, Iren	«Only a friend» - The bereavement process of young adults who have lost a friend to a traumatic death. A mixed methods study.
	Helle, Siri	Cannabis use in non-affective psychoses: Relationship to age at onset, cognitive functioning and social cognition
	Glabek, Mats	Workplace bullying and expulsion in working life. A representative study addressing prospective associations and explanatory conditions.
	Oanes, Camilla Jensen	Tilbakemelding i terapi. På hvilke måter opplever terapeuter at tilbakemeldingsprosedyrer kan virke inn på terapeutiske praksiser?
	Reknes, Iselin	Exposure to workplace bullying among nurses: Health outcomes and individual coping
	Chimhutu, Victor	Results-Based Financing (RBF) in the health sector of a low-income country. From agenda setting to implementation: The case of Tanzania
	Ness, Ingunn Johanne	The Room of Opportunity. Understanding how knowledge and ideas are constructed in multidisciplinary groups working with developing innovative ideas.
	Hollekim, Ragnhild	Contemporary discourses on children and parenting in Norway. An empirical study based on two cases.
	Doran, Rouven	Eco-friendly travelling: The relevance of perceived norms and social comparison
2017	Katisi, Masego	The power of context in health partnerships: Exploring synergy and antagonism between external and internal ideologies in implementing Safe Male Circumcision (SMC) for HIV prevention in Botswana
V		

	Jamaludin, Nor Lelawati Binti	The “why” and “how” of International Students’ Ambassadorship Roles in International Education
	Berthelsen, Mona	Effects of shift work and psychological and social work factors on mental distress. Studies of onshore/offshore workers and nurses in Norway.
	Krane, Vibeke	Lærer-elev-relasjoner, elevers psykiske helse og frafall i videregående skole – en eksplorerende studie om samarbeid og den store betydningen av de små ting
	Søvik, Margaret Ljosnes	Evaluating the implementation of the Empowering Coaching™ program in Norway
	Tonheim, Milfrid	A troublesome transition: Social reintegration of girl soldiers returning ‘home’
	Senneseth, Mette	Improving social network support for partners facing spousal cancer while caring for minors. A randomized controlled trial.
	Urke, Helga Bjørnøy	Child health and child care of very young children in Bolivia, Colombia and Peru.
	Bakhturidze, George	Public Participation in Tobacco Control Policy-making in Georgia
	Fismen, Anne-Siri	Adolescent eating habits. Trends and socio-economic status.
2017 H	Hagatun, Susanne	Internet-based cognitive-behavioural therapy for insomnia. A randomised controlled trial in Norway.
	Eichele, Heike	Electrophysiological Correlates of Performance Monitoring in Children with Tourette Syndrome. A developmental perspective.
	Risan, Ulf Patrick	Accommodating trauma in police interviews. An exploration of rapport in investigative interviews of traumatized victims.
	Sandhåland, Hilde	Safety on board offshore vessels: A study of shipboard factors and situation awareness
	Blågestad, Tone Fidje	Less pain – better sleep and mood? Interrelatedness of pain, sleep and mood in total hip arthroplasty patients
	Kronstad, Morten	Frå skulebenk til deadlines. Korleis nettjournalistar og journaliststudentar lærer, og korleis dei utviklar journalistfagleg kunnskap
	Vedaa, Øystein	Shift work: The importance of sufficient time for rest between shifts.
	Steine, Iris Mulders	Predictors of symptoms outcomes among adult survivors of sexual abuse: The role of abuse characteristics, cumulative childhood maltreatment, genetic variants, and perceived social support.
	Høgheim, Sigve	Making math interesting: An experimental study of interventions to encourage interest in mathematics

2018 V	Brevik, Erlend Joramo	Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Beyond the Core Symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
	Erevik, Eilin Kristine	User-generated alcohol-related content on social media: Determinants and relation to offline alcohol use
	Hagen, Egon	Cognitive and psychological functioning in patients with substance use disorder; from initial assessment to one-year recovery
	Adólfssdóttir, Steinunn	Subcomponents of executive functions: Effects of age and brain maturations
	Brattabø, Ingrid Vaksdal	Detection of child maltreatment, the role of dental health personnel – A national cross-sectional study among public dental health personnel in Norway
	Fylkesnes, Marte Knag	Frykt, forhandlinger og deltakelse. Ungdommer og foreldre med etnisk minoritetsbakgrunn i møte med den norske barnevernstjenesten.
	Stiegler, Jan Reidar	Processing emotions in emotion-focused therapy. Exploring the impact of the two-chair dialogue intervention.
	Egelandsdal, Kjetil	Clickers and Formative Feedback at University Lectures. Exploring students and teachers' reception and use of feedback from clicker interventions.
	Torjussen, Lars Petter Storm	Foreningen av visdom og veltalenhet – utkast til en universitetsdidaktikk gjennom en kritikk og videreføring av Skjervheims pedagogiske filosofi på bakgrunn av Arendt og Foucault. <i>Eller hvorfor menneskelivet er mer som å spille fløyte enn å bygge et hus.</i>
	Selvik, Sabreen	A childhood at refugees. Children with multiple relocations at refugees for abused women.
2018 H	Leino, Tony Mathias	Structural game characteristics, game features, financial outcomes and gambling behaviour
	Raknes, Solfrid	Anxious Adolescents: Prevalence, Correlates, and Preventive Cognitive Behavioural Interventions
	Morken, Katharina Teresa Enehaug	Mentalization-based treatment of female patients with severe personality disorder and substance use disorder
	Braatveit, Kirsten Johanne	Intellectual disability among in-patients with substance use disorders
	Barua, Padmaja	Unequal Interdependencies: Exploring Power and Agency in Domestic Work Relations in Contemporary India
	Darkwah, Ernest	Caring for "parentless" children. An exploration of work-related experiences of caregivers in children's homes in Ghana.
	Valdersnes, Kjersti Bergheim	Safety Climate perceptions in High Reliability Organizations – the role of Psychological Capital

2019 V	Kongsgården, Petter	Vurderingspraksiser i teknologirike læringsmiljøer. En undersøkelse av læreres vurderingspraksiser i teknologirike læringsmiljøer og implikasjoner på elevenes medvirkning i egen læringsprosess.
	Vikene, Kjetil	Complexity in Rhythm and Parkinson's disease: Cognitive and Neuronal Correlates
	Heradstveit, Ove	Alcohol- and drug use among adolescents. School-related problems, childhood mental health problems, and psychiatric diagnoses.
	Riise, Eili Nygard	Concentrated exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder in adolescents: the Bergen 4-day treatment
	Vik, Alexandra	Imaging the Aging Brain: From Morphometry to Functional Connectivity
	Krossbakken, Elfrid	Personal and Contextual Factors Influencing Gaming Behaviour. Risk Factors and Prevention of Video Game Addiction.
	Solholm, Roar	Foreldrenes status og rolle i familie- og nærmiljøbaserte intervensjoner for barn med atferdsvansker
	Baldomir, Andrea Margarita	Children at Risk and Mothering Networks in Buenos Aires, Argentina: Analyses of Socialization and Law-Abiding Practices in Public Early Childhood Intervention.
	Samuelsson, Martin Per	Education for Deliberative Democracy. Theoretical assumptions and classroom practices.
Visted, Endre	Emotion regulation difficulties. The role in onset, maintenance and recurrence of major depressive disorder.	
2019 H	Nordmo, Morten	Sleep and naval performance. The impact of personality and leadership.
	Sveinsdottir, Vigdis	Supported Employment and preventing Early Disability (SEED)
	Dwyer, Gerard Eric	New approaches to the use of magnetic resonance spectroscopy for investigating the pathophysiology of auditory-verbal hallucinations
	Synnevåg, Ellen Strøm	Planning for Public Health. Balancing top-down and bottom-up approaches in Norwegian municipalities.
	Kvinge, Øystein Røsseland	Presentation in teacher education. A study of student teachers' transformation and representation of subject content using semiotic technology.
	Thorsen, Anders Lillevik	The emotional brain in obsessive-compulsive disorder
	Eldal, Kari	Sikkerhetsnett som tek imot om eg fell – men som også kan fange meg. Korleis erfarer menneske med psykiske lidningar ei innlegging i psykisk helsevern? Eit samarbeidsbasert forskingsprosjekt mellom forskarar og brukarar.

	Svendsen, Julie Lillebostad	Self-compassion - Relationship with mindfulness, emotional stress symptoms and psychophysiological flexibility
2020 V	Albæk, Ane Ugland	Walking children through a minefield. Qualitative studies of professionals' experiences addressing abuse in child interviews.
	Ludvigsen, Kristine	Creating Spaces for Formative Feedback in Lectures. Understanding how use of educational technology can support formative assessment in lectures in higher education.
	Hansen, Hege	Tidlig intervensjon og recoveryprosesser ved førsteepisode psykose. En kvalitativ utforskning av ulike perspektiver.
	Nilsen, Sondre Aasen	After the Divorce: Academic Achievement, Mental Health, and Health Complaints in Adolescence. Heterogeneous associations by parental education, family structure, and siblings.
	Hovland, Runar Tengel	Kliniske tilbakemeldingssystemer i psykisk helsevern – implementering og praktisering
	Sæverot, Ane Malene	Bilde og pedagogikk. En empirisk undersøkelse av ungdoms fortellinger om bilder.
	Carlsen, Siv-Elin Leirvåg	Opioid maintenance treatment and social aspects of quality of life for first-time enrolled patients. A quantitative study.
	Haugen, Lill Susann Ynnesdal	Meeting places in Norwegian community mental health care: A participatory and community psychological inquiry
2020 H	Markova, Valeria	How do immigrants in Norway interpret, view, and prefer to cope with symptoms of depression? A mixed method study
	Anda-Ågotnes, Liss Gøril	Cognitive change in psychosis
	Finserås, Turi Reiten	Assessment, reward characteristics and parental mediation of Internet Gaming Disorder
	Hagen, Susanne	«Helse i alt kommunen gjør? ...» - en undersøkelse av samvariasjoner mellom kommunale faktorer og norske kommuners bruk av folkehelsekoordinator, fokus på levekår og prioritering av fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper.
	Rajalingam, Dhaksshaginy	The impact of workplace bullying and repeated social defeat on health complaints and behavioral outcomes: A biopsychosocial perspective
	Potrebný, Thomas	Temporal trends in psychological distress and healthcare utilization among young people
2021 V	Hjetland, Gunnhild Johnsen	The effect of bright light on sleep in nursing home patients with dementia
	Marquardt, Lynn Anne	tDCS as treatment in neuro-psychiatric disorders. The underlying neuronal mechanisms of tDCS treatment of auditory verbal hallucinations.

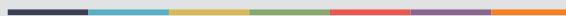
Sunde, Erlend	Effects of light interventions for adaptation to night work: Simulated night work experiments	
Kusztrits, Isabella	About psychotic-like experiences and auditory verbal hallucinations. Transdiagnostic investigations of neurobiological, cognitive, and emotional aspects of a continuous phenomenon.	
Halvorsen, Øyvind Wiik	Aktørskap hjå norsklærarar i vidaregåande skule – Ein sosiokulturell intervjustudie	
Fyhn, Tonje	Barriers and facilitators to increasing work participation among people with moderate to severe mental illness	
Marti, Andrea Rørvik	Shift work, circadian rhythms, and the brain. Identifying biological mechanisms underlying the metabolic and cognitive consequences of work timing, using a rat model.	
Thomassen, Ådne Gabriel	Hardiness and mental health in military organizations. Exploring mechanism and boundary conditions.	
Husabø, Elisabeth Bakke	Implementation of indicated anxiety prevention in schools	
Hagatun, Kari	The Educational Situation for Roma Pupils in Norway. Silenced Narratives on Schooling and Future.	
Herrero-Arias, Raquel	Negotiating parenting culture, identity, and belonging. The experiences of Southern European parents raising their children in Norway.	
Moltudal, Synnøve	Purposeful Actions in Leadership of Learning Processes: A Mixed Methods Study of Classroom Management in Digital Learning Environments	
2021 H	Johnsen, Anja	Barn og unge i fattige familier: Selvoppfattet skolekompetanse, etnisitet og akademisk resiliens. Hvilke faktorer kan fremme skoleprestasjoner hos barn og unge i risiko?
Eilertsen, Silje Elisabeth Hasmo	Who profits from concentrated exposure treatment for obsessive-compulsive disorder (OCD)? A quality assurance project from the OCD-team in Bergen.	
Chegeni, Razieh	Anabolic-Androgenic Steroids and Aggression in Humans: Experimental Studies, Subgroups, and Longitudinal Risk	
Solstad, Stig Magne	Patients' experiences with routine outcome monitoring and clinical feedback systems in psychotherapy	
Oldeide, Olin Blaalid	Local drug prevention - From policy to practice: A qualitative case study of policy makers, outreach social workers and at-risk youths	
Steinkopf, Per Heine	«Being the Instrument of Change» Staff Experiences in Developing Trauma-informed Practice in a Norwegian Child Welfare Residential Care Unit.	
Tsogli, Barbara	When predictions about the “what”, “where” and “when” interact with statistical learning, from a behavioural and neural perspective.	

2022 V	Simhan, Indra Laetitia	Seeing and being seen: An investigation of video guidance processes with vulnerable parents of infants
	Fekete, Orsolya Réka	Clubhouse Members' Experiences of Being in Recovery in Light of Salutogenesis
	Madsø, Kristine Gustavsen	Momentary well-being in dementia: Observational assessment of psychosocial interventions and music therapy
	Olaniyan, Oyeniyi Samuel	Embracing both sides of the same coin. Work-related psychosocial risks and resources among child welfare workers.
	Harris, Samantha Marie	Mental health encounters between general practitioners and individuals with a refugee background - Help seeking and provision in the resettlement context
	Larsen, Marit Hjellset	Service support and quality of life for youth in foster care
	Vik, Berit Marie Dykesteen dr.philos.	Effects of Music Training on Cortical Plasticity: Cognitive Rehabilitation of Patients with Traumatic Brain Injury
	Abamosa, Juhar Yasin	Pathways to Social Inclusion: The Role of Institutions in the Social Inclusion of Refugees into Higher Education in Norway. Policies and practices in focus.
	Raudeberg, Rune	Improving the Methodology for Assessing Cognitive Impairment in People with Schizophrenia Spectrum Disorders
	Ågotnes, Kari Wik	Work-related risk factors for workplace bullying. The moderating effect of laissez-faire leadership.
	Stokkebekk, Jan Kristian	Navigating Prolonged Conflict: Subject positions and meaning constructions in postdivorce families
	Valle, Roald	Skoleledelse og utdanningspolitikk. Hvordan beskrives skoleledelse etter 1990?
	Woodfin, Vivian Irena	Self-Compassion and Perfectionism
Aarestad, Sarah Helene	Treating the aftermath of exposure to workplace bullying and preventing exclusion from working life. The effect of individual resilience, return to work self-efficacy and work-focused metacognitive and cognitive treatment.	
Ampim, Gloria Abena	Transforming gender relations? Men's involvement in care for their partners and households at the time of pregnancy in rural and urban Ghana – A qualitative study	
2022 H	Liset, Randi	Light exposure and stress in pregnancy: Effects of blue-blocking glasses on sleep, mood and melatonin
	Velure, Grete Kalleklev	Symptom burden and health-related quality of life in cancer survivors undergoing hyperbaric oxygen therapy for pelvic late radiation tissue injuries. A mixed-methods study.
	Kahlon, Smiti	Virtual Reality Exposure Therapy for Adolescents with Public Speaking Anxiety
	Gregersen, Thea Johansen	Climate change perceptions across Europe. From climate change beliefs to climate change mitigation behaviors.

	Lenvik, Astrid Knutsdatter	Gifted Education in Norway. A mixed-methods study with teachers and students in Norwegian comprehensive school.
	Hoprekstad, Øystein Løvik	Exposure and reactions to workplace bullying: The role of prior victimization from bullying
	Hyllengren, Ulf Peder	Operational leadership. Relationship with swift trust, moral stress, and adaptability.
	Kolberg, Eirin	The effect of bright light on rest-activity rhythms and behavioural and psychological symptoms of dementia
	Døli, Hedda Ruth	Aphasia after stroke, from admission to one-year post-stroke. Lesion location, lesion size, and self-reported symptoms of anxiety and depression.
2023	Myklebost, Sunniva Brurok	Residual cognitive symptoms after depression. Person-based development and evaluation of an internet-delivered cognitive enhancement intervention.
V	Bertelsen, Thomas Bjerregaard	Multifamily Group Cognitive Behavioral Therapy for Child and Adolescent Anxiety Disorders. An investigation into the effectiveness and role of family accommodation and parental early life maltreatment.
	Beresniewicz, Justyna	Structural and functional large-scale brain network dynamics: Examples from mental disorders
	Tahir, Hajra	We Want it That Way: The Acculturation of Muslims in Multicultural and Pluralistic Societies from Minority and Majority Group Perspectives
	Klykken, Fride Haram	The teaching apparatus. Understanding the material entanglement of practices in the upper secondary classroom.
	Ronold, Eivind Haga	Residual cognitive deficits following Major Depression. Associations to symptoms, course of illness, and outcomes from Computerized Working Memory Training.



Graphic design: Kommunikasjonsevidlingen, UIB / Trykk: Skjerve Kommunikasjon AS



uib.no

9788230860717 (print)

9788230841846 (PDF)