



HØGSKOLEN I HARSTAD



**Kunnskapsoversikt om og forebygging
av seksuelle overgrep mot barn og unge**

**Anne Clancy, Øyvind Kvello,
Tor J Schjælde, Sissel Neverdal**

Høgskolen i Harstad
Harstad University College
Skriftserien 2015/01



HØGSKOLEN I HARSTAD

009811XF0

HØGSKOLEN I HARSTAD

15X401342

Tittel/Title		Nummer/Number
Kunnskapsoversikt om og forebygging av seksuelle overgrep mot barn og unge		2015/01
		Sider/Pages
		54
Forfatter/Author Anne Clancy, Øyvind Kvellø, Sissel Neverdøl og Tor J. Schjølde		
Institutt/Department Institutt for helse- og sosialfag	Prosjekt/Project	
Sammenheng/Abstract		
<p>Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag av Sortland kommune. Rapporten gir en oversikt over kunnskapsstatus om seksuelle overgrep og hvordan helsefremmende tiltak kan overfor barn og unge bidra til reduksjon i forekomst av dette. Rapporten er delt i tre.</p> <p>Del 1 omhandler området folkehelse: Del 2 er en kunnskapsoversikt om seksuelle overgrep og Del 3 er en oversikt over forebyggende tiltak av seksuelle overgrep.</p>		
Stikkord/ Key Words		Seksuelle overgrep, folkehelse, overgrep mot barn,
ISBN	978-82-453-0234-9	ISSN 0807-2698

S-1-14?

Kunnskapsoversikt om og forebygging av seksuelle overgrep mot barn og unge

Førsteamanuensis Anne Clancy
Førsteamanuensis Øyvind Kvello
Høgskolelektor Sissel Neverdal
Førstelektor Tor J. Schjelde

Innhold

Innledning	6
Del 1: Et folkehelseperspektiv	8
Folkehelse	9
Folkehelsearbeid	9
Barn og unge	11
Del 2: Kunnskapsoversikt om seksuelle overgrep mot barn og unge	14
Definisjon av seksuelle overgrep og tilgrensende begreper	15
Samforekomst av ulike typer krenkelsler	17
Forekomst	17
Årsaker til antatt underrapportering	20
Risikofaktorer	22
Konsekvenser hos de som er utsatt for seksuelle overgrep	24
Fare for retraumatisering	27
Prognose	27
Del 3: Forebygging av seksuelle overgrep	29
Tre nivåer i forebyggende og helsefremmende arbeid	30
Primært/universelt nivå	32
Sekundært/selektert nivå	34
Tertiært/indikerte nivå	36
Behovet for forskning	38
Referanser	40
Tabelloversikt	
Tabell 1: De viktigste risiko- og beskyttelsesfaktorer som forklarer hvorfor noen barn og unge utsettes for seksuelle overgrep.	23
Tabell 2: Innsats overfor befolkningen gruppert fra primær- til tertiær samt universelle til indikerte tiltak.	30-31

Innledning

Artikkel 19 i FNs Barnekonvensjon omhandler barns rett til beskyttelse og samfunnets ansvar for forebygging av seksuelle overgrep. Ordlyden er:

1. Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskeløst eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldre, verge(r) eller eventuell annen person har omsorgen for barnet.
2. Slike beskyttelsestiltak bør omfatte effektive prosedyrer for utforming av sosiale programmer som yter nødvendig støtte til barnet og til dem som har omsorgen for barnet, samt andre former for forebygging, påpeking, rapportering, viderehenvising, undersøkelse, behandling og oppfølging av tilfeller av barnemishandling som tidligere beskrevet og, om nødvendig, for rettslig oppfølging.

Denne rapporten gir en oversikt over kunnskapsstatus om seksuelle overgrep og hvordan helsefremmende tiltak rettet mot barn og unge kan bidra til reduksjon i forekomst av seksuelle overgrep. Rapporten er delt i tre. Del 1 omhandler området folkehelse, del 2 er en kunnskapsoversikt om seksuelle overgrep og del 3 er en oversikt over forebyggende tiltak av seksuelle overgrep. Del 1 er skrevet av Anne Clancy, del 2 av Øyvind Kvælle og del 3 har vi alle bidratt med skriveingen.

Vi takker Sortland kommune og Nordland fylkeskommune med oppdraget. Dette er fase 1 av prosjektet. Fase 2 er å søke midler til å forske på forebyggende tiltaket i Sortland kommune. Fase 3 innebærer å søke Norges forskningsråd for et større forskningsprosjekt på forebygging av seksuelle overgrep generelt, der Sortland kommune vil være en av flere kommuner som det forsøkes på.

Del 1

Et folkehelseperspektiv

Del 1 handler om folkehelse. Det gis en kort introduksjon til de mest sentrale retninger i folkehelse, samt dagens utfordringer knyttet til hvordan sosiale ulikheter leder til systematiske forskjeller i psykisk og somatisk helse.

Barn og unge nevnes spesielt samt verdien av å satse tidlig for å fremme god helse og forebygge uheldig utvikling. I denne delen settes forebygging av seksuelt overgrep inn i et folkehelseperspektiv.

Folkehelse

Folkehelse handler om populasjonens helse. Menneskets helse og velvære står i et gjensidig påvirkningsforhold til miljøet/samfunnsforhold. For å fremme folkehelse og forebygge sykdom, må det settes både på individ- og populasjonsnivå. Sosiale miljøfaktorer påvirker helsestiltanden i befolkningen. Det er avdekket ulikheter i helsestiltand knyttet til sosioøkonomiske forhold (Hansen et al., 2011). Jo lavere sosioøkonomisk tilhørighet, desto dårligere er som regel psykisk og somatisk helse (Hansen et al., 2011). Biologisk betinget arv, familieforhold, kultur og nærmiljø, påvirker tydelig helse og livsstil. Å sikre gode oppvekstvilkår for barn og unge er et av de viktigste satsinger i folkehelsearbeid. Den norske velferdsmodellen gir gode betingelser for barn- og unges helse og utviklingsmuligheter (Helse og omsorgs departementet, 2013). Norge er et av de rikeste landene i verden, og det er færre mennesker som lever i fattigdom sammenlignet med andre land. Penger kan sørge for velferdstjenester, men ikke helse. Det kan se ut til at sosiale ulikhetene i helse fortsetter å øke i Norge og det er nødvendig med innsats om disse ulikhetene skal utjevnes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Noen grupper i befolkningen må vies spesiell oppmerksomhet for å sikre gode levekår og utjevne helseforskjeller (Lyshol, 2014). Det gjelder barn og unge, funksjonshemmede, innvandrere, eldre og andre grupper i samfunnet som har høy sykkelighet og dødelighet. I Norge er strategien i folkehelsearbeid å prøve å prøve å satse på tiltak mot de delene av befolkningen der utfordringene er store og derved er sjansen for å lykkes størst (WHO, 2005).

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeidet retter seg mot hele befolkningen, men også mot grupper i befolkningen med særlige risiko og helseproblemer. I følge Mæland (2010), er folkehelsearbeidet et praktisk orientert felt som bygger på erfaringer fra mange fagområder.

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot

helsestruser, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Folkehelsearbeid i dag favner vidt og innlemmer både sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Lov om folkehelsearbeid presiserer at det ikke bare er helsestjenestens ansvar å påvirke faktorer som fremmer helse og forebygge sykdom i befolkningen. Dette arbeidet må gjøres på tvers av faggrenser og sektorer og involvere lokalsamfunnet og frivillige organisasjoner. Dagens folkehelsearbeidere kjemper en annerledes og mer usynlig kamp enn forgjengerne som kjempet mot smittsomme sykdommer og synlige trusler.

Sykdomsforebyggende arbeid omfatter tiltak som har som mål å hindre utvikling av sykdommer, redusere risikoen for skade og redusere dødeligheten. Generell forskningsbasert kunnskap om sykdommer og skader i befolkningen overføres til enkeltmennesket for å redusere risikoen for fremtidig helseskade hos den enkelte (Mæland, 2010).

Den sykdomsforebyggende satsningen er ikke tilstrekkelig for å møte dagens folkehelseutfordringer, det må også satses på helsefremmende arbeid. På en internasjonal konferanse i Ottawa i 1986, ble dette tematisert og Ottawa-charteret (WHO, 1986) ble utarbeidet. Charteret fokuserer på helsefremmende faktorer som kan bidra til god helse og fremme livskvalitet, overskudd og trivsel. Helsefremmende arbeid er definert som «... den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse» (WHO, 1986). Det tar ikke utgangspunkt i problemer, men i ressurser. Fokus er på å øke folks selvfølelse, utvikle sosiale relasjoner og styrke kroppens forsvær. Helsefremmende tiltak har som mål at en person eller en befolkning blir bedre rustet til å takle hverdagens krav og får bedre livskvalitet og helse (Mæland, 2010).

Det kan diskuteres om det er nødvendig å dele folkehelsearbeid inn i kategoriene forebygging og helsefremming. Det kan være like fornuftig å snakke om det som skaffer god helse og som minsker forhold som forårsaker sykdom i en befolkning. Distinksjonen kan likevel være viktig da retningene springer ut fra to ideologier. Den sykdomsforebyggende tradisjon har sine røtter i biomedisinsk kunnskap, mens den helsefremmende tradisjon bygger på en bred sosial forståelse av helse

der deltakelse, dialog og kontekst, danner fundamentet. Et liv med totalt fravær av risiko er en umulighet. God folkehelse betyr for folk flest en mulighet til å mestre hverdagens krav gjennom trivsel, funksjon, trygghet, overskudd og energi. Ottawa charteret (WHO, 1986) fastslår at helse skapes der folk lever, elsker, arbeider og leker.

Barn og unge

Dahlgren og Whitehead (1991) argumenterer for at helse må bygges nedenfra slik at grupper i befolkningen med det dårligste utgangspunktet får bedre helse. Sosial ulikheter i helse påvirker barns helse helt fra fødselen av. Undersøkelser har vist at barn som utsettes for spesielle belastninger har økt risiko for helsesvikt i voksen alder (Mæland, 2010). Ikke alle barn får den hjelpen de trenger, og barn fra familier med psykisk sykdom, eller barn som av ulike grunner står i fare for å utvikle psykisk sykdom, trenger hjelp fra flere sektorer. Samarbeid mellom fagpersoner og institusjoner blir dermed viktig.

Gjeldende lovgivning satses på å tilby nødvendige folkehelsestjenester der folk lever og bor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Barn og unge er prisgitt omgivelsene og avhengig av omsorgspersoner i familie og nærmiljø. For noen er hverdagen preget av utrygghet, uforutsigbarhet og omsorgssvikt. Å ha et trygt oppvekstmiljø har betydning for barns helse, og det legger grunnlaget for helse senere i livet. Barn og unges oppvekstvilkår skal bedres gjennom å videreutvikle, forbedre og koordinere dagens tjenestetilbud til barn, unge og foreldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Seksuelt overgrep mot barn er ifølge WHO, et av 24 globale folkehelsestrusler (Letourneau et al., 2014). Ansatte i barnehager, skoler, helsestasjon og skolehelsestjenester er viktige aktører i den forebyggende og helsefremmende satsningen for å forhindre at barn og unge utsettes for seksuelle overgrep. Barnehager og helsestasjon kan oppdage utsatte barn og familier på et tidlig tidspunkt. Disse har opplysningsplikt til barnevernet dersom de har grunn til å tro at et barn utsettes for alvorlig omsorgssvikt eller overgrep. Barn som lever med vold og overgrep kan få alvorlige fysiske og psykiske skader. Barnevernets oppgave er å sørge for

at barn og unge som lever under vanskelige forhold får nødvendig hjelp og støtte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Vold og seksuelle overgrep som ikke oppdages kan heller ikke stoppes (Barne- og likestillingsdepartementet, 2013). Ansatte i ulike folkehelsejenester trenger kunnskap og kompetanse om tidlig identifisering og forebygging av seksuelle overgrep. Kompetansetiltak og refleksjon er viktig for å sikre at ansatte tør å ta inn over seg det de faktisk ser, eller kan se.

Del 2

Kunnskapsoversikt om seksuelle overgrep mot barn og unge

I del 2 presenteres definisjon av seksuelle overgrep og ulike former for og alvorlighetsgrader av seksuelle overgrep.

Det er vanskelig å angi forekomst av de ulike former for seksuelle overgrep. Her presenteres de nyeste forekomststudier og de betydelige sprikene i forekomst drøftes.

Avslutningsvis drøftes konsekvenser av å bli utsatt for seksuelle overgrep.

Definisjon av seksuelle overgrep og tilgrensende begreper

Seksuelle overgrep regnes til de overordnede begrepene alvorlige krenkelser/overgrep/mishandling. Kvello (2015) inkluderer syv begreper som betegner ulike former for seksuelle overgrep mot barn og unge:

1. Seksuelle overgrep: upassende seksuell kontakt som kan skade barnet psykisk og / eller fysisk. I mest alvorlig form inkluderer seksuelle overgrep vaginal, oral og anal stimulering og inntrenging (penetrering).
2. Incest er seksuell omgang mellom nære familiemedlemmer i nedstigende (forelder-barn) eller horisontal linje (hel-, ste-, adoptiv- eller fostersøsken), eller mellom en voksen i en foreldrerolle og et barn, slik som ste-, adoptiv- eller fosterforelder.
3. Seksuell utnyttelse: å utnytte barnet seksuelt ved å spille inn pornografiske filmer, ta bilder av det i posisjoner, med eller uten klær, der målet er å skape opphisselse for den som tar bildet og / eller de som ser på dem, å lede eller tvinge til prostitusjon, forføre eller presse barn til å strippe seg eller å foreta seksuelle handlinger foran webkamera, osv.
4. (Tilslørt) seksuelt ladet forføring: Relasjonen til barnet erotiseres slik at omsorgsgiverens handlinger ikke lenger er aldersadekvate, eller man er grenseoverskridende på fordekte måter, slik at man tvinger seg inn på intimsoner. Eksempler kan være å vaske barn grundig nedentil etter at det selv er eller skulle være i stand til å ordne dette selv, inspisering av kjønnsorgan under påskudd av å hjelpe, la barnet sove i omsorgsgiverens seng etter at det er eller skulle ha vært i stand til å sove alene, eller aldri vennøs til å sove alene, å gi fysisk nærhet på en måte som er upassende ut fra intimsoner, eller stadig berøring og kos for ens egen psykiske og / eller fysiske tilfredsstillelse osv.
5. Manipulering for senere utnyttelse: å pleie omgang med barn så man oppnår kontakt med og tillit/lojalitet fra det slik at man på lengre sikt kan utnytte det («child grooming»).
6. Uetisk veiledning av barnet: aktiv involvering i eller ikke hindre eller hjelpe barnet ut av skadelige handlinger slik som antisosial atferd, kriminalitet, rusmiddelmisbruk, prostitusjon, eller skadelige relasjoner

- som betydelig eldre kjæresten, voldelige relasjoner (f.eks. til venner eller kjæresten).
7. Offentlig utnyttelse av og overgrep mot barn: når offentlig ansatte, myndighetspersoner eller ansatte i organiserte fritidsaktiviteter osv., utnytter eller forgriper seg på barn de kommer i kontakt med, slik at de misbruker sin rolle og utnytter barnets avhengighet, tillit eller lojalitet.

Norge har ratifisert barnekonvensjonen, som innebærer at den har forrang hvis dennes artikler står i motstrid til norske lovbestemmelser. Det er to artikler i barnekonvensjonen (1989) som omhandler staters / nasjoners plikt til beskyttelse av barn mot seksuelle overgrep:

- *Seksuell utnyttning*: Barn har rett til beskyttelse mot alle former for seksuell utnyttelse og misbruk. For å verne barn mot slik utnyttning skal staten sette i verk alle nødvendige tiltak, nasjonalt og internasjonalt (artikkel 34).
 - *Bortføring, prostitusjon og salg*: Staten har plikt til å gjennomføre nasjonale og internasjonale tiltak for å hindre kidnapping, bortføring eller salg av barn til ethvert formål og i enhver form (artikkel 35).
- I straffelovens § 196 settes den seksuelle lavalder til 16 år, og brudd på denne lovbestemmelsen, kan straffes med fengsel. Loven omfatter også der begge parter er under 16 år. Straff knyttet til seksuelle overgrep er i hovedsak regulert i straffelovens § 192-208. Juridisk deles seksuelle overgrep inn i tre alvorlighetsgrader:

1. Utuktig atferd: grenseoverskridende snakk om og forslag til sex, bruk av pornoblad og pornografisk innhold på video overfor andre som ikke ønsker det eller ikke forstår hva de går med på, blotting, overgriper onanering av seg selv, overgriper sex med andre i barnets påsyn, samt trusler og fysisk vold til seksuell atferd
2. Utuktig handling: beføling av andres bryster med / uten klær, berøring / beføling av andres ytre kjønnsorgan uten klær, tungekyll, trusler og vold som fører til seksuell handling

3. Utuktig omgang: omfatter ikke bare samleie (vaginal, anal og oral inntrenging med penis, fingre eller gjenstand). Også andre grovere seksuelle handlinger inkluderes, slik som alle former for masturbasjon; barnets onanering av overgriper, overgriper onanering av barnet, suging av og slikking på barnets eller overgriperns kjønnsorgan, overgriperns onanering av seg selv til orgasme / sædavgang på barnets kropp, trusler og vold som fører til seksuell omgang.

Samforekomst av ulike typer krenkelseser

Det er i praksis en betydelig samforekomst mellom de ulike typer av seksuelle overgrep og andre former for mangelfull og skadelig omsorg, slik som omsorgssvikt, psykisk og fysisk mishandling. Det betyr at når foreldre f.eks. utøver én form for skadelig omsorg, er det en betydelig risiko for at de også har andre former for skadelige omsorgsutvelser (Arata et al., 2007; Clemmons et al., 2007; Finkelhor et al., 2007; Hahm et al., 2009; Merksy et al., 2009; Pereda et al., 2014; Petrenko et al., 2012; Trickett et al., 2011; Trickett et al., 2009; Wright et al., 2009). Mer spesifikt finner man at barn som utsettes for seksuelle overgrep av sine omsorgspersoner, også gjerne rammes av psykisk (emosjonell) mishandling, samt at omkring 20 prosent av barn som utsettes for seksuelle overgrep, også rammes av fysisk mishandling (Creighton, 2004; Putnam, 2003).

Forekomst

Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at i 2009 ble det i Norge på tvers av alder registrert 3 200 ofre for seksuallovbrudd, og 740 av disse var anmeldelser av seksuell omgang med barn under 16 år. I tillegg inneholder anmeldelsene i overkant av 1000 ofre for voldtekt eller voldtektsforsøk – hvor tre av fire ofre var i alderen 13–28 år. Jenter og kvinner utgjorde 85 prosent av alle ofre som anmeldte seksualforbrytelser. De siste årene har norsk politi årlig i gjennomsnitt mottatt omkring 1000 anmeldelser på voldtekt. Det er en relativt lav andel siktelsler og fældende dommer i de etterforskede sakene; i 2011 ble

det ble tatt ut siktelsler i 224 saker og avsagt 97 fellede dommer (brev fra Riksadvokaten 8. november 2013: <http://www.riksadvokaten.no/filestore/Dokumenter/2013/Dokument.pdf>). Statistikk fra SSB viser at i 2012 var det 142 nye tiltakssaker i norsk barnevernjeneste som handlet om seksuelle overgrep. Anmeldelser gir slett ikke et fullgodt bilde på forekomst, selv om det ofte refereres til i forskning. Det er åpenbart at denne forskningsmetoden innebærer en underestimering av forekomst: Litt over en fjerdedel av begge kjønn hadde selv anmeldt, og i tillegg hadde politiet fått kjennskap til volden også på andre måter, slik at litt under en tredjedel av de voldsutsatte kvinnene, og litt over en tredjedel av mennene, mente politiet kjente til saken (Thorsen & Hjemdal, 2014). Det svenske Brottsförebyggande Rådet (BRÅ) fant at 19 prosent av seksuelle overgrep i Sverige ble anmeldt i 2011 (Färdeman et al., 2014). Resultatene samsvarer godt med det Balvig og kolleger (2013) fant i Danmark, hvor 16 prosent av de fullbyrdede voldtektene var anmeldt. Få kvinner utsatt for voldtekt var til medisinsk undersøkelse eller behandling den første tiden etterpå (11 %). Nesten en tredjedel (29 %) hadde aldri fortalt om voldtekten til noen andre. Enda færre personer ender med at de anmelder voldtekten til politiet; det gjelder kun for 10 prosent av kvinnene og 17 prosent av mennene (Thorsen & Hjemdal, 2014). Når så få voksne utsatt for voldtekt oppsøker sentra for å undersøkes og enda færre velger å anmelde forholdet, er det stor sannsynlighet for at mange barn utsatt for seksuelle overgrep forblir ukjent for helseapparatet og påtalesystemet (Pedersen et al., 2014). Det er et generelt problem at epidemiologisk forskning generelt preges av at forekomsten ofte er høyere hos dem som ikke svarer enn de som svarer på spørskjema eller stiller opp til forskningsintervju (Kjoller & Thoring, 2005; Mattila et al., 2007).

En gjennomgang av en rekke studier av forekomst viser et sprik som strækker seg fra 6–20 prosent for jenter, og mellom 2–10 prosent av gutter har erfart en eller annen form for seksuelle overgrep (en eller flere ganger) før de når myndighetsalder.

En systematisk gjennomgang av nyere studier i Norden viste at mellom 0,2–1,2 prosent av barn var utsatt for seksuelle overgrep av noen i kjernefamilien, og 17 prosent av jentene og 6 prosent av guttene hadde opplevd seksuelle overgrep før de fylte 18 år (Kloppen et al., 2015).

Den nyeste, store studien av seksuelle overgrep i Norge er fra 2014. Studien viser at 10,2 prosent av kvinnene og 3,5 prosent av mennene har opplevd seksuell kontakt før fylte 13 år, 4,0 prosent av kvinnene og 1,5 prosent av mennene hadde opplevd seksuell omgang før de fylte 13 år. En av fire forteller at de aldri hadde fortalt om dette til noen. Undersøkelsen inkluderte spørsmål om a) beføling av kjønnsorganer ved bruk av makt eller trusler om å skade, b) rusrelaterte overgrep, c) press til seksuelle handlinger og d) andre seksuelle krenkelsler og overgrep. 25,4 prosent av kvinnene og 8,8 prosent av mennene rapporterte minst én av disse fire typene «andre» seksuelle overgrep. Til sammen rapporterte en tredjedel (33,6 prosent) av kvinnene og en tiendedel (11,3 prosent) av mennene at de hadde opplevd noen form for seksuelt overgrep i løpet av livet (seksuell kontakt før 13 år, voldtekt, beføling ved bruk av makt eller trusler, rusrelaterte overgrep, press til seksuelle handlinger og/eller andre seksuelle krenkelsler og overgrep) (Thorsen & Hjemdal, 2014).

Forekomsten av seksuelle overgrep øker med barnets alder, altså økt sannsynlighet jo eldre man blir (Thorsen & Hjemdal, 2014). En utenlandsk studie indikerer en topp av seksuelt misbruk i alderen 14–17 år (Stoltenborgh et al., 2011). En gjennomgang av norsk forskning (Kruise et al., 2013) har oppsummert at aldersgruppen 15–24 år er den største risikogrupperen når det gjelder voldtekt, og at denne gruppen utgjør mellom 55–60 prosent av de anmeldte voldtektene

Forskning har konsekvent over år og i mange ulike forskningsutvalg og med en rekke ulike forskningsdesign, funnet at langt flere jenter enn gutter utsettes for seksuelle overgrep. På tvers av forskningsbidrag stipuleres det at jenter er 3–8 ganger oftere utsatt for dette sammenlignet med gutter. En nederlandsk studie viste at 5 prosent av kvinnene og ingen av mennene oppga at de hadde opplevd voldtekt som voksne (de Vries & Olf, 2009). Seksuelle overgrep mot kvinner begås nesten utelukkende av menn. Også seksuelle overgrep mot menn utføres i hovedsak av menn (Thorsen & Hjemdal, 2014). Voldtekt begås også i hovedsak av menn (Steine et al., 2012).

De seksuelle overgrepene som gutter utsettes for, består ofte av beføling og oralsex, mens jenter hyppigere enn gutter utsettes for penetrering (Fontanella et al., 2000; Malkovich-Fong & Jaffe, 2010).

Årsaker til antatt underreportering

Med økende alder tenderer barn mot å fortie seksuelle overgrep. Årsaken er trolig at de vet bedre enn de yngre om tabuene knyttet til seksuelle overgrep. En studie viste at de barna som ventet lengst med å fortelle og som ga minst informasjon om overgrepene de hadde erfart, var de som forventet negative reaksjoner fra foreldrene, slik som ikke å bli trodd, få kjeft, bli gitt skylden, osv. Det viste seg at barna som inngikk i studien traff godt når det gjaldt hva de trodde ville bli foreldrenes reaksjoner, med det som foreldrene faktisk gjorde (Hershkowitz et al., 2007). Oppstyret som gjerne kommer i kjølevannet av avdekking av seksuelle overgrep er én av flere årsaker til at barn kan velge å hemmeligholde forholdet eller endrer forklaringen sin ved f.eks. å påstå at de løy, bare tulllet om det, at det er andre som er utsatt for det, at andre personer er overgripere enn den de nevnte osv. Krenkede barn er i en utsatt posisjon slik at de lett påvirkes av ulike former for press til å tie (Malloy et al., 2007).

Statistikker viser at seksuelle overgrep som oftest avdekkes etter at barnet har betrodde seg til familiemedlemmer, venner, lærere eller lignende. Men generelt forteller barn sjelden spontant om slike former for hendelser, fordi de er traumatiske for dem slik at de vekker ubehagelige følelser, frykt for at deres erfaring kan lede til stigmatisering, osv. Derved er mange av disse barna ikke motivert for å berette om overgrepene (Jensen et al., 2005). Ikke bare velger en del barn å tie om seksuelle overgrep, men også benekter det når det spørres eller konfronteres (Leander, 2010; Svedin & Back, 2003). Spesielt er sannsynligheten for benektelse stor første gang de spørres om det i avhør eller lignende (Lyon, 2007). En studie fra Israel indikerte at omkring én tredjedel av barn man mistenkte var utsatt for seksuelle overgrep, innrømmet ikke dette i intervju / dommeravhørene (Hershkowitz et al., 2005, Hershkowitz et al., 2007). Selv når det var klare beviser på at de hadde vært utsatt for slike handlinger, benektet mange av barna fortsatt

faktumet (Hershkowitz et al., 2006). Det synes som at jo alvorligere overgrep barn har vært utsatt for, desto større er sannsynligheten for at de ikke benekter det som har hendt dem (Hershkowitz et al., 2007; Leander, 2010).

Det er ofte vanskeligere for ofre å snakke om familiære overgripere enn overgrep begått av personer som man bare kjenner litt til eller som er ukjente (Goodman-Brown et al., 2003; Hershkowitz et al., 2005, 2007; Sjøberg & Lindblad, 2002). Det handler bl.a. om avhengighetsforhold og at nære relasjoner er mangesidig og derfor kan inneholde positive aspekt i tillegg til krenkelsene.

Det kan altså ikke konkluderes med at barn som ikke forteller om overgrep ikke har slik erfaring (London et al., 2005). Generelt øker det sjansene for at barn som er utsatt for seksuelle overgrep forteller om dette når a) offeret er ei jente, b) primær(e) omsorgsgivere tror på barnets fortellinger og c) er støttende overfor barnet, samt d) barnet var noe eldre da overgrepene startet (Lippert et al., 2009).

I dag er kunnskapen om fysiologiske bevis etter seksuelle overgrep blitt betydelig bedre enn for bare et par tiår tilbake (Myhre, 2003; Myhre et al., 2006). Forsatt er det såpass mye usikkerhet knyttet til denne kunnskapen, at ekspertene har for lavt sammenfall i sine konklusjoner sett i forhold til de krav som settes for enighet i konklusjon for å regnes som troverdig. I snitt er fagpersoner enige i tre fjerdedeler av tilfellene som vurderes, og delvis enige eller uenige i de resterende en fjerdedelen (Adams et al., 2012; Starling et al., 2013). Noen studier indikerer at cirka en tredjedel (McLeer et al., 1998) av barn som blir utsatt for seksuelle overgrep, ikke viser spesifikke fysiologiske tegn eller symptomer på overgrepet, mens andre antyder at det gjelder for omkring 75 prosent (Kaichman, 2000; Wolfe & Legate, 2003). En studie av gravide tenåringer viste at kun to av 36 hadde indikasjoner på inntrenging (Kellogg et al., 2004). Selv der overgriperen bekrefter at det har vært inntrenging i barnet, er det sjelden at man finner fysiske funn ved underlivsundersøkelser (Heger et al., 2002). Årsaken er at mange (mindre) fysiske skader som kan oppstå etter inntrenging, leges godt (Heppenstall-Heger et al., 2003). Det synes rimelig å konkludere med at det er vanskelig for fagpersoner å gjøre forholdsvis sikre konklusjoner ut fra bedømminger av vagina og analåpning om barnet har vært utsatt

for inntrenging eller ei (Adams et al., 2012; Starling et al., 2013; Myhre et al., 2013). Selv om det sjelden oppdages fysiske funn hos barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, øker slike funn sannsynligheten for domfellelse (Ansell & Stegerud, 2008).

Studier viser at medisinsk personales kompetanse til å avdekke seksuelle overgrep avhenger av at de jobber regelmessig og mye med dette (Adams et al., 2012), slik at dette er arbeidsoppgaver for spesialister (Starling et al., 2009).

Risikofaktorer

Det er komplekse årsaksforhold som ligger til grunn for at barn og unge utsettes for seksuelle overgrep. En gjennomgang av forskningslitteraturen er oppsummert i tabell 1, hvor de viktigste risiko- og beskyttelsesfaktorer er angitt. Risikofaktorer er en fellesbetegnelse på forhold som øker faren for at personer utvikler psykiske sosiale og / eller somatiske vansker. Beskyttelsesfaktorer demper sannsynligheten for utvikling av vansker når personer er rammet av risikofaktorer. Akkurat som ved risikofaktorer, omfatter beskyttelsesfaktorer både genetiske, biologiske, mentale, miljømessige og sosiale faktorer (Schoon, 2006; Werner, 2005). Begrepet beskyttelsesfaktorer oppstår først når de har dempende effekt på risikofaktorer, ellers benyttes ressurs- eller lignende begreper. Effekten av beskyttelsesfaktorer synes som regel best når det foreligger betydelige risikofaktorer som har vart over tid. Samme beskyttelsesfaktor kan være virksom mot flere risikofaktorer. Risiko- og beskyttelsesfaktorer er atskilte dimensjoner i betydningen at når personer skårer tilstrekkelig lavt på en risikodimensjon, blir den ikke automatisk en beskyttelsesfaktor. Hvis foreldrene f.eks. ikke er emosjonelt overinvolverende overfor barnet, innebærer ikke det at foreldrenes omsorgsutøvelse overfor barnet blir en beskyttelsesfaktor, fordi den kan være skadelig selv om den ikke har det nevnte karakteristikkum. Det er med andre ord et innfløkt samspill mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer som forklarer hvordan mennesker utvikler seg, og den livskvalitet de opplever å ha. (Obradović, 2012)

Risikofaktorer	Beskyttelsesfaktorer
<ul style="list-style-type: none"> - Har særskilte behov som innebærer funksjonsnedsettelse, ekstra oppfølgingsbehov, osv. - Vokser opp med mange risikofaktorer / belastninger - inkludert å utsettes for omsorgssvikt, mishandling eller familievold eller på andre måter omfattende traumatisert - Foreldre som selv har vært utsatt for seksuelle overgrep eller på andre måter omfattende traumatisert - Foreldrene har belastet sosialt nettverk eller omgang med personer som kan / begår seksuelle overgrep mot barn - Barnet tilhører en vennegjeng hvor det er gutter som er betydelig eldre enn barnet / den unge selv - Tenårsalder / tidlig voksen alder - Jente 	<ul style="list-style-type: none"> - Foreldre som gir god omsorg, inkludert å ha godt tilsyn med barnet når det er borte fra dem - Barnet har trygg tilknytning, et positivt selvbilde, aldersadekvat kompetanse og gode mestringstrategier

Tabell 1 viser de statistisk sett syv mest sentrale risikofaktorer og de to sterkeste beskyttelsesfaktorer mot å utsettes for seksuelle overgrep. I enkeltpersoners situasjon kan andre risiko- og beskyttelsesfaktorer være viktige.

Konsekvenser hos de som er utsatt for seksuelle overgrep

I litteraturen skilles det mellom traumatiske enkelthendelser som er avgrenset i tid, benevnt som type 1, og langvarig, gjentatt traumatisering, benevnt som type 2, som komplekse traumer (Ford & Courtois, 2009), eller som kronisk traumatisering (van der Hart et al., 2006). Enkeltstående betydelige/alvorlige seksuelle overgrep vil da defineres som traume av type 1, mens gjentatte seksuelle overgrep vil defineres som traume av type 2. Kompleks traumatisering leder gjerne til utvikling av en rekke vansker (Hodges et al., 2013), mens traumer av type 1 har vanligvis langt bedre prognose. Sistnevnte gjelder ikke for betydelige/alvorlige former for seksuelle overgrep. Da er konsekvensene ofte alvorlige, og tiden som kreves for bedring og hvor lang personen når i restituering kan bli annerledes enn det som er vanlig ved traume av type 1.

Som det framgår så langt i denne presentasjonen, betegner seksuelle overgrep en lang rekke handlinger, som strekker seg over ulike tidsrom, som rammer ved ulike aldre, utføres av fremmede eller tillitspersoner, og barns personlighet og livssituasjon varierer. Konsekvensene av seksuelle overgrep vil derfor variere (Negriff et al., 2014). Generelt kan man si at seksuelle overgrep leder til en sårbarhet for at personer utvikler en rekke typer av psykiske lidelser – både internaliserende¹ og eksternaliserende² vansker (Andrews et al., 2004; Asgeirsdottir et al., 2011; Lalor et al., 2010; Sigfusdottir et al., 2008; Stephenson et al., 2012).

Gutter tenderer mot å utvikle eksternaliserende og jenter internaliserende vansker ved nærvær av alvorlige risikofaktorer. Symptomene på seksuelle overgrep vil derfor tenderer mot å være ulik for kjønnene. Gutter viser gjerne symptomer kjennetegnet av aggresjon / sinne, mens jenter

¹ Internaliserende vansker benevnes også emosjonelle eller innagerende vansker. Det omfatter spise- og søvrvansker, engstselighet og tristhet. Engstselighet i omfattende form kalles angstlidelser, mens nedstemthet og tristhet i alvorlige former benevnes som depresjon.

² Eksternaliserende vansker benevnes også som utagerende vansker. Det omfatter antisosialitet og atterdsvansker.

offere tar ut reaksjonene i form av lavt selvbilde, passivitet og sosial tilbaketrekking (Crooks et al., 2007; Kiser et al., 2014).

Jo tidligere i livet barn utsettes for overgrep, jo alvorligere de har vært og jo lengre de har vart, desto verre er som regel konsekvensene av dem (Clemmons et al., 2007; Fergusson et al., 2013; McLean et al., 2013). Ofte sees ekstra sterke og langvarige symptomer hos de som har vært utsatt for penetring (Luterek, 2004; Martin et al., 2004; Myers et al., 2002; Nelson et al., 2006; Sartor et al., 2007; Sankey, 2003; Ystgaard et al., 2004).

Konsekvensene av seksuelle overgrep vises bla. ved at mellom 22–35 prosent av pasienter som går til behandling i norsk psykisk helsevern har vært utsatt for seksuelle overgrep (Fosse & Dersyd, 2007). Det antas at omkring to tredjedeler av seksuelt misbrakte barn viser tydelige psykiske reaksjoner på det de har vært utsatt for (Lalor & MacEvaney, 2010; Paolucci et al., 2001).

Det er generelt få tegn som utelukkende indikerer seksuelle overgrep sammenlignet med andre former for mangelfull og skadelig omsorg, alvorlig krenkende hendelser eller å ha vokst opp med mange andre risikofaktorer. Majoriteten av de psykiske reaksjonene på seksuelle overgrep er derfor vanskelig å skille fra reaksjoner fra andre typer traumer og livsbelastninger. Mer sikre indikasjoner på seksuelle overgrep er ekshibisjonisme, seksualisert atferd, sterk fokusering på kjønnsorganer, en uvanlig kunnskap om seksualitet ut fra alder og at barnet etter hvert prostituerer seg (Senn et al., 2006; Sirotnak et al., 2006). I hovedsak kan man konkludere med at majoriteten av de symptomene seksuelt misbrakte barn oppviser er så varierte og sammensatte, at de også rimer med en rekke andre vansker som skyldes alvorlige livsbelastninger (Putman, 2003).

Seksualisert atferd har over år vært ansett som et viktig kriterium for om barn har vært utsatt for seksuelle overgrep. Men delvis har dette kriteriet vært preget av for dårlig generell kunnskap om barns uttrykk av seksualitet med påfølgende vansker med å skille mellom normalt versus unormalt. Seksualisert atferd må klart ses både i lys av i hvilken alder de

vises, og i hvilken alder de seksuelle overgrepene har foregått. Seksuell atferd som ikke er aldersadekvat, forekommer tydelig oftere hos barn som er utsatt for seksuelle overgrep enn hos øvrige barn (Consentino et al., 1995). Eksempler på dette er å putte fingre, gjenstander eller penis i vagina, analåpningen eller munnen (Davies et al., 2000; Sandhabba & Petretic-Jackson, 2003). Seksualisert atferd er vanligst hos yngre barn (før de skjønner at andre reagerer på dette), men kan fortsette i andre former, slik som promiskuitet, prostitusjon, seksuell aggresjon og overgrep mot andre når barnet vokser til (Wilson & Widom, 2009). En eldre studie viste at færre enn 1,5 prosent av barn i alderen 2-12 år som ikke er seksuelt misbrukt, viser atferd slik som å sette munnen mot genitaler, spørre om andre vil delta i seksuell omgang, etterligne samleie, føre inn gjenstander i vagina eller analåpningen og hang til å berøre dyrs genitaler (Friedrich et al., 1992). Barn som ivrer etter seksualiserte leketema med andre der leken ikke er aldersadekvat og synes mer rituelt utført og ikke som en nysgjerrig utforsking, anses som et nokså tydelig tegn på at barnet har erfart seksuelle overgrep. Likeså er det også regnet som en god indikator på å ha erfart seksuelle overgrep når små barn har kunnskap om hvordan kjønnsorganer brukes til seksuell aktivitet og ikke bare til avføring og fødsel (Brilleslijper-Kater et al., 2004). Masturbering i førskolealderen, berøring av kvinners bryster, å se på og berøre andres genitaler og simulere seksuell aktivitet med klær på, er ikke helt uvanlig hos barn som ikke er utsatt for seksuelle overgrep (Lindblad et al., 1995).

Slike uttrykk skal vekke fagpersoners oppmerksomhet og skal følges opp ved å se etter andre tegn som kan bekrefte eller avkrefte en slik mistanke. Når interessen for slike aktiviteter fra barnets side er meget overdrivet – nærmest som en fiksering – er det innledertid en betydelig risiko for at det dreier seg om et barn som har vært eller blir utsatt for seksuelle overgrep. Samtidig øker denne atferden barnets risiko for på nytt å utsettes for seksuelle overgrep, slik at samme eller nye overgripere igjen kan forgripe seg på det (McClellan et al., 1996). Særlig tenderer seksuelt misbruk før fylte syv år mot å lede til utpreget seksualisert atferd hos barn uansett kjønn (Friedrich, 1997; McClellan et al., 1996; Mian et al., 1996). Man finner også seksualisert atferd hos førskolebarn som ikke har vært utsatt for seksuelle overgrep, men som er vokst opp i en familie med erotisering av familiemedlemmenes relasjoner til hverandre, familievold, mishandling og høy grad av stress i familien, eller som har

atferdsvansker (Friedrich et al., 2003). Når gutter har oralsex med sine mødre, synes dette spesielt å lede til en uttalt seksualisert atferd hos guttene (Chasnoff et al., 1986).

Fare for retraumatisering

Det var stor overlapp mellom vold og seksuelle overgrep i barndommen og vold og seksuelle overgrep som voksen. Av kvinner som hadde blitt voldtatt før de fylte 18 år, oppga 31,9 prosent også voldtekt som voksen. Av kvinner som ikke hadde opplevd voldtekt før 18 år, oppga 5,3 prosent voldtekt som voksen (Thorsen & Hjemdal, 2014).

Prognose

En eldre studie viser at mellom halvparten og to tredjedeler av dem som har vært utsatt for seksuelle overgrep, får en reduksjon i symptomene med årene, mens omkring 30 prosent får en økning (Kendall-Tackett et al., 1993). Fellende dom eller at overgriperen innrømmer og ber om unnskyldning for overgrepene, kan ha betydelig helende effekt for mange ofre (Toverud, 1997). Benektelse av overgrepene, frifinnelse eller henleggelse, kan tilsvarende ha betydelige negative konsekvenser for offeret. Det er ofte dårlig prognose når offeret ser seg selv som skyldig for at overgrepene skjedd, når det har vært benyttet alvorlige trusler ved overgrepene, og når offeret føler seg som betydelig annerledes enn andre eller avvikende (Banyard et al., 2004; Barker-Collo & Read, 2003).

Det virker som om barnets mestringsstrategier eller refleksjoner over overgrepene har mindre innvirkning på barnets psykiske fungering etter seksuelle overgrep enn alvorligheten i overgrepene og støtten barnet mottar fra forelderen som ikke har forgrepet seg på barnet (Godbout et al., 2014). Spesielt viktig er det hvordan mødrene forholder seg til barnet. Spesielt viktig for barnets resituering er det at hun tror på det barnet forteller, er handlekraftig og makter å beskytte barnet mot videre overgrep (Bicka et al., 2014; London et al., 2008; Walker-Descartes et al., 2011). Foreldres a) forståelse av hva de seksuelle overgrepene besto av, b) hvilken skyld som de legger på barnet, og c) innsikt i hvilken

omsorg barnet behøver, påvirker hvordan de håndterer slike situasjoner. Omsorgspersonenes mestringsstrategier har meget sterk påvirkning på utfallet av overgrepserfaringene for barnet (Walker-Descartes et al., 2011). Noen viktige indikatorer på god prognose for de som har vært utsatt for seksuelle overgrep er a) god skoletilpassning, b) har framtidsoptimisme, c) får rikelig støtte fra omsorgspersonene, samt d) familien er av middels og høyere sosial klasse (fordi det innebærer besittelse av og tilgang på ressursen) (Ramirez et al., 2011; Williams & Nelson-Gardell, 2012). Verst er ofte prognose for menn utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten når følgende foreligger a) det ble brukt mye makt under overgrepene, b) en oppvekst preget av flere andre risikofaktorer eller betydelig grad av stress, c) at overgrepene foregikk over flere år, d) at det tok lang tid før personen fortalte om overgrepene, e) at personene mottar negativ eller likegyldig respons på å fortelle om overgrepene, samt f) konformitet til normer for maskulinitet (Easton, 2014).

Del 3

Forebygging av seksuelle overgrep

I del 3 belyses forebyggende tiltak i Norge. Det gis ikke et fullstendig bilde, men hovedtiltakene som finnes i de enkelte kommuner. Vi presenterer tiltak på ulike samfunnsnivå, primær, sekundær og tertiær forebyggende og helsefremmende tiltak. Vi avslutter del 3 med å skissere mulige forskningstemaer.

Tre nivåer i forebyggende og helsefremmende arbeid

Det er nødvendig å se seksuelt overgrep i et folkehelseperspektiv (Letourneau et al., 2014). En folkehelseinnsats søker å identifisere ikke bare risikofaktorer, men også beskyttelsesfaktorer på flere nivå. Forebyggende arbeid deles ofte opp i primær, sekundær og tertiær forebygging. Helsefremmende tiltak kan også utrettes på alle disse nivå. Fokusert vil da være på beskyttelses-/friskvernfaktorer som fremmer helse og beskytter mot uheldig utvikling. Det kan dreie seg om universell, selekterte og indikerte tiltak for å støtte foreldre til å gi god omsorg, og gi barn trygg tilknytning, et positivt selvbilde, aldersadekvate kompetanse og gode mestringsstrategier. Det handler om å forhindre uheldig utvikling og fremme god helse og positive utvikling på alle innsatsnivå.

Tabell 2: Innsats overfor befolkningen gruppert fra primær- til tertiær samt universelle til indikerte tiltak.

To begrepssett knyttet til forebyggings-/innsatsnivå	Innhold
Primærforebyggende og helsefremmende tiltak	Tiltak retter mot store grupper/populasjoner av befolkningen for å forhindre utvikling av dårlig helse og lav livskvalitet. Tiltakene handler om å bygge motstandskraft og styrke beskyttelses-/friskvernfaktorer for å ruste mennesker til å møte livets utfordringer. Ofte gjøres dette via vaksinasjonsprogrammer, helsekontroller, spre kunnskap samt å utvikle ferdigheter / kompetanse.
	Omkring 75–80 prosent av befolkningen får dekket sitt behov for bistand på dette nivået. Hovedinnsatsen gjøres i barnehager, skoler, helsestasjon, skolehelsejulenesten, kultur og fritid.

Sekundærforebygging og helsefremming	Selekterte tiltak	Indikerte tiltak
		Dette er tiltak mot deler av befolkningen som vurderes å være i risiko for eller i en tidlig fase av en uheldig utvikling. Målet er å gi støtte og forhindre utvikling av vansker som gruppen statistisk sett har økt risiko for å utvikle, og redusere eller forhindre forverring for de som har påbegynt utvikling av en vanske. En del av innsatsen rettes mot grupper, men som oftest individrettet.
Tertiærforebygging og helsefremming		Cirka 5–8 prosent av befolkningen tenkes å ha behov for innsats på dette nivået, hvor det kommunale hjelpeapparatet har et betydelig ansvar for innsatsen sammen med barnehager og skoler. Dette er tiltak rettet mot personer som har utviklet vansker. Målet er å helst redusere eller fjerne dem, men i alle fall forhindre at de forverres. Tiltakene er i hovedsak individrettede. Cirka 8 prosent av befolkningen tenkes å ha behov for indikerte tiltak. Foruten det kommunale hjelpeapparatet vil det statlige hjelpeapparatet ha ansvar for innsatsen på dette nivået.

Tabell 2 illustrerer en tredelt innsats overfor befolkningen for å sikre god psykisk og somatisk helse samt høy livskvalitet. Hovedkomponenten som bidrar til definering av hvem som tilhører hvilket innsatsnivå, er fravær versus grad av vanske, deretter skiller de tre nivåene seg fra hverandre med antall personer som er beregnet til å ha behov samt i noen grad om andelen av innsats rettes mot større grupper eller individ.

Primært/universelt nivå

På dette nivået er tiltakene rettet mot hele befolkningen, dvs. mot barn og unge og deres familier. Vi vil presentere tiltak som ruster barn, unge og familiene til å møte livets utfordringer. Tiltakene er her universelle, dvs. noe alle kan få tilgang på. Samtidig er det variasjoner mellom kommunene, om de har ressurser og fagkompetanse til å tilby gode primærforebyggende tiltak.

Helsestasjon

I Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helse og omsorgsdepartementet 2003), står det i § 2-3, annet ledd:

Tjenesten har en viktig rolle i samarbeid med psykisk helsevern for å forebygge psykiske plager og lidelser, rusbruk, spiseforstyrrelser, utvikling av overvekt og å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistrivsel og utviklingsavvik mv. Videre bør tjenesten rette særlig oppmerksomhet mot barn og ungdom med spesielle behov, som for eksempel barn og ungdom med liten sosial støtte, kronisk sykdom og funksjonshemming, risiko for å utvikle psykiske plager/sykdom, ved mobbing, overgrep og annen vold og ved problemer knyttet til kjønnsidentitet og seksualitet.

Helsestasjon i enkelte kommuner tilbyr foreldreveiledningsprogrammer. Sortland kommune gir et tilbud om baby massasje til nybakte foreldre. Målet med helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak er å hjelpe og støtte foreldrene til å utføre sine omsorgsoppgaver på en god nok måte.

Barnehage

Barnehagen er et foreldrenært tilbud, ved at barnehagepersonell ser ett avgrenset samspillet mellom foreldre og barn hver dag. 1. januar 2015 var det 314 571 barn under 5 år. I 2013 gikk 79,8 prosent av 1-2-åringene og 96,5 prosent av 3-5-åringene i barnehagen (Statistisk sentralbyrå 2015). I barnehagen vektlegges sosial fungering,

lek og utfoldelse. I mange barnehager benyttes programmer for foreldreveiledning.

I Sortland kommune gis det ett undervisningsopplegg, *Å e mæ i barnehagene*. Målene for undervisningen er:

- Utvikle barnas begreper og forhold til egen kropp og følelser.
- Utvikle barnas holdninger til å sette grenser for egen kropp.
- Skape holdninger til hva som er akseptable/uakseptable hemmeligheter og berøring.
- Gi barna handlingsstrategier for hva de bør gjøre om de eller noen de kjenner havner i vanskelige situasjoner.
- Gi kunnskap

Skole

Skolen er en viktig arena for barn og unge. Skolen er i hovedsak en læringsarena, men for å lære kreves det at lærerne er godt kjent med elevene. Vi vet at en god skole er en skole der lærer og elev har gode relasjoner (Drugli 2012, Skaalvik & Skaalvik 2015). Ved å ha god kjennskap til elevene vil lærerne være i posisjon til å fange opp signaler på at eleven ikke har det bra, og er i posisjon til å gjøre noe med barns livssituasjon. Lærere har plikt til å melde fra ved bekymring for en elev. Lærerne har mulig støtte fra sin rektor, eventuelt sosiallærer og helsesøster. Skolene skal ha jevnlig samarbeid med kommunale hjelpeinstanser, tenker her på skolehelsetjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste og barnevernstjenesten.

I læreplanen er det satt opp kompetansemål om vold, krenkelser, vold knyttet til seksualitet og vold i nære relasjoner. Dette er kompetansemål for 2., 4., 7. og 10. trinn samt videregående. Eksempler på kompetansemål i 10. trinn er (Læreplan for kompetanseløftet, <http://www.udir.no/>):

- gje døme på korleis oppfatningar om forholdet mellom kjærleik og seksualitet kan variere i og mellom kulturar
- analysere kjønnsroller i skildringar av seksualitet og forklare skinaden på ønskt seksuell kontakt og seksuelle overgrep

På videregående skole gis også undervisningstilbud. Føks gir Sortland kommune et tilbud om undervisning til avgangselever i videregående skole knyttet til gode holdninger, grenser og respekt. Dette er myntet på forebygging av overgrep i russetiden.

Idrettslag

Norsk idrett skal være et trygt sted å være for alle, derfor plikter alle idrettslag å innhente politiattest for personer som skal utføre oppgaver som innebærer et tillits- eller ansvarsforhold overfor mindreårige eller mennesker med utviklingshemming.

Trønerer, instruktører og lagledere som skal ha direkte kontakt med mindreårige eller mennesker med utviklingshemming, vil alltid være omfattet av ordningen.

Ordningen er obligatorisk for å sikre at alle idrettslag har de samme gode rutinene for å forebygge overgrep. Alle mindreårige og mennesker med utviklingshemming i norsk idrett skal ha den samme ordningen og den samme beskyttelsen uavhengig av hvilken idrett de driver eller hvilket idrettslag de er tilsluttet.

Barneombudet

Barneombudet i Norge har gjennom målrettet informasjon blitt en viktig informasjonskilde for barn i risiko som søker informasjon om barns rettigheter og hvor de kan få mere informasjon og hjelp. I

Barneombudets målsetting for 2015 er en av de prioriterte punktene jobbe for barn i risiko og de som utsettes for vold og overgrep får god og nødvendig hjelp (Barneombudet 2015).

Sekundært/selektert nivå

På dette nivået er tiltakene rettet mot deler befolkningen, som vurderes å være i risiko eller i en tidlig fase av å utvikle vansker. Tiltakene er her målrettede på gruppenivå. I norsk sammenheng er det så langt ikke utviklet og gjennomført mye på dette nivået og det er også være regionale forskjeller i forhold til innsats. Mange av de programmer og tiltak som er utviklet retter seg mot forekomsten av både barnemishandling og seksuelle overgrep

Helsestasjon

Helsestasjon for ungdom er et målrettet tiltak i alle landets kommuner der ungdom kan få råd og veiledning i forhold til tema seksualitet og grenser. I noen kommuner har en også samtalegrupper spesielt rettet mot jente og gutter som antas å være i en risikogrupper. (Helsenorge 2015)

Familievernkontor

Familievernkontor er et lavterskeltilbud tilbyr råd veiledning til familier i vanskelige livssituasjoner. Familievernkontor er et landsdekkende tilbud og med kontor i de fleste byer og dekningsområdet til nærliggende kommuner. (Bufetat 2015)

Frivillige organisasjoner

Røde Kors

Røde Kors er en landsdekkende frivillig organisasjon som jobber for bedre seksuell helse særlig rettet mot ungdom og ved vekt på tema som seksuell helse, følelser og grenser. (Røde Kors 2015)

Redd Barna

Redd Barna i Norge lanserte i mars 2015 en målrettet kampanje om overgrep mot barn. De viser til at halvparten av den norske befolkningen kjenner noen som har vært utsatt for overgrep som barn. Gjennom informasjonskampanjer, undervisningsmaterieell og veiledere jobber de for at alle skoler og barnehager skal utarbeide sin egen beredskapsplan rette mot overgrep. (Redd Barna 2015)

Stine Sofies stiftelse

Stine Sofies stiftelse er en privat stiftelse om jobber for å forebygge og avdekke overgrep om barn gjennom målrettede informasjonskampanjer, opplærings og påvirkning av myndighetene. De gir ut en informasjonsdvd rettet mot nybakte foreldre. De har i samarbeid med Margrethe

Wiiede Aasland og Eli Rygg utviklet en opplæringspakke rette mot barnehage. De har også utarbeidet et e-læringsverktøy rettet mot barn (Jegvilvite.no). Stiftelsens arbeid er også rettet mot ivaretagelsen av de som har blitt utsatt for overgrep. (Stine Sofies Stiftelse 2015)

Tertiært/indikert nivå

På dette nivået er tiltakene i hovedsak individrettet mot de som allerede har utviklet vasker. Fokus vil være å gi mødvingning hjelp samt å forebygge ytterlige overgrep.

Helse tjenesten

Her vil fastlege og overgrepsmottak i kommune ofte være den første instans de som har vært utsatt for overgrep kommer i kontakt. Hjelpe- og behandlingsapparatet som poliklinisk tilbud på dagtid, vil være på dette nivå vil være Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) Sykehus og behandlingstilbud vil være for de som har behov for videre behandling. (Regjeringen 2015)

Barnevernet

Kommunal og statlig barneverntjenesten er et viktig tjenestetilbud for utsatt barn og unge. Barnevernets har som oppgave å forebygge og å gi rett hjelp til rett tid til for de barn som behøver hjelp. Hjelpen gis fra det mildeste som råd / veiledning og hjelpetiltak i hjemmet til å avdekke og sette inn omsorgs og behandlingstiltak i forhold til alvorlig omsorgssvikt og overgrep. I de alvorligste tilfellene vil omsorgsovertagelse og fratagelse av foreldreansvar kunne være aktuelt. For 2013 var det ifølge SSB 53150 barn som fikk hjelp av barneverntjenesten. Tjenesten fikk i alt 52253 nye meldinger hvorav 101 av disse ble seksuelle overgrep ble oppgitt som årsak. Samme året var det kun to av saker som ble videresendt til Fylkesnemnda med samme årsak. Tall fra 2012 viser at det var 142 barn som hadde barneverntiltak hvor årsaken kyttes til seksuelle overgrep. (Barnevernet 2015, Statistisk sentralbyrå 2015, Bufetat 2015)

Statens barnehus

Statens barnehus har som hovedoppgave å legge til rette for avhør og undersøkelse av barn som er utsatt for vold og overgrep. I tillegg jobber de også med informasjon råd og veiledning rettet mot det offentlige og privatpersoner. Det finnes til sammen ti barnehus i Norge. Barnehuset i Tromsø gjennomførte i 2013 undersøkelser 330 dommeravhør og 82 medisinske undersøkelser. I tillegg ble det gjennomført 63 dommeravhør i regionens tingretter. Nasjonale tall for Barnehusene i 2013 viser at det ble gjennomført tilsammen 404 medisinske undersøkelser og 1397 dommeravhør knyttet til seksuelle overgrep. (Statens Barnehus 2015)

Politi

Politiet oppgaver i samfunnet er å forebygge og avdekke kriminell virksomhet. Overgrep mot barn og unge er en av politiets prioriterte områdene. I følge SSB var det i 2013 738 ofre for seksuell omgang med barn. (Statistisk Sentralbyrå 2015, Politi 2015)

Kripos

Kripos jobber målrettet mot forebygging av seksuelle overgrep, og da særlig rettet mot det som skjer via internett. Kripos har utviklet politiets røde knapp som skal bidra til at barn og unge lettere kan tipse politiet om det ting som er bekymringsfullt på nett i forhold til barn og unge. (Kripos 2015)

Frivillige organisasjoner

SMISO

SMISO er en landsdekkende organisasjon med lokale støttesenter for de som har vært utsatt for overgrep samt deres nærstående. De jobber også med informasjonsarbeid som både retter seg mot forebygging og avdekking. (SMISO 2015)

FMSO

FMSO er en landsdekkende intresseorganisasjon som har 18 av landets 22 støttesenter mot incest som medlem. Deres formål er å samle kunnskap om overgrep og være ett bindeledd i kontakten med

myndighetene. Organisasjonen jobber også med informasjon rettet om barn. (FMSSO 2015)

Internett og telefon

Klara klok er en internettside der barn og unge kan få informasjon og svar på vanskelige spørsmål, også knyttet til tema seksualitet og krenkelseser. Siden drives med offentlige støtte og er knyttet til Støttesenter for insest(SMISO) landsomfattende arbeid. (Klara Kolk 2015)

Alarmtelefon for barn og unge 116 111

Landsdekkende alarmtelefon for barn og unge som har behov for hjelp i forhold til vold og overgrep. Alarmtelefon er driftes i samarbeid med landets barnevernvakter og er tilgjengelig hele døgnet, også helligdager. (Alarmtelefon for barn og unge 2015)

Behovet for forskning

I en nylig utgitt folkehelse rapport fra USA ble det lagt vekt på betydningen av politisk satsing, samarbeid, evaluering av eksisterende tiltak og videre satsing på de programmene som viser seg å være effektive (Letourneau et al., 2014). Kunnskapsoversikten fra Norsk kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (Norsk kunnskaps senter om vold og traumatisk stress, 2010), viser at evaluering av tiltakene både nasjonalt og internasjonalt er mangelfull, og at man derfor i liten grad kan framheve visse tiltak som effektfulle. Det påpekes også et behov for utvikling av flere tiltak som er rettet mot foreldre, profesjonelle og befolkningen generelt. Dette skyldes flere forhold:

- Flere av fagfeltene som har et ansvar for å forhindre at eller bistå barn og unge som har blitt utsatt for seksuelle overgrep har vært lite forankret i evidensbasert praksis. Derved har det ikke vært et sterkt press på å få forskningsmessig belegg for hvor effektfulle tiltakene er. I høy grad har tiltak blitt vurdert ut fra personlige preferanser, ideologiske overbevisninger, tilgjengelighet, osv.
- Det er generelt forskningsmessig krevende å måle effekter av forebygging og helsefremming fordi det ikke lar seg gjøre å

kontrollere for alle påvirkningsfaktorer som kan forklare utfallet. Derved kan man i en del tilfeller ikke konkludere tydelig med grad av effekt.

Internasjonale forskning peker ut noen forskningsområder som antas å bidra til viktig innsikt:

- Bruken av internett for både datainnsamling, tiltak og opplæring knyttet til forebygging av seksuelt overgrep bør utforskes mer (Kennedy & Wurtele, 2012)
- Faktorer som hemmer omsorgspersoner og profesjonelle fra å respondere adekvat til seksuelt overgrep (Stanley, 2011)
- Foreldredeltakelse i forebyggingprogrammer (Barron & Matthew, 2014; Hunt & Walsh, 2011)
- Effekten av de intervensjonsprogram som eksisterer, med anbefalinger om mer bruk av videoanalyse av intervensjoner for å avdekke hva som hemmer eller fremmer suksess (Topping & Barron, 2009)
- Forskning på kreative tilnærminger som kan brukes i intervensjonsprogrammer (Davis et al., 2013)
- Forskning på effekten av utvikling av sunne relasjoner (Strawbridge, 2014; Wurtele, 2009)

Referanser

- Alarmtelefon for barn og unge (2015.) <http://www.116111.no/> Lastet ned 15.mars 2015.
- Adams, J. A., Starling, S.P., Frasier, L. D., Palusci, V. J., Shapiro, R. A., Finkel, M. A., & Botash, A. S. (2012). Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse & Neglect*, *36*, 383-392.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swantson, H. (2004). Child sexual abuse. I M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray (red.), Comparative quantification of health risks global and regional burden of disease: Attributable to selected major risk factors: Vol. 1 (s. 1851-1940). Geneva: WHO.
- Ansell, R., & Stegerød, Y. (2008). Läkarens säkring av bevis efter sexualbrott viktig del i rättsprocessen. *Läkartidningen*, *105*, 634-637.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D. & O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect*, *31*, 393-415.
- Asgeirsdóttir, B. B., Sigfusdóttir, I. D., Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2011). Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse & Neglect*, *35*, 210-219.
- Aarts, M. (2000). *Marte Meo. Grunnbog*. Harderwijk: Aarts Productions.
- Balvig, F., Kyvsgaard, B., & Pedersen, A.-J. B. (2013). *Udsathed for vold og andre former for kriminalitet. Offerundersøgelse 1995-96 og 2005-12*. Nedlastet fra: <http://justitsministeriet.dk/sites/default/files/media/Pressemeddelelser/pdf/2013/Offerrapport%202012.pdf>
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood Sexual Abuse: A Gender Perspective on Context and Consequences. *Child Maltreatment*, *9*, 223-238.
- Barker-Collo, S., & Read, J. (2003). Models of response to childhood sexual abuse: Their implications for treatment. *Trauma Violence Abuse*, *4*, 95-111.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). *Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom*. www.lovdata.no.
- Barneombudet (2015.) <http://barneombudet.no/> Lastet ned 1.mars 2015.
- Barnevernet (2015). <http://www.bufdir.no/barnevern/> Lastet ned 15.mars 2015.
- Barron, I., & Matthew, L. (2014). A preliminary evaluation of presenter effects in the delivery of abuse prevention interventions: Teacher and survivor perspectives. *Educational & Child Psychology*, *31*, 42-54.
- Bicka, J., Zajac, K., Ralston, M. E., & Smith, D. (2014). Convergence and divergence in reports of maternal support following childhood sexual abuse: Prevalence and associations with youth psychosocial adjustment. *Child Abuse & Neglect*, *38*, 479-487.
- Bolen, R. M. (2003). Child Sexual Abuse: Prevention or Promotion? *Social Work*, *48*, 174-185.
- Brillesliper-Kater, S. N., Friedrich, W. N., & Corwin, D. L. (2004). Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: Theory and research challenges. *Child Abuse & Neglect*, *28*, 1007-1017.
- Bufetat (2015). <http://www.bufdir.no/Familie/> Lastet ned 15. mars 2015.
- Chasnoff, I. J., Burns, W. J., Schnoll, S. H., Burns, K., Chisum, G., Kyle-Spore, L. (1986). Maternal-neonatal incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, *56*, 577-580.
- Clemmons, J. C., Walsh, K., Dilillo, D., & Messman-Moore, T. L. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment*, *12*, 172-181.

- Consentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert, J. L., Weinberg, S. L., & Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 1033-1042.
- Creighton, S. J. (2004). *Prevalence and incident of child abuse: International comparisons*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children.
- Crooks, C. V., Scott, K. L., Wolfe, D. A., Chiodo, D., & Killip, S. (2007). Understanding the link between childhood maltreatment and violent delinquency: What do schools have to add? *Child Maltreatment, 12*, 269-280.
- Dahlgren, D. og Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies.
- Davies, J. L., & Petretic-Jackson, P. A., (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior, 5*, 291-328.
- Davis, D. W., Pressley-Mcgruder, G., Jones, V. F., Potter, D., Rowland, M., Currie, M., & Gale, B. (2013). Evaluation of an Innovative Tool for Child Sexual Abuse Education. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*, 379-397. doi: 10.1080/10538712.2013.781092
- Drugli, M. B. (2012) *Relasjonen lærer og elev: avgjørende for elevenes læring og trivsel*. Oslo, Cappelen Damm høyskoleforlaget.
- de Vries, G.-J., & Olf, M. (2009). The Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 259-267.
- Easton, S. D. (2014). Masculine norms, disclosure, and childhood adversities predict long-term mental distress among men with histories of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 38*, 243-251.
- Färdeman, E., Hvidfeldt, T., & Irlander, Å. (2014). *The Swedish Crime Survey 2013: Concerning exposure to crime, insecurity and confidence*. Stockholm: Det svenske Brottsforebyggande Rådet (BRÅ).
- Fergusson, D. M., Mcleod, G. F. H., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect, 37*, 664-674.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*, 7-26.
- FMSO (2015). <http://fmso.no/Om-FMSO/> Lastet ned 15. mars 2015.
- Fontanella, C., Harrington, D., & Zuravin, S. J. (2000). Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse, 9*, 21-40.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex traumatic stress disorders. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (13 - 30). New York: Guilford.
- Fosse, R., & Dersyd, A. K. (2007). *Forekomst av traumeutsatte pasienter ved distriktpsykiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Aker sykehus, Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst.
- Fossum, S., Kjøbli, J., Drugli, M. B., Handegård, B. H., Mørch, W.-T., & Ogden, T. (2014) Comparing two evidence-based parent training interventions for aggressive children. *Journal of Children's Services, 9*, 319-329.
- Friedrich, W. N., Davies, W. H., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children: Developmental, Ecological, and Behavioral Correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989*, 95-104.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., et al. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment, 4*, 303-311.
- Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J. E., & Bengtson, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 155-171.

Glad, K. A., Øverlien, C. og Dyb, G., *Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn: en Kunnskapsoversikt*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S. & Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect*, 38, 317–325.

Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P. H., & Gordon, D. S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27, 525–540.

Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A., & van Wert, M. J. (2009). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 528–540.

Hansen, I. L. S., Grødem, A. S., Grønningseter, A. B., Nielsen, R. A., & Flåtten, T. (2011). *Kunnskap om fattigdom i Norge: en oppsummering (Vol. 2011:21)*. Oslo: Fato.

Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect*, 26, 645–659.

Helse og omsorgsdepartementet (2003). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). St.meld. nr. 34 (2012-2013). Folkehelse meldingen, God helse- felles ansvar. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/> dato nedlastet 1. mars 2015

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr.2 (folkehelseloven). www.lovdata.no

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *St.meld. nr. 20 (2006-2007)*, Nasjonal Strategi for å utøve sosiale helseforskieller. www.lovdata.no

Helsenorge (2015) <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/helsestasjon/> Lastet ned 1. mars 2015

Heppenstall-Heger, A., McConnell, G., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., & Zaragoza, T. (2003). Healing patterns in anogenital injuries: A longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*, 112, 829–837.

Hershkowitz, I., Lanes, O., & Lamb, M. E. (2007). Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse and Neglect*, 31, 111–123.

Hershkowitz, I., Horowitz, D., & Lamb, M. E. (2005). Trends in children's disclosure of abuse in Israel: A national study. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1203–1214.

Hershkowitz, I., Orbach, Y., Lamb, M. E., Sternberg, K., & Horowitz, D. (2006). Dynamics of forensic interviews with suspected abuse victims who do not disclose abuse. *Child Abuse and Neglect*, 30, 753–769.

Hodges, M., Godboud, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37, 891–898.

Hunt, R., & Walsh, K. (2011). Parents' views about child sexual abuse prevention education: A systematic review. *Australasian Journal of Early Childhood*, 36, 63–76.

Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1395–1413.

Kalichman, S. C. (2000). HIV transmission risk behaviors of men and women living with HIV-AIDS: Prevalence, predictors, and emerging clinical interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 32–47.

Kellogg, N. D., Menard, S. W., & Santos, A. (2004). Genital anatomy in pregnant adolescents: «normal» does not mean «nothing happened». *Pediatrics*, 113, 67–69.

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164–180.

- Kenny, M. C., & Wurtele, S. K. (2012). Preventing Childhood Sexual Abuse: An Ecological Approach. *Journal of Child Sexual Abuse, 21*, 361-367. doi: 10.1080/10538712.2012.675567
- Kiser, L. J., Stover, C. S., Navalka, C. P., Dorado, J., Vogel, J. M., Abdul-Adil, J. K. mfl. (2014). Effects of the child-perpetrator relationship on mental health outcomes of child abuse: It's (not) all relative. *Child Abuse & Neglect, 38*, 1083-1093.
- Kjoller, M., & Thoning, H. (2005). Characteristics of non-response in the Danish health interview surveys, 1987-1994. *European Journal of Public Health, 15*, 528-535.
- Klara Klok (2015). http://www.klara-klok.no/Lastet_ned_15.mars_2015.
- Kloppen, K., Mæhle, M., Kvello, Ø., Breivik, K., & Hauglan, S. (2015). Prevalence of intrafamilial child maltreatment in the Nordic countries: A review. *Child Abuse Review, 24*, 51-66.
- Kripos (2015). https://www.politi.no/kripos/overgrep_pa_internet/Lastet_ned_15.mars_2015.
- Kruse, A. E., Strandmoen, J.-F., & Skjærten, K. (2013). Mann som har begått Voldtekt - en kunnskapsstatus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lalor, K., & McElvaney, R. (2010). Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence & Abuse, 11*, 159-177.
- Leander, L. (2010). Police interviews with child sexual abuse victims: Patterns of reporting, avoidance and denial. *Child Abuse and Neglect, 34*, 192-205.
- Letourneau, E. J., Eaton, W. W., Bass, J., Berlin, F. S., & Moore, S. G. (2014). The Need for a Comprehensive Public Health Approach to Preventing Child Sexual Abuse. *Public Health Reports, 129*, 222-228.
- Lindblad, K., Nylander, P.-O., De Bruyn, A., Zander, C., Engström, C., Holmgren, G., et al. (1995). Detection of expanded CAG repeats in bipolar affective disorder using the repeat expansion detection (RED) method. *Neurobiology of Disease, 2*, 55-62.
- Lippert, T., Cross, T. P., Jones, L., & Walsh, W. (2009). Telling interviewers about sexual abuse: predictors of child disclosure at forensic interviews. *Child Maltreatment, 14*, 100-113.
- London, K., Bruck, M., Ceci, J., & Shuman, D. W. (2005). Disclosure of Child Sexual Abuse: What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell? *Psychology, Public Policy, and Law, 11*, 194-226.
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, J. S. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory, 16*, 29-47.
- Luterek, J. A., Harb, G. C., Heimberg, R. G., & Marx, B. P. (2004). Interpersonal rejection sensitivity in childhood sexual abuse survivors: Mediator of depressive symptoms and anger suppression. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 90-107.
- Lyon, A. R., & Cotler, S. (2007). Toward reduced bias and increased utility in the assessment of school refusal behavior: The case for divergent samples and evaluations of context. *Psychology in the Schools, 44*, 551-565.
- Lyshol, H. (2014). *Et historisk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Maikovich-Fong, A. K., & Juffe, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect, 34*, 429-437.
- Malloy, L. C., Lyon, T. D., & Quas, J. A. (2007). Filial dependency and recantation of child sexual abuse allegations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*, 162-170.
- Martin, G., Beren, H. A., Richardson, A. S., Roger, L. & Allinson, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect, 28*, 491-503.

- Mattila, V. M., Parkkari, J., & Rimpelä, A. (2007). Adolescent survey non-response and later risk of death. A prospective cohort study of 78 609 persons with 11-year follow-up. *BMC Public Health*, 7, 87. DOI: 10.1186/1471-2458-7-87
- McLean, C. P., Rosenbach, S. B., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2013). Social and academic functioning in adolescents with child sexual abuse-related PTSD. *Child Abuse & Neglect*, 37, 675-678.
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., & Scholle, R. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1326-1333.
- Mersky, J. P., Berger, L. M., Reynolds, A. J., & Gromoske, A. N. (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: A longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 14, 73-88.
- Mian, M., Marton, P., LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5-year-old girls. *Child Abuse & Neglect*, 20, 731-745.
- McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M., Adams, J., Eisner, a. & Storck, M. (1996). Age of onset of sexual abuse: Relationship to sexually inappropriate behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1375-1383.
- Myers, J., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C., Jenny, C., & Reid, T. (2002). *The APSAC handbook on child maltreatment* (2. utg.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Myhre, A.K. (2003). *Normal variation in anogenital anatomy and microbiology in non-abused preschool children*. Trondheim: Doktorgradsavhandling ved NTNU.
- Myhre, A. K., Adams, J. A., Kaufhold, M., Davis, J. L., Suresh, P., & Kuelbs, C. L. (2013). Anal findings in children with and without probable anal penetration: A retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 37, 465-474.
- Myhre, A. K., Adams, J. A., Kaufhold, M., Davis, J. L., Suresh, P., & Kuelbs, C. L. (2013). Anal findings in children with and without probable anal penetration: A retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 37, 465-474.
- Myhre, A.K., Borgen, G., & Ormestad, K. (2006). Seksuelle overgrep mot prepubertale barn. *Tidsskrift for Den Norske Lægeförening*, 126, 2511-2514.
- Mæland, G. (2010). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Negriff, S., Schneiderman, J. U., Smith, C., Schreyer, J. K., & Trickett, P. K. (2014). Characterizing the sexual abuse experiences of young adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38, 261-270.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2006). Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Psychological Medicine*, 10, 1473-1483.
- Obradović, J. (2012). How can the study of physiological reactivity contribute to our understanding of adversity and resilience processes in development? *Development and Psychopathology*, 24, 371-387.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects on child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- Pedersen, A.-J. B., Kyvsgaard, B., & Balvig, F. (2014). *Udsathed for vold og andre former for kriminalitet: Offerundersøgelserne 2005-2013 med særligt afsnit om køn og vold*. København: Københavns Universitet.
- Pereida, N., Guilera, G., Abada, J. (2014). Corrigendum to "Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample" [Child Abuse Negl. 38 (2014) 640-649]. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1884.
- Petrenko, C. I. M., Friend, A., Garrido, E. F., Taussig, H. N., & Culhane, S. E. (2012). Does subtypes matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescents youth in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect*, 36, 633 - 644.
- Politi (2015). <https://www.politi.no/> Lastet ned 15.mars 2015.
- Putman, F. V. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.

- Ramírez, C., Pinzón-Rondón, A. M., & Botero, J. C. (2011). Contextual predictive factors of child sexual abuse: The role of parent-child interaction. *Child Abuse & Neglect, 35*, 1022-1031.
- Redd Barna (2015). <http://www.reddbarna.no/>
ReddBarnalansererkampanjeomovergrepnotbarn
Lastet ned 15.mars 2015.
- Regjeringen (2015). <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/grunnstrukturen-i-helsestjenesten/id227440/>
Lastet ned 15. mars 2015.
- Rye, H. (2002). *Tidlig hjelp til bedre samspill*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røde Kors (2015). <https://www.rodekors.no/ungdom/dette-mener-vi/seksuell-helse/> Lastet ned 15.mars 2015.
- Sandrabba, N. K., Santtia, P., Wannäs, M., & Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse & Neglect, 27*, 579-605.
- Sankey, M. (2003). Suicide and risk-taking deaths of children and young people. Sydney: NSW Commission for Children and Young People
- Santor, C. E., Lynskey, M. T., Heath, A. C., Jacob, T., & True, W. (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction, 102*, 216-225.
- Schoon, I. (2006). *Risk and Resilience adaptations in changing times*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Senn, T. E., Carey, M. P., Venable, P. A., Coury-Doninger, P., & Urban, M. A. (2006). Childhood sexual abuse and sexual risk behavior among men and women attending a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 720-731.
- Sigfusdóttir, I. D., Asgeirsdóttir, B. B., Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2008). A model of sexual abuse's effects on suicidal behavior and delinquency: The role of emotions as mediating factors. *Journal of Youth & Adolescence, 37*, 699-712.
- Sitronak, A. P., Moore, J.K., & Smith, J. C. (2006). Child sexual abuse. I C. Brittain (red.). *Understanding the medical diagnosis of child maltreatment: A guide for nonmedical professionals* (s. 105-148). Oxford: Oxford University Press.
- Sjöberg, R., & Lindblad, F. (2002). Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *The American Journal of Psychiatry, 159*, 312-314.
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2015). *Motivasjon for læring: teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Skar, A.-M. S. (2013). *Foreldreveiledning for fedre*. Oslo: Universitetet i Oslo, ICDP rapport.
<http://www.bufetat.no/Bilder/Evalueringsrapport%20ICDP%20som%20forebyggende%20tiltak%20mot%20vold%20i%20barneoppdragelsen.pdf> dato lastet ned: 06.03.2015.
- SMISO (2015). <http://www.smiso.no/> dato lastet ned: 15.mars 2015.
- Stanley, N. (2011). Engaging with child sexual abuse. *Child Abuse Review, 20*, 77-81. doi: 10.1002/car.1179
- Starling, S. P., Frasier, L. D., Jarvis, K., & McDonald, A. (2013). Inter-rater reliability in child sexual abuse diagnosis among expert reviewers. *Child Abuse & Neglect, 37*, 456-464.
- Stanley, N. (2011). Engaging with child sexual abuse. *Child Abuse Review, 20*, 77-81. doi: 10.1002/car.1179
- Starling, S. P., Frasier, L. D., Jarvis, K., & McDonald, A. (2013). Inter-rater reliability in child sexual abuse diagnosis among expert reviewers. *Child Abuse & Neglect, 37*, 456-464.
- Starling, S. P., Heisler, K. W., Paulson, J. F., & Youmans, E. (2009). Child abuse training and knowledge: A national survey of emergency medicine, family medicine, and pediatric residents and program directors. *Pediatrics, 123*, 595-602.
- Statistisk sentralbyrå (2015). <http://www.ssb.no/> Lastet ned 15.mars 2015.

- Steine, I. M., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I. H., Mrdal, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *10*, 950-957.
- Stephenson, K. R., Hughan, C. P., & Meston, C. M. (2012). Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. *Child Abuse & Neglect*, *36*, 180-189
- Stine Sofies Stiftelse (2015). <http://stinesofiesstiftelse.no/> Lastet ned 15.mars 2015.
- Stoltenborgh, M., Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, *16*, 79-101.
- Strawbridge, Y. F. (2014). Role in prevention of infant and child sexual abuse. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, *21*, 51-51.
- Svedin, C. G., & Back, M. (2003). *Varför berättar de inte: Om att utnyttjas i barnpornografi*. Falun: Rädda Barnen.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløppsperspektiv*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport 1 / 2014.
- Topping, K. J., & Barron, I. G. (2009). School-Based Child Sexual Abuse Prevention Programs: A Review of Effectiveness. *Review of Educational Research*, *79*, 431-463.
- Toverud, R. (1997). Etske refleksjoner om barn, seksuelle overgrep og publisering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *34*, 3-7.
- Trickett, P. K., Mennen, F. E., Kim, K., & Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect*, *33*, 27-35.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, *23*, 453-476.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.
- Walker-Descartes, I., Sealy, Y. M., Laraque, D., & Rojas, M. (2012). Corrigendum to "Caregiver perceptions of sexual abuse and its effect on management after a disclosure" [Child Abuse Neglect 35 (2011) 437-447]. *Child Abuse & Neglect*, *36*, 266.
- Werner, E.E. (2005). What we can learn about resilience from large-scale longitudinal studies? I S. Goldstein & R. B. Brooks (red.), *Handbook of resilience in children* (s. 91-105). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for health promotion* <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion-1986> dato nedlastet 5.nov. 2014
- WHO (2005). *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*. Geneva: WHO.
- Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, *36*, 53-63.
- Wilson, H. W., & Widom, C. S. (2009). From child abuse and neglect to illicit drug use in middle adulthood: A prospective examination of the potential mediating role of four risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*, 340-354.
- Wolfe, D. A., & Legate, B. L. (2003). Expert opinion on child sexual abuse: Separating myths from reality. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 339-343.
- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, *33*, 59 - 68.
- Wurtele, S. K. (2009). Preventing Sexual Abuse of Children in the Twenty-First Century: Preparing for Challenges and Opportunities. *Journal of Child Sexual Abuse*, *18*, 1-18. doi: 10.1080/10538710802584650

Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect, 28*, 863-875.

Zeuthen, K., & Hagelskjær, M. (2013). Prevention of Child Sexual Abuse: Analysis and Discussion of the Field. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*, 742-760. doi: 10.1080/10538712.2013.811136

