



NORDLANDSFORSKNING

# **Multisystemisk terapi (MST) til barn med problematisk eller skadelig seksuell adferd - Erfaringer fra en implementeringsstudie**

Björg Eva Skogøy, Trond Bliksvær, Fredrik Langeland,  
Ragnhild Holmen Waldahl

---



NORDLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

# **Multisystemisk terapi (MST) til barn med problematisk eller skadelig seksuell adferd**

## **- Erfaringer fra en implementeringsstudie**

*Björg Eva Skogøy, Trond Bliksvær, Fredrik Langeland,  
Ragnhild Holmen Waldahl*

## PUBLIKASJONSINFO

Copyright © 2024 NORDLANDSFORSKNING  
Utgitt av Nordlandsforskning AS

Nordlandsforskning AS  
Postboks 1490  
N-8049 Bodø  
Tlf. +47 754 11 810  
nf@nforsk.no  
www.nordlandsforskning.no

Tittel: Multisystemisk terapi (MST) til barn med  
problematisk eller skadelig seksuell adferd - Erfaringer fra  
en implementeringsstudie  
NF-Rapport nummer: 20/2025  
ISBN (digital):978-82-7321-927-5  
ISSN (digital): 2704-033X

Forfatter(e): Bjørg Eva Skogøy, Trond Bliksvær, Fredrik  
Langeland, Ragnhild Holmen Waldahl  
Publikasjonsdato: 28.08.2025  
Forskningsleder: Ragnhild Holmen Waldahl  
Antall sider: 117

|                                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>FORORD .....</b>                                                                           | <b>3</b>  |
| <b>SAMMENDRAG .....</b>                                                                       | <b>4</b>  |
| <b>1 INNLEDNING .....</b>                                                                     | <b>10</b> |
| 1.1 OM STUDIEN .....                                                                          | 10        |
| 1.2 BAKGRUNN .....                                                                            | 11        |
| 1.3 ANDRE AKTØRER SOM ARBEIDER MED SSA I NORGE .....                                          | 19        |
| 1.4 GANGEN I RAPPORTEN .....                                                                  | 23        |
| <b>2 FORSKNING OM UTØVELSE AV SSA OG OM MST- PSB/MST VED SSA .....</b>                        | <b>24</b> |
| 2.1 OMFANG OG UTFORDRINGSBILDE .....                                                          | 24        |
| 2.2 STUDIER AV MST OG MST-PSB .....                                                           | 25        |
| 2.2.1. STUDIER .....                                                                          | 25        |
| <b>3 METODE .....</b>                                                                         | <b>31</b> |
| 3.1 INNLEDNING .....                                                                          | 31        |
| 3.2 UTVIKLING AV INTERVJUGUIDER .....                                                         | 31        |
| 3.3 REKRUTTERINGSPROSESSEN .....                                                              | 32        |
| 3.4 INTERVJUGJENNOMFØRING .....                                                               | 33        |
| 3.5 KVANTITATIVE DATA FRA NUBU .....                                                          | 34        |
| 3.6 ANALYSEPROSESSEN .....                                                                    | 34        |
| 3.7 VURDERINGER AV DATAMATERIALET OG METODISK GJENNOMFØRING .....                             | 35        |
| <b>4 BEGYNNENDE IMPLEMENTERING AV MST-PSB OG MST VED SSA .....</b>                            | <b>39</b> |
| 4.1 VÅR IMPLEMENTERINGSFORSTÅELSE .....                                                       | 39        |
| 4.2 OPPSTART OG ORGANISERING .....                                                            | 40        |
| 4.3 OPPLÆRING, VEILEDNING OG KOMPETANSEHEVING .....                                           | 45        |
| 4.4 SAMHANDLING MED ANDRE TJENESTER OG KOMPETANSEMILJØER .....                                | 50        |
| 4.5 OVERGANGEN TIL MST VED SSA .....                                                          | 53        |
| 4.6 KVALITETSSIKRING OG RESULTATEVALUERING .....                                              | 55        |
| 4.7 VURDERING AV DEN BEGYNNENDE IMPLEMENTERINGEN .....                                        | 61        |
| <b>5 OM BARN OG UNGE SOM SØKES TIL OG MOTTAR MST VED SSA .....</b>                            | <b>66</b> |
| 5.1 KJENNETEGN VED BARN OG TYPER SAKER I TEAMENE .....                                        | 66        |
| 5.2 ENDRING I BARN SITUASJON GJENNOM BEHANDLING I MST-PSB/MST VED SSA .....                   | 68        |
| 5.3 BARN/UNGE OG FAMILIERS ERFARINGER MED MST .....                                           | 71        |
| 5.4 RELASJONELLE UTFORDRINGER OG TERAPEUTISK ARBEID HOS MED BARN SOM MOTTAR MST FOR SSA ..... | 75        |
| <b>6 ANSATTES ERFARINGER MED Å ARBEIDE MED MST VED SSA .....</b>                              | <b>77</b> |
| 6.1 ARBEID MED SSA SKILLER SEG FRA ANDRE TYPER MST-SAKER .....                                | 77        |
| 6.2 ANSATTES REAKSJONER OG BEHOVET FOR STØTTE RUNDT TERAPEUTEN .....                          | 84        |
| 6.3 SYSTEMATIKKEN I MST ER EN STOR STYRKE .....                                               | 88        |
| 6.4 VI BØR NÅ FAMILIENE ALLEREDE I FØRSKOLEALDER .....                                        | 89        |
| 6.5 UTFORDRINGER OG DILEMMA .....                                                             | 89        |

|          |                                                                                                                                                   |            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>7</b> | <b>DISKUSJON AV SENTRALE FUNN OG ANBEFALINGER/KONKLUDERENDE DISKUSJON MED ANBEFALINGER/KONKLUSJON MED ANBEFALINGER.....</b>                       | <b>91</b>  |
| 7.1      | BEGYNNENDE IMPLEMENTERING OG ENDRING I MODELLEN UNDERVEIS. ....                                                                                   | 91         |
| 7.2      | STYRKER VED MST-MODELLEN I ARBEID MED SSA.....                                                                                                    | 93         |
| 7.3      | BEGRENSNINGER OG UTFORDRINGER.....                                                                                                                | 94         |
| 7.4      | TILGANG OG LIKEVERD: HVEM FÅR FAKTISK HJELP?.....                                                                                                 | 95         |
| 7.5      | ER MST ET GODT EGNET TILTAK FOR UNGE MED SSA? .....                                                                                               | 96         |
| 7.6      | HVORDAN KAN KUNNSKAP OM BRUK AV MST FOR BARN OG UNGE MED SEKSUELL ATFERDSPROBLEMATIKK BIDRA TIL Å VIDEREUTVIKLE OG STYRKE TJENESTETILBUDET? ..... | 97         |
| 7.7      | KVALITETSSIKRING OG VIDERE FORSKNING .....                                                                                                        | 98         |
| 7.8      | ANBEFALINGER .....                                                                                                                                | 100        |
|          | <b>REFERANSER .....</b>                                                                                                                           | <b>103</b> |
|          | <b>VEDLEGG.....</b>                                                                                                                               | <b>111</b> |

# FORORD

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og er resultatet av en følgeforskning/evaluering av implementeringen av multisystemisk terapi (MST) ved problematisk eller skadelig seksuell adferd (SSA) i Norge.

Følgeforsknings/evalueringsprosjektet inngår som et delprosjekt i det større FoU-prosjektet «Utvikle likeverdige og virksomme tiltak mot vold og diskriminering», som er et samarbeid mellom forskningsinstitusjonene Fafo, NOVA, og Nordlandsforskning<sup>1</sup>. Sammen med forskere i et annet delprosjekt i dette FoU-prosjektet (*Skadelig seksuell atferd (SSA) hos barn i barnevernet*), ble vi bedt om å utvikle forslag til hvordan tjenestetilbudet til denne målgruppen kan videreutvikles. Det har derfor vært jevnlig dialog mellom disse to prosjektene gjennom prosjektperioden.

Vi ønsker å takke ansatte i NABE, NUBU og i de fem MST-teamene for at dere i en hektisk hverdag besvarte våre henvendelser, oversendte materiale, stilte dere til disposisjon for intervju og bisto med å formidle kontakt med foreldre. Takk for diskusjon og innspill på arbeidsmøter med presentasjon av foreløpige funn. En særlig takk til familien med foreldre og barn som delte av deres erfaringer.

Takk også til referansegruppen, bestående av Eva Mørch (Psykologspesialist og leder Ressursenheten V27, Prosjektleder Nasjonalt kontaktpunkt, Betanien sykehus), Morten Jensås Lundgren (Rådgiver RVTS, Region Midt), Heidi Eriksen Losnedal (Seniorrådgiver Statens Barnehus Bergen, Vest politidistrikt Politihuset Bergen) og Cecilie Gulliksen (Teamleder, Enhet for barnevern, Bydel Vestre Aker, Oslo kommune). Takk for gode råd og innspill underveis i planleggingen av undersøkelsen, og ved presentasjon av foreløpige funn og anbefalinger.

Takk også til leder og deltakere i delprosjekt 7 ved NOVA, og SSA i barnevernet; Lotte Cathrin Andersen, Kari Sjøhelle Jevne, og Lars Roar Frøyland. Takk for godt samarbeid og samsnakk underveis.

Vi vil også takke våre kontaktpersoner hos oppdragsgiver, Elin Skogøy, Anders Næss, Elise Skarsaune og Ingvil Kristine Thallaug Øverli for godt samarbeid og gode diskusjoner gjennom prosjektperioden.

Takk også til Arne Backer Grønningsæter og Christian Li Kristensen for gjennomlesing og kvalitetssikring.

Alle mangler som måtte hefte ved rapporten står for forfatterens regning.

Bodø, juni 2025

Forfatterne

---

<sup>1</sup> For mer informasjon om forskningsprosjektet: <https://www.fafo.no/prosjekter/aktive-prosjekter/utvikle-likeverdige-og-virksomme-tiltak-mot-vold-og-diskriminering>

# SAMMENDRAG

Denne rapporten presenterer resultatene fra en følgeevaluering av implementeringen av multisystemisk terapi (MST) i arbeid med barn og unge mellom 10 og 18 år som har utøvd problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA). MST er en intensiv, hjemmebasert behandlingsmodell som retter seg mot atferdsproblemer gjennom arbeid med familien og barnets nærmiljø.

I 2021 ble det etablert utprøving av MST-PSB – en lisensiert amerikansk variant av MST spesielt utviklet for barn med bekymringsfull seksuell atferd (problematic sexual behavior). Fem MST-team fikk opplæring i modellen, men i løpet av den begynnende implementeringen ble antallet redusert til tre team. NUBU (Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge) har hatt ansvar for opplæring og kvalitetssikring.

Utprøvingen av MST-PSB ble avsluttet ved utgangen av 2023. Fra 2024 videreføres arbeidet i form av MST ved SSA – en norsk tilpasning basert på standard MST, men med forsterket kompetanse på SSA og bruk av det britiske kartleggingsverktøyet AIM3. Det videre utviklingsarbeidet skjer i samarbeid med Ressursenhet V27 som er tilknyttet Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk ved Betanien sykehus.

Formålet med evalueringen er å undersøke hvordan utprøvingen av MST-PSB har fungert i norsk kontekst, samt å vurdere om programmet fremstår som et egnet tiltak for målgruppen. Siden avtalen om MST-PSB ble avsluttet 1.1.24, har hovedmålet med evalueringen blitt endret underveis, slik at vi også har følgeevaluert overgangen til MST ved SSA.

## Problemstillinger

Evalueringen søker å belyse følgende seks problemstillinger:

- Hvilke erfaringer er gjort under opplæring, etablering og drift av MST-PSB /MST ved SSA?
- Hvor mange barn søkes til MST-PSB /MST ved SSA, og hvilke kriterier ligger til grunn for utvelgelse?
- Hvordan opplever barn og unge og deres familier tilbudet?
- Hvordan opplever ansatte å arbeide med problematikken?
- Er MST-PSB /MST ved SSA et godt egnet tiltak for barn og unge med SSA?
- Hvordan kan kunnskap om hvordan MST-PSB /MST ved SSA er anvendt for barn og unge med seksuell adferdsproblematikk bidra til å videreutvikle og styrke tjenestetilbudet til denne gruppen?

## Data og metode

Evalueringen bygger på et kombinasjonsdesign med både kvalitative og kvantitative data. Den kvalitative delen utgjør kjernen i datamaterialet og inkluderer semistrukturerte intervjuer med tre hovedgrupper:

- **Ansatte i MST-teamene:** 23 informanter fordelt på fem team som har arbeidet med MST-PSB eller MST ved SSA, inkludert terapeuter, teamledere og MST-konsulent.
- **Nasjonalt implementeringsnivå:** To ansatte ved NUBU, som har hatt ansvar for opplæring, implementeringsstøtte og veiledning i MST ved SSA.
- **En familie med gjennomført behandlingsforløp:** Ett barn og begge foreldre ble intervjuet om sine erfaringer med MST-PSB.

Det kvalitative materialet belyser erfaringene med implementering, behandlingsarbeid og opplevd nytte fra både profesjons- og brukerperspektiv. I tillegg bidrar terapeutenes refleksjoner til indirekte innsikt i hvordan familiene opplever behandlingen.

Det kvantitative materialet består av kvalitetssikringsdata samlet inn av NUBU gjennom behandlingsforløpene. Disse dataene gir informasjon om antall henviste og behandlede saker, varighet på behandling, barnas og familienes karakteristika, samt utvikling i psykososial fungering og atferd målt med standardiserte verktøy (som SDQ). Per september 2024 var det registrert 42 avsluttede eller pågående behandlingsforløp.

Datainnsamlingen har vært metodisk og etisk krevende, særlig fordi målgruppen er sårbar, og tematikken er tabubelagt. Rekruttering av familier har vært vanskelig, og det har vært nødvendig å balansere hensyn til forskningsetikk, relasjonen mellom terapeuter og familier, og barns og foreldres opplevelse av trygghet. Dette gjør at brukerperspektivet i hovedsak er basert på én case og supplert med terapeutenes vurderinger.

### **Implementering, organisering og faglig utvikling**

Evalueringen viser at MST ved SSA samlet sett vurderes som hensiktsmessige tiltak for en sårbar og sammensatt målgruppe. Selv om det er utfordrende å trekke bastante konklusjoner om effekt etter en kort implementeringsperiode, indikerer både intervjudata og kvalitetssikringsdata en positiv utvikling i flere saker.

Implementeringen startet i 2021 med innføring av MST-PSB etter en amerikansk modell. De fem pilotteamene ble valgt fra etablerte MST-miljøer med lang erfaring fra standard MST i Norge. De beskrev god organisatorisk støtte, stabile team og engasjement for målgruppen. Opplæringen fra de amerikanske MST-PSB-konsulentene ble verdsatt, særlig deres kompetanse på SSA og erfaring fra feltet. Samtidig ble opplæringen vurdert som noe snever og mindre tilpasset norske forhold, blant annet fordi den i liten grad adresserte traumer, nyere familieterapeutiske perspektiver og det digitale utfordringsbildet knyttet til SSA. Dette er særlig viktig fordi internasjonal forskning viser at en del barn som har utøvd skadelig seksuell atferd selv kan ha vært utsatt for vold eller overgrep.

Flere utfordringer ble identifisert i denne fasen: Den opprinnelige modellen opplevdes som lite fleksibel, og det var svak norsk kontekstforståelse hos amerikanske konsulenter. I tillegg kom konsultasjonene på toppen av øvrige veiledningsstrukturer og ble til dels opplevd som overbelastende.

Overgangen fra MST-PSB til MST ved SSA ved årsskiftet 2023/2024 innebar en tilpasning til norske forhold. Den nye modellen kombinerer standard MST med AIM3-verktøy og et nært samarbeid med Ressursenhet V27. Denne endringen ble av teamene omtalt som svært positiv. Den oppleves mer fleksibel, kulturelt relevant og bedre egnet til å ivareta samarbeidet med øvrige tjenester.

Det finnes ulike syn på hvordan fremtidig organisering bør se ut. Noen ledere ønsker egne spesialteam med spisskompetanse på SSA, særlig i områder med høy pågang av henvisninger. Andre mener SSA bør forstås som én av flere atferdsutfordringer og at det er viktigere å sikre at alle MST-team har grunnkompetanse på området. Vi vurderer at en slik strategi kan også bidra til mer likeverdig tilgang til behandling på tvers av regioner.

### **Målgruppe og familieerfaringer**

Datamaterialet viser at det i perioden fra 2021 til høsten 2024 ble behandlet 42 saker med MST-PSB/MST ved SSA. Det er betydelig variasjon mellom regionene, noe som ser ut til å henge sammen med ulik kjennskap til tiltaket, lokale henvisningsrutiner og tjenestekultur. De fleste barna som fikk behandling, var gutter i ungdomsskolealder. Flere av barna hadde tidligere vært i kontakt med psykisk helsevern og barnevern. Rusproblematikk fremstår som mindre fremtredende i denne målgruppen. Når det gjelder andre former for utfordrende atferd, er datagrunnlaget mindre presist og preget av at registreringene i stor grad er knyttet til den seksuelle atferden. Dette gjør det vanskelig å si noe sikkert om forekomst og mønstre.

Teamene beskriver at barna som mottar MST ved SSA ofte har komplekse og sammensatte utfordringer. Seksuell atferd som vekker bekymring fremstår sjelden som et isolert fenomen, men henger sammen med andre vansker i barnets livssituasjon – som relasjonelle utfordringer, kognitive eller språklige vansker, og svak forståelse for sosiale normer og grenser. I mange av sakene peker terapeutene på mangelfull impuls kontroll og vansker med emosjonsregulering som medvirkende faktorer, ofte i kombinasjon med tidligere traumer eller omsorgssvikt.

Denne problemprofilen bekreftes også i internasjonale studier og casebeskrivelser, og skiller seg noe fra bildet av ungdom med alvorlig atferdsproblematikk som typisk preges av rus, skolefravall og institusjonserfaring. I stedet er det ofte barn som bor hjemme, går på skole og fungerer tilsynelatende greit på noen områder, men som likevel har betydelige utfordringer med sosial forståelse og tilpasning. Det er dette komplekse bildet behandlingen må fange opp og tilpasse seg til.

Intervjuene med ett barn og barnets foreldre gir innsikt i hvordan behandlingen oppleves fra familiens ståsted. Familien beskriver MST som en krevende, men meningsfull prosess. Barnet opplevde særlig klargjøringsarbeidet – der det måtte sette ord på det som hadde skjedd – som utfordrende, men samtidig viktig for å redusere selvbefridelse og emosjonelt stress. Både barnet og foreldrene rapporterer om bedre kommunikasjon, tettere relasjoner og økt opplevelse av trygghet etter behandlingen.

For å supplere disse funnene har vi også innhentet terapeutenes vurderinger av hvordan andre familier opplever behandlingstilbudet. De fleste ansatte rapporterer at foreldre uttrykker takknemlighet for konkret hjelp og støtte, og at det gir trygghet å bli fulgt tett opp i en vanskelig situasjon. Flere trekker frem at behandlingen ofte fører til styrket samarbeid innad i familien, bedre grensesetting og mer åpenhet rundt vanskelige temaer. Selv om behandlingen oppleves som krevende, formidler mange familier, ifølge terapeutene, at endringene som skjer underveis bidrar til økt trygghet og bedre relasjoner mellom barn og foreldre.

Disse erfaringene tyder samlet sett på at MST ved SSA oppfattes som et relevant og virkningsfullt tiltak for en målgruppe med sammensatte behov, der seksuell problematikk ikke kan forstås isolert, men må ses i lys av barnets helhetlige livssituasjon.

### **Ansattes erfaringer og profesjonelle dilemma**

Intervjuene med ledere, terapeuter og MST-konsulent gir innsikt i hvordan ansatte opplever å jobbe med MST rettet mot barn og unge som har utøvd SSA. Mange beskriver arbeidet som meningsfullt og viktig, og opplever at de ofte lykkes og får positive tilbakemeldinger. Samtidig fremheves det som faglig krevende og følelsesmessig utfordrende å jobbe med SSA-problematikk. Det stiller særskilte krav til kompetanse, trygghet og kommunikasjon, og terapeutene må finne et språk for å håndtere temaer som vekker skyld, skam og uro hos både barn og foreldre.

Særlig utfordrende beskrives det å jobbe med saker der krenkelsene har skjedd i nære relasjoner – for eksempel mot yngre søsken – eller i nærmiljøet. Slike saker kan skape spenninger i familien og føre til sosial isolasjon. Terapeutene må balansere mellom å bygge tillit og å etablere tydelige trygghetsplaner for å forebygge nye krenkelser. En sentral del av arbeidet er å forstå barnets utfordringer i et multisystemisk perspektiv og bidra i det krevende arbeidet med å reetablere tilliten mellom familien og barnet, og ofte i lokalsamfunnet.

Flere terapeuter uttrykker at arbeid med SSA-saker kan være emosjonelt belastende og at det påvirker dem også i privatlivet. Det er særlig krevende å stå i dette arbeidet over tid når man jobber alene med familiene, ofte med lang reisevei. Selv om det finnes rom for å dele erfaringer i teamene, etterlyser flere mer systematisk støtte og debriefing. Det pekes på behov for tydeligere strukturer for oppfølging og ivaretagelse av terapeuter i møte med denne typen problematikk.

Til slutt fremhever flere informanter at barn med SSA ofte har sammensatte og langvarige utfordringer, som psykiske helseplager, traumer og kognitive vansker. Dette krever mer enn kortvarige tiltak. Samarbeid med psykisk helsevern og andre instanser trekkes frem som avgjørende for å sikre helhetlig oppfølging. Terapeutene verdsetter MSTs helhetlige perspektiv, men påpeker samtidig behovet for mer langsiktig støtte og tidligere innsats for barn i risikozonen.

### **Konklusjon**

Evalueringen viser at den videreutviklede modellen MST ved SSA, fremstår som et relevant og hensiktsmessig tiltak for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Modellen gir rom for familieinvolvering, tett oppfølging og arbeid på tvers av systemene som omgir barnet – og kan dermed møte kompleksiteten som kjennetegner denne målgruppen. Både ledere, terapeuter, MST-konsulenter og familier gir uttrykk for at modellen kan bidra til betydningsfull endring.

Overgangen fra den lisensierte amerikanske modellen (MST-PSB) til MST ved SSA har styrket faglig forankring og relevans i norsk kontekst. Samarbeidet med Ressursenhet V27 og bruken av AIM3-verktøyet vurderes som en vesentlig forbedring og bidrar til en mer fleksibel og treffsikker praksis. Denne tilpasningen kombinerer grunnprinsippene i MST med verktøy utviklet for SSA-feltet, og vurderes som et steg i riktig retning.

Samtidig er det fortsatt behov for videreutvikling. Evalueringen peker særlig på utfordringer knyttet til variasjon i tilgjengelighet og henvisningspraksis, behov for økt synlighet og kunnskap om SSA i førstelinjetjenestene, samt styrket kompetanse og kvalitetssikring i teamene. Erfaringene viser også at arbeidet med SSA-saker er krevende for ansatte, og at det er behov for bedre støtte og struktur rundt debriefing og selvivaretagelse.

På denne bakgrunn er rapportens hovedanbefaling at MST ved SSA videreføres som behandlingstilbud, samtidig som det utvikles videre. Evalueringen viser at det ligger et betydelig potensial i å bygge videre på modellen slik den nå praktiseres – med økt faglig støtte, mer systematisk bruk av data, bedre samhandling på tvers av tjenester og tiltak for å sikre bedre og mer likeverdig tilgang.

Rapportens øvrige anbefalinger retter seg mot styrket samordning, fleksibilitet i henvisningsprosesser, videre utvikling av opplærings- og veiledningssystemene og tiltak for å fremme kunnskapsutvikling – herunder vurdering av et tverrsektorielt kvalitetsregister.

# Forkortelser

I fagfeltet brukes det en rekke ulike begreper, definisjoner og forkortelser, der bruken har endret seg over tid. Dette kan gjøre det krevende for de som skal bli kjent med et nytt fagfelt, ved at ulike miljøer bruker ulike begreper.

- **AIM3** – *Assessment–Intervention–Moving on*, et kartleggings- og behandlingsverktøy for barn og unge med seksuell atferdsproblematikk. Er over tid utviklet til versjon 3.
- **ERASOR** – *Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism*, et forskningsbasert kartleggingsverktøy for å vurdere risiko for gjentakelse.
- **HSB** – *Harmful Sexual Behaviours*, begrep brukt internasjonalt, særlig i Storbritannia og Australia.
- **Klargjøring / Clarification** – Terapeutisk prosess innen MST-PSB der barn og foreldre sammen arbeider med å belyse og forstå hva som har skjedd, og hvordan man kan gå videre.
- **MST** – *Multisystemisk terapi*, et evidensbasert, lisensiert behandlingsprogram utviklet i USA for ungdom med alvorlige atferdsproblemer.
- **MST-PSB** – *Multisystemisk terapi ved bekymringsfull seksuell atferd* (Problematic Sexual Behavior), en spesialisert MST-modul utviklet for barn med seksuell atferdsproblematikk.
- **MST ved SSA** – *Multisystemisk terapi ved problematisk eller skadelig seksuell atferd*, brukt om standard MST med spesifikke tilpasninger for SSA.
- **NKVTS** – *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.
- **NUBU** – *Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge*, ansvarlig for opplæring, implementering og kvalitetssikring av MST i Norge.
- **PHBU** – *Psykisk helsevern for barn og unge*.
- **PSA / SSA** – *Problematiske og skadelige seksuelle atferd*, brukt som norsk oversettelse av HSB.
- **PSB** – *Problematic Sexual Behavior*, vanlig begrep i amerikansk sammenheng, oversettes av NUBU til «bekymringsfull seksuell atferd».
- **Ressursenheten V27** – *Ressursenhet V27 er tilknyttet barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) ved Betanien sykehus, og har en regional spisskompetansefunksjon for barn og unge som utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd*
- **RVTS** – *Regionalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.
- **SMISO** – *Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep*.
- **SSA** – *Problematiske eller skadelige seksuelle atferd*, forkortelse brukt i Norge og i denne rapporten.

# 1 Innledning

## 1.1 Om studien

Denne forskningsrapporten evaluerer erfaringene med behandlingsmetoden Multisystemisk terapi (MST), når den brukes i situasjoner med problematisk eller skadelig seksuell adferd (SSA) blant barn og unge i alderen 10 til 18 år.

MST-modellen er et lisensiert behandlingsprogram fra USA som formidles av organisasjonen MST Services (Henggeler et al., 2013). Fra 1999 har MST blitt implementert i Norge. Mens MST-teamene i USA oftest er knyttet til justissektoren, er de i Norge etablert i det statlige barnevernet, som følger opp barn under 18 år med alvorlige adferdsproblemer. Fra 2021 ble det igangsatt et forsøk med utprøving av MST i situasjoner der barn har utøvd SSA overfor andre barn, gjennom bruk av modellen MST-PSB (Multisystemisk terapi ved bekymringsfull). Fra 1.1.2024 ble det besluttet å avslutte forsøket med MST-PSB og heller videreføre arbeidet mot barn og unge med SSA gjennom den ordinære MST-modellen med visse justeringer (MST ved SSA). Tema for rapporten er erfaringene fra de tre første årene, fra 2021 til høsten 2024.

Hovedmålet med evalueringen er å få frem kunnskap om implementeringen av MST-PSB, og vurdere om programmet er et egnet tiltak for målgruppen. Siden avtalen om MST-PSB ble avsluttet 1.1.24, har hovedmålet med evalueringen blitt endret underveis, slik at vi også har følgeevaluert overgangen til MST ved SSA.

Hovedmålet med oppdraget skal nås gjennom å belyse følgende seks spørsmål:

- Hvilke erfaringer er gjort under opplæring, etablering og drift av MST-PSB /MST ved SSA?
- Hvor mange barn søkes til MST-PSB /MST ved SSA, og hvilke kriterier ligger til grunn for utvelgelse?
- Hvordan opplever barn og unge og deres familier tilbudet?
- Hvordan opplever ansatte å arbeide med problematikken?
- Er MST-PSB /MST ved SSA et godt egnet tiltak for barn og unge med SSA?
- Hvordan kan kunnskap om hvordan MST-PSB /MST ved SSA er anvendt for barn og unge med seksuell adferdsproblematikk bidra til å videreutvikle og styrke tjenestetilbudet til denne gruppen?

## Faktaboks

### Barn og ungdom

Vi bruker begrepet *barn* om alle mindreårige under 18 år, noe som er i tråd med norsk lovgivning og forpliktelser i henhold til FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barne- og familiedepartementet [BFD], 2003). *Ungdom* brukes spesifikt om barn mellom 13-17 år.

Det kan være en diskrepans mellom barnets kronologiske alder og barnets utviklingsalder, og det vil i mange tilfeller være nødvendig å gjøre en profesjonell vurdering av barnets sosiale, fysiske, psykiske, kognitive og seksuelle modning og status sammenlignet med atferd og karakteristika som er forventet ut fra barnets kronologiske alder (NICE, 2016).

### Seksuell helse

Seksuell helse defineres av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som *"en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. Det er ikke kun fravær av sykdom, dysfunksjon eller funksjonsnedsettelse. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, herunder muligheten til å ha lystfylte og trygge seksuelle opplevelser, frie for tvang, diskriminering og vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må det enkelte individs rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles"* (Helsedirektoratet 2023).

De fleste barn og ungdom viser sunn og normal seksuell atferd gjennom hele sin utvikling, preget av aldersadekvat nysgjerrighet, lek, og samtykke uten maktbruk. Noen utvikler imidlertid seksuell atferd som vekker bekymring hos andre eller dem selv. Dette kan være urovekkende atferd utøvd alene eller mot andre, både fysisk og via teknologi og sosiale medier. Hos barn og ungdom er slik atferd ofte situasjonsbestemt og kan skyldes manglende kunnskap, aggresjon, sjalusi, avvising, hevn eller seksuell utforskning (Sjøly, Myrberg, & Jensen, 2021b, s.15).

### Bekymringsfull seksuell atferd

I Norge har man valgt å bruke screeningverktøyet «Trafikklyset» for grønn, gul og rød seksuell atferd (norsk versjon)<sup>1</sup>, sammen med en tilpasning av Hacketts definisjonskontinuum (2010) for å differensiere bekymringsfull seksuell atferd til (Jensen 2023, s. 1).

#### OK/Sunn seksuell atferd (grønn)

Dette innebærer gjensidighet, samtykke, aldersadekvat utprøving, lek, moro og ingen maktforskjell i forhold til styrke (størrelse, alder, status og kognitivt).

#### Problematiske seksuell atferd (PSA) (gul)

Den seksuelle atferden kan være ok, men den er ikke passende i situasjonen eller relasjonen, den er ikke aldersadekvat, det kan være en impulsiv atferd, eller påvirket av press som oppleves ukomfortabelt for andre barn, uten at de blir redde.

#### Skadelig seksuell atferd (SSA) (rød)

Atferden oppleves skadelig for fornærmede, skadelig for utøver, ikke aldersadekvat, er planlagt, og gjennomføres ved bruk av makt, med krav om hemmeligholdelse. Utøver tar ikke ansvar, adferden gjentas eller er økende og vanskelig å stoppe. Negative følelser som frykt, sinne, og aggresjon, og fornærmede har negative reaksjoner på hendelsen (Jensen, Garbo, Kleive, Grov, & Hysing, 2016, s. 1).

Ved omtale av barn som har utøvd bekymringsfull seksuell atferd anbefales at det benyttes formen presens perfektum *har utøvd*, for å understreke at dette er atferd som har skjedd, og ikke atferd som nødvendigvis vil gjentas (Allardyce & Yates, 2017; Jensen 2023), mens utsatte barn kan benyttes om barn som har vært utsatt for ulike typer bekymringsfull seksuell atferd av andre mindreårige (Jensen 2023, s. 4).

## 1.2 Bakgrunn

### 1.2.1. Beskrivelse av MST

Multisystemisk terapi (MST) er en familie- og samfunnsbasert behandling rettet mot barn mellom 12 og 18 år med alvorlige atferdsproblemer, som for eksempel utfordringer i relasjonen til familie, skole og nærmiljø. Disse utfordringene kan omfatte alt fra fysisk eller verbal aggresjon, hærverk, rusproblemer, til skolefravær og ugunstig påvirkning fra venner. Barna bor hjemme under behandlingsforløpet, og intervensjonen er i hovedsak rettet mot familie- og sosiale systemer. Det teoretiske fundamentet for MST bygger på generell systemteori (von Bertalanffy, 1968) og teorien om sosial økologi (Bronfenbrenners, 1979, se Hengeller et al., 2013).

MST defineres gjerne også som en foreldreveiledningsmetode, som retter seg mot selektert og indikert innsatsnivå (Kvello, 2024). «Selektert» vil si bistand i en tidlig fase (tidlig innsats) der man ser tydelig risiko for utvikling av vansker hos barn (antas å gjelde 12-15 prosent av norske familier), mens «indikert» innsatsnivå er bistand til familier som har betydelige vansker (antas å gjelde 7-8 prosent av norske barn) (op.cit).

Målene med MST-behandlingen inkluderer å styrke familierelasjonene, forbedre foreldrenes oppdragelsesmetoder, øke kontakten med støttende sosiale nettverk og med offentlige tjenester. Det er også mål om å bedre barn og unges trivsel og prestasjoner, forhindre kontakt med negative miljøer, gjenopprette kontakt med positive venner og aktiviteter, samt utruste familien til å håndtere fremtidige utfordringer (Bufdir, u.å.).

Behandlingen tilpasses den enkelte families behov og utføres av terapeuter som møter familien hjemme på fleksible tidspunkter. MST er et intensivt program med hyppige hjemmebesøk, møter med skolen og andre støttepersoner. Terapeutene er tilgjengelig for kontakt døgnet rundt, syv dager i uken og i visse perioder kan det være flere hjemmebesøk i uken. Behandlingsvarigheten varierer vanligvis mellom tre og fem måneder, men kan avsluttes tidligere hvis behandlingsmålene nås. MST-behandlingen har ni prinsipper som er styrende for arbeidet: 1. Multisystemisk problemanalyse, 2. Positiv og styrkefokuset, 3. Øke ansvarligheten, 4. Her-og-nå-fokusert, handlingsrettet, 5. Fokus på atferdssekvenser, 6. Tilpasset den unges utviklingsnivå, 7. Kontinuerlig innsats, 8. Evaluering og ansvarliggjøring, og 9. Generalisering (Kyrrestad & Handegård, 2017).

Disse ni prinsippene brukes i en strukturert, analytisk prosess for å skape engasjement i familien. De hjelper også terapeuten med å identifisere og adressere de underliggende årsakene til ungdommens atferdsproblemer. Først gjøres det en kartlegging av problematferden og behandlingsmålene klargjøres. Videre gjennomføres det en analyse av konteksten og hvilke ulike systemer som påvirker barnet, inkludert familie, skole, venner og nærmiljø. I tillegg blir drivere som opprettholder den uønskede atferden identifisert. Deretter utvikles målrettede strategier for å endre ulike faktorer, som styrking av foreldreferdigheter, å forbedre kommunikasjon i familien og redusere barnets kontakt med negativ påvirkning. Fremgangen i behandlingen evalueres og intervensjonene justeres basert på ukentlig tilbakemelding. Prosessen er dynamisk og tilpasses kontinuerlig basert på ungdommens og familiens behov og responsen på behandlingen (Hukkelberg, Ogden, & Thøgersen, 2022).

### **1.2.2. Organiseringen av MST i Norge**

MST i Norge er et statlig-regionalt barnevernstiltak som iverksettes etter henvisning fra det kommunale barnevernet. Før henvisning skal det kommunale barnevernet ha gjennomført nødvendige undersøkelser og vurderinger av barnets situasjon.

MST-arbeidet er organisert gjennom team som driftes av Bufetats fem regioner, med følgende geografisk fordeling:

- Region nord (Nordland Troms og Finnmark): MST Bodø, MST Mo i Rana og MST Tromsø.
- Region Midt-Norge (Trøndelag og Møre og Romsdal): MST Trøndelag Nord, MST Trøndelag Sør 1 og 2, MST Nordmøre og Romsdal og MST Sunnmøre.
- Region vest dekker (Vestland og Rogaland): MST Bergen 1 og 2, MST Haugesund og MST Stavanger.
- Region øst (Akershus, Østfold og Innlandet): MST Gjøvik, MST Hamar, MST Lillestrøm, MST Sandvika, MST Ski, MST Østfold.
- Region sør (Agder, Buskerud, Vestfold og Telemark): MST Telemark, MST Agder 1 og 2, MST Buskerud 1 og 2, MST Vestfold 1 og 2.

Figur 1 nedenfor viser kart over regionene med MST teamene, med team som har deltatt i utprøving av MST-PSB/MST ved SSA, og potensialet for videre implementering i nye team.

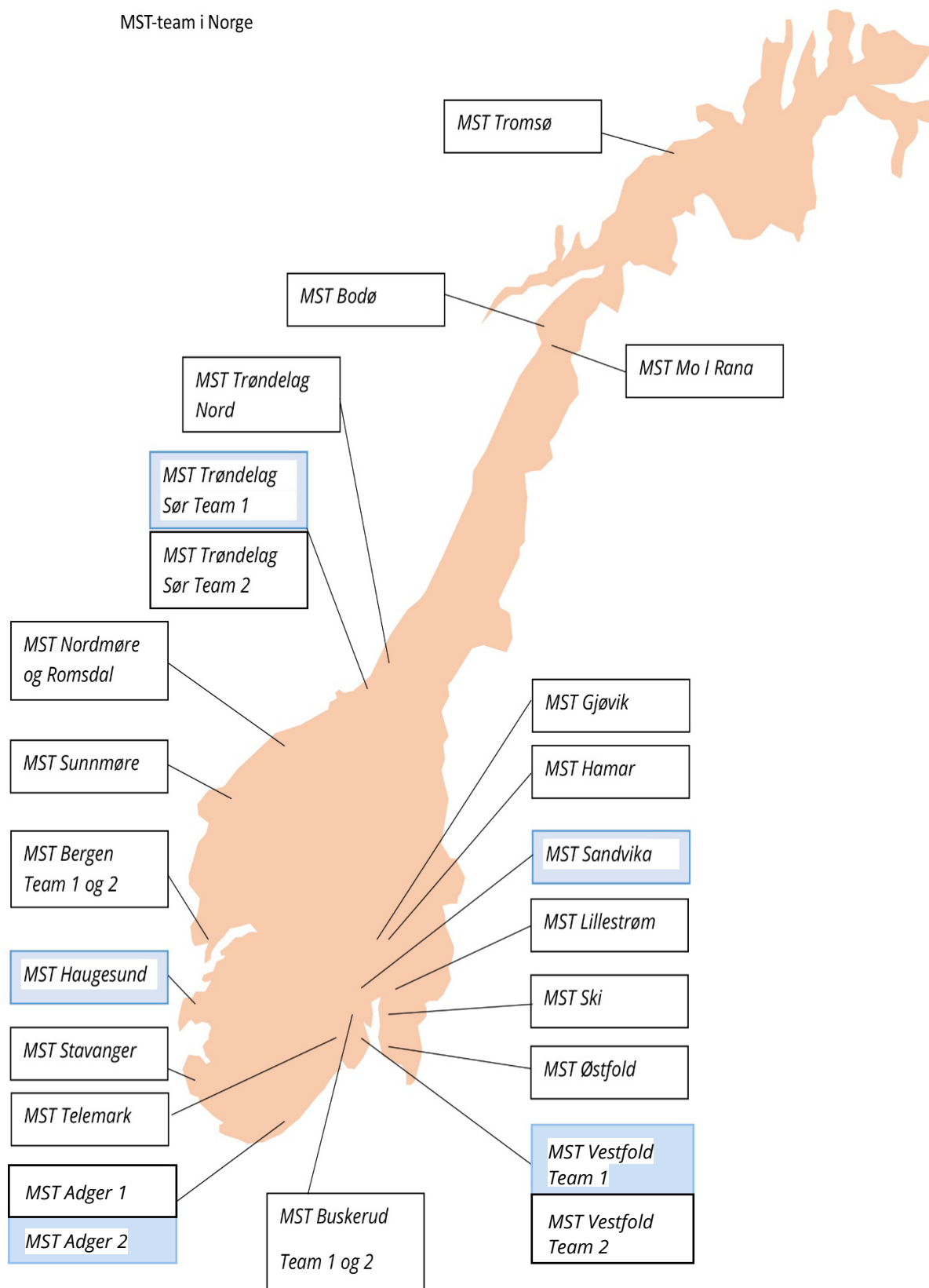
Opplæring i MST fordrer ansettelse i et MST-team. Bufetat-regionene har ansvaret for driften av teamene, mens opplæringen gjennomføres av MST-konsulenter. Grunnopplæringen består av et femdagers kurs, og teamene deltar deretter i kvartalsvise utviklingsseminarer (såkalte boostere). MST-konsulentene har også ansvaret for ukentlige veiledninger og oppfølging av alle MST-teamene i Norge.

MST-konsulentene, totalt fem-seks stykker, er organisert under Nasjonal enhet for behandlingstiltak (NABE)<sup>2</sup>, som er organisert under Bufetat Region Midt. Bufetat Midt har også arbeidsgiveransvaret for MST-konsulentene.

---

<sup>2</sup> Nasjonal enhet for behandlingstiltak (NABE) er forankret i Bufetat, og har nasjonale oppgaver for hele Bufetat. NABE har ansvar for å støtte Bufetats fem regionale inntaksenheter og bistår med kartlegging og målgruppevurdering av ungdom som kommunene søker om plass for på behandlingsinstitusjoner etter barnevernloven §§ 6-1 og 6-2. Kartleggingen utføres av psykologer som benytter risikovurderingsinstrumentet YLS/CMI for å vurdere risikoen for videre atferdsproblemer som rus, kriminalitet og vold. Denne vurderingen danner grunnlaget for å avgjøre hvilken type behandlingsinstitusjon som er mest hensiktsmessig for den enkelte ungdom. I tillegg har NABE ansvar for implementering og kvalitetssikring av behandlingsmodeller som Multisystemisk terapi (MST), læringsbasert rusbehandling (LBR) og MultifunC i Norge ([Kontaktinformasjon for inntak | Bufdir](#)).

Figur 1. Kart over MST



Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) har det nasjonale ansvaret for implementering, drift og kvalitetssikring av alle versjonene av MST, på oppdrag fra Bufdir. Inkludert i dette er også oppfølgingen av MST konsulentene. NUBU har også ansvar for innsamlingen av kvalitetssikringsdata og måling av trofasthet til MST-metoden.

### **1.2.3. Beskrivelse og organisering av MST-PSB**

Multisystemisk terapi ved bekymringsfull seksuell adferd (MST-PSB<sup>3</sup>) er en utvidet versjon av standard MST for barn og unge med adferdsvansker som inkluderer SSA. Mens standard MST gir tilbud til barn og unge mellom 12 og 18 år, gir MST-PSB tilbud til barn og unge mellom 10-18 år, noe som har sammenheng med at skadelig seksuell atferd også ses hos yngre barn (Bufetat, u.å.).

MST-PSB inkluderer komponenter som fokuserer spesifikt på problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barnet. De tre viktigste tilleggene til standard MST er at terapeutene arbeider med å *klargjøre* hva som har skjedd for å unngå bagatellisering, utarbeide *trygghets- og sikkerhetsplaner* for å minimere faren for gjentakelse, samt oppmuntre til alderstilpassede og gode *sosiale opplevelser* med jevnaldrende (Letourneau, 2009). Andre forskjeller er økt fokus på styrking av foreldreferdigheter og relasjoner, kunnskap om seksualitet, rusbehandling, traumebehandling for voksne, traumefokusert kognitiv adferdsterapi for barn og ungdom (Bartvik, 2023).

Klargjøring (clarification) tar sikte på å adressere og løse misforståelser eller feiltolkninger knyttet til den problematiske seksuelle atferden som barna har utøvd. Dette innebærer økter med både omsorgspersoner og barnet. Det terapeutiske målet med klargjøring er å sikre at alle familiemedlemmer har en klar og nøyaktig forståelse av atferden, atferdens innvirkning, og hvilke trinn som trengs for å forebygge fremtidige hendelser (Fonagy et al., 2017; PHMC, 2024a). Et viktig mål er også å gjenopprette tilliten i familien, og bidra til at barnet får omsorg og støtte fra foreldrene.

I klargjøringsprosessen forsøker man å forstå barnets atferd ut fra et multisystemisk perspektiv, der man undersøker: a) Individuelle faktorer ved barnet; som dårlige sosiale ferdigheter, kognitive forvrengninger og tidligere traumer, b) Familiefaktorer; som lite tilstedeværelse og uklare grenser, høy konflikt, familieholdninger om seksuell atferd, isolerte familiesystem, eller overgrep over flere generasjoner, c) Forholdet til jevnaldrende; som manglende vennsrelasjoner eller jevnaldrende som forsterker seksuelt aggressiv atferd, d) Samfunnsmessige forhold; som kriminalitet, holdninger til kjønn og seksualitet, e) Skole; utfordringer knyttet til skolesituasjon og manglende kommunikasjon mellom skole og hjem (PHMC, 2024a, s. 8).

På bakgrunn av en analyse av atferden barnet har utøvd, utvikles trygghets- og sikkerhetsplaner for å forebygge at det skjer nye hendelser i familien, skole, fritid, gjennom sosiale media eller i det offentlige rom. Når MST-behandling tilbys til barn og unge som har utøvd SSA, involveres familie og nettverk aktivt i behandlingsprosessen og oppfølging av

---

<sup>3</sup> PSB- Problematic sexual behavior. "PSB is defined as any sexual behaviour which is harmful, either to the victims of the young person's behaviour, or the young person themselves". (Fonagy, Butler et al. 2017, s. 5).

trygghetsplanene. Fordi sikkerheten til søsken og andre barn i nær slekt kan være truet eller allerede brutt, vil familiearbeidet ofte være mer omfattende og kompleks enn i standard MST-saker. Det gjennomføres også en grundig kartlegging og tett samarbeid med andre relevante instanser, særlig psykisk helsevern og skole.

Ferdighetstrening, utvikling av pro-sosial atferd og samhandling med jevnaldrende vurderes som en viktig del av utviklingen hos barna. Intervensjoner kan fokusere på å styrke sosiale ferdigheter, utvikle samarbeidsevner, problemløsning, konfliktløsning og kommunikasjonsevner. Foreldre og foresatte veiledes på hvordan de kan støtte barnet og oppmuntre det til å delta i sosiale opplevelser som kan styrke relasjoner med jevnaldrende (PHMC, 2024b).

Videre legges det vekt på å formidle kunnskap om seksualitet og sosial utvikling. I samarbeid med psykisk helsevern gis det også traumebehandling dersom det er behov for det, både for den som har utøvd krenkende atferd, og den som er utsatt.

Når det er relevant og hensiktsmessig, kan det i samarbeid med andre instanser, barnas omsorgspersoner, og med samtykke fra de involverte arbeides med gjenopprettende prosesser mellom den som har utøvd krenkelser, og den som har vært utsatt. En forutsetning for en slik prosess er at klargjøringen er gjennomført, og at en god trygghetsplan er etablert (PHMC, 2024a).

En tillitsfull relasjon mellom terapeuten, barnet og familien regnes som avgjørende for å lykkes i behandlingen. Modellen tar hensyn til at barnet selv kan ha blitt utsatt for overgrep. Behandlingen er noe mer intensiv og har en lengre varighet enn standard MST, vanligvis fem til syv måneder. Målet med behandlingen er å stoppe den bekymringsfulle atferden og hjelpe barnet, men også til å utvikle en sunn og trygg seksualitet slik at man kan fortsette å bo hjemme (Bufetat, u.å.).

Det var Bufetat Region Midt som identifiserte utprøving av PSB som en ny fagutviklingsoppgave. Et forslag ble fremmet i et direktørmøte i 2020, og det ble besluttet å etablere fem MST-PSB-team i fire av regionene (Region Midt, Fremlegg til Direktørmøte, 2020). En styringsgruppe med representanter fra Bufdir, NUBU og funksjonsdirektører fra Bufetat ble etablert, og møtes annenhver måned.

I forkant av utprøvingen tok fagansvarlig ved NUBU kontakt med utviklerne av MST-PSB i USA, og fremforhandlet en avtale om utprøving. Bufdir inngikk deretter en formell avtale med MST Associates, som ga amerikanske MST-konsulenter ansvar for opplæring og konsultasjon. Målet var å sikre at modellen ble fulgt trofast i henhold til den forskningsbaserte metoden (Borduin et al., 2021).

NUBU oversatte MST-PSB-manualen til norsk og tilrettela for opplæring og konsultasjon i samarbeid med de amerikanske utviklerne. Konsulentene har dermed en nøkkelrolle i å sikre metodetrofasthet hos nye team.

#### **1.2.4. Bakgrunnen for utprøvingen av MST-PSB i Norge**

Flere studier har pekt på at Norge mangler et godt dokumentert behandlingstiltak for barn og unge som har utøvd SSA, og at det er behov for økt kunnskap om SSA i tjenestene (Askeland et al., 2017; Vorland et al., 2018; Sjøly et al., 2021b). Vorland et al., (2018) fremhever at sentrale utfordringer for å lykkes i tverretattlig samarbeid i slike saker er manglende

kompetanse blant fagpersoner, samt uklarhet om hvordan SSA bør håndteres. De peker videre på at uavklarte roller og ansvarsforhold svekker samhandlingen mellom tjenestene, og at det ofte råder usikkerhet knyttet til lovverk og taushetsplikt – særlig i spørsmål om hvilken informasjon som kan deles. Samtidig finnes det få etablerte arenaer for fagutveksling på tvers av sektorer. Rapporten konkluderte med behov for klare retningslinjer, handlingsplaner og rutiner for tverretattlig samarbeid i SSA-saker. De anbefalte også å etablere tverrfaglige team og lavterskeltilbud for å støtte fagpersoner i arbeidet. Konkret har flere norske rapporter foreslått utprøving av MST- PSB (Askeland et al., 2017; Holt, Nilsen, Moen, & Askeland, 2016; Aase et al., 2020).

En rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fra 2016 konkluderte med at tilbudet til barn med SSA var mangelfullt, og det ble foreslått å vurdere MST-PSB som en del av det eksisterende MST-tilbudet for å hjelpe denne målgruppen (Holt et al., 2016). En tilleggsrapport fra NKVTS (Askeland et al., 2017) la vekt på at MST- teamene har en arbeidsform der de kan jobbe intensivt med flere hjemmebesøk i uken og anbefalte etablering av MST-PSB team. De pekte også på at MST-PSB teamene kan være en samarbeidspartner for BUP i saker der det er vanskelig å etablere en relasjon til barnet eller nå barnet gjennom annen behandling. De foreslo også at det kan være hensiktsmessig om teamene samarbeider med habiliteringstjenesten om barn som faller utenfor systemet, som barn med diagnoser i autismespekteret og utviklingshemming. Rapporten viste til gode erfaringer fra Storbritannia, der det var etablert tre MST-PSB team ved Brandon Centre i London (Askeland et al., 2017).

Folkehelseinstituttet (FHI) sin rapport *Barn, unge og kriminalitet* (Aase et al., 2020) foreslo at det kunne være aktuelt å vurdere MST-PSB innen det eksisterende MST-tilbudet for å ha et hjelpetiltak for denne målgruppen. De viste til randomiserte kontrollerte studier (RCT) fra USA (Borduin, Henggeler, Blaske, & Stein, 1990; Borduin, Schaeffer, & Heiblum, 2009; Letourneau et al., 2009; Letourneau et al., 2013). Borduin presenterte også MST på en ekspertkonferanse i Norge i 2020, og viste til at MST har behandlingseffekt i mange kontrollerte studier, og at oppfølgingsstudier av MST-PSB, 9 og 25 år etter behandling viser reduksjon i seksuelle overgrep og annen kriminalitet hos de som mottok MST-PSB (Borduin, Quetsch, Johnides, & Dopp, 2021; Borduin, Schaeffer, & Heiblum, 2009). Aase et al. (2020) viste også til at de positive funnene for MST samsvarer med flere andre oppsummeringer og vurderinger av ulike tiltakseffekter og kostnadseffektivitet, f.eks. Ungsinn<sup>4</sup>, Blueprints for Healthy Youth Development<sup>5</sup>, Washington State Institute for Public Policy<sup>6</sup> og Oslo Economic (Ungsinn, u.å; Oslo Economics, 2017).

Økonomiske analyser viser at tiltak som MST, Funksjonell Familieterapi (FFT) og Treatment Foster Care Oregon (TFCO) er samfunnsøkonomisk lønnsomme (Oslo Economics, 2017). En analyse viser at MST har lavere behandlingskostnader sammenlignet med ordinære, ikke manualiserte tiltak i barnevernet, samtidig som det gir høyere forebygging av fremtidige plasseringer og positive effekter på lovbrudd og internaliserende atferd (Oslo Economics, 2017). FHI trakk også frem AIM2 (Assessment–Intervention–Moving on) som et lovende tiltak

---

<sup>4</sup> Ungsinn.no

<sup>5</sup> blueprintsprograms.org

<sup>6</sup> <https://www.wsipp.wa.gov>

for barn som har utøvd skadelig seksuell atferd. Dette programmet er utviklet og prøvd ut i Storbritannia, og har en holistisk tilnærming der man jobber systematisk endringsfokustert individuelt med barn i kombinasjon med parallelt systematisk endringsarbeid for hele familien. Dette tiltaket var klart for utprøving i Norge, med evaluering av RVTS Vest og Ressursenhet V27, tilknyttet Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk ved Betanien sykehus. FHI la vekt på at det må være gjennomført evalueringer fra utprøving, før de evt. kan anbefales videre implementering av tiltakene (Aase et al., 2020). Utprøving og evaluering av AIM er beskrevet i tre artikler og i en ph.d-avhandling (Jensen, 2023).

NABE fremmet i desember 2020 forslag til Bufdir om en begrenset utprøving av MST-PSB. De foreslo utprøving i 3-5 team i befolkningstette områder, samt følgeevaluering de to første driftsårene før vurdering av en eventuell utvidelse (Region Midt, Fremlegg til Direktørmøte, 2020)<sup>7</sup>.

I begrunnelsen for tiltaket viste de til at WHO peker på at seksuelle overgrep mot barn er et folkehelseproblem (Søftestad og Andersen, 2014, s. 27). Mellom 30 og 50 % av overgrep mot barn og unge begås av andre barn (Barbaree & Marshall, 2006; Bonner, 2006; Långström, 2000 i Ingnes & Kleive, 2011, s. 18), og det rapporteres om en økning i anmeldte saker i Norge (Kripos, 2017). NABE viste også til tidligere rapporter om mangelfulle tilbud mot denne gruppen, og forslag til utprøving av MST-PSB (Holt et al., 2016, Aase et al., 2020).

NABE beskrev også erfaringer med at barn plasseres i barnevernsinstitusjon der en trolig burde forsøkt hjemmebaserte tiltak i forkant. De la videre vekt på at det var ønskelig å etablere kontakt med eksisterende kompetansemiljøer i fagfeltet i Norge parallelt med at man henter implementeringsstøtte til etablering, opplæring og kvalitetssikring via NUBU.

Behovet for videre forskning både på MST og på MST-PSB understrekes av flere forskere (Gaffney, Jolliffe, & White, 2022; Littell, Pigott, Nilsen, Green, & Montgomery, 2021), spesielt i ulike kulturelle og nasjonale kontekster, for å sikre at intervensjonene er effektive og tilpasset lokale behov. Det er viktig å inkludere både kvantitative og kvalitative data for å få en helhetlig forståelse av effektene av intervensjonen og hvordan barn og foreldre opplever behandlingen (Fonagy et al., 2017).

#### **1.2.5. Fra MST- PSB til MST ved SSA**

Fra 1.1.2024 besluttet Bufdir å avslutte avtalene med de amerikanske konsulentene. Hovedårsaken var at MST Services, som har lisensen til MST-PSB, ønsket å fortsette konsultasjonene fra USA og derfor heller ikke sertifiserte de to norske konsulentene som skulle overta. I tillegg meldte ansatte om utfordringer med opplæringen, samt problemer knyttet til språk, kultur og kontekstforståelse i konsultasjonene. Dette innebar at teamene ikke lenger kunne tilby den lisensierte MST-PSB. Bufdir og styringsgruppen valgte å videreføre arbeidet som en del av standard MST, men med enkelte tilleggselementer for barn og unge som har utøvd SSA. Det ble inngått avtale om rådgiving til MST-konsulentene fra Ressursenhet V27, for å fortsette å bygge opp deres kompetanse knyttet til SSA. I tillegg ble det etablert et samarbeid om bistand til utvikling av nye opplæringsmoduler/boostere. MST-teamene hadde

---

<sup>7</sup> Ikke publisert.

allerede skolering i noen av AIM3 modulene som Ressursenhet V27 har videreutviklet og oversatt til norsk. Fra 2024 ble det gjennomført opplæring i nye moduler, og teamene fikk mer kunnskap om verktøy og materiell som kan brukes i behandling av SSA. Mye av dette materialet er lett tilgjengelig på en norsk nettside.

Fra 1.1. 2024 ble teamene som skal tilby MST ved SSA redusert fra 5 til 3 team. To av teamene hadde hatt svært få saker (1-2 saker), noe som gjorde at disse teamene fikk lite mengdetrening. Det er et krav i MST generelt at man må ha en viss saksmengde for å være sikre på at kvaliteten av tilbudet opprettholdes. Ledelsen for utprøvingen (styringsgruppa) valgte derfor å gå videre med de tre teamene som har hatt flest saker, og der det i tillegg var mest kraftfulle regionale miljø med fokus på SSA. Samtidig la de vekt på å beholde ett team på Østlandet, samt å styrke innsatsen mot de regionale miljøene og bygge videre på kontakten med Ressursenhet V27.

### **1.3 Andre aktører som arbeider med SSA i Norge**

Satsningen på MST-PSB og MST for barn og unge med SSA, er langt fra det eneste som har skjedd på dette feltet. De siste årene har det vært en omfattende satsing på å styrke kunnskapen og innsatsen for denne gruppen, og en rekke aktører bidrar med spesialiserte tiltak og faglig støtte.

Gjennom de to opptrappingsplanene mot vold i nære relasjoner (2017-2021 og 2024-2028) (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016; Justis- og beredskapsdepartementet, 2023-2024) og den tverrdepartementale handlingsplanen "Frihet fra vold" (2021-2024) (Justis- og beredskapsdepartementet, 2021), har det vært et langsiktig arbeid for å forebygge og bekjempe vold og overgrep. Planene inkluderer tiltak for å styrke innsatsen mot barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd og understreker behovet for en helhetlig og samordnet tilnærming som inkluderer forebygging, tidlig avdekking, og spesialiserte behandlingstilbud. Arbeidet omfatter flere departementers ansvarsområder og krever koordinert tverrdepartemental innsats. Justis- og beredskapsdepartementet har koordinert arbeidet av den nyeste opptrappingsplanen (2024-2028) som er utviklet i samarbeid med åtte andre departement<sup>8</sup> (Justis- og beredskapsdepartementet, 2023-2024).

Innenfor helsesektoren finnes det flere nasjonale og regionale initiativer som styrker fagfeltet ved SSA. Helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet et nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med SSA, som ledes av Ressursenhet V27. I tillegg finnes det nasjonale kompetanseprosjekter i habiliteringstjenesten og et tverrsektorielt nasjonalt kompetansenettverk. På regionalt nivå spiller kompetansenettverkene for SSA, ofte ledet av RVTS, en viktig rolle i å samle ulike instanser. I tillegg er det etablert regionale og lokale konsultasjonsteam der tjenester kan drøfte saker anonymt og få faglig bistand i enkeltsaker. RVTS har også utviklet veiledningsmateriell for skoler, barnehager og helsestasjoner, i samarbeid med andre aktører. Innen justissektoren spiller politiet, Statens Barnehus og konfliktrådene en rolle i saker ved SSA. Bufdir har ansvaret for en rekke

---

<sup>8</sup> De åtte departementene er: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Utenriksdepartementet.

forebyggende tiltak for barn, unge og familier, i tillegg til at både det kommunale barnevernet og statlige barnevernet gir tilbud ved vold og overgrep.

For at MST-teamene skal kunne tilby en helhetlig oppfølging, er de avhengige av samarbeid med andre instanser. Ved etableringen av MST-PSB og MST ved SSA var det nødvendig å utvikle tettere samarbeid både med kjente samarbeidspartnere og med nye aktører. MST måtte finne sin plass i det eksisterende faglige nettverket, samtidig som andre tjenester måtte bli kjent med hva MST kan tilby barn og familier.

I det følgende vil vi se nærmere på de ulike aktørene som bidrar til dette arbeidet og deres rolle i oppfølgingen av barn og unge med SSA.

### **1.3.1. Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)**

#### *Ressursenhet V27*

I Norge ble Ressursenhet V27 etablert i 2003 som den første offentlige behandlingsenheten for barn og unge med SSA (Askeland et al., 2017). Ressursenhet V27 er tilknyttet barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) ved Betanien sykehus, og har en regional spisskompetansefunksjon for barn og unge som utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd (Betanien sykehus, u.å). Ressursenheten inngikk i 2015 en lisensavtale for oversettelse av AIMS-rammeverket, som er utviklet i Storbritannia (Leonard, M., and Hachett, S., 2019a, 2019b, 2021). Det ble inngått en non-profit-avtale med Ressursenhet V27 og AIM prosjektet om videre oversettelse og kursing knyttet til fagverktøyet for utredning. Etter drøftinger i en nasjonal (tverrsektoriell) kompetansegruppe om seksuell atferd/SSA (2016-2017, 2019), ble det enighet om å bruke AIM-verktøyene som grunnlag i et landsdekkende tverrfaglig og tverrsektorielt kompetanseløft for fagpersoner i Norge. Det ble inngått en ny formell non-profit lisensavtale om oversettelser og kursing mellom AIM prosjektet i Storbritannia, RVTS Midt og Ressursenhet V27 i 2019 (Jensen, 2023, s. ix).

#### *Nasjonalt klinisk nettverk koordineres av Ressursenhet V27*

I perioden 2018-2021 ble det etablert et nasjonalt klinisk SSA-nettverk/kompetanseprosjekt i PHBU. Målgruppen er pasienter med problematisk (PSA) og særlig skadelig seksuell atferd (SSA) hos barn og unge (0-17 år) og deres pårørende/familier. I 2021 besto klinikernettverket av 24 klinikere/representanter fra alle helseregioner i Norge. Prosjektet ble videreført etter prosjektperioden, og fremtidige deltakere skal være de som utgjør spisskompetanse på utredning/behandling av SSA lokalt/regionalt. Det nasjonale kliniske nettverket (koordinert av Ressursenhet V27) samarbeider tett med det nasjonale kompetanseprosjektet i habiliteringstjenesten (koordinert av RHF Vest/Helse Fonna) og nasjonalt (tverrsektorielt) kompetansenettverk (koordinert av RVTS- Midt).

#### *Trippelprosjektet SSA*

Det ble i 2023 inngått en avtale mellom Helse Vest og Helsedirektoratet for å videreføre arbeidet som tidligere har vært gjennomført i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Betanien sykehus leder fra 2023 til 2026 prosjektet på vegne av Helse Vest. Målet er å opprette en digital kunnskapsbase der beste kunnskap på feltet er lett tilgjengelig for klinikere i PHBU.

Videre skal det samles inn data fra klinisk praksis ved SSA som kan bidra til evaluering av klinisk praksis, fagutvikling og forskning. Man skal også vurdere hvordan et kvalitetsregister ved SSA kan etableres innenfor psykisk helsevern og habiliteringstjenesten (Betanien sykehus, 2024).

### **1.3.2. Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)**

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble etablert i 2004, mens de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) ble opprettet i 2007. NKVTS og RVTSene mottar årlige drifts- og prosjektilskudd fra flere departementer. Disse sentrene er de viktigste aktørene innen kompetanseheving på voldsfeltet. De siste årene har RVTSene fått økte midler for å styrke sitt arbeid med kompetanseheving, veiledning og nettverksbygging i tjenesteapparatet, spesielt når det gjelder vold mot barn og barn som står i fare for å utøve, eller har utøvd, skadelig seksuell atferd mot andre barn (Justis- og beredskapsdepartementet, 2023-2024).

Det har siden 2013 blitt opprettet en rekke tverrfaglige team knyttet til barn og unge som har utøvd skadelig seksuell atferd. Noen er rene kompetanseteam som gir opplæring og veiledning, noen gir konsultasjon, mens andre gir både konsultasjon og bistand (Askeland et al., 2017). En tidligere kartlegging pekte på at det er hensiktsmessig med regionale, tverretatlige kompetanse- og konsultasjonsteam for samarbeid og drøfting av saker i offentlig sektor (Askeland et al., 2017). Disse kan ha flere funksjoner, ved at man kommer inn tidlig, vurderer sakene etter alvorlighetsgrad og hvem som bør involveres, samt gjør en faglig vurdering av hvor barnet kan få best oppfølging og behandling.

Det ble foreslått at RVTS-ene skulle ha en koordinerende rolle, og at teamene burde bestå av deltakere fra RVTS, Statens barnehus, ressursenheter i BUP og Bufetat, i tillegg til andre aktuelle instanser som kommunalt barnevern, kommunale psykologer, politi, familievern, MST og Senter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO) (Askeland et al., 2017, s. 36).

Alle regioner har nå etablert kompetanseteam og konsultasjonsteam, noen for større områder, og andre har kommunale team. Nettsiden Seksuelladferd gir en oversikt over disse, med kontaktinformasjon over hvor man kan henvende seg<sup>9</sup>. Noen har også egne nettsider med ytterligere informasjon, som f.eks. Rebessa<sup>10</sup>, RVTS vest<sup>11</sup> og Komtessa<sup>12</sup>. RVTS har utviklet flere veiledere for å hjelpe skoler<sup>13</sup>, barnehager<sup>14</sup> og helsestasjoner<sup>15</sup> med å håndtere problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn og unge. Disse veilederne er laget for å øke kompetansen om sunn seksualitet og gi konkrete råd for håndtering av bekymringsfull atferd.

---

<sup>9</sup> [Hjelpetjenester - seksuellatferd.no](https://hjelpetjenester-seksuellatferd.no)

<sup>10</sup> <https://www.rebessa.no/team-more-romsdal>,

<sup>11</sup><https://rvtsvest.no/konsultasjonsteam-om-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn/konsultasjonsteam-i-region-vest/>

<sup>12</sup><https://rvtsnord.no/fagomrader/vold-og-seksuelle-overgrep/komtessa-kompetanseteamet-om-barn-og-unge-med-bekymringsfull-eller-skadelig-seksuell-atferd/>

<sup>13</sup> <https://www.rvts-skoleveileder-sapmi.no/oppbygning>

<sup>14</sup> <https://rvts-barnehageveileder.no>

<sup>15</sup> <https://rvts-helsesykepleier.no>

### **1.3.3. Politiet**

Politiet er et viktig og nødvendig ledd i hjelpekjeden til barn og unge som har utøvd SSA. De har kompetanse til å finne ut hva som har skjedd, de kan reagere raskt, og de kan avdekke andre forhold. Det er politiet som utløser Statens barnehus sine ressurser til å foreta tilrettelagte avhør med barn som er mistenkt for å ha utsatt andre barn for problematisk eller skadelig seksuell atferd, og barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep fra andre barn eller fra voksne. Noen barn som har utøvd SSA overfor andre barn har selv vært utsatt. Politiet har en sentral rolle i avdekking og kan bidra i arbeidet med å forebygge nye hendelser. Politiet har etterforskningsplikt ned til 12 år, og etterforskningsmulighet også under 12 år (Straffeprosessloven 2025, §224). Barn har rett til tilrettelagte avhør (Straffeprosessloven, 2025, § 239).

### **1.3.4. Statens Barnehus**

Det er opprettet 12 barnehus i Norge. Disse ligger i Bergen, Hamar, Tromsø, Trondheim, Kristiansand, Oslo, Stavanger, Ålesund, Bodø, Sandefjord, Moss og Finnmark. Statens Barnehus gir tilbud til barn og ungdom som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep, når saken er anmeldt til politiet. De gir tilbud til voksne med en psykisk utviklingshemming. Statens Barnehus kan likeledes gi råd og veiledning til privatpersoner og offentlige instanser anonymt, der saken ikke er avklart (Statens Barnehus, u.å.).

Fra 2024 fikk Statens Barnehus utvidet sine oppgaver til også å gjelde avhør av barn som selv er mistenkt for overgrep mot andre barn, etter at regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner ble vedtatt av Stortinget (Justis- og beredskapsdepartementet, 2023-2024). Flere barnehus har gjennomført avhør av mistenkte barn tidligere, uten at dette har vært en pålagt oppgave. Før barnehusene gjennomfører slike avhør innkaller de til et saksforberedende møte, der også barnevernet blir invitert til å delta. Barnevernet varsles rutinemessig av politiet i slike saker. Statens barnehus kan foreslå MST behandling i aktuelle saker, men det er kommunal barnevernstjeneste som må undersøke situasjonene for et barn og henvise til MST-behandling hos Bufetat.

### **1.3.5. Konfliktrådet**

I tillegg til sine øvrige oppgaver spiller Konfliktrådet en viktig rolle i håndteringen av saker som involverer skadelig seksuell atferd. Deres hovedansvar er å legge til rette for gjenopprettende prosesser, der partene – både den som har utøvd skadelig seksuell atferd, og den som har blitt utsatt – kan møtes i en trygg og strukturert setting. Målet er å fremme dialog, bidra til forståelse av konsekvensene og legge grunnlaget for en vei videre for begge parter (Konfliktrådet, u.å.).

For ungdom mellom 15 og 18 år som har begått alvorlige eller gjentatte lovbrudd, kan Konfliktrådet administrere straffereaksjoner som ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Disse tiltakene fokuserer på rehabilitering og forebygging av fremtidig kriminalitet.

Konfliktrådet samarbeider med andre instanser som politi, barnevern, skole og helsevesen for å sikre en helhetlig tilnærming til saken. Dette samarbeidet er avgjørende for å kunne tilby

tilpassede tiltak og oppfølging. I saker hvor barn og unge trenger langvarig oppfølging, bidrar Konfliktrådet til å utarbeide individuelle planer som sikrer kontinuitet og helhet i hjelpen som gis. Konfliktrådet har også en forebyggende rolle ved å bidra til økt bevissthet og kunnskap om skadelig seksuell atferd. Dette kan inkludere informasjonsarbeid og opplæring i skoler og lokalsamfunn.

### **1.3.6. Kommunale barnevernstjenester**

Barneverntjenestene har en sentral rolle ved melding om bekymring for overgrep, alvorlige atferdsvansker eller barnets omsorgssituasjon. Dersom de mottar bekymringsmelding om et barn med SSA, skal de snarest og innen en uke vurdere alvoret i meldingen (bvl. § 2-1). Bekymring knyttet til barnets livssituasjon, eller alvoret i et barns seksuelle handlinger, kan gi grunnlag for å iverksette en undersøkelse som har en ramme på tre måneder (bvl. 2-2).

I alvorlige saker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmidler eller en annen form for utpreget normløs atferd kan barneverntjenesten plassere barnet i institusjon eller et egnet fosterhjem, med eller uten samtykke (bvl. §§ 6-1, 6-2 eller 6-3).

Barnevernstjenesten kan også iverksette frivillige hjelpetiltak (bvl. § 3-1). Dersom et barn har vist alvorlige atferdsvansker, kan det iverksettes foreldrestøttene tiltak uten barnets samtykke (bvl. § 3-5).

Som en del av oppfølgingen kan det kommunale barnevernet henvise barnet til Multisystemisk terapi (MST), inkludert MST tilpasset SSA, der Bufetat tilbyr dette. Når MST ikke anses som egnet, kan institusjons- eller fosterhjemsplassering gjennom statlige barnevernstiltak være et alternativ.

I tillegg finnes det private aktører som tilbyr spesialiserte barnevernstjenester for barn og unge med SSA. Ett eksempel er en behandlingsinstitusjon i Trondheim for ungdom i alderen 13–18 år. Her benyttes evidensbaserte metoder som kognitiv atferdsterapi (KAT), dialektisk atferdsterapi (DBT), miljøterapi og traumebevisst omsorg (TBO). Målet med behandlingen er å hjelpe ungdommene med å forstå og regulere sin atferd, samt utvikle en sunn seksualitet (Humana, u.å.).

## **1.4 Gangen i rapporten**

Denne rapporten består av seks kapitler, i tillegg til denne introduksjonen. Kapittel 2 gir en oversikt over eksisterende forskning på bekymringsfull seksuell atferd hos barn og unge, samt forskningsgrunnlaget for MST generelt og MST-PSB spesielt. Kapittel 3 beskriver metodene som er brukt i studien, inkludert utvikling av intervjuguider, rekruttering av informanter, gjennomføring av intervjuer og analyseprosessen. Kapittel 4 handler om implementeringen av MST-PSB og MST ved SSA, og tar for seg opplæring, veiledning, samhandling og kvalitetssikring. Kapittel 5 beskriver kjennetegn ved barna som mottar behandlingen, og vektlegger også barn og familiers erfaringer med tilbudet. Kapittel 6 tar for seg ansattes opplevelser av å jobbe med SSA-problematikk i MST, herunder belastninger, støttebehov og faglige refleksjoner. Kapittel 7 diskuterer de sentrale funnene i rapporten, og kommer med anbefalinger til videre utvikling av MST ved SSA.

## **2 Forskning om utøvelse av SSA og om MST- PSB/MST ved SSA**

I dette kapittelet vil vi først presentere forskning på omfang og utfordringsbildet ved SSA, før vi presenterer eksisterende utredninger og forskning på standard MST og MST- PSB. Standard MST er bærebjelken i de utvidete modellene MST-PSB og MST ved SSA, og den generelle forskningen på MST er derfor relevant for å forstå både arbeidet med tilleggsmodulene og implementeringen av disse.

Vi skal også beskrive noen erfaringer fra utprøving av og kartlegging av effekten av MST-PSB i Storbritannia. Avslutningsvis i kapittelet ser vi på forskning om AIM3, som har vært et tilleggselement i MST-PSB og MST ved SSA. Vi viser også kort til forskning på utbredelsen av behandlingstilbudet ved SSA i barne- og ungdomspsykiatrien i Norge.

### **2.1 Omfang og utfordringsbilde**

Internasjonal forskning viser at mellom 30-50 % av seksuelle overgrep mot barn og unge utføres av personer under 18 år (Barbaree & Marshall, 2006; Finkelhor, Ormrod & Chaffin, 2009; Hackett, 2014). Majoriteten av disse overgrepene begås mot kjente, ofte søsken eller familiemedlemmer, mens noen få tilfeller involverer ukjente (Kripos, 2017; Kruse, 2011). Problematiske og skadelige seksuelle handlinger utført via internett og sosiale medier utgjør en stor andel av slike handlinger (Jackson-Hollis & Belton, 2017). En undersøkelse fra NKVTS viser at 22 % av norske barn og ungdommer har opplevd seksuelle krenkelser fra jevnaldrende, hvor 2 av 3 tilfeller utøves av gutter (Hafstad & Augusti, 2019). Internasjonalt viser statistikk at 93-97 % av registrerte utøvere er gutter, men det påpekes manglende kunnskap, spesielt blant yngre barn og jenter (Finkelhor et al., 2009; Hackett et al., 2013).

Antallet barn og unge anmeldt for seksuallovbrudd i Norge øker, og er ofte knyttet til overgrepsmateriale og ulovlig seksualisert kontakt over internett (Kripos, 2017). Det er nå mer enn dobbelt så mange siktede i alderen 12 til 18 år enn i årene før 2015, og de klart flest siktede for seksuallovbrudd er mellom 14 og 15 år (Statistisk sentralbyrå, 2022). En del av økningen kan ha sammenheng ved at flere saker blir anmeldt. Skadelig seksuell atferd har negative konsekvenser både for den som er utsatt, for den som utøver atferden, og for deres pårørende.

En rekke studier indikerer at mange mindreårige som har utøvd SSA, har opplevd vold eller omsorgssvikt, og at rundt en tredjedel har kognitive utfordringer (Hackett, Phillips, Masson, & Balfe, 2013; Jensen et al., 2016). Barn og unge med nevrodiagnoser utgjør en betydelig andel av de som viser SSA (Hackett et al., 2013).

Det er flere likhetstrekk mellom barn og unge som har utøvd SSA, og unge som har andre alvorlige atferdsproblemer, som antisosiale holdninger, familieproblemer, tidlig utvikling av atferdsproblemer, sosiale problemer, rus, kognitiv fungering og generell psykopatologi (Pullman & Seto, 2012 i Jensen et al., 2016). Barn og unge med SSA skiller seg fra andre barn og unge særlig på to områder. De har vært utsatt for omsorgssvikt ved at de selv har vært utsatt for seksuelle overgrep i familien, vært vitne til seksuell vold i familien, eller tidlig har vært eksponert for sex eller pornografi. De kan også ha en atypisk seksuell interesse, som fantasier om vold eller seksualitet med yngre barn (Seto & Lalumière, 2010; Jensen, 2023;

Jensen et al., 2016). Barnas oppvekst kan ha vært svært kompleks, de kan selv ha opplevd traumer, eller ha kognitive vansker. Det er derfor viktig å ha en helhetlig forståelse av barn som har utøvd SSA, og vurdere behandlingstiltak ut fra en større helhet. Flere peker på at disse barna har behov for informasjon, veiledning og hjelp for å utvikle seg på en sunn måte (Askeland et al., 2017; Jensen et al., 2016).

Hackett et al., (2024) undersøkte livsløpet til 69 voksne i Storbritannia som hadde mottatt spesialisttjenester ved utvist seksuelt krenkende atferd som barn. Mellom 10 og 20 år etterpå var det få i utvalget som hadde begått nye seksuelle overgrep, men de generelle livsløpsutfallene var mye mindre positive. Vellykkede utfall var assosiert med stabile partnerforhold, bredere støttende relasjoner, utdanningsmuligheter og prestasjoner. Funnene ga empirisk støtte for å bevege seg bort fra et tradisjonelt risikostyringsfokus til mer utviklingsorienterte tilnærminger i arbeidet med barn og unge med skadelig seksuell atferd. En utviklingsorientert tilnærming vil ikke bare vil bidra til å redusere sannsynligheten for ytterligere seksuelle og ikke-seksuelle lovbrudd, men også hjelpe barna til i fremtiden å leve mer pro-sosiale, tilfredsstillende og meningsfulle liv. Forskerne (op.cit) peker også på at anbefalte intervensjoner for barn og unge har beveget seg bort fra den tidligere innflytelsen fra teorier og praksis for voksne seksualforbrytere, mot mer systemiske intervensjoner, for eksempel multisystemisk terapi (Letourneau et al., 2013), og mot rehabiliterende tilnærminger, som Good Lives Model (Ward, Mann, & Gannon, 2007).

## **2.2 Studier av MST og MST-PSB**

Før 1990 var evidensbaserte programmer relativt ukjente i tjenester for barn og unge i Norge, og praksis var basert på kunnskap om behandlingsmodeller eller på teoretiske posisjoner. Introduksjonen av evidensbasert praksis som MST, skapte derfor en god del debatt og kritikk med påstander om at det tilhører positivistiske tradisjoner og truet sosialarbeidets tradisjoner (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023). Også i psykisk helsevern har det vært skepsis rundt innføring av evidensbaserte program (Egeland, Ruud, Ogden, Lindstrøm, & Heiervang, 2016).

### **2.2.1. Internasjonale studier av MST og MST-PSB**

Flere RCT-studier fra USA peker på at MST-PSB bidrar til å redusere risikoen for videre bekymringsfull atferd, samt bidrar til en mer positiv normalutvikling for de som mottar behandlingen (Borduin et al., 2021; Letourneau et al., 2009; Letourneau et al., 2013). Familier som hadde mottatt MST-PSB beskrev færre symptomer hos ungdom, bedre forhold i familien, mindre kontakt med negative venner, økt kontakt med prososiale venner og bedre karakterer i skolen (Borduin et al., 2009, Borduin et al., 2021).

Det er gjennomført flere systematiske gjennomganger og metaanalyser av MST (Markman et al., 2018; Van der Strowe et al., 2014). Den nyeste metaanalysen (Littell et al., 2021) inkluderte tre studier som ga tilbud om MST-PSB; to fra USA (Borduin et al., 2009; Letourneau et al., 2009), og én fra Storbritannia (Foney et al., 2017). Forskerne peker på at mange av studiene ble utført av MST-utviklere selv, og at de fleste var amerikanske, noe som kan påvirke generaliseringen av resultatene til andre land som er organisert annerledes og har andre typer hjelpetilbud. De konkluderte med at evidensen for MST varierte, og at effektene ved MST var inkonsistente på tvers av studiene. I USA fant man reduksjoner i arrestasjoner/domfellelse og

færre plasseringer av ungdom utenfor hjemmet, mens dette ikke var tilfellet i andre høyinntektsland. Studier der man sammenlignet MST med andre aktive behandlingsformer viste begrensede fordeler med MST, og noen studier indikerte også mulige negative effekter av MST på ungdom utenfor USA (Littell et al., 2021).

### **2.2.2. Kvantitative studier av MST i Norge**

Etter oppstarten av MST i Norge i 1999 ble det gjennomført en randomisert kontrollert studie (RCT) med 100 ungdommer (Ogden og Halliday-Boykins, 2004), og en oppfølgingsstudie med 75 ungdommer (Ogden og Hagen, 2006). Studiene viste positive resultater for MST, med redusert internaliserende og eksternaliserende atferd, økt sosial kompetanse, og høyere tilfredshet blant omsorgspersoner. MST-deltakere hadde også lavere sannsynlighet for å bli plassert utenfor hjemmet sammenlignet med kontrollgruppen. Behandlingens trofasthet ble målt ved hjelp av Therapist Adherence Measure (TAM), og resultatene varierte mellom ulike steder, der steder med høyest skåre viste best resultater (Ogden og Halliday-Boykins, 2004). De to nevnte studiene har imidlertid møtt kritikk for lav statistisk styrke (Strøm Kyrrestad & Handegård, 2017, s. 28).

En studie av kjønnsforskjeller i MST (Multisystemisk terapi) viste at gutter oftere ble henvist på grunn av kriminelle handlinger og vold i hjemmet, mens jenter oftere ble henvist på grunn av lovbrudd og narkotikabruk. MST fremstod som fleksibel nok til å være like effektiv for begge kjønn (Ogden & Hagen, 2009). En studie basert på analyse av rutinemessige innsamlede data av ungdommer som var henvist til MST mellom 2013-2019, viste betydelige reduksjoner i risikofaktorer og atferdsproblemer, med vedvarende forbedringer over tid (Hukkelberg et al., 2022).

En studie som sammenlignet implementeringen av MST og PMTO (Parent Management Training – Oregon) i Norge ti år etter oppstart (Ogden et al., 2012), konkluderte med at implementering av evidensbasert praksis (EBP) er en langvarig prosess som kan ta fra to til fire år, men også 15 til 20 år før den blir en del av rutinemessig praksis. Hørringmo et al. (2016) gikk igjennom Atferdssenterets (nå NUBU) implementering av MST. De konkluderte med at implementeringen fungerte som tiltenkt, og at senteret hadde organisert programmet og implementeringsstrukturene på en god og hensiktsmessig måte.

Et hovedbilde fra forskningen er at foreldre- og familieprogrammer i Norge preges av langsiktig bærekraft og effektivitet (Ogden & Amlund Hagen, 2024). Forklaringen til dette kan være å finne i flere faktorer: politisk og administrativ støtte og finansiering, interesse blant praktikere for evidensbasert praksis, støtte fra programutviklerne under implementeringen, og positive tilbakemeldinger fra familier og media (op.cit.).

### **2.2.3. Kvalitative studier av MST i Norge**

I en kvalitativ studie gjennomført i samarbeid med NUBU, fortalte ungdommene at de i starten var skeptiske til å delta i MST, og flere hadde tidligere hatt dårlige erfaringer med ulike hjelpetiltak. Ungdommene opplevde at de hadde fått det bedre etter å ha deltatt på MST, og at noe av det viktigste for dem var at de opplevde økt støtte og forståelse både fra foreldre og skole. De fikk være med på å bestemme underveis i behandlingen, de likte terapeuten, og de fikk det bedre da omgivelsene støttet og forstod dem (Strømsvåg & Breen, 2019).

Også foreldrene har beskrevet relasjonen til terapeuten som viktig, og at det bidrar til trygghet i behandlingsprosessen. I en studie kommer det frem at de opplevde det som viktig at behandlingen var fleksibel, og at de fikk nyttige verktøy og intervensjoner (Bond, 2017). De fleste informantene vurderte behandlingen som bra eller meget bra, og det var delvis uavhengig av om de hadde nådd behandlingsmålene. Dette tyder på at relasjonen til terapeuten og personlige endringer hos foreldrene var mer avgjørende for hvordan de vurderte behandlingen (Bond, 2017).

Dette samsvarer med flere studier fra Storbritannia der foreldre beskriver den terapeutiske relasjonen som svært viktig for et vellykket behandlingsforløp (Tighe, Pistrang, Casdagli, Baruch & Butler, 2012; Kaur, Pote, Fox & Paradisopoulos, 2015), og at terapeutens åpenhet og kulturelle forståelse er viktig for foreldre med minoritetsbakgrunn (Fox, Bibi, Millar & Holland, 2016). MST behandlingen bidro også til at ungdommene reflekterte mer over hvordan adferden hadde negative konsekvenser for dem selv og omgivelsene, og satte seg nye mål (Tighe, Pistrang, Casdagli, Baruch & Butler, 2012; Bond, 2017).

Kvalitative studier fra Norge og Storbritannia fremhever viktigheten av terapeutens relasjon til familien og fleksibiliteten i behandlingen (Bond, 2017; Strømsvåg & Breen, 2019; Fonagy et al., 2017).

En kvalitativ studie av barn og unges medvirkning i spesialiserte hjelpetiltak, på oppdrag fra Bufdir (Ulset et al., 2023) fant stor variasjon i ungdoms erfaringer med medvirkning i forkant, underveis og ved avslutning av MST. Ungdommenes opplevelser både av tiltaket MST og mulighetene for medvirkning hadde en klar sammenheng med relasjonen til terapeuten. For å sikre god medvirkning og en sterk relasjon til terapeuten var det avgjørende at ungdommen følte seg tatt på alvor og respektert. Når ungdommen opplevde at deres meninger hadde betydning, økte deres motivasjon til å delta i møter og samtaler. En vellykket medvirkningsprosess, hvor ungdommen ble sett som en samarbeidspartner, bidro til økt engasjement og deltakelse.

#### **2.2.4. MST-PSB - utprøving i Storbritannia**

MST-PSB har også vært prøvd ut i Storbritannia, av Brandon Centre, som er en ideell organisasjon. Barn og unge ble kartlagt for alle aspekter som er relatert til den problematiske atferden og for egen utsatthet, med verktøy utviklet for MST-PSB. I tillegg brukte de utredningsverktøyet Trafikklyset for å vurdere bekymringsfull seksuell atferd; ok/sunn (grønn), problematisk (gul) eller skadelig (rød). Før de kom til behandling ved senteret, ble de kartlagt med ulike kartleggingsverktøy; Assessment-Intervention-Moving on, versjon 2 (AIM2) og Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR). Kartleggingen involverer hele familien. De ansatte var psykologer og godkjente MST-PSB terapeuter (Askeland et al., 2017).

De ansatte beskriver at det kan være utfordrende for MST-PSB-teamene å hjelpe de aktuelle familiene slik at de blir i stand til å håndtere barnets skadelige seksuelle atferd (Askeland et al., 2017). De opplever at mange foreldrene benekter at barnet har et problem og derfor ikke ønsker å motta behandling. Terapeutene ser også at det kan være vanskelig for foreldre å akseptere og tilgi barnets handlinger (op.cit).

Brandon Centre har senere avsluttet tilbudet om MST-PSB, og tilbyr i stedet en lengre behandling som de kaller SIT (Systemisk integrativ behandling) (Brandon Centre, u.å.). SIT er

designet for familier som trenger lengre intervensjon enn det MST tilbyr, og retter seg mot barn med vedvarende, moderate til alvorlige atferdsproblemer. Målet er å forhindre at disse barna havner i kostbare omsorgsplasseringer utenfor hjemmet.

Henvisningskriterier inkluderer barn i alderen 8-16 år som bor hjemme eller i fosterhjem, med atferdsproblemer som skolevegring, vold, rusmisbruk, lovbrudd, eller skadelig seksuell atferd. Barn med Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) og høyt fungerende barn med autismespekterdiagnose (ASD) kan også inkluderes.

Behandlingen varer opptil 12 måneder og består av to faser. Den første fasen varer vanligvis fem til seks måneder (syv til åtte måneder for skadelig seksuell atferd) og innebærer intensiv hjemmebasert behandling med en tildelt terapeut. Den andre fasen inkluderer månedlige oppfølginger og booster-økter etter behov (op.cit).

#### **2.2.5. Studie av effekten av MST-PSB**

Brandon Centre deltok i en RCT-studie i samarbeid med University College London, ledet av Peter Fonagy, der målet var å vurdere implementeringen av MST-PSB (Fonagy et al., 2017). Barna var mellom 10 og 18 år, med gjennomsnitt 13,4 år, og 36 av 40 var gutter. I studien ble MST-PSB sammenlignet med de vanlige tjenestene som tilbys til seksuelle lovovertredere i Storbritannia. Forskningsspørsmålene inkluderte implementeringsaspekter, sammenligning med vanlige tjenester, og synspunkter fra barn og deres omsorgspersoner (op.cit). Studien viste at det er grunn til å anta at MST-PSB har potensiale til å gi signifikante forbedringer i foreldreinvolvering og bedret samhold og støtte mellom familiemedlemmene, sammenlignet med andre behandlingstiltak, men lyktes å rekruttere bare 40 familier, noe som var for lavt til å kunne oppnå signifikante funn (Fonagy et al., 2017).

Fonagy et al., (2017) gjennomførte også kvalitative intervju med 10 foreldre og 8 barn og unge. Barn og unge hadde negative følelser, preget av skam og frykt for stigmatisering og negative reaksjoner fra familie, venner, jevnaldrende og samfunnet generelt på grunn av atferden som hadde ført til deltakelse i MST-PSB (Fonagy et al., 2017). Foreldrene, på sin side, ble overrasket og sjokkerte over å høre om den problematiske atferden barna deres hadde utøvd, noe som førte til en følelse av tap av tillit til både seg selv som foreldre og til barna sine. Foreldrene var også bekymret for stigmatisering, samtidig som de følte et sterkt behov for å beskytte barna sine.

Barna fortalte at de hadde fått et positivt forhold til MST-PSB-terapeuten, som (over tid) fikk dem til å føle seg komfortable nok til å diskutere problemene sine på en ærlig måte, selv om de syntes det var vanskelig å snakke om. De følte også at de hadde fått en bedre forståelse av hva som er bra eller dårlig oppførsel, og hadde lært teknikker for å hjelpe dem å håndtere adferden sin i fremtiden. Barna ga uttrykk for at de foretrakk ulike aktiviteter som ble brukt av terapeutene (som kortspill), fremfor samtaleterapi. Dette fordi de så det som en mer engasjerende måte å jobbe seg gjennom tankene og følelsene sine uten at det ble så følelsesmessig sårbart. Både barna og foreldrene beskrev at arbeidsøktene noen ganger var stressende, for lange eller følelsesmessig utmattende (Fonagy et al., 2017 s. 28).

Til tross for at det var utfordrende å delta i behandlingen rapporterte både barna og foreldre at de hadde opplevd at MST-PSB hadde vært til hjelp. Barna beskrev en forbedret selvfølelse og bedre evne til å regulere atferden sin. Foreldre opplevde at de hadde fått en bedret relasjon til barna, og at de hadde fått en bedre atferd både hjemme og på skolen. De hadde heller ikke

observert gjentakelse av SSA. Foreldrene beskrev at de fortsatt hadde utfordringer knyttet til skyldfølelse og at barna hadde en del adferdsproblemer, men de følte seg trygge på at de kunne fortsette å bruke de ferdighetene de hadde lært gjennom programmet til å arbeide med ulike utfordringer (Fonagy et al., 2017). De kvalitative intervjuene viste at både barna og foreldre opplevde nytte av MST-PSB, både i forhold til forbedret atferd og familierelasjoner. Til tross for begrensede kvantitative funn, indikerte kvalitative data at MST-PSB hadde positiv innvirkning på deltakernes atferd og familieliv, og forskerne understrekte viktigheten av å undersøke både kvantitative og kvalitative aspekter ved komplekse intervensjoner som MST-PSB (Fonagy et al., 2017).

### **2.2.6. Studier av utprøving av AIM3 i Norge**

AIM står for *Assessment-Intervention-Moving on* og foreligger nå i versjon 3.

Det består av et opplæringsprogram med fire kursmoduler. Grunnkurset heter AIM Basic, deretter tilbys et utredningskurs, et behandlingskurs og et instruktørkurs. AIM-verktøyene er utviklet av tverrfaglige fagpersoner knyttet til AIM-prosjektet fra tidlig 2000-tallet. Verktøyene bygger på både erfaringer fra praksis og forskning på barn og unge som har SSA-relatert problematikk (Betanien sykehus, 2023).

Jensen (2023) har i sin ph.d-avhandling undersøkt barn i alderen 0-17 år som har utøvd problematisk og skadelig seksuell atferd (PSA/SSA) mot andre mindreårige, enten fysisk eller via teknologi. Målet var å utvikle kunnskap og begreper i en norsk kontekst, med et holistisk, økologisk og empirisk basert perspektiv. Det ble gjennomført to empiriske studier: en retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler fra psykiske helsevern for barn og unge, og en undersøkelse av tverrfaglige, fagpersoners erfaringer med bruk av AIM3-Utredningsmodellen.

De første to artiklene utforsket karakteristika hos tenåringsgutter med SSA (Jensen et al., 2016, 2020). Gjennomsnittsalderen ved behandling var 14,1 år, og debutalderen for SSA var 13,2 år. Majoriteten av guttene er norskfødte og har sammensatte vansker, inkludert kognitive, sosiale og atferdsmessige utfordringer. SSA utføres hovedsakelig i nærområdet eller hjemme, ofte mot bekjente eller familiemedlemmer. Den tredje artikkelen undersøkte forskjeller mellom to subgrupper: de som har utøvd SSA mot yngre barn (HSB<sup>16</sup>-C), og de som har utøvd SSA mot jevnaldrende (HSB-P). Selv om det ikke ble funnet signifikante forskjeller, var det noen tendenser til at HSB-C gruppen har flere utfordringer knyttet til vold og omsorgssvikt.

AIM3 Utredningsmodellen brukes til å vurdere PSA/SSA i en norsk kontekst, og studien viste at ulike fagpersoner vurderte ulike case relativt likt (moderat interrater-reliabilitet), noe som er viktig for å sikre at dataene som samles inn er konsistente og pålitelige, uavhengig av hvem som utfører vurderingen. Modellen oppleves som nyttig av fagpersoner. Konklusjonen er at

---

<sup>16</sup> Harmful sexual behaviours (HSB) defineres som: "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)

det norske kliniske utvalget viser mange typiske kjennetegn for barn med SSA, men også spesifikke utfordringer som sosiale og familiemessige problemer. Funnene støtter videre bruk av AIM3-modellen for behandling og oppfølging av ungdom med SSA i Norge (Jensen et al., 2022).

#### ***2.2.7. Studie av Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)s arbeid med barn som har utøvd skadelig seksuell atferd.***

I en undersøkelse ved BUP-ene i Norge om forekomst av skadelig seksuell atferd blant barn og unge i BUP (Skar og Guldhav, 2023, s. 129-135), svarte ledere på spørsmål om de hadde prosedyrer knyttet til barn og unge som har utøvd vold og overgrep. Av 69 ledere svarte 18 (26.1%) at arbeidsplassen hadde slike prosedyrer, mens 51 (73.9%) ikke hadde det. Kun 14 (20.3%) hadde ansatte med opplæring i dette, mens 51 (73.9%) ikke hadde det.

Fem ledere deltok i kvalitative intervjuer og påpekte at selv om problematikken er kjent i BUP, hadde det ikke vært høyt prioritert. Kompetanse kommer og går med utskifting av personale, noe som gjør behandling av barn og unge som har utøvd skadelig seksuell atferd sårbart. Terapeutene rapporterte også bekymringer rundt barnas atferd og manglende kompetanse og verktøy til å håndtere det. Det var 115 terapeuter som besvarte spørreskjemaer, hvorav 78.3% hadde hatt saker med SSA det siste året.

Majoriteten av terapeutene opplevde manglende kunnskap og verktøy for effektiv behandling av SSA. Samlet indikerer dataene et behov for bedre opplæring, verktøy og prosedyrer for å håndtere SSA blant barn og unge i BUP.

## 3 Metode

### 3.1 Innledning

For å besvare oppdragets problemstillinger er det behov for ulike typer data fra forskjellige informantgrupper. Noen spørsmål gjelder erfaringer blant sentrale aktører som er involvert i implementeringen av MST ved SSA i barnevernet, mens andre spørsmål gjelder de som mottar behandlingstilbudet, nemlig foreldrene og barna. For å belyse de ulike erfaringene har den viktigste informasjonskilden vært kvalitative intervjudata innhentet gjennom individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. I tillegg tar en av problemstillingene opp omfanget av metodens bruk, som best belyses gjennom kvantitative data.

Det kvalitative datamaterialet består av:

- Intervjuer med ledere og terapeuter i fem MST-team som har prøvd ut MST-PSB og MST i SSA-saker. Intervjuene gir innsyn i ansattes erfaringer fra arbeidet med familiene og i behandlingsprosessen. Informantene ble intervjuet i to omganger. I den første runden med intervju (utført november 2023 til mars 2024) intervjuet vi 23 informanter (en MST-konsulent, fem ledere og 17 terapeuter). Oppfølgingsintervjuene ble gjennomført i september 2024. Her ble 8 informanter intervjuet, en MST-konsulent, samt tre ledere og fire terapeuter i de tre gjenværende teamene).
- Intervjuer med to ansatte i Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) – som har det overordnede ansvaret for implementering av behandlingstilbudet og veiledning av teamene.
- Intervju med en familie (to foreldre og ett barn) som har gjennomført behandlingsopplegget MST-PSB.

Det kvantitative datamaterialet omfatter data som NUBU (Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge) rutinemessig samler inn for evaluering av MST-behandlingsforløp. Dette materialet gir informasjon om egenskaper ved barna, behandlingens varighet, og typer og omfang av atferdsproblemer og endringer i disse gjennom behandlingsperioden.

### 3.2 Utvikling av intervjuguider

#### 3.2.1. *Intervjuguider til foreldre og barn/unge*

Intervjuguidene til foreldre og barn er utviklet i samarbeid med forskere i delprosjekt 7, (SSA i barnevernet). I utformingen av disse intervjuguidene hentet vi verdifulle erfaringer fra en tidligere studie med intervju med 10 foreldre og 8 barn og unge i MST- PSB i Storbritannia (Fonagy, 2017, 2020) og intervju med 5 foreldre (Bond, 2017) og 5 ungdommer (Strømsvåg & Breen, 2019) som hadde mottatt ordinær MST i Norge. Alle disse tidligere kvalitative studiene var basert på en videreutvikling av tidligere utprøvde intervjuguider av Tighe et al. (2012).

Basert på forskernes tidligere erfaringer fra andre studier med barn og unge, samt vår egen vurdering av viktigheten av å fokusere på det dagligdagse livet, og ikke bare utfordrende adferd eller behandlingsfokus, inkluderte vi noen spørsmål om barn og unges hverdagsliv (Haavind, 1987).

### **3.2.2. Intervjuguiden ledere, terapeuter og MST konsulent**

Intervjuguiden for ansatte fokuserte på deres opplevelser av implementeringen av MST-PSB i teamene. I guiden la vi vekt på sentrale kompetansedrivere (seleksjon av team og personell, opplæring og veiledning), organisasjonsdrivere (administrativ støtte, datasystemer for beslutningsstøtte og systemrettet arbeid), samt ledelse og resultatevaluering (D. L. Fixsen, Blase, Naoom, & Wallace, 2009; Ogden et al., 2012; Ogden & Fixsen, 2015).

Intervjuguiden fokuserte også på hvilke barn og unge og familier som søkes til MST-PSB/MST ved SSA, og hvem som har deltatt i behandlingen. I tillegg spurte vi om hvordan de ansatte arbeidet med barn og unge og deres foreldre, med særlig fokus på erfaringene med bruk av tilleggselementene i PSB (Sikkerhet, styrking av foreldreferdigheter og relasjoner, sosiale ferdigheter og venner, klargjøring (clarification), kunnskap om seksualitet, rusbehandling, traumebehandling for voksne, traumefokusert kognitiv adferdsterapi for barn og ungdom).

### **3.2.3. Oppfølgingsintervju**

For å utforske nærmere eventuelle muligheter for å få rekruttert flere familier som ønsket å la seg intervju, inviterte vi i oktober 2024 ledere og terapeuter i MST-teamene samt MST-konsulent til et kombinert møte og oppfølgingsintervju. Formålet med *møtet* var tredelt: 1) i samarbeid med ledere og terapeuter forsøke å få ytterligere bistand til å finne og rekruttere aktuelle familier til intervju, 2) innhente kunnskap om barrierer for rekruttering og deltakelse i intervju for denne målgruppen, og 3) innhente erfaringer med overgangen fra MST-PSB til MST ved SSA, om booster/ opplæring/ norske konsulenter i samarbeid med Ressursenhet V27. Hovedmålet med *intervjuet* (som var del to av møtet) var å innhente ansattes erfaringer med og tolkninger av eventuelle tilbakemeldinger fra foreldre og barn underveis i behandlingene, og ved avslutning, med formål å kunne si noe mer indirekte om hvordan familiene opplevde behandlingen. De ansatte delte tilbakemeldinger de hadde mottatt fra familiene både underveis i behandlingen og ved sluttevalueringer. Videre spurte vi dem om deres refleksjoner rundt utfordringer knyttet til rekruttering av deltakere til kvalitative og kvantitative evalueringer av denne sårbare gruppen. Ansatte delte også sine erfaringer med å innhente tilbakemeldinger fra familier gjennom behandlingsforløpet. Disse refleksjonene ga verdifull innsikt i utfordringene ved forskning på dette feltet.

Ledere og terapeuter pekte på at det er mye mer *skyld og skam* i disse familiene enn i andre saker de hadde erfaring med. De beskriver også at det ofte eksisterer et «tidsvindu» under behandlingsprosessen der familiene kan være mer åpne for henvendelser, men at de deretter «lukker igjen» og ønsker å legge de negative opplevelsene bak seg. Det kan derfor være vanskelig å nå disse familiene etter at behandlingen er avsluttet.

## **3.3 Rekrutteringsprosessen**

Førstegangskontakten med ledere og ansatte i MST-teamene ble tatt av NUBU. Deretter tok vi direkte kontakt med ledere for de fem teamene på e-post og telefon for å avtale intervju med dem selv og med terapeutene. MST-teamene ble som nevnt også vår inngangsport til rekruttering av familier til intervju noe senere i prosjektforløpet.

På det tidspunktet vi startet rekruttering av familier, var antallet team redusert fra fem til tre team, som en følge av omleggingen fra MST-PSB til MST ved SSA i januar 2024. De to øvrige teamene hadde bare hatt en familie hver tidlig i forløpet, og vurderte det også som krevende å få rekruttert disse.

Etter avtale sendte vi i april/mai 2024 ut ferdig frankerte konvolutter til hver av de tre teamene, med forespørsel om å sende ut brevene med informasjonsskriv til de vel 30 familiene som hadde gjennomført MST- PSB/ MST ved SSA. Vi ba i brevene foreldre ta kontakt med prosjektleder for studien på e-post eller telefon dersom de ønsket å delta.

Henvendelsen inneholdt et eget informasjonsskriv til barn og unge, som var formulert i et noe enklere språk og med en del bilder og illustrasjoner. For å motivere til intervju ble barn og unge som ville delta tilbudt kr. 300 kr. som takk for hjelpen.

Tidlig etter oppstart drøftet vi med lederne og ansatte i MST-teamene hvorvidt de kunne bistå med rekruttering av familier ved å informere om studien og forespørre aktuelle familier direkte om de kunne tenke seg å delta i et intervju. Teamene var positive til dette. Ledere bekreftet at de hadde forespurt familier direkte, men at disse hadde takket nei til deltakelse.

Som et resultat av oppfølgingsmøtet/intervjuet i oktober 2024 tilbød leder ved et av teamene, som hadde en nylig avsluttet sak, seg å sende ut et informasjonsbrev på vegne av forskningsprosjektet. Vi forstod det da slik at lederen vegret seg for å ta direkte kontakt med familien.

Totalt lyktes vi med å få positivt svar fra én familie, der begge foreldre og et barn, kunne tenke seg til å delta i intervju.

Rollen som MST-teamene har hatt i rekrutteringsprosessen kan forstås på to måter, både som portåpnere (gitt oss tilgang til familiene) og som portvoktere (begrenset vår tilgang, f.eks etter vurdering av behov for beskyttelse av familiene).

### **3.4 Intervjugjennomføring**

Intervjuet med barnet og foreldrene ble gjennomført i juli 2024. Det ble gjennomført som to digitale intervju på Teams, ett med foreldrene og ett med barnet. To forskere var til stede under intervjuet. Ved oppstart av intervjuet gjennomgikk vi sentrale punkter fra informasjonsskjemaet om formålet med prosjektet, frivillighet til å delta og datasikkerhet. Vi forsikret oss om at de frivillig samtykket til å bli intervjuet, og til at vi tok opptak av intervjuet. Etter at vi startet opptaket, gjentok vi spørsmålene om de samtykket i intervju og opptak, noe de bekreftet.

Intervju med ledere og terapeuter ble gjennomført i to bolker, den første i perioden november 2023 til mars 2024, mens den andre ble gjennomført et halvt år senere i september 2024. De første intervjuene med ansatte ble gjennomført av to forskere sammen (med ett unntak der terapeuten måtte intervjues svært raskt), mens oppfølgingsintervjuene ble gjennomført av en forsker. De som ble intervjuet fikk en invitasjon til å delta på e-post, med informasjon om forskningsprosjektet som er godkjent av SIKT, og formålet med intervjuet. For intervjuer som ble gjennomført fysisk, ble samtykkeskjema signert i forkant av intervjuet. I starten av de digitale intervjuene gikk vi gjennom informasjonsskrivet, med fokus på deltakernes rettigheter, frivillighet, og retten til å trekke seg. I alle intervjuer spurte vi om de samtykket til

deltakelse og opptak. Deretter startet vi opptaket, gjentok spørsmålet, og fikk deres muntlige samtykke til å delta.

### 3.5 Kvantitative data fra NUBU

Gjennom Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) har vi fått tilgang til data som samles inn fra MST-PSB teamene til bruk i kvalitetssikring og forskning. NUBU bruker selv opplysningene i saksrapporter som summerer opp viktige parametre ved behandlingene.

Vi har fått tilgang til et sett med anonyme rådata (per 31.03.2024) som vi har kunnet gjøre egne kjøring på. På dette tidspunktet var det registrert igangsatt 34 saker i systemet. I tillegg fikk vi litt senere (20.08.2024) tilsendt fra NUBU en ferdig tabell med noen oppdaterte hovedtall. Da var antallet saker steget til 42. I rapporten vil vi fortrinnsvis gjengi de nyeste tallene, mens fordelingene etter f.eks. region måtte gjøres i filen med rådata (31.03.2024).

Filen med rådata ble gjort tilgjengelig gjennom Tjeneste for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo, og vi har utført noen enkle fordelingsanalyser på datasettet. For å eliminere muligheter for direkte og indirekte identifisering ble materialet delt opp i to separate filer og antallet variabler i hver fil begrenset. Dette var viktig fordi den ene filen inneholdt opplysninger om team (region), og noen av de regionale teamene inneholdt svært få enheter.

Det var i utgangspunktet fem team som deltok i implementeringen av MST-PSB. I Team Vest var det kun 1 behandling, slik at denne ble utelatt fra rådatafilen slik at vi kun hadde mulighet til å gjøre analyser for fire team (der opplysninger for to var slått sammen): Team Sør med 17 registrerte behandlinger hvor åtte var fullført, Team Midt med åtte registrerte behandlinger og syv fullførte, og Team Øst 1 og 2, med til sammen åtte registrerte behandlinger, der fem var fullført.

Datasettene er analysert statistisk med bruk av fordelingsanalyse (prosenttabeller) og gjennomsnittsberegninger, utført med bruk av statistikkprogrammet SPSS.

I vedlegget er det en variabeloversikt over det totale omfanget av variabler i basen til NUBU, i tillegg til henvisning til dokumentasjon med definisjoner og skåringskriterier av de ulike kartleggingsverktøyene som brukes i systemet.

### 3.6 Analyseprosessen

Analyseprosessen har pågått gjennom store deler av prosjektperioden og har bestått av ulike deler og faser: refleksjoner over foreløpige funn i arbeidsmøter i forskerlaget, under fremlegg i referansegruppemøter, og i mer systematiske arbeidsprosesser med gjennomgang av funn.

I den mer strukturerte fasen av analysearbeidet brukte vi *kollektiv kvalitativ dataanalyse*, en metode utviklet av Eggebø i samarbeid med blant andre Stubberud og Langeland og som vi har god erfaring med fra tidligere prosjekter (Eggebø, 2020). Metoden er bygd opp i fire hovedtrinn: 1) Felles gjennomgang av datamaterialet, 2) temakartlegging, 3) temagruppierung, og 4) utforming av disposisjon og en videre plan for analyse og skrivearbeidet. Etter at forskningsdata var samlet inn i runde 1 (vinter 2024) og runde 2 (høst 2024), arrangerte vi en

to-dagers analyseworkshop hvor forskerteamet i fellesskap gjennomgikk datamaterialet. Alle hadde på forhånd fått utsendt oppsummeringer fra intervjuer og feltnotater og i første sekvens av seminaret ble datamaterialet oppsummert og visualisert på flipover-ark. Vi kartla og grupperte deretter aktuelle tema som vi oppdaget som sentrale i materialet. Temaene ble diskutert i fellesskap, og noen nye tema ble også trukket ut av diskusjonen. Til slutt i seminaret ble det utarbeidet en helt forsøksvis disposisjon av rapporten på grunnlag av det som forelå på det tidspunktet. En hensikt med det var å forsøke å strukturere temaene innenfor rammene av rapportformatet. Til slutt diskuterte vi en konkret arbeidsplan for utføring av skrivearbeidet. Vi diskuterte også en forsøksvis skisse til anbefalinger på bakgrunn av det som forelå.

Vi har i tillegg gjennomført noen andre workshoper som kan ses som viktige deler av analyseprosessen, selv om ikke analysearbeid var en direkte hensikt med disse. Vi inviterte til workshop med ansatte i teamene, workshop med NUBU, og fremlegg for styringsgruppen, der vi der vi presenterte foreløpige funn og inviterte til refleksjoner og innspill. Disse fungerte som nyttig validering av våre foreløpige tolkninger og referanseramme.

Vi hadde også tre felles referansegruppemøter sammen med prosjekt SSA i barnevernet, som bestod av fire medlemmer, fra Statens barnehus, RVTS, Ressursenhet V27, og barnevernstjenesten. Disse bidro med verdifulle innspill underveis i prosessen. En begrensning er at vi ikke har hatt representanter for foreldrene eller familiene med i referansegruppen, noe som gjør at vi ikke har kunnet drøfte design av studien i forkant, eller fått brukernes stemme inn i valideringsarbeidet. Det finnes heller ingen interesseorganisasjoner å rekruttere fra.

### **3.7 Vurderinger av datamaterialet og metodisk gjennomføring**

#### **3.7.1. *Forskningsetiske forhold***

Å utføre forskning med barn og unge i sårbare situasjoner reiser flere særlige etiske spørsmål og utfordringer (Backe-Hansen, 2023), og disse påvirker også de metodiske valgmulighetene våre. En viktig problemstilling er hvordan vi kan ivareta frivillighet og beskytte deltakernes rettigheter og integritet, og sikre informert samtykke. Barn og unge kan ha begrenset forståelse av forskningens formål og konsekvenser, noe som utfordrer deres evne til å gi fullt informert samtykke. Når foreldre gir samtykke på vegne av sine barn, må barnets egne ønsker og følelser tas på alvor, slik at de ikke presses til å delta mot sin vilje.

Forskningsprosjektet berører et svært sensitivt temaområde. En årsak til det er den skyld, skam og redsel for stigmatisering som knytter seg til den typen ikke-akseptert seksuell atferd blant barn og unge som det er snakk om. Dette gjelder for både foreldrene og barnet selv (Fonagy et al., 2017). Dette har både forskningsetiske og metodiske konsekvenser. Det har vært nødvendig å kontinuerlig vurdere hvordan vi kan gå frem og samtidig ivareta tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet i kontakten med informanter. Prosjektet har gjort det nødvendig å skjerpe vår «etiske sans» som samfunnsforskere (Tjora, 2017).

Det vil eksistere en ulikhet i makt mellom forskere og deltakere som kan føre til at barn og unge føler seg presset til å delta (Hagen og Lyng, 2019). For eksempel kan barn og unge føle at de må delta fordi forskningen er støttet av autoritetspersoner de stoler på, eller fordi forespørselen om deltakelse er formidlet via disse.

Rekrutteringen av informanter har som sagt gått gjennom MST-teamene - som er de som har ansvar for behandlingen av den enkelte familie/barn. Det har vært nødvendig å ta hensyn til hvordan denne fremgangsmåten kan påvirke barn, unge og foreldre, og relasjonen mellom teamene og den enkelte familie. Flere av barna som hadde mottatt behandling var ganske unge (gj. snitt 14,1 år), 2 av 3 hadde ulike psykiske helseutfordringer og en del hadde kognitive vansker, noe som kan ha bidratt til at det var vanskeligere for foreldre å takke ja til deltakelse. Å delta i intervju kan vekke vonde minner og utløse ubehagelige følelser, særlig hvis spørsmålene involverer sensitive temaer som traumer eller psykisk helse. Vi har også vurdert hvilke tiltak som eksisterer for eventuell oppfølging og støtte, dersom behovet skulle oppstå gjennom vår kontakt med informanter<sup>17</sup>. Vi måtte også være forberedt på at det i intervjusituasjonen kunne komme opplysninger om alvorlige forhold som aktiverer meldeplikt til barnevernstjenesten.

Som kontaktpunkt mot foreldrene har det derfor også vært svært viktig å ha en god dialog med de ansatte i MST-teamene. Teamene beskriver at de ofte må bruke lang tid på å etablere kontakt med foreldre og barn og unge, og bidra til at de blir motiverte og trygge for å delta i behandlingen. Teamene erfarer at når behandlingen er ferdig, ønsker familiene gjerne å legge denne perioden bak seg. Denne innsikten gjorde oss oppmerksom på at det kan være vanskelig for foreldrene og barna å delta i forskning, både under og i etterkant av behandling.

Forskerne i prosjektet har hatt regelmessige møter med forskere ved Oslo Met NOVA som i samme tidsperiode har utført et forskningsoppdrag om skadelig seksuell adferd i barnevernet. Prosjektene står overfor flere av de samme forskningsetiske og metodiske problemstillingene, og vi har hatt flere møter der vi har diskutert utfordringer knyttet til rekruttering og intervjugjennomføring av sårbare grupper som barn og foreldre i kriser og krevende livssituasjoner. Som en del av samarbeidet har prosjektene også etablert en felles referansegruppe. Samarbeidet har vært en viktig ramme for utveksling av kunnskap og perspektiver, og har bidratt til å utvikle vår forståelse av problemfeltet.

### **3.7.2. Begrensinger i datamaterialet**

Fordi vi har intervjuer med ulike aktører, kan vi belyse implementeringen av MST ved SSA fra flere synsvinkler. Vi har erfaringer fra ledere og ansatte i MST-teamene, MST-konsulent fra NUBU, og fra to foreldre og et barn som har deltatt i en behandling.

En begrensning i materialet er, som tidligere nevnt, at vi kun har lyktes med å rekruttere og få gjennomført intervjuer med én familie. Vi vet ikke om andre familiers erfaringer med tilbudet har vært mer negative eller positive enn for denne familien, og vi vet ikke i hvilken grad de opplever at tilbudet har hatt hjulpet i deres situasjon. Samtidig er familien som vi har intervjuet, en bærer av sine egne, unike erfaringer med situasjonen og med behandlingsopplegget. Disse erfaringene reflekterer ulike sider ved den spesielle situasjonen som familien og barnet står i. Situasjonen er preget av blant annet barnets handlinger, hjelpeapparatets forståelser og kategoriseringer av disse, og barnets og familiens samhandling med ansatte som står for behandlingsopplegget MST ved SSA. Slik sett kan erfaringene som

---

<sup>17</sup> Aktuelle instanser i vårt tilfelle ville være Mental helses hjelpetelefon, helsesykepleier eller psykisk helsevern for barn og unge, i tillegg til støtte fra eget nettverk.

kommer frem gjennom intervjuene med denne familien også illustrere noe mer generelt, som er basert på erfaringer som de vil ha til felles med andre familier, men som denne familien samtidig tematiserer og uttrykker på sin unike måte. Intervjuet med familien både utfylles av, og er samtidig en motvekt til ansattes beskrivelser av behandlingsopplegget. Det er samtidig lite tvil om at bildet ville blitt mer utfyllende om vi hadde hatt intervjuer med flere familier.

### **3.7.3. Hva kunne ha vært gjort annerledes?**

Når vi i ettertid skal vurdere hva vi eventuelt kunne ha gjort annerledes, er det ulike forhold som kan trekkes frem. Det ene er at vi kom noe forsinket inn i følgeforskningen av MST-PSB, ved at oppstarten av prosjektet ble utsatt et halvt år som en konsekvens av ønsket fra Bufdir om samarbeid og koordinering med delprosjektet om skadelig seksuell adferd hos barn i barnevernet (delprosjekt 7). Dette bidro til at vår datainnsamling startet først ved årsskiftet 2024, samtidig som utprøvingen av MST-PSB ble formelt avsluttet, og en gikk over til MST ved SSA. Dette innebar at den første gruppen av familier hadde avsluttet behandlingen når vi startet opp evalueringen. På dette tidspunktet var ingen oppmerksomme på at det kunne bli mer krevende å rekruttere familier etter at behandlingen var avsluttet. Tvert imot var ledere positive til å bidra med å rekruttere familier og mente dette skulle kunne lykkes.

Teamledere bistod også med direkte rekruttering av familier som var i sluttfasen av behandling juni-september, uten å lykkes med det, men det var i denne perioden ganske få familier som var aktuelle.

Et annet forhold er knyttet til at NUBU gjennomfører datainnsamling ved innhenting av spørreskjema ved oppstart og avslutning av behandlingen, og 6, 12 og 18 måneder etter avslutningen. I tillegg blir familiene ringt opp hver måned, for utfylling av et evalueringsskjema av oppfølging av behandlingsmålene og samarbeidet med terapeuten. Dette innebærer at familiene allerede i utgangspunktet har fått mange forespørsler om deltakelse i kartlegginger. NUBU uttrykker selv at de opplever en del utfordringer med lav oppslutning og svarprosent ved disse målepunktene. Det er lite tvil om at det samlede trykket på familiene er stort.

Vi har underveis fått kjennskap til noen erfaringer som kan være nyttig å ta hensyn til dersom man fremover skal rekruttere informanter fra målgruppen i dette prosjektet. NUBU har i andre MST-behandlinger bidratt til rekruttering av familier til masterprosjekter, og der ansatte ved NUBU har fungert som veiledere.

I et intervju pekte en ansatt på et tilsvarende forslag: En fremgangsmåte kunne være at forskeren innhentet samtykke til å delta i terapeutens avslutningsmøte med familiene, og slik fikk mulighet til å stille noen spørsmål om hvordan familien hadde opplevd behandlingen som en del av møtet.

Våre funn peker på at tidspunktet for når man henvender seg til familiene er svært viktig. Ved en ny studie bør man informere familiene ved oppstart, for et intervju i sluttfasen av behandlingen. Videre bør en arbeide tettere med NUBU, og deres merkantile ressurs om hvordan en kan lykkes bedre. En fordel ved et tett samarbeid mellom NUBU og eksterne forskere kan være at det kan gi en mer langsiktig, «nær» og forpliktende relasjon mellom forsker, behandler/team, og familie.

En annen mulighet er at man sender et kort elektronisk spørreskjema til familiene med noen åpne felt i sluttfasen av behandlingen, eller rett i etterkant av avsluttede behandlinger, der

man også spør om familier kan tenke seg å delta i intervju. Her bør man samarbeide tett med NUBU, og sikre koordinering med datainnsamlingen som NUBU gjør ved avslutningen av behandlingsforløpet.

#### ***3.7.4. Tiltak for å ivareta personvern***

Vi har forsøkt å redusere den potensielle personvernulempen i prosjektet gjennom ulike tiltak. Prosjektet har vært meldt til SIKT, som har vurdert alle personvernmessige sider ved prosjektet, inkludert registrering, behandling og oppbevaring av opplysninger. I tillegg til gjeldende personvernregler har vi lagt til grunn de etiske retningslinjene fra Nasjonal forskningsetisk komité for samfunnsvitenskap og humaniora i vårt arbeid med prosjektet.

Vi har lagt vekt på å utarbeide tydelige informasjonsskriv, som understreker viktige aspekter som konfidensialitet, anonymisering, frivillighet, og retten til å trekke seg når som helst uten å måtte gi en begrunnelse eller frykte negative konsekvenser. Skrevet informerte også om at deltakere står fritt til å ikke besvare spørsmål de ikke ønsker å svare på. Vi lagde egne informasjonsskriv for foreldre, barn og for ledere/ansatte involvert i behandlingstilbudet.

Personopplysninger er anonymisert, og informasjonen fra intervjuene presenteres i rapporten og i annen formidling fra prosjektet på en måte som ikke gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner verken direkte eller indirekte. Lydopptak av intervju er gjort etter deltakerne sitt samtykke til dette. Intervjuene ble tatt opp digitalt, og transkribert gjennom UIO sin autotekst-tjeneste, som Nordlandsforskning har en databehandleravtale med.

## 4 Begynnende implementering av MST-PSB og MST ved SSA

Dette kapittelet omhandler den begynnende implementeringen av MST ved problematisk eller skadelig seksuell atferd i fem MST-team. Vi presenterer og drøfter erfaringene fra ansatte knyttet til opplæring, etablering og drift av MST-PSB, og ser nærmere på overgangen til MST ved SSA. Avslutningsvis drøftes implementeringen i lys av Fixsens implementeringsmodell, med utgangspunkt i funn og erfaringer fra utprøvingen. Kapittelet bygger på en kombinasjon av kvalitative intervjuer med ledere, terapeuter og MST konsulenter, samt kvantitative registerdata fra NUBU.

### 4.1 Vår implementeringsforståelse

Implementeringen av nye intervensjoner kan skje enten "ovenfra og ned" – styrt av myndigheter - eller "nedenfra og opp" – initiert av lokale aktører (Dean L. Fixsen & Ogden, 2015). Ovenfra-og-ned strategier kan være kostnadseffektive og bidra til standardisering, men kan samtidig svekke lokal tilpasning og redusere opplevelsen av autonomi blant ansatte (Palinkas, 2012). Nedenfra og opp-strategier kan derimot fremme lokalt eierskap og engasjementet, men kan føre til en lite ensartet praksis og gi varierende resultater (Ogden, Beyers, & Ciairano, 2009). En vellykket implementering forutsetter ofte en balansert tilnærming som kombinerer begge disse strategiene og som samtidig er støttet av både ledelsen og organisasjon (Fixsen, Blase, Metz, & Van Dyke, 2013; Ogden et al., 2009).

Selv om det finnes evidensbaserte program, kan det være utfordrende å spre og opprettholde disse i større skala (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Rogers, 2002). Spesialiserte implementeringsteam kan være til stor hjelp for å overvåke implementeringsprosessen, sikre at intervensjonene følges (programtrofasthet), og legge til rette for bærekraftig drift (Fixsen et al., 2005, 2009). I Norge har NUBU det nasjonale ansvaret for implementeringen av MST.

En systematisk gjennomgang av implementering av evidensbaserte intervensjoner for barn og unge understreker betydningen av ledelse, veiledning og evaluering av resultater som nøkkelfaktorer for vellykket implementering (Novins, Green, Legha, & Aarons, 2013). I denne studien analyserer vi vårt datamateriale med utgangspunkt i sentrale elementer ved implementeringsprosessen, slik den er beskrevet hos Fixsen et al. (2009). Denne modellen er tidligere benyttet av NUBU i kvantitative studier for å evaluere implementeringen av MST (Ogden et al., 2012), og har også vist seg nyttig som rammeverk i evalueringer av andre implementeringsprosesser (Bliksvær et al., 2019; Skogøy et al., 2018).

Implementeringsprosesser er komplekse og deles ofte opp i faser (D. L. Fixsen et al., 2009; Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011). Fixsen og kollegaer (op.cit) beskriver fire hovedfaser: *utforskning*, *installering*, *begynnende implementering* og *full implementering*. I *utforskningsfasen* kartlegges behov, det velges en intervensjonsmodell, og man vurderer modellens egnethet og gjennomførbarhet. Aktuelle interessenter involveres, og det utvikles en implementeringsplan. I *installasjonsfasen* utvikles implementeringsstøtte, parallelt med tiltak for kompetanseutvikling og organisatoriske endringer. I *begynnende implementeringsfase* starter leveringen de nye tjenestene til målgruppen (her: barn og

familier), og man anvender innsamlede data til problemløsning og for å ta beslutninger om forbedringer. I *full implementeringsfase* etableres videre systemer og organisatoriske endringer, og man måler utfall for barn og familier (D. L. Fixsen et al., 2009; Skogøy, 2019).

I denne studien vurderer vi implementeringen av MST-PSB som et eksempel på *begynnende implementering*. Behandlingstilbudet ble etablert i fem team, som senere ble redusert til tre. Prosessen befinner seg fortsatt i en fase preget av læring, tilpasning og systematisk forbedringsarbeid, spesielt ved at man valgte å justere modellen til MST ved SSA underveis.



Figur 2: Implementeringsdriverne (Fixsen & Blasé, 2008)

Fixsen et al., (2008, 2009) legger vekt på at ulike implementeringsdriverne er essensielle for å oppnå suksess i implementeringsprosesser. Disse driverne deles inn i tre hovedkategorier: kompetansedriverne, organisatoriske driverne og ledelsesdriverne. I tillegg understrekes betydningen av systematisk vurdering av resultater og måling av programtrofasthet, det vil si i hvilken grad tiltaket gjennomføres slik det er beskrevet i den opprinnelige modellen. Figur 2 viser implementeringsdriverne. Til sammen utgjør disse komponentene et helhetlig rammeverk som bidrar til kvalitet og bærekraft i implementeringsprosessen.

## 4.2 Oppstart og organisering

Oppstarten av MST-PSB tok utgangspunkt i fem eksisterende MST-team plassert i ulike deler av landet. Utvelgelsen av teamene var basert på flere kriterier, blant annet faglig engasjement hos ledere, lokal kompetanse og identifiserte regionale behov. Denne delen gir en samlet fremstilling av erfaringene fra oppstarten. Først beskrives hvilke hensyn som lå til grunn for valg av team, før vi ser nærmere på sammensetningen av de fem teamene. Deretter drøftes forhold knyttet til stabilitet og turnover, samt teamenes erfaringer i den tidlige fasen av

arbeidet med SSA. Avslutningsvis løftes spørsmålet om videre organisering: Bør MST ved SSA tilbys av egne spesialteam, eller bør kompetanse om SSA bygges inn i alle MST-team?

#### **4.2.1. Valg av team- hvorfor ble akkurat disse valgt?**

De fem MST-teamene som deltok i utprøvingen, hadde ulike forutsetninger og motivasjoner for å gå inn i satsningen. I to av teamene hadde lederne et sterkt personlig og faglig engasjement for barn og unge med SSA-problematikk. Begge disse teamene var lokalisert i regioner med en langvarig og tverrsektoriell innsats på området.

I én av disse regionene har det siden tidlig på 1980-tallet vært etablert et solid samarbeid mellom offentlige og frivillige aktører om seksuelle overgrep. Allerede da ble det opprettet konsultasjonsteam for anonym drøfting av SSA-saker. Den største kommunen i regionen hadde over tid bygget opp en sterk tradisjon for tverrfaglig samarbeid, med en nullvisjon mot seksuelle overgrep. Kommunen arbeidet etter prinsippet om at «dette er også våre barn», og la vekt på å styrke kompetansen i tjenestene. Det nye SSA-tilbudet ble synliggjort gjennom medier, digitale plattformer og i direkte kontakt med barnevernstjenestene.

En annen viktig driver for deltakelse var at flere av teamene allerede hadde ansatte med spisskompetanse innen temaer relatert til seksualitet. Som én leder uttrykte det: «*Vi hadde sagt at det var ok å være med, vi hadde en i teamet som tok sexologiutdannelse*» (Leder).

I ett av teamene ble SSA-arbeidet i større grad opplevd som en oppgave de ble tildelt, snarere enn noe de selv hadde søkt seg til. Selv om teamet i utgangspunktet var positivt innstilt i starten, endret holdningen seg noe gjennom opplæringsperioden – og særlig som følge av det lave antallet saker de faktisk fikk arbeide med.

#### **4.2.2. Sammensetningen av de fem teamene**

Lederne for de fem teamene var i gjennomsnitt 58 år, hvorav fire kvinner og én mann. De hadde variert faglig bakgrunn; to var psykologspesialister, mens de øvrige hadde utdanning som pedagog/spesialpedagog, sosionom/familieterapeut, og samfunnsfag/ledelse/familieterapeut. Alle hadde lang fartstid i MST – fra 14 til 28 år – og flere hadde vært teamledere i over et tiår. En av lederne deltok i etableringen av MST i Norge i 1999.

De 17 terapeutene i teamene hadde en gjennomsnittsalder på 52 år, fordelt på 14 kvinner og 3 menn. Noen få terapeuter deltok ikke i intervjuene, og vi har derfor begrenset informasjon om dem. Terapeutene hadde ulik faglig bakgrunn, blant annet som psykolog/psykologspesialist, sosionom, barnevernspedagog, vernepleier og psykiatrisk sykepleier. Mange hadde i tillegg videreutdanning, særlig innen familieterapi og sexologi.

De fleste terapeutene hadde lang erfaring med MST, noen med opptil 17 år i tjenesten. Enkelte var nyansatte og hadde kommet inn de siste årene med et ønske om å arbeide med barn med skadelig seksuell atferd. En av disse hadde omfattende erfaring fra barne- og ungdomspsykiatrien. Ett av teamene skilte seg ut ved å ha en lavere gjennomsnittsalder (rundt 40 år), med tre nyansatte psykolog/psykologspesialister tidlig i trettiårene.

Samlet sett hadde både ledere og terapeuter en bred faglig bakgrunn og gjennomgående lang erfaring med MST. Blant de nyansatte var psykologutdanning mer fremtredende. Teamene hadde en klar overvekt av kvinnelige ansatte og gjennomsnittsalderen lå godt over 50 år.

#### **4.2.3. Stabilitet og lav turnover**

Et gjennomgående trekk ved de fem teamene er høy grad av stabilitet blant de ansatte, et mønster som kjennetegner MST i Norge generelt. En informant påpekte at dette står i kontrast til situasjonen i MST-team i USA, der turnovern er høy og gjennomsnittlig ansettelsestid ligger på rundt to år. Vedkommende refererte til en oversikt fra 2023, som viste at den gjennomsnittlige ansettelsestiden i de norske MST-teamene lå på rundt åtte år. Dette gjennomsnittet dekker imidlertid over et todelt bilde: noen nyansatte slutter tidlig (etter ett til to år) dersom de opplever at arbeidsformen ikke passer dem, mens andre blir i stillingene i mange år, ofte langt utover gjennomsnittet.

En ansatt i NUBU rapporterte at omtrent 30 % av dagens terapeuter har vært i MST i over 10 år. Noen har vært med over 20 år. Blant teamledere er det over halvparten som har arbeidet i teamet i mer enn 10 år, og flere av konsulentene har over 20 års erfaring i rollen. Også i NUBUs interne stab har kontinuitet vært et kjennetegn: de samme personene har hatt ansvaret for implementeringen og kvalitetssikringen av MST siden oppstarten i 1999 og frem til 2020. Disse ble deretter erstattet av konsulenter med tilsvarende lang erfaring både som veiledere og konsulenter i MST.

MST-teamene har en fast struktur med fire årlige samlinger for kompetanseutvikling (såkalte boostere). Noen av disse er felles for alle MST-teamene, mens andre er spesifikke for MST-team med særskilt spisskompetanse, som MST-PSB/MST ved SSA. Systematisk opplæring og veiledning bidrar både til å sikre at ansatte arbeider i tråd med den evidensbaserte modellen de er opplært i, og til å opprettholde kvaliteten i tjenestene. I tillegg antas dette å ha en stabiliserende effekt på bemanningen og bidra til lavere turnover.

Til sammenligning har mange andre tjenester, som kommunalt barnevern, langt høyere turnover og utfordringer med faglig kvalitet. Rundt 30% av de ansatte i barnevernstjenesten slutter i løpet av et år (SSB, 2014; Drange et al., 2021). Ifølge Bufdir (2022b) oppgir ansatte at mangelfulle rutiner for veiledning og debriefing, samt manglende støtte og anerkjennelse fra leder, er sentrale årsaker til at de slutter. Tidligere forskning har vist at veiledning av ansatte kan bidra til å redusere utbrenthet og turnover, samtidig som det hever kvaliteten på det barnevernsfaglige arbeidet (Bostock et al., 2019; Sivertsen, S.H., 2024).

Også i spesialisthelsetjenesten er turnover en utfordring. I en studie peker ledere i BUP på at høy utskifting av personale med aktuell kompetanse gjør etablering av behandlingstilbud til barn og unge med skadelig seksuell atferd sårbart og uforutsigbart (Skar og Guldhav, 2023, s. 129-135). Den lave turnoveren i MST-teamene fremstår derfor som en viktig forutsetning for å utvikle og opprettholde den spisskompetansen som trengs for å etablere et stabilt behandlingstilbud for barn som har utøvd SSA.

#### **4.2.4. Erfaringer i teamene**

Alle teamene som deltok i utprøvingen av MST-PSB, var ordinære MST-team som gjennom denne satsningen skulle utvikle spisskompetanse på SSA. For å legge til rette for dette ble det gjort organisatoriske tilpasninger i oppstarten. Blant annet ble bemanningen i MST-teamene utvidet fra tre til fire terapeuter. Økningen hang delvis sammen med behovet for kompetanseoppbygging knyttet til PSB-satsningen.

To av de norske MST-konsulentene deltok i opplæringen i MST-PSB med mål om å bli sertifiserte PSB-konsulenter. Parallelt med dette la styringsgruppen stor vekt på å etablere kontakt med relevante, norske fagmiljøer, særlig SSA-miljøet i helsetjenesten, ledet av Ressursenhet V27. Det ble tidlig uttrykt behov for å tilpasse den amerikanske PSB-modellen til norske forhold og praksiser. Teamene fikk opplæring i PSB- metodikk, samt innføring i deler av kartleggingsverktøyet AIM3.

I forbindelse med oppstarten ble også arbeidsmengden for terapeutene justert: når en ansatt arbeidet med en PSB-sak, ble antallet samtidige saker redusert fra fire til tre.

Tre av teamene bestod av fire terapeuter, ett team hadde 3-4 terapeuter, og ett team hadde en høyere bemanning med 5-6 terapeuter. Flere team dekket store geografiske områder, noe som innebar lang reisevei over 90 minutter i enkelte saker. En medvirkende årsak til dette var at enkelte team tok inn saker fra nabofylker der det lokale MST-teamet ikke deltok i utprøvingen av MST-PSB. I løpet av de to første årene varierte antall saker i teamene fra én til tretten. To av teamene hadde kun én til to saker i denne perioden.

Flere team hadde ansatte med særlig interesse for å arbeide med SSA, noen med videreutdanning i sexologi, andre med annen relevant bakgrunn. Det var ofte disse terapeutene som håndterte flest saker, mens andre hadde én eller to saker.

Alle lederne rapporterte at de brukte betydelig tid på å informere samarbeidspartnerne om det nye tilbudet, særlig kommunale barnevernstjenester. Det ble også formidlet informasjon gjennom en informasjonsbrosjyre som beskrev tiltaket (Bufetat, u.å.).

En av lederne beskrev at de til tross for omfattende markedsføring, fikk henvist og drøftet fem saker, men likevel bare rekrutterte én familie. To familier takket nei, og i to saker besluttet barnevernet raskt å plassere barna i fosterhjem eller institusjon – begge var svært komplekse saker, med skadelig seksuell adferd innad i familien, noe som påvirket relasjoner i storfamilien. Teamet vurderte selv at det hadde vært mulig å jobbe med én av disse familiene.

En annen leder beskrev kapasitetsutfordringer som en sentral barriere, særlig på grunn av høy pågang av andre MST-saker knyttet til kriminalitet og rus.

*Barnevernet vet at vi har lite kapasitet, og ønsker å bruke MST til å ta de med store adferdsproblemer. Barnevernstjenestene, det er der det stopper opp for rekruttering til oss. Vi skulle hatt et ekstra team dersom vi skulle klart å ta alle sakene. (Leder)*

Teamet opplevde et stort påtrykk fra kommunalt barnevern om å ta tunge saker der man ønsket å unngå institusjonsplassering, eller at de ville ha barn ut av behandlingsinstitusjoner. Terapeutene opplevde at behovet var større for arbeid med generelle adferdsproblemer, særlig vold, enn for SSA-saker.

Et tredje team opplevde at det tok lang tid før den første henvendelsen kom, til tross for god kontakt med aktører i det regionale kompetansenettverket. De fleste henvendelsene kom gjennom kontakt med Statens barnehus eller behandlere i BUP.

Flere ledere beskrev også at enkelte henvisninger knyttet til generell atferdsproblematikk også inneholdt bekymringer rundt seksuell atferd. Når slike bekymringer var uklare eller diffuse, ble sakene i hovedsak behandlet som ordinære MST-saker.

Til tross for utfordringer med kapasitet, rekruttering og sakstilfang rapportere teamene gjennomgående om god støtte og tilbakemeldinger fra ledere på høyere nivå i organisasjonen og fra ansvarlige i NUBU.

#### **4.2.5. Egne spesialteam for SSA eller kompetanse på SSA i alle MST-team?**

Ledere og terapeuter beskrev at kompleksiteten i generelle MST saker har økt de siste årene<sup>18</sup>. Samtidig ble det beskrevet som mer krevende å skaffe institusjonsplasser enn tidligere, noe som økte presset fra kommunalt barnevern. Teamene opplevde at de i økende grad ble bedt om å håndtere saker som stod i fare for å utløse «brudd på bistandsplikten»<sup>19</sup>, og at dette påvirket hvilke saker som faktisk ble prioritert.

En leder opplevde det som problematisk å reklamere for et nytt tiltak som teamet ikke hadde kapasitet til å følge opp. Enkelte ansatte mente derfor at det burde etableres egne, dedikerte team som arbeider med SSA.

*Man burde rendyrke kompetanse til de som jobber med dette, og ha eget PSB-team i [vårt fylke]. Det blir ikke nok tid til den problematikken nå, i dette teamet, man får ikke tid til nettverksarbeidet og bygge opp samarbeidsrelasjoner til andre. Det ville ha ført til at man hadde fått flere behandlinger, og hadde fått personer som hadde vært genuint opptatt av tematikken. (Terapeut)*

Disse informantene pekte på at tidspress og saksmengde vanskeliggjorde etableringen av nødvendige nettverk og samarbeid for å sikre et solid behandlingstilbud. Et spesialisert team ville i deres øyne gjort det lettere å prioritere og opprettholde fokus på SSA-arbeidet.

Lederen for et annet team understreket derimot betydningen av å tilby behandling lokalt og mente at kompetanse på SSA burde bygges inn i alle MST-team, heller enn å isoleres i egne spesialteam. Vedkommende trakk frem at MST-terapeuter allerede har bred kompetanse, og at SSA ikke bør behandles som en særskilt problematikk. Samtidig la lederen vekt på at de ansatte må få mengdetrening for å opparbeide trygghet og ferdigheter.

Et gjentakende tema i intervjuene med ledere og terapeuter var geografiske utfordringer. SSA-saker er ofte tidkrevende og komplekse, og dersom teamene må reise langt – og samtidig forholde seg til nye og ukjente samarbeidspartnere – øker belastningen betydelig. Det kan derfor være utfordrende å ta SSA-saker fra andre områder, der det finnes MST-team, men som ikke har kompetanse med å arbeide med SSA-saker. Egne spesialiserte team står slik sett i motstrid til integrering av SSA i ordinær MST i hele landet, da spesialiserte team vil bidra til enda lengre reisevei.

---

<sup>18</sup> Dette samsvarer med registrerte tall fra NUBU, som viser en økning av problematikk ved inntak fra 2020-2024 på 9% for vold/ aggresjon og 15% for rus. (Informasjon fra NUBU)

<sup>19</sup> Bufetats bistandsplikt innebærer at Barne-, ungdoms- og familieetaten har plikt til å bistå kommunale barnevernstjenester med å finne egnede tiltak for barn som trenger plassering utenfor hjemmet. Dette kan være i form av fosterhjem eller institusjonsplass. MST omfattes ikke av bistandsplikten.

En mellomløsning ble foreslått av en terapeut: å bygge opp spisskompetanse i alle team, men uten at samtlige terapeuter i teamene opplæres til å arbeide med SSA.

*På et team er det ofte noen som har motivasjon, og andre som ikke har det. Så blir det likevel en selektering på hvem som jobber med denne type saker. Det er noe med å bruke den interessen eller motivasjonen du har. (Terapeut)*

Et slikt system reiser imidlertid utfordringer knyttet til faglig støtte og tilhørighet. Dersom kun én eller to terapeuter i teamet arbeider med SSA, risikerer de å stå faglig alene. En mulighet kunne da være å utvikle en konsultasjonsstruktur på tvers av team, der ansatte med spisskompetanse på SSA fikk veiledning og konsultasjon i et felles fagmiljø med denne kompetansen. Ansatte med spisskompetanse på SSA vil i tillegg måtte utvikle et samarbeid med regionale og lokale SSA miljø i andre tjenester.

### **4.3 Opplæring, veiledning og kompetanseheving**

#### **4.3.1. Opplæring i MST-PSB**

Opplæringen i MST-PSB startet med en fire dagers lang grunnopplæring i Oslo våren 2021, ledet av de amerikanske konsulentene. I etterkant ble det gjennomført kvartalsvise påfyllingsseminar («boostere»). I tillegg deltok teamene på opplæring i AIM3, et kartleggings- og behandlingsverktøy som tilbys gjennom RVTs-ene og Ressursenhet V27. Ett av teamene hadde allerede gjennomført AIM3-opplæring før de startet som MST-PSB team, og fremhevet at dette ga dem et faglig fundament å bygge videre på. Informantene beskrev opplæringen i AIM3-utredning og -behandling som god og mer tilpasset den skandinaviske konteksten, og at den har gode verktøy. Blant annet ble trafikklysmodellen som brukes for utredning og vurdering av seksuell atferd (se faktaboks, kap.1.1), trukket frem som verdifull.

Erfaringene med PSB-opplæringen var mer delte. En terapeut beskrev PSB-opplæringen som «ok», mens flere informanter mente den var mangelfull og oppramsende. Flere trakk frem at det ble presentert utdatert eller eldre kunnskap om familieterapi, der f.eks. nyere bidrag fra traumeteori ikke var inkludert.

Flere beskrev at opplæringsmateriell og videoer ble opplevd som fremmed, delvis fordi de var hentet fra USA og forskjellig fra den norske virkeligheten, men også fordi en del av casene var gamle. Noen trakk også frem at opplæringen var lite oppdatert på det digitale utfordringsbildet knyttet til skadelig seksuell atferd. En del informanter pekte også på at de i starten hadde få hjelpemidler, og at manualen måtte oversettes til norsk før den kunne tas i bruk. En av terapeutene uttrykte bekymring over manglende dybde i opplæringen:

*Seksualitet er ikke et tema som så ofte tas opp i barnevernsammenheng. Den første MST-PSB opplæringen opplevdes som mangelfull, man tok toppen, men det manglet en dypere forståelse. Hadde det ikke vært for at jeg hadde kompetansen jeg hadde som sexolog, hadde det kjentes mer utfordrende å gå i gang med dette arbeidet. (Terapeut)*

Dette sitatet illustrerer en generell følelse blant terapeutene om at opplæringen ikke var tilstrekkelig grundig i starten. Terapeutens erfaring som sexolog bidro til å kompensere for

manglene i opplæringen, og kan være en forklaring på at det var terapeuter med sexologi eller annen spisskompetanse som kom raskest i gang med å arbeide med MST-PSB-saker.

Mangelfull opplæring ble av flere ansett som en barriere for å utvikle trygghet i møte med SSA-saker. Seksualitet er et komplekst og sårbart tema som stiller store krav til terapeutens refleksjon og emosjonelle robusthet.

En terapeut beskrev det slik:

*Det var mest sånn om vi følte oss rustet, eller forberedt, sånn at vi var klar. Det er jo noe om å vite hvor du står selv i forhold til seksualitet, og være litt sånn rustet på det du møter da. Og det kan man jo kanskje si at det er tatt litt lett på, den der ... Ja, den terapeutiske biten av det, det er jo hva gjør det med deg, hvordan er det å være i alle de her ... den tunge problematikken, da. Og den tematikken som tross alt er litt både ... kanskje mer tabu, følsomt, enn å snakke om innetid og ut på rømmen, sant? (Terapeut)*

Dette peker på behovet for selvrefleksjon og selvinnsett blant terapeutene, slik at de kan håndtere temaet på en profesjonell og empatisk måte.

Også en annen terapeut beskrev opplæringen som mangelfull.

*Det var lite fokus på terapeutiske erfaringer i opplæringen, og lite fokus på hvordan behandlerne selv kan bli «traumatisert» av behandlingen. Opplæringen berørte ikke kompleksiteten som ligger i de sakene som man får. (Terapeut)*

Felles i de to siste sitatene er en bekymring for hvordan arbeidet med slike saker påvirker dem personlig. Dette antyder at opplæringen ikke har fokusert nok på å forberede terapeutene på de emosjonelle utfordringene de kan møte. Arbeid med skadelig seksuell atferd kan være svært belastende, og uten tilstrekkelig støtte kan dette føre til utbrenthet. Terapeutene fremhever videre at opplæringen ikke forberedte terapeutene godt nok på de utfordrende og ofte kompliserte situasjonene de vil møte. Kompleksiteten i slike saker krever en dyp forståelse og evne til å håndtere mange ulike aspekter samtidig.

En terapeut som ikke ennå hadde begynt å arbeide med SSA-saker i MST, følte et behov for mer opplæring:

*Jeg vil nok føle på at jeg måtte ha mer opplæring, at jeg må gå gjennom den der permen igjen. Selvfølgelig er det jo så tett veiledning. Så jeg tenker at det hadde gått bra. Det er jo en del, det er klart når man jobber i MST, så er det en del av de tingene den kan ta med seg inn. Det er jo fortsatt metodikken for å gjøre det. Så kommer dette (SSA) på toppen. (Terapeut)*

De fire sitatene belyser flere viktige aspekter ved terapeutenes arbeid med skadelig seksuell atferd hos barn, inkludert behovet for grundig opplæring, innsikt og selvrefleksjon knyttet til seksualitet og behovet for emosjonell støtte. Det fremhever også de spesielle utfordringene knyttet til å arbeide med sensitive og tabubelagte temaer, og viktigheten av å føle seg rustet og forberedt for å kunne utføre arbeidet på en trygg og god måte. Kontinuerlig støtte og veiledning er svært viktig for å håndtere denne typen komplekse og emosjonelt krevende saker.

#### **4.3.2. Aktuelle tema for videre kompetanseutvikling**

Ett av teamene kom med en rekke forslag til hvordan arbeidet med SSA-problematikk kan styrkes gjennom målrettet kompetanseutvikling. De fremhevet særlig behovet for økt kunnskap og ferdigheter innen samtaleteknikk, og å få mer kunnskap om de metodene som brukes av politiet og Statens Barnehus. De ansatte i teamene jobber i grenseland mot straffesaker, og det er viktig å unngå å skape falske minner, ikke være for ledende i samtaler, men ha reflekterende samtaler.

Terapeutene beskrev også at det kunne vært nyttig med en oppdatering knyttet til familieterapi, da det har skjedd veldig mye innenfor faget. Blant annet har traumekunnskapen fått en mye større plass de siste årene. Kunnskap fra traumefeltet er viktig, da mange av barna har en kompleks bakgrunn.

Det ble også etterlyst økt kompetanse i bruk av psykoedukasjon overfor barn og familier. Flere kjente til eksisterende materiell blant annet fra Redd Barna, RVTS, politi og andre aktører – for eksempel videoer om samtykke og deling av bilder på nett – som kan fungere som utgangspunkt for dialog. Men kunnskapen om slike ressurser var varierende mellom terapeutene, og det ble etterspurt en mer systematisk oversikt og opplæring i hvordan materiell kan benyttes terapeutisk.

Et annet viktig tema var digital kompetanse. Terapeutene ønsket også å bli mer oppdatert på innholdet barn og unge eksponeres for på sosiale medier, særlig knyttet til pornografi. Det ble uttrykt et behov for å kunne snakke med barn og familier om porno på en trygg, normaliserende og faglig forankret måte, samt å ha praktisk kunnskap om tekniske verktøy for å begrense tilgang til uønsket innhold, som sperring av nettsider på telefoner og nettbrett.

Et tema i intervjuene var behovet for økt kulturkompetanse – både generelt i MST og spesielt i MST ved SSA. Terapeutene arbeider med familier med ulik språklig og kulturell bakgrunn, og manglende innsikt i kulturelle normer, språklige nyanser og familiemønstre ble beskrevet som en utfordring i arbeidet. Enkelte pekte på at bruk av tolk i behandling kan føre til tap av informasjon eller misforståelser, og det ble uttrykt bekymring for hvordan man som behandler skal navigere i slike situasjoner uten å trå feil.

En terapeut mente at tjenesten i liten grad har tatt tak i kompetansebehovet for å møte samiske familier eller innvandrere. Det ble beskrevet som krevende å forholde seg til kulturelle forskjeller uten opplæring, og som et felt preget av usikkerhet.

Flere informanter etterlyste derfor systematisk opplæring i kulturforståelse. Utfordringene handler ikke bare om språk, men om å kunne gjenkjenne og håndtere forskjeller i barneoppdragelse, normer for atferd og forståelse av seksualitet og tabuer. Dette ble særlig fremhevet som viktig i saker der samtaler om grenser og seksuell atferd står sentralt.

#### **4.3.3. Veiledning og konsultasjon MST-PSB**

De ansatte beskrev at MST-veiledning og konsultasjon ble gjennomført i en fast ukentlig struktur. En dag i uken arbeider ansatte med forberedelser og dokumentasjon over hva de hadde gjort siste uke. Hvilke mål hadde de hatt i de enkelte sakene, og hvilke fremskritt og barrierer de opplevde i arbeidet.

Terapeutene brukte sjelden video, men tok ofte lydopptak av arbeidet med familien. Disse ble brukt både i arbeidet med familiene og i veiledningene. Både leder/veileder og konsulent leste gjennom dokumentasjonen på forhånd. Den vanlige MST-veiledningen gjennomføres av leder/veileder påfølgende formiddag med alle terapeutene til stede, der de går gjennom alle pågående behandlingene. I etterkant av veiledningen, kommer teamets konsulent inn (vanligvis over video) og gjennomfører konsultasjon. Det gjøres da en liknende gjennomgang av alle pågående behandlinger med terapeutene og veileder for å høre hva veiledningen har gitt av innsikt og evt. endringsforslag, og for å bidra med egne innspill og forslag fra sitt perspektiv. Ved MST-PSB utprøvingen kom de amerikanske konsulentene inn i et ekstra møte på slutten av dagen, der konsultasjonene knyttet til PSB-sakene skjedde på engelsk, der 2-3 team fikk konsultasjon sammen.

Informantene opplevde konsultasjonene med de amerikanske konsulentene som mer krevende enn når de bare hadde norske konsulenter inne. Dette skyldes flere forhold, der noe var knyttet til praktisk tilrettelegging, og andre ting handlet om ulikheter i kultur.

På grunn av GDPR-regelverket kunne videoopptak ikke deles med de utenlandske konsulentene. Dette førte til at konsultasjonene i større grad ble basert på terapeutenes muntlige gjenfortellinger, noe som gjorde det vanskeligere å gi konkret veiledning på samspill og situasjonshåndtering. Språkutfordringer gjorde det også mer krevende å formidle nyanser i komplekse saker, og flere opplevde det utfordrende å drøfte sensitive og faglig krevende tema på engelsk.

I tillegg ble dagene lange og intense: først med ordinær MST-veiledning og -konsultasjon, deretter ekstra konsultasjon med amerikanske konsulenter på PSB-sakene. Dette ga lite rom for fordypning og kunne oppleves som utmattende.

Lederne i teamene har en dobbeltrolle som teamledere og veiledere, mens konsulentens oppgaver er mer overordnet. En av lederne forklarte forskjellen på veilederrollen og konsulentrollen slik:

*Konsulentens oppgave er både å sikre og bidra at vi er i metoden, at vi følger MST-prinsippene, selv om det også er min oppgave, så er det to nivåer. Det handler om at konsulenten skal ha et litt mer overordnet blikk, pluss at man skal stille deg spørsmål om modell og andre ting hvis de synes vi sklir noe på det.*

*Så er det nødvendigvis også et tett samarbeid mellom meg og konsulenten, så at mine forberedelser blir sendt til konsulenten, så konsulenten kan se hva jeg har planlagt av veiledning.*

*Hvis det skulle være noe konsulenten reagerer på i min forberedelse, eller tenker at jeg er på villspor på noe, så vil jeg gjerne få feedback på det i forkant av veiledningen. Sånn sett er det en sammenheng og en plan bak det jeg som veileder og konsulent jobber med. (Leder)*

Lederen beskriver et tydelig hierarki, men der både lederen i sin veilederrolle og konsulenten har ansvar for å sikre at MST-prinsippene følges, og at man er trofast til modellen. Sitatet belyser viktigheten av et strukturert og samarbeidsorientert forhold mellom veileder og konsulent, og at dobbeltnivået av ansvar og det overordnede blikket fra konsulenten sikrer at MST-prinsippene følges. Tett samarbeid og åpenhet for tilbakemelding skal bidra til kontinuerlig forbedring og kvalitetssikring av veiledningen. Dette strukturerte samarbeidet beskrives som essensielt for å opprettholde en høy standard i arbeidet med MST.

Konsultasjonene kunne noen ganger oppleves som litt mekanisk. En av terapeutene sa det slik:

*Men nå er jo det jobben til konsulentene våre å monitorere modellen, liksom, at det blir mer sånn mekanisk pass på at vi holder oss til [den]. Det blir veldig viktig at man har liksom benevnt prinsippene og at man har liksom har gjort det her. (Terapeut)*

Dette sitatet fra terapeuten belyser konsulentenes rolle i å sikre at modellen følges nøye, med et sterkt fokus på å følge prinsippene i MST behandlingen. Den tilnærmingen kan bidra til konsistens, men kan også oppleves som rigid. Konsulentenes oppfølging av terapeuten planlegging er viktig for å sikre struktur og forberedelse i behandlingen. Samtidig er det viktig å finne en god balanse mellom å følge metodikken nøye, og å tilpasse seg individuelle behov og situasjoner.

Flere terapeuter beskrev en situasjon der en terapeut fikk konsultasjon på bruken av en av de sentrale elementene i MST-PSB, klargjøring/clarification (Se beskrivelse i kap. 1.2.3). Dette innebærer blant annet å gjennomgå den skadelige seksuelle atferden sammen med barnet, mens foreldrene hører på. Hensikten er å klargjøre hva som faktisk har skjedd, og sammen med foreldre og barn arbeide med å gjenopprette tillit, varme og omsorg mellom foreldre og barn, etter en hendelse der barnet har utøvd en krenkende seksuell atferd, ofte overfor et yngre barn i familien. Dette er en prosess som er svært krevende for alle parter, og som det er utfordrende for terapeutene å lære seg å lede på en god måte.

*Jeg husker jo på.. du [en annen terapeut] ble ganske pushet på clarification med en familie som var ugreit ... nå skal ikke jeg si hva [den andre terapeuten] kjente på, men det var jo litt sånn den pushingen på at det må gjennomføres.*

*Jo, men jeg tenker at det er kanskje et litt grunnleggende prinsipp i den behandlingsmodellen, for det er jo noe med at det, det clarification som jeg forstår, det handler jo om å ta ... elefanten ut av [rommet]. (Terapeut)*

Her beskriver terapeuten en situasjon hvor det var et opplevd press på å gjennomføre en klargjøringsprosess med en familie, selv om det opplevdes ubehagelig. Dette tyder på at det kan være et sterkt fokus på å følge prosedyrer og metoder, selv når situasjonen er utfordrende. Terapeuten som lyttet inn beskriver det som vanskelig å se at den andre terapeuten ble pushet av konsulenten på å gjennomføre dette elementet i modellen, noe som kan opplevdes som lite ivaretagende overfor terapeuten.

Terapeuten nevner usikkerhet om hva den andre terapeuten følte, noe som kan tyde på at det var en viss grad av emosjonell belastning og usikkerhet knyttet til å gjennomføre slike prosesser, og at terapeuten ville følt det ubehagelig selv å stå i en slik situasjon. Sitatet fra terapeuten belyser både utfordringene og terapeuten forståelse av nødvendigheten av klargjøring/clarification i behandlingsmodellen. Terapeutenes refleksjoner peker på behovet for bedre støtte og forståelse i disse situasjonene der en skal lære en ny og krevende modell.

Selv om det var noen utfordringer knyttet til samarbeidet med de to amerikanske konsulentene, beskriver flere ansatte at konsulentene hadde lang erfaring og forståelse for feltet;

*Men jeg har lyst til å si at jeg opplevde det veldig faglig, litt berikende med konsultasjonene ..., for de hadde et litt annet, hva kaller det, terapeutisk språk, da. Ikke så mekanisk, [jeg] opplevde at de hadde veldig sånn forståelsen for*

*omkostningen med å stå i saken... Jeg synes det var litt mer sånn interessante, terapeutisk innspill, da. Ja, det var bra. (Terapeut)*

En annen terapeut beskrev særlig samarbeidet med den ene konsulenten som godt.

*Men det er kanskje ... Jeg syns tingene endra seg da vi fikk hun [navn]... Hun var mye mer oppdatert på forskning og sånt enn han før det. Så da syns jeg vi begynte å snakke litt på det samme språket, da, og traumefokuset ble mye mer tydelig. Så jeg var jo veldig fornøyd med henne. Så det er kanskje bare det. Jeg syns hun var veldig bra, som sagt. (Terapeut)*

I disse to sitatene kommer det frem at terapeutene også opplevde samarbeidet med de to amerikanske konsulentene som lærerikt, givende og faglig berikende, og at de amerikanske konsulentene også var opptatt av omkostningene for terapeuten med å arbeide med disse komplekse sakene. Bytte av MST- konsulent bidro til mer fokus på forskning, traumekunnskap og en opplevelse av en felles faglig forståelse.

## **4.4 Samhandling med andre tjenester og kompetansemiljøer**

### **4.4.1. Henvisninger til MST ved SSA og kriterier for inntak**

Hovedregelen er at inntak til MST ved SSA, skjer på den samme måten som ved ordinær MST-behandling. Formelt kreves det henvisning fra kommunalt barnevern for at en sak skal vurderes som aktuell for MST ved SSA, som er et tilbud gjennom det statlige barnevernet. Det kan likevel være litt ulike veier som leder frem til en slik henvisning.

Kommunalt barnevern blir rutinemessig informert av politiet i anmeldte saker. I slike tilfeller inviteres barnevernet til et forberedende møte ved Statens Barnehus, i forkant av tilrettelagt avhør av barnet. Ansatte i teamene beskriver at en del saker kommer til teamene etter påtrykk fra Statens Barnehus. Det er ikke uvanlig at det kommer henvendelser til leder for teamene om aktuelle saker fra ulike instanser, både Statens Barnehus og kommunalt barnevern, der det skjer en innledende drøfting anonymt eller med samtykke fra familien.

Saker kan også fremmes gjennom konsultasjonsteam for SSA, hvor aktuelle problemstillinger diskuteres anonymt. Målet med disse drøftingene er å finne det best egnede hjelpetilbudet for barnet og familien. I slike møter kan det bli avklart om saken vurderes som aktuell for MST, og det er deretter den kommunale barnevernstjenesten som beslutter om saken skal henvises til behandling.

Ledere forteller at etter en henvisning fra kommunalt barnevern, kaller teamet inn til møte med familie og kontaktperson i barnevernet for avklaringsmøte/ inntaksmøte. I møtet presenteres MST, og familien forteller/ deler sin historie der de beskriver styrker, utfordringer og opplevde sammenhenger. Som regel gjøres det en vurdering og avklaring direkte i møtet om familien tilbys MST behandling, men dersom familien (foreldre eller barn) trenger betenkningstid så får de det. Avklaringer kan også være litt fram og tilbake, der familier først ønsker informasjon om MST før de sier ja til tiltaket, og der det tilbys et eget informasjonsmøte først.

Det kan være noe ventetid før MST teamet får til å starte opp, og dersom situasjonen endrer seg i påvente av oppstart kan den kommunale barnevernstjenesten noen ganger endre oppfatning og foreslå andre tiltak. Det fremgår av intervjuene at det er litt ulike årsaker til at

sakene ikke blir vurdert som aktuelle for MST ved SSA. Det kan f.eks. handle om at det blir en plasseringssak når saken blir behandlet i barnevernet, eller at saken blir vurdert som en «vanlig» MST sak når saken kommer opp til drøfting i MST-teamet. Når det gjelder hvilke kriterier som ligger til grunn for utvelgelse, trekker de ansatte frem følgende faktorer:

- Saken/hendelsen må ha ført til at noen andre har vært utsatt for en krenkelse, enten fysisk eller digitalt.
- Aldersgrensen i SSA-saker er 10-18 år, men i særskilte tilfeller kan det drøftes inntak av yngre barn. Et evt. inntak vil da være et unntak fra kriteriene, noe som vil presiseres i tilsagnsbrevet til kommunen.
- Foreldre/ foresatte må erkjenne at barnet har utøvd en krenkende atferd.
- Både foreldre/ foresatte og barnet må samtykke til behandlingen.
- Vold, aggresjon, kriminalitet og fare for plassering er viktige kriterier ved prioritering av inntak.
- Fare for brudd i fosterhjemmet på grunn av SSA- saken.
- Geografi og reisetid spiller inn: det kan være mange saker som geografisk sett ligger langt borte fra der temaet har sin base, noe som kan gjøre det vanskeligere for teamet å ta på seg en slik sak.

Vi har ikke opplysninger om at noen av teamene har avvist SSA-saker som har blitt henvist til dem. Lederne pekte på ulike utfordringer knyttet til dagens henvisningsrutiner. I mange tilfeller kommer det en først en henvendelse fra Statens Barnehus, mens selve henvisningen til MST ved SSA må gå via barnevernstjenesten. Dette kan skape forsinkelser, og for noen familier representerer det en terskel for å ta imot hjelp. En del foreldre er bekymret for å involvere barnevernstjenesten. Familier fra andre kulturer kan i større grad være usikre på et offentlig hjelpeapparat som de har mindre kjennskap til, eller de har opplevd negativ omtale av i media. SSA-sakene i seg selv oppleves som vanskelige og skamfulle for foreldrene, og for noen kan også utredning gjennom barnevernet oppleves som en dobbel skam. Dette kan være en hindring for om man får gitt hjelp og støtte til de som trenger det.

*Det er nok en bøyg at man må gå via barnevernstjenesten for å få bistand fra oss. (Leder)*

*Det burde vært en mulighet for at rettssystemet også kunne kommet med direkte henvendelser til MST-teamene. (Leder)*

I tillegg til terskelen ved å gå via barnevernet, ble det trukket frem at selve henvisningsprosessen ofte tar for lang tid. I politianmeldte saker gjennomføres tilrettelagte avhør og oppfølging gjennom Statens Barnehus, og som deretter må gjennom barnevernets utredning, før en eventuell MST-behandling kan igangsettes. Statens Barnehus opplever ofte at barnevernet ikke møter på forberedende møter som de innkaller til før avhør, særlig dersom familien ikke er kjent for barnevernet fra tidligere. Forsinkelser kan bidra til at familien «lukker igjen», og at de er mer motvillige til å starte et behandlingsforløp, enn da SSA først ble avdekket, og de er i krise.

I overgangen mellom MST-PSB og MST ved SSA, våren 2024, fremstod det som litt uklart for ledere og terapeuter hva som skulle skje videre, og flere etterlyste tydeligere informasjon i denne fasen. Teamene var også usikre på hvordan de skulle beskrive det nye tilbudet overfor

samarbeidspartnere. I denne perioden var det få pågående behandlinger i teamene. En terapeut forteller:

*Det har vært overraskende få henvisninger, syns jeg. Men det er saker på gang nå, på vei inn. Så leder og jeg, vi må ut, og mine kolleger òg, ut og informere barnevernstjenestene rundt forbi, -for sakene er der. Og hvorfor vi ikke får flere henvisninger, det er et mysterium, rett og slett. Jeg tror kanskje noe handler om at vi har for høy alder, og for strenge kriterier for inntak, kanskje. (Terapeut)*

Til tross for at teamet hadde arbeidet mye med informasjon til barnevernstjenestene, var det få henvisninger. En mulighet som terapeuten i sitatet over løftet frem, var om kriteriene for inntak var for strenge. I vanlig MST er aldersgrensen 12 år, mens det for SSA-sakene er 10 år. Samtidig finnes det internasjonale eksempler på lavere aldersgrense, som ved Brandon Centre i Storbritannia hvor de tilbyr SIT, en videreutviklet variant av MST, til barn helt ned til åtte år (Brandon Centre, u.å.).

Det ble også pekt på at selve overgangen fra MST-PSB til MST ved SSA kunne ha skapt usikkerhet rundt tilbudets videreføring, og dermed påvirket rekrutteringsarbeidet negativt.

#### **4.4.2. Felles faglig språk og samhandling mellom tjenester**

Flere ledere fortalte at de har brukt mye tid på å spre informasjonsbrosjyrer og gi målrettet informasjon. Likevel opplevde de at dette alene ikke var tilstrekkelig for å nå ut til aktuelle samarbeidsparter. Mange henvendelser kom gjennom personlig kjennskap til lederne og teamene. Vi vurderer det derfor viktig å bruke tid på utvikling av lokalt samarbeid med andre instanser som BUP, politi, konfliktråd, Statens barnehus og kommunale barnevernstjenester, noe som kan bidra til nedbygging av barrierer mellom instansene.

Et viktig tema som ble løftet frem, var behovet for et felles faglig språk på tvers av instansene. To ledere uttrykte det slik:

*Det er også viktig at MST snakker det samme språket som de andre instansene, det skaper legitimitet. (Leder)*

*Det er derfor positivt at MST-PSB blir endret til MST ved SSA. Vi må snakke det samme språket som resten av fagfeltet snakker. (Leder)*

En måte å bygge et felles faglig språk og et faglig nettverk, er gjennom fagutvikling på tvers av fagfelt som barnevern og psykisk helsevern for barn og unge, er gjennom AIM3-opplæringen, og aktiviteter knyttet til det nasjonale kompetansemiljøet for SSA. I løpet av utprøvingsperioden ble det arrangert to større, nasjonale konferanser i regi av Ressursenhet V27– én i Kristiansand i 2021 og én i Bergen 2023.

Det varierte hvor mange ansatte fra teamene som deltok på disse nasjonale konferansene. Et team deltok med hele teamet på begge samlingene, mens andre team var representert med enkeltpersoner på begge samlingene, eller kun på den siste samlingen i Bergen. De ansatte som deltok, opplevde disse samlingene som veldig nyttige. Både ledere og ansatte la stor vekt på at det er svært viktig å få være en del av det nasjonale fagmiljøet knyttet til SSA.

Samarbeidet med regionale kompetansenettverk og lokale instanser varierte mellom regionene. Tre av teamlederne var tilknyttet regionale kompetansenettverk for SSA (Midt, Sør, Vest), og én av dem deltok også i det regionale konsultasjonsteamet der de drøftet og ga råd

til ulike tjenester i enkeltsaker. Teamene i Øst hadde ikke tilsvarende regionalt kompetansenettverk for SSA å forholde seg til, da slike strukturer ikke var etablert i deres nærområde.

Samarbeidet med andre instanser varierte også fra sak til sak. En leder fortalte at det som gjør størst forskjell i arbeidet med de ulike familiene er om det allerede finnes andre behandlere inne i bildet, f.eks. fra BUP eller Statens Barnehus. I slike tilfeller har samtalene i mindre grad skjedd individuelt med barna, og MST-teamene har konsentrert seg mest om familiesamtaler. En terapeut fortalte at samarbeidet med Statens Barnehus, konfliktrådet og barnevernet har vært tett i enkelte SSA- saker, og at barnevernet gjerne har vært tettere på i denne typen saker. Samtidig hadde samarbeidet med BUP i enkeltsaker vært mindre.

Ledere og terapeuter la stor vekt på at for å lykkes med MST ved SSA er det svært viktig å etablere kontakt med andre instanser som arbeider med denne tematikken. Dette handler blant annet om å bygge et felles faglig nettverk der andre instanser kjenner til og blir trygg på hva MST ved SSA kan bidra med og kan henvise til det nye behandlingstilbudet.

En terapeut sier det slik:

*For å arbeide med MST-PSB er det viktig at vi jobber i et fagmiljø, der vi må dele med andre. MST må slutte å leve i sin egen navle, og må være ydmyk og lyttende til andre fagmiljø. Man kan være litt for navlebeskuende. Det er mangler i vår kompetanse. (Terapeut)*

Terapeuten la stor vekt på at det er viktig å være en del av et større fagmiljø og ga uttrykk for at MST miljøet har vært litt for innadrettet, og at det er litt ensomt hvis man bare skal ha denne tilhørigheten.

En leder forteller hvordan deltakelse i større fagmiljø kan bidra:

*Det kan gi bedre kontakter med det øvrige miljøet, og kan bidra til bedre rekruttering av SSA-saker ved at de andre instansene blir mer trygge på at det er samsvar i måten vi jobber på. (Leder)*

MST-teamene har bare arbeidet vel 2,5 år med implementering av det nye tilbudet ved SSA. De er opptatt å få til en bedre kobling til resten av fagmiljøet for å styrke samarbeidet, og sikre at de andre blir kjent med og trygge på hva MST teamene kan bidra med, og at det er i samsvar med hva de andre fagmiljøene tenker. De har tro på at et nært samarbeid også vil kunne bidra til bedre henvisningsprosesser.

## **4.5 Overgangen til MST ved SSA**

Overgangen fra MST-PSB til MST ved SSA våren 2024 førte til usikkerhet i teamene, og flere informanter ga uttrykk for at de savnet bedre informasjon i denne fasen. Et halvt år senere ble det litt tydeligere for teamene hva det nye samarbeidet med Ressursenhet V27 ville innebære. I tillegg til direkte veiledning til MST- konsulentene fra Ressursenhet V27, ble det etablert et samarbeid om planlegging og gjennomføring av de kvartalsvise boostersamlingene, basert på AIM3. På den første felles planlagte boostersamlingen i juni 2024, var temaene generell forståelse for SSA, det nettbaserte overgrepet, og hva som kan lede inn mot SSA-atferd. En terapeut beskrev erfaringene fra opplæringen slik:

*Syns det var veldig, veldig dyktige folk.*

*Det at det er på norsk, og også at det er noe kulturelt ... vi er jo forskjellige fra USA, da. Kanskje mye av det amerikanske, som er jo veldig ... litt strengt, kanskje?*

*Kanskje PSB-biten er mye mer ... veldig konfronterende. Nå har vi nettopp vært på AIM-opplæring for dem under 12 år. Det syns jeg var veldig nyttig. (Terapeut)*

Terapeuten beskriver hvordan opplæringen i SSA gjennom Ressursenhet V27, er forskjellig fra det de erfarte med de amerikanske konsulentene. Informanten likte at denne opplæringen var mer lik norsk tenkemåte og kultur, som at arbeidsmåten opplevdes mer fleksibel, og mindre streng og konfronterende enn den amerikanske tenkemåten. Den nylige opplæringen i AIM modulen om SSA arbeid med yngre barn (under 12 år) opplevdes også svært nyttig da mange av barna som MST-teamene arbeidet med var svært unge.

En annen terapeut beskriver overgangen slik:

*Når det gjelder boostere og opplæring, så er det en dramatisk forbedring. Og da mener jeg dramatisk forbedring. Vi hadde en booster med den første konsulenten fra USA, og det opplevdes som at det var ganske på siden og litt sånn utgått på dato.*

*Nå har vi bl.a. vært i Bergen og fått noe fra SSA-miljøet der på verktøy og den type ting. Og det var veldig mye matnyttig, håndfast, brukbart og inspirerende på alle mulige måter.*

*Hvis vi har gått glipp av noe, så måtte det være ... Det er ikke noe jeg har tenkt på, men det måtte jo være at de var jo spisset på dette her, disse to [amerikanske] konsulentene vi hadde. Og spesielt den siste, kanskje, som var ung og oppdatert.*

*Så det er klart at man hadde en opplevelse av at dette var folk som hadde jobbet mye med dette feltet. (Terapeut)*

Samlet sett er både ledere, terapeuter og MST-konsulent svært fornøyde med overgangen til MST ved SSA, og begrunner dette på flere måter;

- Det faglige innholdet og materiellet i AIM3 oppleves som kulturelt nærmere, og mer gjenkjennelig i en europeisk og norsk kontekst. Ressursenhet V27 har allerede gjort et omfattende oversettelse- og tilpasningsarbeid til norske forhold, og det finnes mange verktøy, filmer og hjelpemidler.
- For de enkelte teamene er det både praktisk og organisatorisk mye enklere at konsultasjonene skjer på norsk, og med deres vanlige MST-konsulent, i stedet for å foregå med annen ekstern konsulent på slutten av lange dager, og med flere team sammen, der de ansatte ikke er like trygge på hverandre som i sine egne team.
- En felles faglig plattform gir mulighet til å utvikle et felles faglig språk med de andre tjenestene, noe som gjør det lettere å samarbeide med og forstå hverandre. Både RVTS, Statens Barnehus og psykisk helsevern for barn og unge bruker AIM3-rammeverket, og når man da i MST-teamene skal samarbeide tett med disse i regionale og lokale nettverk vil dette gjøre det mye enklere. En høy andel av barna som har utøvd SSA har svært komplekse erfaringer og utfordringer, 2 av 3 har ulike typer

av psykiske helseutfordringer, flere har nevrodiagnoser og kognitive vansker (se kap. 5 og 6). Rådgivning fra spisskompetansemiljøet i Ressursenhet V27 til MST-konsulentene bidrar derfor til å utvikle mer kunnskap om hvordan MST-teamene kan samhandle bedre med psykisk helsevern for barn og unge om å utrede og gi behandlingstilbud til disse barna.

#### 4.6 Kvalitetssikring og resultatevaluering

Som en del av implementeringsprosessen av MST-PSB<sup>20</sup> og som kvalitetssikring av behandlingsopplegget, samler NUBU systematisk inn informasjon om hvert behandlingsforløp. Informasjonen hentes inn ved hjelp av MST-teamene, som utfører registreringer etter et fastsatt skjema med en rekke spørsmål som skal besvares. Vi har i denne studien fått tilgang til anonymiserte registerdata fra NUBU, og vil her kort redegjøre for hva de inneholder og hvordan de kan brukes i ulike analyser.

Dataene som samles inn, kan brukes på tre måter. For det første gir dataene innsikt i kjennetegn ved barna som har mottatt behandling, og hvilke behandlingsforløp som er gjennomført. De omfatter blant annet demografiske opplysninger, informasjon om tidligere kontakt med hjelpeapparatet, bosituasjon ved oppstart, foreldrenes opprinnelsesregion og eventuelle tidligere behandlinger i MST eller lignende intervensjoner. Dataene brukt på denne måten vil bli presentert i kapittel 5.1, kjennetegn ved barna og type saker i teamene.

For det andre gir dataene grunnlag for å vurdere behandlingsinnhold og -resultater, for eksempel behandlingsslengde og endringer i adferd ved avslutning og på utvalgte tidspunkt etter behandlingsslutt. Dette gir mulighet til å måle behandlingens effekt over tid. Dette vil vi komme nærmere inn på i kapittel 5.2, endringer i barns situasjon gjennom behandlingen.

For det tredje kan kvalitetssikringsdataene også belyse viktige aspekter ved implementeringen av MST-PSB. Selve prosessen med innsamling og registrering – hvem som gjør det, hvor og hvordan – sier noe om implementeringskapasitet og forankring. Vet å analysere kvalitetssikringssystemet får vi innblikk i konteksten behandlingen foregår i, og i de rammebetingelsene som påvirker samspillet mellom terapeut, barnet og foresatte.

Samtidig kan dataene gi indikasjoner på hvorvidt implementeringsarbeidet er godt forankret i praksis. For eksempel kan lav svarprosent på enkelte spørsmålstyper tyde på svikt i rutiner eller lav oppfølging. I denne studien har vi identifisert enkelte slike tendenser, og har brukt funnene som utgangspunkt for videre undersøkelser i de kvalitative intervjuene med ansatte i MST-teamene. Det er dataene brukt i denne sammenhengen vi vil se nærmere på i dette kapitlet.

---

<sup>20</sup> I dette avsnittet brukes betegnelsen «MST-PSB», fordi sakene i hovedsak er registrert mens behandlingen inngikk som en del av dette programmet (inntil 31.12.2023).

#### 4.6.1. Kjennetegn ved behandlingsforløpene

I den første fasen med pilotering av MST-PSB var det fem team som deltok. For å få oversikt over hvordan behandlingsforløpene fordelte seg mellom disse teamene etter ca. 2,5 år begynnende implementering, benyttet vi kvalitetssikringsdata fra NUBU pr. 31. mars 2024.

Det var på dette tidspunkt registrert 34 behandlinger<sup>21</sup>. Sakene fordelte seg imidlertid svært ulikt mellom regionene.

Tabell 1: Forskjeller mellom regioner. Registreringer av MST-PSB behandlinger/saker i «Primula» per 31.03.2024.

| Region                  | Registrerte behandlinger             |
|-------------------------|--------------------------------------|
| Region Sør              | 17 registrert (8 fullført)           |
| Region Midt             | 8 registrert (7 fullført)            |
| Region Øst, Team 1 og 2 | 8 registrert (5 fullført)            |
| Region Vest             | 1 registrert (utelatt fra datafilen) |

Av de fire regionene som deltok i pilotering av MST-PSB var det region Sør som har hatt klart flest saker med 17. Deretter følger region Midt med åtte saker og region Øst også med åtte saker, men der disse var fordelt på to team. Region Vest hadde hatt én sak, og ble ikke inkludert i sammenligningen mellom regionene av personvern hensyn. Region Nord deltok ikke i utprøvingen. Alle sakene i Midt og Øst var på dette tidspunktet registrert som avsluttet. Av disse var henholdsvis syv i Midt og fem i Øst klassifisert om fullførte behandlinger, det vil si at både foresatte og MST-teamet var enige om å avslutte behandlingen. Dermed var det kun region Sør som fortsatte hadde pågående behandlingsforløp ved datainnsamlingstidspunktet.

Dataene viser også noe variasjon i aldersfordelingene mellom regionene. I region Midt var barna gjennomgående eldre, med seks av åtte i aldersgruppen 15-17 år. I Sør og Øst var samtlige barn mellom 10 og 15 år. Det var også forskjeller i behandlingstid. Region Midt skilte seg ut med relativt lange behandlinger, der fem av åtte varte i over 200 dager (6,5 måned). I region Øst og Sør varte de fleste behandlingene under 120 dager (3,9 måned). Spørsmålet er om dette indikerer at behandling av eldre barn krever lengre behandlingstid enn for yngre barn. Mulige forklaringer kan være at eldre barn har mer komplekse utfordringer, lengre atferdshistorikk, eller krever mer tid for å etablere allianse og oppnå ønsket atferdsendring. Dette er et forhold som bør utforskes nærmere i videre analyser, da det kan ha implikasjoner både for ressursbruk og forventet effekt av intervensjonen i ulike aldersgrupper.

Våren/sommeren 2024 (fra 31.03. til 20.08.) hadde MST-teamene åtte nye MST ved SSA-saker. Til sammen var det da registrert 42 MST-PSB/ MST ved SSA- behandlinger. Av disse var 36 saker registrert som avsluttet og seks fortsatt var aktive. 29 var avsluttet av kliniske årsaker,

---

<sup>21</sup> En av de 34 sakene er utelatt fra vår datafil, slik at vi har statistikk for 33 saker.

og for 27 av disse var behandlingen «fullført». En sak defineres som fullført når foresatte og MST-teamet er gjensidig enig om å slutte behandlingen ut fra en vurdering av at videre behandling vil gi begrenset utbytte. Oftest innebærer dette at de overordnede målene i saken i hovedsak er nådd, men uten at dette er et krav for at saken kan regnes som fullført<sup>22</sup>. De to resterende sakene ble avsluttet fordi barnevernet vedtok plassering av barnet utenfor hjemmet, i barnevernsinstitusjon eller fosterhjem. I de kvalitative intervjuene nevnes et barn som ble overført til en ikke-statlig spesialisert barnevernsinstitusjon for barn og unge med SSA.

Noen få saker avsluttes også fordi arbeidet stopper opp, og de ikke lykkes med å etablere et godt nok samarbeid med foreldrene om gjennomføring av behandlingen. I de kvalitative intervjuene nevnes en slik sak, der terapeuten gjennom behandlingen ikke lyktes med å etablere et godt nok samarbeid med familien om trygghets-/ sikkerhetstiltak rundt barnet (se også kap. 6.6). Seks saker ble avsluttet av ikke-kliniske årsaker, og disse er oppgitt som enten feilhenvist/ikke i målgruppen, eller avsluttet av «andre årsaker».

Gjennomsnittlig behandlingstid for saker som er avsluttet av kliniske årsaker var 177 dager (5,5 mnd.), der korteste lengde er 10 dager og lengste var 294 dager (9,6 mnd.). Dette innebærer at gjennomsnittlig behandlingstid ved SSA var bare litt over planlagt behandlingstid ved Standard MST (3-5 mnd.) (Bufdir, u.å.) og i det nedre område av planlagt behandlingstid ved MST-PSB (5-7 mnd.) (Bufetat, u.å.). Samtidig var det noen få familier som trengte lengre behandlingstid.

NUBU-tallene bygger på få registreringer, og vil kunne endre seg med et større tallgrunnlag. Vi ser at de norske erfaringene er noe annerledes enn erfaringer fra Brandon Centre i Storbritannia, der de tilbyr SIT, med et lengre behandlingsforløp. Tilbud gis til barn fra 8-16 år, med en første fase på 7-8 måneder med ukentlig oppfølging, og en andre fase på inntil 12 måneder med månedlig oppfølging, for barn og familier med mer komplekse utfordringer (Brandon Centre, u.å.).

Det vil i videre forskning være interessant se på hvilke egenskaper ved sakene (f.eks. eldre ungdommer, alvorligheten i hendelsene, psykiske helseutfordringer, tidligere traumer) som gjør at behandlingene tar lengre tid, og om det er andre forhold som påvirker behandlingsforløpet, som f.eks. familiesituasjonen til barna eller kulturelle forskjeller.

I flere av SSA- sakene har barna opplevd endringer i omsorgssituasjon, noe som også kan innebære endringer i skolesituasjon og skifte av hjelpeinstanser. Ved henvisning til MST var seks barn i fosterhjem, et barn nylig overført fra barnevernsinstitusjon, og i to saker ble MST behandlingen avsluttet etter at barnet plassert i barnevernsinstitusjon eller fosterhjem. Det vil derfor også være viktig i videre forskning å se nærmere på hva som kjennetegner denne type saker, og hvordan de kan få best mulig støtte på tvers av de ulike omsorgs- og hjelpetilbudene som de mottar.

---

<sup>22</sup> Gjengitt fra dokumentet «NMBU – kriterier for utfylling av avslutningsårsak/ fullføring i PRIMULA, v.1.1.2023»

#### 4.6.2. Om ulike mål

MST-teamene benytter tre ulike måleverktøy for å vurdere effekten av behandlingen. Se også kapittel 5.3 for nærmere beskrivelse av funn fra målingene.

##### Mål 1 Nasjonale mål

MST har som hovedmål å « redusere alvorlig regelbrytende/normbrytende atferd hos ungdommen, som for eksempel kriminalitet eller rusmisbruk, samt oppnå disse målene kostnadseffektivt ved å redusere bruken av plassering utenfor hjemmet » (Bufdir, u.å.).

MST-programmet har fem definerte nasjonale mål <sup>23</sup>. Disse måles ved oppstart og avslutning av behandlingen, og er standardiserte på tvers av alle MST-teamene i Norge. For MST-PSB / MST ved SSA er det lagt til en spesifikk indikator for fravær av skadelig seksuell atferd, som måles ved avslutning. Dette gir et sentralt mål på behandlingens virkning innenfor det særskilte området for MST-PSB/ MST ved SSA.

I tillegg til de nasjonale målene, brukes det to andre standardiserte måleinstrumenter som blant annet har til hensikt å måle eller vurdere virkningen av MST-behandlingen.

##### Mål 2 Risiko for fremtidig alvorlig atferd

Måleinstrumentet *Youth Level of Service/ Case Management Inventory (YLS/CMI)* brukes til å måle risiko for fremtidig alvorlig problematferd<sup>24</sup> og har åtte skåringsområder (se vedlegg for definisjon) 1. Kriminalitet - tidligere eller nåværende lovbrudd, 2.Familie - familieforhold og oppdragelse, 3.Utdanning - utdanning/arbeid, 4.Venner – vennerelasjoner, 5.Rus – rusmiddelmisbruk, 6.Fritid - fritid/rekreasjon, 7.Personlighet, 8.Holdninger.

Det gjennomføres skåringer både ved inntak og ved avslutning av en MST-behandling.

##### Mål 3 Psykiske helse, sterke og svake sider

Et tredje måleinstrument som brukes er The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). SDQ er et todelt spørreskjema der den første delen består av 25 ledd<sup>25</sup> og måler problemer på fem områder: emosjonelle problemer, atferdsproblemer, hyperaktivitet/ oppmerksomhetsvansker, vansker med jevnaldrende og prososial atferd. Det lages også en summert problemskåre av disse. Andre del av skjemaet består av spørsmål som måler graden av negativ påvirkning (impact score) som de aktuelle problemene har på barnets dagligliv, i familie og skole. Skjemaet har flere versjoner som er tilpasset utfylling av henholdsvis barn, forelder eller lærer (Youthinmind, 2022).

I MST fylles SDQ ut både ved oppstart og avslutning, og utfylles av henholdsvis barn/unge og foreldrene selv. Ved avslutning har skjemaet i tillegg noen kvalitative spørsmål med et

---

<sup>23</sup> Målene er utdypet i dokumentet «Kriterier for nasjonale mål i MST v1/2021» utgitt av NUBU. En kopi av disse ligger i vedlegget.

<sup>24</sup> Måleinstrumentet er beskrevet her: <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/ylscmi-youth-level-of-service-case-management-inventory> . Se også vedlegget for definisjon av de åtte skåringsområdene.

<sup>25</sup> Hvert ledd består av et utsagn som den som fyller ut skjemaet skal ta stilling til langs en tredelt svarskala (Stemmer ikke/Stemmer delvis/Stemmer helt)

fritekstfelt, der barn og unge og foreldre kan svare på om de er fornøyde med behandlingen. Det er f.eks. spørsmål til barn/unge om de har fått nok informasjon, om de har fått tilbud om medvirkning i behandlingen, om det er noe som var særlig viktig for dem, og om de vil anbefale MST for andre i samme situasjon. SDQ-skjemaene inngår i NUBU sin database, mens de ekstra spørsmålene om fornøydheten i behandlingen kun er tilgjengelig for det enkelte team. Dette for å unngå at personidentifiserbar informasjon spres. Denne informasjonen kan brukes av teamene for å vurdere kvaliteten av arbeidet. NUBU opplyser at SDQ ble innført i januar 2020, men at det så langt ikke er fullt ut implementert i MST-teamene.

Tabellen under viser at det er 20 barn og 16 mødre (ingen fedre har fylt ut) som har fylt ut SDQ-spørsmålene ved inntak til MST-PSB. Frafallet er noe ulikt mellom de ulike regionene/teamene. Det kan være interessant å legge merke til at andelen som har registrert SDQ er klart høyest i Sør, som også har de fleste behandlingene totalt sett. For nærmere beskrivelse av resultater, se kap. 5.1 Kjennetegn ved barna og typer saker i teamene.

*Tabell 2: SDQ utfylling ved inntak etter region/MST-team og totalt. Antall. Barn øverst, og forelders utfylling nederst (data per. 31.03.2024, 33 saker, Vest med 1 sak er utelatt av personvern hensyn).*

|                         | Midt | Sør | Øst | Totalt |
|-------------------------|------|-----|-----|--------|
| <b>SDQ for barn</b>     |      |     |     |        |
| Besvart                 | 2    | 13  | 5   | 20     |
| Ubesvart                | 6    | 4   | 3   | 13     |
| <b>SDQ for forelder</b> |      |     |     |        |
| Besvart                 | 1    | 11  | 4   | 16     |
| Ubesvart                | 7    | 6   | 4   | 17     |

Som nevnt forteller NUBU at gjennomføringen av informasjonsinnhenting med SDQ skjemaene fortsatt anses å være i en tidlig implementeringsfase i MST-teamene, og at dette kan forklare at svarprosenten er relativt lav. Det forventes at andelen besvarte skjemaer vil stige etter hvert. NUBU oppgir selv fire (delvis overlappende) årsaker til lav implementeringsgrad for SDQ:

- *Variierende motivasjon i teamene for å hente inn SDQ fra familiene.* Dette knytter seg til opplevd nytte i teamets kliniske arbeid, faktisk innsats for å hente inn SDQ, og motivering av familiene til å fylle ut skjemaet. NUBU opplyser at de over tid har jobbet med teamets veiledere med å tydeliggjøre hvordan SDQ kan benyttes klinisk, i tillegg til behovet for å dokumentere graden av psykisk uhelse og evt. endring av dette hos barna som mottar behandling. Dette er ikke minst relevant på grunn av økende grad av psykiske vansker i barn og ungdomspopulasjonen generelt, og økt fokus på sammenhengen mellom psykiske vansker og atferdsvansker.

- *Utlevering av skjemaet for sent i behandlingsforløpet.* Dette gjelder SDQ ved avslutning. Det er vanskeligere å få inn skjemaet fra familiene når behandlingen først er avsluttet. NUBU opplyser at de har jobbet med å dele "best practice" i teamene, basert på eksempler der teamene har lagd gode rutiner og lykkes med å få inn en høy andel SDQ, bl.a. ved å utlevere skjemaet tidlig i avsluttende behandlingsfase.
- *Logistikk.* NUBU opplyser at de har erfart at det å få utlevert/innhentet skjema og registrere dem inn i databasen er en arbeidskrevende prosess for teamene. Skjemaene leveres ut i papirformat, og må deretter hentes inn av terapeutene, før veileder kopierer svarene manuelt inn i databasen. NUBU opplyser videre at de er i gang med å utvikle en løsning hvor familiene kan registrere sine svar direkte inn i et nettskjema som automatisk lastes opp til databasen.
- *Mulig selektivt frafall.* NUBU peker selv på at man må holde muligheten åpen for at det er relativt lavere responsrate ved avslutning blant familier som har mindre utbytte av MST, eller der behandlingen ikke har blitt fullført, men avbrutt pga. plassering utenfor hjemmet eller manglende behandlingsallianse.

I tillegg til de dataene som teamene selv samler inn, har NUBU intervjuere som er tilknyttet hvert av teamene, og som ringer foreldrene underveis i behandlingen for å skåre foreldrenes opplevelse av behandlingen og samarbeidet med terapeuten. Behandlingsintegriteten (fidelity) vurderes av foreldrene gjennom spørsmål om terapeutens arbeid i familien Therapist Adherence Measure (TAM). Svarene blir brukt til å sikre at kvaliteten på behandlingen er god. I tillegg vurderes trofastheten til modellen ved at terapeutene skårer sine ledere/veiledere og konsulenter gjennom Supervisor Adherence Measure (SAM) og Coach Adherence Measure (CAM). Dataene brukes lokalt i de ulike teamene for å vurdere trofastheten til modellen og kvaliteten av behandlingen. NUBU opplyser at de tre teamene generelt har gode scorere på TAM. Vi har undersøkt om dataene kunne benyttes til å se på evt. endringer av foreldres fornøydhet i piloteringsfasen av MST-PSB/ MST ved SSA, men dette var utfordrende da det har vært endringer i registreringssystemene i perioden. Intervjuerne ringer også familiene 6-, 12- og 18 mnd. etter behandlingen, der de stiller ja/ nei spørsmål knyttet til de nasjonale målene, og som er de samme som stilles ved start og avslutning av behandlingen. Intervjuerne er ansatt i Bufetat, og er en merkantil ressurs. Dette er noe ulikt organisert, der noen team har en egen merkantil ressurs, mens andre har en ressurs som dekker flere team. Alle intervjuerne har opplæring fra NUBU for å gjennomføre oppfølgingsintervjuene.

#### **4.6.3. Hva sier dette om implementeringskvaliteten?**

Samlet peker våre funn på at implementeringen av kvalitetssikringsverktøy som SDQ og TAM har vært noe mangelfull, og at det er rom for forbedringer. Overgang fra bruk av servere i USA for å legge inn og lagre data, til bruk av norske systemer (Primula), ser ut til å ha ført til noen utfordringer ved bruk av TAM. Det sammen gjelder overgangen fra ASEBA til SDQ. Begge overgangene har ført til en del papirløsninger lokalt i teamene. En bedre implementeringskvalitet ville kunne gitt bedre data for å vurdere barnets psykiske helse, familiens fornøydhet med behandlingen, og trofastheten til modellen ved en videre implementering under av MST ved SSA.

## **4.7 Vurdering av den begynnende implementeringen**

Fixsen et al. (2009) legger vekt på at ulike implementeringsdrivere er essensielle for å oppnå suksess, og deler disse inn i tre hovedkategorier: kompetansedrivere, organisasjonsdrivere og ledelsesdrivere, i tillegg til kvalitetssikring og resultatevaluering. Implementeringsdriverne kan bidra til integrerte prosesser, der svakheter på et område kan kompenseres med styrke på andre områder. Vi skal avslutningsvis sammenfatte hovedtrekkene ved hver av de tre kategoriene av drivere under den første implementeringsfasen.

### **4.7.1. Kompetansedrivere -erfaringer fra opplæring, etablering og drift i teamene**

En sentral del av forberedelsesfasen ved implementering av et program eller tiltak er å gjennomføre kompetanseutvikling i organisasjonen (Fixsen et al., 2009, Aarons et al., 2011). Dette innebærer valg av team og ansatte som skal arbeide med intervensjonen, i tillegg til opplæring, veiledning og konsultasjon (Fixsen et al., 2009). Vi vil nå se på hvordan denne delen av implementeringsprosessen ble gjennomført.

Ved oppstarten av MST-PSB ble modellen tatt i bruk i 4 av 5 regioner. Region Nord ble ikke inkludert i utprøvingen, noe som gjorde at man mistet muligheten til tidlig å prøve ut og tilpasse modellen for den samiske befolkningen i de tre nordligste fylkene. Teamene hadde bare ett behandlingsforløp med en familie med utenlandsk bakgrunn, og teamene beskrev behov for mer kompetanse i arbeide med familier fra andre kulturer. Ved valg av regioner og team for utprøving, var det flere forhold som hadde betydning; blant annet hvorvidt regionen allerede hadde et særlig fokus og interesse for SSA, og om de hadde ledere med særlig interesse for SSA og terapeuter med videreutdanning i sexologi. Disse valgene virket positivt for å komme raskt i gang med arbeidet. Samtidig innebar de en risiko for å bidra til å forsterke regionale forskjeller da regioner uten slik kompetanse ble liggende etter i utviklingen av tilbudet.

I MST-teamene som ble valgt ut hadde MST-terapeutene gjennomgående lang erfaring, og bred utdanningsbakgrunn, mange med relevante videreutdanninger. Det var lav turnover i teamene. Dette er gunstige betingelser når man skal etablere et nytt og krevende behandlingstilbud som krever omfattende opplæring og veiledning for å utvikle en særlig spisskompetanse.

Ledere og terapeuter vurderte PSB-opplæringen fra USA som noe utdatert og mangelfull, men pekte også på at konsulentene hadde lang erfaring og høy kompetanse på SSA, og ga substansielle bidrag i konsultasjonene til teamene. Deres kunnskap og tilbakemeldinger var særlig betydningsfullt for terapeutene i oppstartsfasen.

I oppfølgingsintervjuene høsten 2024, var både ledere og terapeuter samstemte i at overgangen til MST ved SSA var svært positiv, og at samarbeidet med Ressursenhet V27 er berikende. De fremhevet at Norge på mange områder er kulturelt forskjellig fra USA, og at dette var særlig tydelig i hvordan man forholder seg til barn som har utøvd skadelig seksuell atferd. I Norge har det også de siste 10 årene vært et omfattende utviklingsarbeid knyttet til SSA, ledet av Ressursenhet V27. Samarbeidspartnere som RVTS, Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), og Statens Barnehus bruker det oversatte AIM3 utrednings- og behandlingsmaterialet samt verktøy fra Storbritannia. De ansatte opplever dette som gode verktøy, og at det er viktig at MST-teamene kan utvikle et felles kunnskapsgrunnlag og et felles fagspråk med resten av fagfeltet.

#### **4.7.2. Organisasjonsdrivere - systemrettet arbeid- samhandling med andre instanser**

MST-PSB ble implementert inn i en organisasjon med over 25 års erfaring med implementering og drift av MST, hvor det eksisterte veletablerte systemer for beslutningsstøtte, kvalitetssikring og datadrevet oppfølging, samt rutiner for systemrettet samarbeid og veiledning. Disse elementene utgjorde et robust rammeverk som MST-PSB/MST ved SSA kunne bygges inn i, og som kan ha bidratt til å lette overgangen til det nye faglige innholdet.

Samtidig er det slik at SSA-tilbudet krever samhandling med aktører som MST-teamene i varierende grad har samarbeidet med tidligere. Sentrale aktører er politi, Statens Barnehus, konfliktråd, psykisk helsevern for barn og unge, samt kommunal barnevernstjeneste som kan undersøke barnas situasjon og henvise barna og familiene til MST, i tillegg til skole og fritidstilbud.

Siden fokuset på SSA er relativt nytt i Norge, er det også ulik kunnskap innad i tjenestene og mellom tjenestene, og det kan være store forskjeller i ulike regioner.

Henvisninger fra kommunalt barnevern av barn og familier til det nye MST tilbudet er avhengig av hvor mange saker som avdekkes gjennom politiet og Statens Barnehus, og hvordan de ulike instansene samarbeider om tematikken. Det er etablert regionale kompetansenettverk som arbeider med SSA, der de fleste er ledet av RVTS-ene. For MST-teamene er det derfor viktig å etablere kontakt med disse miljøene, og at disse blir kjent med hva MST kan tilby for barn som har utøvd SSA.

Det er foreløpig få saker som henvises til SSA-behandling. Dette kan ha sammenheng med at både tematikken og behandlingsmulighetene ikke er godt nok kjent i tjenestene. Pågangen av SSA saker ser også ut til å ha sammenheng med ulikt regionalt og lokalt fokus på SSA gjennom tverrfaglige team, lokale satsinger og konferanser, andre instansers kjennskap til fagfeltet og behandlingsmuligheter, i tillegg til lokal mediedekning.

Deltakelse i regionale eller lokale konsultasjonsteam, der enkeltsaker drøftes anonymt, ser ut til å være et viktig bidrag til samhandling i fagfeltet. Her kan ledere og ansatte i MST- teamene bidra inn i diskusjonen rundt enkeltsaker, og drøftinger rundt familier som kan være aktuelle for å søkes inn til MST ved SSA. Teamledere og ansatte som har hatt langvarig interesse for SSA og er ildsjeler som brenner for feltet, i tillegg til ansatte med videreutdanning i sexologi, ser også ut til å være noen av drivkreftene for utviklingen i det enkelte MST-team.

Hvor mange og hvilke SSA-saker som teamene får, ser også ut til å ha sammenheng med henvisningene fra kommunalt barnevernet knyttet til andre MST- saker, med høy grad av kompleksitet, vold, og risiko for plassering i barnevernsinstitusjoner. Dersom trykket er for høyt, kan det oppleves krevende for teamleder å prioritere utadrettet arbeid for å rekruttere en ny målgruppe som har vært antatt å kreve lengre behandlingstid enn andre saker, samtidig som ventelistene og presset på å gi MST-tilbud skal balanseres mot andre utsatte grupper.

Endelig kan en forklaring på få saker være manglende kjennskap både i befolkningen og tjenestene om mulighetene for forebygging og behandling av SSA (Sjøly, Myrberg, & Jensen, 2021a). Selv om temaet er kjent i barne- og ungdomspsykiatrien, beskrives det manglende kompetanse, høy turnover og lav prioritering av dette feltet (Skar og Guldhav, 2023, s. 129-134).

I sum peker dette i retning av behov for en langsiktig strategi for MST ved SSA, og at denne utvikles i nær samhandling med andre instanser. Kunnskap og fokus på SSA i lokalsamfunn og tjenester er avgjørende for at saker avdekkes og behandlingstilbud etterspørres.

Informasjonsarbeid bør være en sentral del av en slik strategi, der MST- teamene gis tid og ressurser til kontinuerlig informasjonsarbeid og samhandling med andre tjenester.

Det omfattende arbeidet med å arbeide systemrettet ut mot de regionale kompetansenettverkene og konsultasjonsteamene ble i stor grad overlatt til den enkelte teamleder. Å etablere et tiltak for en ny målgruppe som barn med SSA, krever nye arbeidsformer og tid til å informere om tiltaket til kommunalt barnevern og andre samarbeidene tjenester. En helhetlig felles kommunikasjonsstrategi ved etableringen ville vært nyttig for å raskere etablere det nye tiltaket, og utjevne regionale ulikheter.

#### **4.7.3. Ledelsesdrivere - etablering og drift**

Beslutningene om utprøving av MST-PSB i fem team ble tatt i et direktørmøte i Bufdir/Bufetat på bakgrunn av forslag fra flere tidligere utredninger (Holt et al., 2016; Aase et al., 2020), samt fra Nasjonal enhet for behandling (NABE). Utprøvingen hadde en tydelig topplederstøtte, og kan karakteriseres som implementering «ovenfra og ned», hvor myndigheter og programutviklere ledet oppstarten. Selv om det også eksisterte et ønske om å bygge opp et tilbud ved SSA «nedenfra og opp» fra noen ledere og ansatte, ville det vært en fordel om topplederne tidlig hadde arbeidet mer systematisk for å skape et bredere engasjement i de teamene og regionene som skulle i gang med MST-PSB/MST ved SSA, og slik også bidratt sterkere til å fjerne hindringer underveis, noe som er viktig for å lykkes med implementeringsprosessen (Ogden & Fixsen, 2015; Weiner, 2009). Organisasjonens evne til å innføre ny praksis avhenger ikke bare ressurser, men også av deres endringsvilje og fokus (Weiner, 2009).

Fra 1.1.2024 valgte styringsgruppen som tidligere nevnt å redusere utvikling av spisskompetanse på SSA fra fem til tre team, i tre regioner. En av årsakene var at to av teamene hadde lav rekruttering av SSA-saker, og derfor ikke fikk den mengdetreningen i arbeid med tematikken som var nødvendig for å utvikle kompetanse og sikre kvaliteten. En annen mulighet enn å redusere antall team, ville vært at toppledelsen hadde gått mer aktivt inn i årsakene til den lave rekrutteringen, og iverksatt tiltak for å støtte teamene. I det ene teamet var det sterkt press og prioriteringsutfordringer i forhold til andre typer saker, mens det andre teamet hadde flere henviste saker der familiene takket nei, eller der det kommunale barnevernet valgte å plassere barna utenfor hjemmet. I en av disse sakene vurderte MST-teamet at de kunne ha gjort et arbeid med familien. Det var relativt små marginer for at det andre teamet kunne hatt flere saker, og de hadde også etablert et samarbeid med regionalt kompetansenettverk ved SSA i området.

Ved en videre spredning av MST ved SSA i Norge vil det være viktig med en mer omfattende kommunikasjons og samarbeidsstrategi fra Bufdir og funksjonsdirektører opp mot de andre aktørene på feltet som kommunalt barnevern, Statens Barnehus og psykisk helsevern for barn og unge. Ledelsens rolle i å skape endringsvilje og støtte implementeringsprosessen kan ikke undervurderes (Weiner, 2009). Vi vurderer det slik at teamlederne kunne fått en mer strukturert støtte i dette arbeidet.

For at de to norske MST-konsulentene skulle kunne få videre støtte på å videreutvikle spisskompetansen på SSA, ble det inngått en avtale med Ressursenhet V27 om rådgiving, og samarbeid om videre kunnskapsbygging i teamene. Både ledere, terapeuter og MST-konsulenter opplever dette samarbeidet som svært positivt, og kulturelt nærmere norsk og

europaisk forståelse av SSA. Vi vurderer det også som et viktig grep for å styrke samarbeidet mellom psykisk helsevern og barnevernet i kunnskapsutvikling, og behandling av barn som har utøvd SSA.

#### **4.7.4. Kvalitetssikring og resultatevaluering**

Evalueringen viser at NUBU har etablert en omfattende struktur for innhenting av kvalitetssikringsdata i MST-behandlingen (inkludert MST ved SSA). Denne datainnsamlingen gir et viktig grunnlag for å vurdere behandlingskvalitet. Likevel peker funnene på at rutiner og strukturer rundt datainnsamlingen ikke er tilstrekkelig implementert. Familiene har i varierende grad deltatt i datainnsamlingen. Varierende oppslutning gjelder særlig SDQ, men også åpne spørsmål der foreldre og barn inviteres til å gi en kvalitativ tilbakemelding av hvordan de har opplevd behandlingen. Konsekvensen er at man ved oppstarten ikke har fått gode nok kvalitetssikringsdata, noe som nok har svekket grunnlaget for både intern kvalitetsforbedring og ekstern forskning.

En høy andel av barna som har mottatt MST- behandling ved SSA har psykiske helseutfordringer, og flere har vært i kontakt med andre deler av barnevernet (f.eks. fosterhjem og barnevernsinstitusjon). Dette understreker behovet for å se på hvordan barnevernet kartlegger psykisk helse på tvers av ulike tilbud, og hvordan de samarbeider med psykisk helsevern for barn og unge. På oppdrag fra Bufdir gjennomførte Folkehelseinstituttet i 2019 en systematisk gjennomgang av kartleggingsverktøy for utsatte barn og unge (Nøkleby et al., 2020). Flere av verktøyene, slik som SDQ og ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) hadde et godt kunnskapsgrunnlag og viste gode psykometriske egenskaper, men kartleggingsoversikten avdekket også forskningshull.

De statlige omsorgsinstitusjonene for barn og unge har tatt i bruk ASEBA og ASEBA Brief Problem Monitor (ASEBA Brief) som kartleggingsverktøy. Bufetat opplyser at implementeringsgraden er noe under 50%, og av disse er det ikke alle som benytter ASEBA fullt ut på alle barna. Ved ikke-statlige institusjoner er det et forslag om å ta i bruk disse kartleggingsverktøyene (Bufdir, 2024; Bufetat, 2019). Dersom score på ASEBA kan indikere et psykisk behandlingsbehov (om scoren er innenfor klinisk område), skal vurderingen og terapeutiske tiltak gjøres i samarbeid med helsesektorens relevante tilbud innenfor barne- og ungdomspsykiatri (Bufetat, 2019). NUBU brukte tidligere kartleggingsverktøyet ASEBA i MST (Ogden & Halliday-Boykins, 2004), mens de fra 2020 har brukt SDQ. Begge verktøyene kan ha sine styrker, men SDQ er så langt ikke tilstrekkelig implementert i alle MST-teamene som arbeider med SSA.

Det er foreløpig få barn som mottar behandling for SSA. Bruk av forskjellige typer av kartleggingsverktøy i ulike deler av barnevernet vil gjøre det vanskeligere å sammenligne effekten for barn med SSA som mottar MST opp mot barn som får behandlingstilbud ved SSA i statlige eller private barnevernsinstitusjoner, eller fra kommunalt barnevern.

Manglende harmonisering av måleverktøy mellom MST og barnevernsinstitusjoner – både statlige og private – betyr at det blir vanskeligere å vurdere helhetlig hvilke barn som får hvilke tiltak og med hvilke resultater. I neste kapittel vil vi vise at NUBU sine registreringer ved inntak

viste at 2 av 3 barn som mottok MST ved SSA hadde vært i kontakt med psykisk helsevern for barn og unge. I tillegg peker kvalitative intervju med ansatte på at en del barn kan ha helseutfordringer som ikke er tilstrekkelig kartlagt. Det kan være hensiktsmessig å vurdere å samordne bruken av kartleggingsverktøy opp mot det som brukes i psykisk helsevern for barn og unge, og det arbeidet som pågår med å vurdere å utvikle et kvalitetsregister ved SSA gjennom Ressursenhet V27 og trippelprosjektet (Betainen sykehus, 2024). Jensen (2023) pekte også i sin gjennomgang av forskningsbehov på at et register kan være et viktig virkemiddel for å samle inn relevante data fra en liten og sårbar målgruppe som det ellers er vanskelig å rekruttere til forskning: *«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»* (s. 77).

Hackett et al. (2024) argumenterer for at forskning på effekter av behandlingstiltak bør ha et livsløpsperspektiv og fange opp langtidseffekter. Et samarbeid om kvalitetsregistre mellom kommunale, statlige og private barnevernstilbud for denne målgruppen, i tillegg til et samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kan være en vei å gå for å muliggjøre fremtidige registerstudier på dette området i Norge.

## 5 Om barn og unge som søkes til og mottar MST ved SSA

Dette kapittelet tar for seg barn og familier som henvises til MST ved SSA, og beskriver sakene og egenskaper ved barn som har deltatt i behandlingstilbudet, samt belyser hvordan tilbudet oppleves av barna og deres familier. Kapittelet bygger på kvantitative NUBU-data, et intervju med et barn og én familie, og refleksjoner fra terapeuter fra flere av MST-teamene.

### 5.1 Kjennetegn ved barna og typer saker i teamene

NUBU-dataene viser at det per 20.08.2024 var registrert 42 påbegynte behandlinger hvor av 36 var registrert som avsluttet, og seks fortsatt var aktive. Barnas alder varierte fra 10 til 17 år, med en gjennomsnittsalder på 14 år. Majoriteten av sakene (63 prosent) gjaldt barn i ungdomsskolealder (13-16 år). Det er en tydelig kjønnsforskjell i materialet: Kun to av barna var jenter, mens resten var gutter. Når det gjelder etnisk bakgrunn, hadde kun ett barn foreldre med innvandrerbakgrunn. Dette fremstår som lavt sammenlignet med barnevernsstatistikk, der nær halvparten av foreldrene til barn i fosterhjem eller institusjon har fødeland utenfor Norge, eller hvor fødeland ikke er oppgitt. Ett barn hadde opphold på barnevernsinstitusjon før oppstart av MST ved SSA, og seks barn bodde i fosterhjem ved behandlingsstart. Ifølge kriteriene for nasjonale mål i MST (se figur 3), bodde 92 prosent av barna som fullførte behandlingene hjemme på inntakstidspunktet (utenfor institusjon), 74 prosent gikk på skole, 67 prosent var i konflikt med loven, og like mange hadde brukt eller truet med fysisk vold. Samtidig brukte 93 prosent ikke rusmidler. Et stort flertall, 80 prosent, mottar eller har mottatt behandling innen psykisk helsevern. Registerdataene viser altså at sakene i stor grad gjelder hjemmeboende barn som, i tillegg til SSA, også har erfaring med voldsproblematikk, mens rusproblemer i mindre grad er fremtredende.

Foreldre og barn gir også opplysninger om psykiske vansker gjennom utfylling av SDQ (se 4.6.2 for mer om SDQ). Blant barna som har fylt ut SDQ, var den gjennomsnittlige samlede problemskåren ved behandlingsstart 14,1 (med laveste verdi 6 og høyeste 28). Tilsvarende skåre fra foreldrene, som i alle tilfeller var mor, var i gjennomsnitt 16.9 (variasjon fra 0 til 30), altså noe høyere enn barns egen vurdering. Ifølge NUBUs saksrapport befinner 36 prosent av barna seg, basert på egne svar i SDQ-skjemaet, innenfor det som faglig klassifiseres som «klinisk område». Dette innebærer at de rapporterer et nivå av vansker som er så betydelige at det kan indikere behov for videre utredning eller tiltak.

Når man i stedet tar utgangspunkt i mors vurdering, er andelen betydelig høyere – hele 69 prosent vurderes i klinisk område. Dette betyr at mødre i langt større grad enn barna selv, oppfatter at barna deres har utfordringer med en alvorlighetsgrad som tilsier behov for hjelp.

Forskjellen mellom de to vurderingene – nesten en dobling – kan tyde på ulik oppfatning av problemomfanget mellom foreldre og barn, noe som kan ha betydning for både behandlingsmotivasjon og samarbeidsdynamikk i behandlingsforløpet.

Ser vi på de ulike vanskeområdene, er det atferdsproblemer og oppmerksomhetsvansker som i både barnas og mors vurdering, får den høyeste problemskåren av alle de fem områdene.

I de kvalitative intervjuene med teamene beskrev ansatte at flere av barna hadde nevrologiske diagnoser, kognitive vansker og utfordringer i samspill med andre. En annen fellesnevner var at mange av barna selv hadde vært utsatt for krenkelser i hjemmet, eller levde under belastende omsorgsbetingelser. De senere årene har forskning i økende grad rettet oppmerksomhet mot hvilke bakgrunnsfaktorer som kan bidra til å forstå barns involvering i saker som gjelder seksuelle overgrep mot andre barn (SSA-saker). Med utgangspunkt i beskrivelser av barn som har vært mistenkt for slike overgrep og avhørt ved Statens Barnehus, identifiserer Andersen (2021) to hovedgrupper: (1) barn med sårbarhetsfaktorer som ustabil omsorg, psykiske helseutfordringer eller tidligere erfaringer med vold eller traumer, og (2) barn med kognitive funksjonsnedsettelse, blant annet knyttet til impuls kontroll, forståelse av grenser og sosialt samspill. Disse bakgrunnsfaktorene er også tydelige i vår undersøkelse.

Tar vi utgangspunkt i intervjuene med de ansatte er et gjennomgående tema at mange av barna som henvises til MST for SSA, har begrenset eller fragmentert kunnskap om seksualitet, og at kunnskapen de har, i stor grad er hentet fra internett og pornografisk materiale. To av de ansatte beskriver dette slik:

*Mange av de unge har svært lite kunnskap om normal seksualitet, mange av dem har jo ikke peiling. (Terapeut)*

*Han hadde sett så mye hardporno på telefonen sin at man kan tenke at det er ikke så rart at han ikke helt har skjønt, ... hvordan han skal gjøre det når han er med nabounder, ikke sant. (Leder)*

Det informantene her beskriver som en tendens hos barna som henvises til MST for SSA, er relevant å se i sammenheng med det tidligere forskning har pekt på når det gjelder barns oppvekst i en digital tidsalder. Samfunnets infrastruktur er i dag sammenvevd med, og avhengig av, globale digitale nettverk (Livingstone og Third, 2017). Den generelle kommunikasjonen mellom barn og unge i dag skjer i stor grad via digitale medier (Staksrud og Ólafsson, 2019, s. 48). Seksuelle praksiser via det digitale kan være en del av en normal seksuell utforskning, og være en arena hvor barn og unge kan ha rom for privatliv og kommunikasjon som de på grunn av foreldrekontroll ikke har tilgang til ellers (Nielsen et al., 2015). Sosiale medier som Snapchat, Instagram eller YouTube spiller også en viktig rolle når det gjelder seksuelle grenseoverskridelser i det digitale, der det kan åpne seg nye mønstre av dominans og utnyttelse (Søndergaard, 2019, s. 192-194). Dette innebærer også en betydelig risiko for at barn og unge deler informasjon med seksuelt innhold (Eek-Karlsson, 2019, s. 13). Den digitale arenaen er dessuten med på å øke risikoen for seksuelle overgrep mot barn og unge (Hellevik et al., 2023, s. 18).

Et interessant spørsmål er i hvilken grad sammensetningen av barna som mottar MST-behandling reflekterer utbredelsen av fenomenet SSA blant barn og unge, og i hvilken grad det eventuelt reflekterer hvilke befolkningsgrupper metoden og behandlingsopplegget anses mest egnet for og dermed rekrutterer fra. En studie av MST-PSB i Storbritannia (Fonagy et al., 2017) viser at barna var mellom 10 og 18 år, og med gjennomsnittsalder på 13,4 år, altså ganske sammenlignbart med barna i vår studie. I en norsk studie, viser Jensen (2016 og 2023, se også kapittel 2) at barn som har vært i behandling i Ressursenhet V27 med bruk av AIM-metodikk, hadde en gjennomsnittsalder ved oppstart av utredning/behandling på 14 år. Debutalder registrert for første SSA var 13 år. Dette var et klinisk utvalg som besto av 56 tenåringsgutter. Jensen (2023) kommer frem til at dette utvalget hadde mange av de typiske

kjennetegnene for denne gruppen barn, samtidig som gruppen varierer mye ved at den har en lang rekke sammensatte og komplekse vansker. Hun skriver videre at:

*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 (Jensen, 2023, s. XiV).*

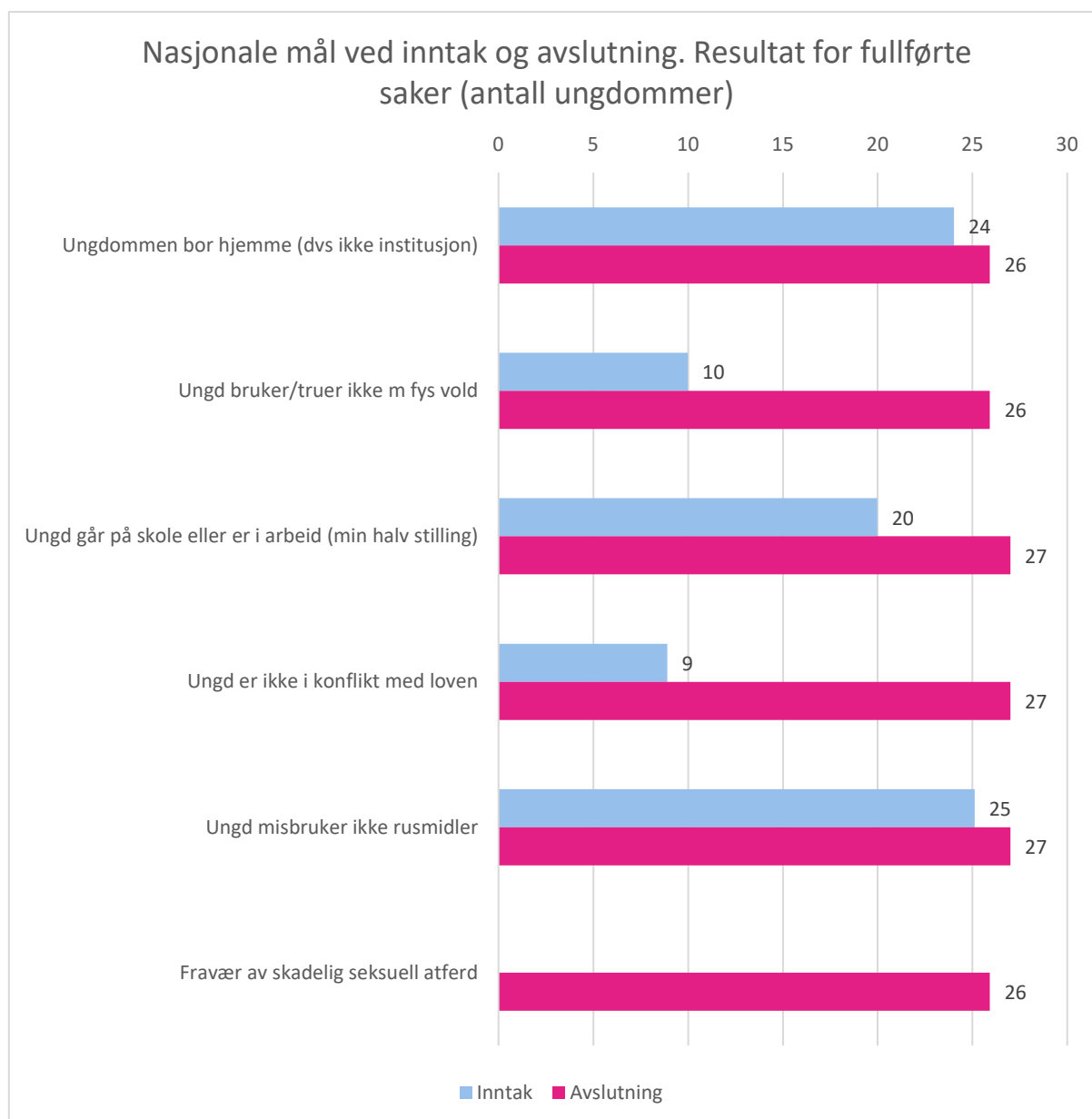
Dette betyr at de generelle resultatene fra denne studien er i tråd med funn fra internasjonale studier som har undersøkt lignende grupper av gutter. Det antyder også at det er en viss konsistens i hvordan seksuelt skadelig adferd manifesterer seg blant gutter på tvers av ulike studier og kontekster.

I de kvalitative intervjuene peker flere ansatte på at det er utfordrende å gruppere sakene, ettersom de varierer betydelig både i alvorlighetsgrad og i barnas situasjon. Samtidig mener vi at det er kan være mulig å se noen fellestrekk blant de ulike sakene som teamene har hatt til behandling. Når det gjelder type saker i teamene vises det i intervjuene til en del saker som handler om det vi kan kalle for grenseoverskridende seksuell adferd. Dette er saker som handler om barn og unge som har solgt eller tilbudt seksuelle tjenester, eller barn og unge som har blottet seg for andre. Vi blir også fortalt om saker som handler om barn som har utøvd alvorlige fysiske overgrep. Dette handler om barn og unge som har befølt andre barn, eller utsatt andre barn for voldtekt. Det kan også handle om barn og unge som har begått overgrep mot dyr. I flere av sakene har overgrepene foregått i familien. Det er også en del saker som går på deling av seksualiserte bilder/filmer.

## **5.2 Endring i barns situasjon gjennom behandling i MST-PSB/MST ved SSA**

Resultatene fra de nasjonale måleindikatorene ved inntak og avslutning (Figur 3) viser en forbedring på de fleste parametrene, herunder bosted (bor hjemme), vold og trusler om vold, skole-/arbeidstilknytning, konflikt med loven og rusmiddelbruk. Den mest fremtredende endringen gjelder målene «konflikt med loven» og «bruk/trussel om vold», der andelen saker med forbedring har økt i særlig grad. Dette kan tyde på at tiltakene har hatt god effekt innen disse områdene, og/eller at endringer her er mer umiddelbart synlige og lettere å fange opp gjennom vurderingsverktøyet.

De observerte endringene må sies å peke i positiv retning for de inkluderte indikatorene. Vi vil samtidig peke på at resultatene kan tenkes å være uttrykk for ulike forhold, også andre forhold enn en mulig klinisk effekt. Det kan for eksempel tenkes at redusert grad av konflikt med loven er et utslag av at man får tett oppfølging, i tillegg til at det har blitt færre anledninger til situasjoner som medfører en samfunnsmessig reaksjon. Tallene tyder på at rusproblemer i utgangspunktet er et lite utbredt problem i denne målgruppen. Tallene viser også at de færreste bor i institusjon ved inntak, og at de fleste går på skole eller er i arbeid ved inntak. For begge disse registreres det likevel en forbedring ved avslutning. En overordnet parameter (utfallsmål) for MST-PSB er fravær av ny skadelig seksuell adferd. Vi ser at det er fire prosent (dvs. én sak) som er registrert med ny skadelig seksuell adferd ved avslutning av behandlingen.



Figur 3.: Resultater for fullførte saker i perioden (i alt 27 fullførte saker registrert per 31/3 2024) N=27

I tillegg til de nasjonale målene, brukes det også andre standardiserte måleinstrumenter, som blant annet har til hensikt å måle eller vurdere virkningen av MST-PSB-behandlingen.

Tabell 3. YLS/CMI-skåre (gjennomsnitt) ved inntak og ved avslutning, for MST-PSB behandlinger (tall per 31/3-2024. Inndelt etter region og risikoområder.

| YLS risikoområde og kortnavn:                                                    | YLS 1<br>Lov-<br>brudd | YLS 2<br>Familie<br>/ om-<br>sorg | YLS 3<br>Utdann<br>/<br>arbeid | YLS 4<br>Venner | YLS 5<br>Rus-<br>midler | YLS 6<br>Fritid | YLS 7<br>Person-<br>lighet | YLS 8<br>Holdni-<br>nger | Sum<br>(samlet<br>risiko-<br>nivå) |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Antall ledd som inngår:                                                          | 5                      | 6                                 | 7                              | 4               | 5                       | 3               | 7                          | 5                        | (min=0,<br>maks=42)                |
| <b>YLS skåre:</b>                                                                |                        |                                   |                                |                 |                         |                 |                            |                          |                                    |
| <b>Ved inntak</b>                                                                | <b>0,25</b>            | <b>2,81</b>                       | <b>3,19</b>                    | <b>1,56</b>     | <b>0,16</b>             | <b>1,41</b>     | <b>2,91</b>                | <b>1,44</b>              | <b>13,72</b>                       |
| Antall barn/familier                                                             | 32                     | 32                                | 32                             | 32              | 32                      | 32              | 32                         | 32                       | 32                                 |
| <b>Ved avslutning</b>                                                            | <b>0,12</b>            | <b>1,04</b>                       | <b>1</b>                       | <b>0,69</b>     | <b>0,12</b>             | <b>0,62</b>     | <b>1,19</b>                | <b>0,58</b>              | <b>5,35</b>                        |
| Antall barn/familier                                                             | 26                     | 26                                | 26                             | 26              | 26                      | 26              | 26                         | 26                       | 26                                 |
| <b>Endring i YLS skåre mellom inntak og avslutning (totalt og etter region):</b> |                        |                                   |                                |                 |                         |                 |                            |                          |                                    |
| <b>Totalt</b>                                                                    | -0,13                  | -1,77                             | -2,19                          | -0,87           | -0,04                   | -0,79           | -1,72                      | -0,86                    | -8,37                              |
| <b>Midt (N=8)</b>                                                                | 0                      | -1,5                              | -2,25                          | -1,13           | -0,25                   | -0,87           | -1,5                       | -0,87                    | -8,37                              |
| <b>Sør (N=17)</b>                                                                | -0,29                  | -1,86                             | -2,51                          | -0,88           | 0,02                    | -1,16           | -2,47                      | -1,15                    | -10,29                             |
| <b>Øst (N=7)</b>                                                                 | 0,04                   | -2,12                             | -1,33                          | -0,53           | 0                       | -0,04           | -0,24                      | -0,24                    | -4,46                              |

Tabellen ovenfor viser gjennomsnittlig YLS-skåre (Youth Level of Service) ved inntak og ved avslutning av tiltak, samt differansen mellom de to målepunktene. YLS er et verktøy som benyttes til å vurdere risiko for fremtidig problematferd og behov for tiltak hos barna. Differansen kan tolkes som en indikasjon på endring i risiko mellom inntak og avslutning, der redusert score (negativt fortegn på differansen) indikerer lavere risiko på et område. Størrelsen på differansen gir en indikasjon på hvor mye risikoen er redusert i løpet av behandlingen (dess sterkere reduksjon, dess sterkere grønnfarge). Samlet sett tegner YLS skårene et bilde av en positiv utvikling blant de som har deltatt i behandlingen. Vi ser imidlertid at antallet som fullførte er noe lavere enn antallet som begynte behandlingen, og vi må derfor ta forbehold om at vi ikke vet hva YLS ville vært for de som resultatet ikke foreligger for. Ser vi på hvilke av de åtte risikoområdene reduksjonen har vært størst, gjelder dette «Utdanning/arbeid» (YLS 3), «Familieforhold og oppdragelse» (YLS 2), og «Personlighet» (YLS 7). Dette er også de risikoområdene hvor det målte risikonivået er høyest både ved inntak og ved avslutning. Vi ser ellers at rusmiddelbruk er et område med registrert lav risiko for problematferd, og at risikoen derfor ikke har endret seg i verken positiv eller negativ retning ved avslutning.<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Fordi de ulike risikoområdene har ulikt antall ledd, må sammenligninger av score på tvers av områdene gjøres med forsiktighet. Vi har kontrollert verdiene for endring ved å dividere på antall ledd. Vi finner da at de relative forskjellene mellom risikoområdene står seg.

### 5.3 Barn og unge og deres familiers erfaringer med MST

I evalueringen har vi intervjuet ett barn og begge foreldre i samme familie, og vi skal nå presentere de erfaringene og opplevelsene disse personene har formidlet omkring tilbudet.

Barnet vi har snakket med er i dag i tenårene, og var for noen år siden involvert i flere hendelser som innebar seksuelt grenseoverskridende adferd overfor andre barn. Barna som ble eksponert for denne adferden, var også noen år yngre enn informanten da hendelsene fant sted. Hendelsene hadde funnet sted på forskjellige lokasjoner på det stedet der barnet vokste opp. Barnet ble anmeldt som en konsekvens av disse hendelsene, og flere tjenester ble da involvert, deriblant skole, konfliktrådet, barnevernet, lege og Statens Barnehus. Det ble opprettet et eget oppfølgingsteam der disse ulike aktørene var involvert, og MST-teamet ble koblet på etter forslag fra konfliktrådet. Barnet ble utredet, og det kom frem at hen hadde flere diagnoser. Tidligere forskning har lagt vekt på hvordan flertallet av barn som har utøvd SSA selv har vært utsatt for traumerelaterte hendelser som for eksempel mobbing (Jensen, 2023, s. 50). Andre studier peker på at denne gruppen ofte har sosiale og relasjonelle vansker (Vorland et al., 2018, s. 24). Slike karakteristika går igjen i dette tilfellet, der både barnet og foreldrene forteller om mobbing på skolen, og utfordringer i det sosiale og relasjonelle samspillet med andre jevnaldrende.

I forbindelse med SSA-saker er det en risiko for at fortrolig informasjon kan deles i lokalsamfunn der innholdet både kan overdrives og krisemaksimeres (Vorland et al., 2018, s. 50). Som en konsekvens av hendelsene barnet var involvert i, hadde det oppstått rykter i lokalsamfunnet. Den ene av foreldrene ble kjent med disse ryktene, og formidlet dette videre til barnet. En av foreldrene bruker uttrykket «full krig» som en beskrivelse av opplevelsen av konfliktnivået på et tidspunkt der ryktespredningen hadde utviklet seg. At informasjon rundt saken hadde blitt kjent i lokalsamfunnet, hadde skapt en situasjon som var utfordrende å håndtere, både for barnet selv og familien som helhet.

#### 5.3.1. Situasjon før MST-behandlingen

I intervjuet forteller barnet at hen hadde havnet i en krise i etterkant av hendelsene som vi beskrev i avsnittet ovenfor. Barnet forteller om dette på følgende vis:

*Informant: Jeg har aldri hatt sånne selvmordstanker. Det har jeg aldri tenkt på, men ... Jeg var litt sånn ferdig med det. Jeg kunne godt ha vært hjemme hele livet mitt. [...]. Det var mye skriking og ... ja, bannskap. Og det er ikke ofte jeg banner.*

*Intervjuer: Du var skikkelig fortvilet?*

*Informant: Ja, jeg hadde gitt opp livet.*

Slik vi forstår det på informanten var dette et svært vanskelig tidspunkt i livet, og hen beskriver en mangel på motivasjon til å delta i aktiviteter i lokalsamfunnet. Samtidig fortelles det også om følelser av sinne i en situasjon som ble opplevd som helt fastlåst. Hos barn og unge med seksuelt skadelig adferd beskriver fagpersoner at aggresjon kan være fremtredende, noe som også barnet legger vekt på i beskrivelse av før behandlingen var igangsatt (jfr. Askeland et al., 2017, s. 100).

Hvis vi så vi ser situasjonen fra foreldrenes perspektiv, beskriver en av dem hvordan det var å forholde seg til barnet sitt i den krevende situasjonen som oppstod etter hendelsene:

*Jeg var veldig skuffa. I begynnelsen fikk jeg meg ikke til å tro at det kunne stemme. Jeg fikk meg heller ikke til å tro at den ungen skulle finne på noe sånt. Så det har vært en runde der hen har måttet ha fortjent tilliten igjen.*

Forelderen beskriver hvordan det er vanskelig å forstå og forholde seg til hvordan barnet kunne utføre en slik handling. Videre setter man ord på erfaringen av et tillitsbrudd, og en prosess der barnet måtte gjenvinne tilliten som hadde blitt brutt. Tidligere forskning har lagt vekt på hvordan foreldre ofte kan benekte at barnet har problem. De kan også ha behov for hjelp til å akseptere det som har skjedd og lære å godta barnet. Foreldre og familier til barn med SSA trenger dessuten ofte veiledning for å kunne støtte barnet, ta vare på eventuelle andre barn i familien, og håndtere egne følelser som sinne, skam, ambivalens og usikkerhet (Askeland, 2017, s. 44, 71). For denne familien ble det likevel mulig for barnet å gjenopprette tilliten, og som det kommer frem i intervjuet aksepterte foreldrene relativt raskt at det var nødvendig å få hjelp, og det ble da igangsatt behandling.

### **5.3.2. Forventninger til MST-behandlingen**

Som tidligere nevnt tilpasses MST-behandlingen den enkelte families behov og utføres av terapeuter som møter familien hjemme på fleksible tidspunkter. MST- teamene kan jobbe intensivt med flere hjemmebesøk i uken (Askeland et al., 2017). Barnet beskriver i intervjuet at forventningene i forkant av slike besøk var at dette ville bli for mye å forholde seg til. Hen forteller følgende om disse hjemmebesøkene i startfasen av behandlingen:

*I starten så likte ikke jeg det, i det hele tatt. Da hadde jeg så mye på hjernen at det ble litt mye til slutt. Da ble det det ene fristedet jeg har hjemme. Det ble ikke noe fristed.*

Sitatet beskriver frykten av det å miste et trygt rom. At barnet er så opptatt av det å miste «fristedet» sitt kan ha sammenheng med hvordan barnet i andre deler av intervjuet beskriver at hen er glad i å tilbringe tid og ha rom til å utfolde seg alene. Samtidig ser vi også gjennom intervjuet en beskrivelse av at det skjedde det en endring etter at behandlingen kom i gang, og barnet beskriver at hen gradvis fikk en positiv opplevelse av hjemmebesøkene. Hen beskriver det slik:

*Informant: Men seinere så var det jo at jeg gledet meg til at hun [navn på terapeut] skulle komme.*

*Intervjuer: Så flott.*

*Informant: Ja.*

*Intervjuer: Hva var det som gjorde at du begynte å glede deg til at hun skulle komme?*

*Informant: Nei, det var litt sånn ... litt sånn koselig stemning rundt det hele.*

*Det var ... det var mye sånn ... Det var den eneste plassen det ble trygt igjen.*

*Det var rolig og fint. Kunne synke stressnivået ganske langt ned.*

*Og bare ta en prat. Slappe av litt. Og det var kjempefint.*

Når vi i intervjuet ber barnet om å utdype hva det var terapeuten gjorde for å skape en god relasjon, blir vi fortalt at fagpersonen delte av egne personlige erfaringer, som var en måte å «få meg med på laget». Som vi ser av sitatet opplevde barnet trygghet med behandlingen og fikk en relasjon med terapeuten, noe som gjorde at de negative forventningene hen hadde til behandlingen ikke ble innfridd, snarere tvert imot. Betydningen av en god relasjon til terapeuten både for foreldre og barn fremheves i tidligere studier (Bond, 2017; Strømsvåg 2019; Fonagy et al., 2017).

### **5.3.3. Om behandlingen**

Slik vi forstår det på barnet var behandlingen både intens og til tider svært krevende. Et eksempel på hvordan dette kom til uttrykk for barnet, kan være den prosessen som i MST PSB kalles for klargjøring/clarification. Som tidligere beskrevet i kap. 1.2.3, viser dette til en terapeutisk prosess som tar sikte på å adressere og løse misforståelser eller feiltolkninger knyttet til den problematiske eller seksuelle atferden som barna har utøvd. Adferden ses også i et multisystemisk perspektiv. Målet er å sikre at alle familiemedlemmer har en klar og nøyaktig forståelse av atferden, atferdens innvirkning, og hvilke trinn som trengs for å forebygge fremtidige hendelser. I intervjuet stilte vi spørsmål til barnet om hvordan de arbeidet seg gjennom denne delen av behandlingen. Barnet kommer med følgende beskrivelse av hvordan dette foregikk:

*Informant: Vi hadde en runde med det. Da satt jeg på en krakk, og skulle fortelle absolutt alt. Det var pinlig, men jeg bare sa ja, fordi jeg måtte få ut stresset. Fordi jeg hadde så mye stress i den perioden der.*

*Intervjuer: Hvordan opplevde du det å gå gjennom det her sånn detaljert og snakke om det?*

*Informant: Det var fælt. Det var litt forferdelig. Men jeg bare måtte. Det var fint til slutt, da. Det var jo helt greit, men det var fælt.*

*Intervjuer: Kan du si litt mer om på hvilken måte det var fælt? Hva var vanskeligst med det?*

*Informant: Nei, det var jo beskrivelsene og sånt også. At mamma og pappa var der. Det hjelper ikke akkurat.*

*Intervjuer: Nei, så de var til stede, da?*

*Informant: De var der. Det var litt fælt.*

*Intervjuer: Men sånn etterpå, da, når dere hadde vært gjennom det, hvordan kjentes det ut da?*

*Informant: Det var jo en lettelse, på en måte. Det var jo ... Ja, det ble mye mindre stress, for da visste hun det, og jeg fortalte hvordan jeg opplevde det, og hvordan det var akkurat da ... Du fikk en ro i sjela.*

Barnets beskrivelse av klargjøringsprosessen er som vi kan se todelt: på den ene siden var det «fælt» og på den andre siden forteller hen om en «lettelse». Overordnet tolker vi dette som

en positiv erfaring for barnet. Til tross for at det tydelig hadde vært krevende å gjennomføre, oppfatter vi at det gav en anledning til å sette ord på erfaringer om det som hadde skjedd, og som man ikke hadde snakket om tidligere innad i familien. Informanten forteller videre i intervjuet at klargjøringsprosessen bidro til å fjerne en «klump i magen». Når vi videre i intervjuet ber informanten om å forklare hva denne klumpen er får vi følgende beskrivelse:

*Det er på en måte et selvhat, bare med litt anna dybde, på en måte. Det er litt sånn ... Ja, du kan ... Du er sur på deg selv fordi du har gjort det du har gjort, og så er du skuffet og sint, og så er du lei deg, og så ... Ja. Alt det som er fælt, egentlig. Bare samles i en ball og drar deg ned.*

Ordene som informanten bruker i sitatet ovenfor (*selvhhat, sur på deg selv, skuffet, sint*) illustrerer den negative selvfølelsen informanten satt inne med på dette tidspunktet, og som kunne gjøre det vanskelig å komme seg videre uten muligheten til å åpne seg for noen rundt dette. Å snakke om disse følelsene med terapeuten og familien hjalp barnet med å lette noe av byrden, og fremstår for oss som en viktig del av behandlingsprosessen.

En av foreldrene beskriver den samme situasjonen på følgende vis:

*Hen hadde jo ikke lyst til det møtet, men skjønte at det måtte til. Og etterpå var hen veldig glad for det. Og det gikk jo veldig bra. Det var ... Ja. Vi gikk og snakka sammen, og hen svarte akkurat som det var.*

På samme måte som det barnet setter ord på, beskriver også foreldrene at klargjøringsprosessen hadde vært vellykket. Slik vi fortolker situasjonen fra både barnet og forelderens beskrivelser var dette et vendepunkt. Den åpne og ærlige kommunikasjonen fra barnet sin side i denne situasjonen fremstår som en viktig del av dette. I den sammenheng er det verdt å merke seg hvordan barnet og foreldrene har en nokså liknende beskrivelse av betydningen til denne delen av behandlingsprosessen.

#### **5.3.4. Betydningen av behandlingen**

Barnet snakker om at hen tidligere hadde en «maske» på seg, at hen alltid gikk rundt med et falsk smil selv om hen hadde det vondt inni seg. Det blir beskrevet at hen nå i større grad enn tidligere tør å være seg selv, og å uttrykke følelsene sine.

Foreldrene beskriver også i intervjuet at man har fått en ny måte å snakke sammen på i familien gjennom behandlingen:

*Intervjuer: På hvilken måte har MST bidratt til noen endringer?*

*Forelder 1: Det er jo mer åpenhet, da.*

*Foreldre 2: Tenker kanskje litt annerledes i kommunikasjonen for eksempel. Vi har blitt litt flinkere til å spørre hvordan det går og sånne ting i hvert fall.*

*Forelder 1: Og så mer åpenhet om ting som gjelder oss selv. Jeg har en del smerte som (jeg) har vært veldig flink til ikke å si noe om ... Og bare latt som om det ikke er noe og heller har vært litt sure og grinete.*

*Så nå har jeg fått beskjed om at jeg heller skal sette ord på hvorfor jeg er sur og grinete. Så det er noe jeg har lært gjennom MST.*

Som vi kan se av sitatet har prosessen gjennom MST-behandlingen ifølge foreldrene gjort noe med måten man snakker sammen på i hjemmet. Foreldrene forteller at de ikke har spurt så mye om hvordan det går på skolen tidligere, men at de nå har blitt flinkere til å stille spørsmål rundt barnets aktiviteter. Det beskrives også en ny type «åpenhet» fra foreldrenes side når det gjelder det å uttrykke følelser. Den ene forelder uttrykker også hvordan personen gjennom behandlingsforløpet har blitt mer i stand til å uttrykke egne vonde følelser, som hen tidligere har lagt et lokk på.

Foreldrene beskriver også hvordan barnet har opprettholdt aktivitetsnivået sitt, og ikke latt hendelsene begrense mulighetene for å gjennomføre fritidsaktiviteter, eller ting som barnet har vært glad i å gjøre:

*Men (barnet) har heldigvis vært med på alt som før hele tida. Hen har ikke villet være hjemme og gjemme seg. Hen har tatt straffa si. Hen skal bo her, hen òg. Det fungerer veldig bra nå, syns jeg.*

Ifølge foreldrene har barnet fortsatt å delta i sine vanlige aktiviteter og rutiner til tross for utfordringene. Barnet har akseptert det som har skjedd og forholder seg til at det skal fortsette å bo i lokalsamfunnet. Det beskrives at det har vært en positiv utvikling i situasjonen.

Barnet på sin side beskriver også en positiv endring gjennom behandlingsprosessen:

*Jeg var veldig redd for å gå ut blant folk og sånt. Jeg mista jo den følelsen nesten. Så det var kjempegreit å få snakka.*

Barnet beskriver en sterk frykt for å være blant andre mennesker, noe som kan ha sammenheng med den krevende situasjonen i lokalsamfunnet som oppstod i det ryktene omkring SSA-saken kom ut. Denne frykten har minsket gjennom behandlingen, og barnet selv relaterer den reduserte frykten til muligheten til å få delt av erfaringene sine i behandlingssituasjonen.

## **5.4 Relasjonelle utfordringer og terapeutisk arbeid hos med barn som mottar MST for SSA**

Datamaterialet viser at barna som har fått behandling i MST ved SSA, i hovedsak er gutter i ungdomsskolealder. De fleste bor hjemme og går på skole, men mange har erfaringer med lovbrudd og bruk eller trusler om vold. En betydelig andel har vært i kontakt med psykisk helsevern, mens rusmiddelbruk ser ut til å være lite utbredt. Dataene viser også forbedring på alle målområder, noe som tyder på positiv utvikling i både livssituasjon og atferd gjennom behandlingsforløpet. Sakene som beskrives av teamene viser til en bred variasjon i alvorlighetsgrad og uttrykksformer, men også til et mønster der seksuelle krenkelser ofte inngår i mer sammensatte og vedvarende adferdsproblemer. Disse problemprofilene samsvarer også i stor grad med beskrivelser av den samme målgruppen i andre undersøkelser.

Materialet indikerer at slik adferd i de sakene som teamene står overfor ikke først og fremst henger sammen med institusjonsplassering, rus eller skolefravall, men snarere med utfordringer knyttet til sosial forståelse og grenseoverskridelser. Andersen (2021) viser til lignende mønstre i sin studie fra Statens Barnehus av barn mistenkt for seksuelle overgrep: ustabil omsorg, psykiske helseplager og kognitive funksjonsnedsettelse som kan påvirke

impulskontroll og forståelse av sosiale normer. Disse faktorene fremstår som sentrale for å forstå hva som kjennetegner de barna som omfattes av denne typen tiltak.

Intervjuene med barnet og foreldrene gir innsikt i utfordringene og prosessene som følger med MST-behandling for barn med SSA, og viser hvordan riktig støtte og intervensjon kan føre til positive endringer for både barnet og familien. I intervjuene fremkommer det at barnet hadde hatt sosiale og relasjonelle utfordringer samt opplevd mobbing i barndommen. Dette kan også understreke betydningen av å forstå barnets sosiale situasjon i et bredere utviklingsperspektiv, hvor relasjonelle utfordringer og behov for støtte inngår som en del av det helhetlige bildet. Dette peker videre på behovet for helhetlige tiltak for å styrke barnets evne til å inngå i trygge relasjoner og delta sosialt på en måte som fremmer trivsel og mestring.

Som vi har løftet frem i kapittelet, var behandlingen intens og krevende for barnet, spesielt den delen av klargjøringsprosessen hvor barnet måtte dele detaljer om hendelsene. I etterkant ga barnet uttrykk for at klargjøringsprosessen hadde hjulpet det med å redusere selvhat og dempe de negative følelsene det hadde slitt med over tid. Å bli møtt med anerkjennelse, forståelse og støtte – også fra foreldrene – bidro, slik vi oppfatter det, til at barnet i større grad kunne forsone seg med hendelsene. Dette er et viktig moment i arbeidet med barn som har utøvd seksuelt skadelig atferd, der målet ikke bare er å endre eller regulere atferd, men også å styrke barnets selvfølelse (Fonagy et al., 2017). Det at familien samlet beskriver bedre kommunikasjon og tettere relasjon, kan også sees som en viktig beskyttelsesfaktor. Slike endringer kan styrke barnets opplevelse av å være verdsatt og akseptert, selv etter alvorlige hendelser. I lys av dette blir familiens utvikling en viktig del av behandlingsresultatet – ikke bare som støtte rundt barnet, men som en aktiv arena for endring.

## 6 Ansattes erfaringer med å arbeide med MST ved SSA

Dette kapittelet belyser ansattes erfaringer i arbeidet med MST ved SSA. Vi presenterer og drøfter hvordan ansatte opplever møtet med barn og familier, og hvilke utfordringer og dilemmaer som oppstår. Vi undersøker også hvordan arbeidet påvirker dem, og hvilken støtte og oppfølging de har i dette arbeidet. Kapittelet bygger på kvalitative intervjuer med ledere, terapeuter og MST-konsulenter.

### 6.1 Arbeid med SSA skiller seg fra andre typer MST-saker

I forhold til andre saker som MST-teamene arbeider med, er SSA-sakene preget av stor bekymring for stigmatisering av barnet og familien, og foreldrene beskriver sjokk, skam og skyldfølelse over det som har skjedd, jfr. beskrivelsene i kap. 5. Handlingene som barnet har utøvd oppleves også som et brudd på tilliten i familien, og en usikkerhet på om dette kan skje igjen. Sakene kan være svært komplekse, med mange utfordringer og dilemma som terapeutene må forholde seg til. Disse utfordringene og dilemmaene gjør at terapeutene kan være redd for å gjøre feil, ved å ikke gjøre gode nok vurderinger, eller møte familienes behov godt nok.

#### 6.1.1. Hvordan lykkes med relasjonsbygging på tross av skam og motstand?

Én av terapeutene forteller at i SSA-saker, sammenlignet med andre MST-saker, er det mye skyld og skam, noe som kan være en forklaring på at de ofte opplever stor usikkerhet og motstand fra barnet og foreldrene til å gå inn i arbeidet. For terapeutene kan det oppleves som krevende å stå i denne motstanden og avvisningen over tid.

*En sak, for eksempel, hvor jeg i starten ble møtt av barnet utenfor huset ... Nei, her var ingen hjemme. Så sto han og spylte med slange. Sånn provoserende mot meg med vannslangen for å spyle meg vekk.*

*Så kom vi etter hvert såpass at han kunne være inne i stua mens jeg var der og snakke. Han ville ikke snakke med meg da, men jeg kunne få lov å snakke litt med den omsorgspersonen. Hvor han en gang øg raserte rommet og løp ut.*

*Og så begynte han å sitte foran PC-en med høreklodder på. Så, den ene høreklodda av. Og så videre og så videre.*

*Til slutt så kunne vi sitte i sofaen med omsorgspersonene på hver side, ikke sant, og så kunne vi begynne å snakke om hva som hadde skjedd da.*

*Men ikke sant? Det er en lang, lang reise fra å bli spylt ut av tunet til å sitte i sofaen.*

*Og det må man tåle å stå i. Denne avvisningen, denne ... Det var ikke bare spyling. Man ble jo kalt både ditten og datten, ikke sant? Så når du går inn i en sånn sak, så er du vel den minst ettertraktede terapeuten i ... [hele regionen], egentlig.*

*Og det gjelder foreldre, heller ikke særlig begeistra. Så du gjør fort feil.*

*Så får man håpe at man greier å bygge opp en relasjon, sånn at de føler seg ivaretatt etter hvert. (Terapeut)*

*Det er stor belastning og mye motstand. Så er det en motstand bare for å erkjenne at dette har skjedd, selvfølgelig. Så er det all denne skyld og skammen.*

*Den store pakka der er emosjonelt.*

*Så vi må jo ivareta på en respektfull måte alle involverte der.*

*Det er tøft. Det er ikke for ... Det er ikke for pyser. (Terapeut)*

Sitatene over illustrerer at terapeutene må ha forståelse for de store utfordringene familiene står i, og at arbeidet med å etablere en god relasjon til familien krever at terapeuten har innsikt, tid og overskudd til å møte familienes behov på en god måte. Terapeuten reflekterer også over at det å stå i motstand over tid, kan bidra til at de ikke er sensitive nok i møte med barn og foreldre, og at de feiler i relasjonsbyggingen med familien.

#### **6.1.2. Hvordan skape trygghet for at SSA ikke skjer igjen?**

Helt sentralt i SSA-sakene er det metodiske arbeidet med sikkerhetstematikken og utarbeidelsen av en trygghetsplan. Denne evalueres løpende for å vurdere om den er tilstrekkelig og om det er forhold som ikke er godt nok fanget opp. En av lederne beskriver samtidig hvor utfordrende dette arbeidet kan være:

*Det er ekstremt krevende, for eksempel på digitale lovbrudd, altså samtidig med at du har krenkelser som er gjort digitalt, hvor[dan] i alle dager skal vi klare å være helt sikre på at det [ikke skjer igjen]? Men det [er viktig] å lage planer som prøver å tette i alle mulige sammenhenger.*

*Hvis du har et forhold der det ene barnet eller det ene ungdommen i familien har gjort overgrep mot den andre, så er det jo ekstremt vanskelig å kontrollere hvor tett skal vi lage sånne systemer, eller [...], hvor det er snakk om fritidsarenaer, hvordan skal vi trygge at ikke andre barn kan bli utsatt for noe?*

*Så det krever veldig mye jobb med å vurdere trygghet og sikkerhet i forhold til at ingen nye skal bli utsatt for overgrep, og for så vidt også at ungdommen ikke skal komme i en situasjon der man gjør overgrep mot andre. (Leder)*

Både ledere og terapeuter føler et stort ansvar for å gjøre gode vurderinger og ta riktige beslutninger, både i forhold til det barnet som har utøvd handlingene og slik at andre barn ikke skal bli utsatt for nye skadelige hendelser.

For barnet kan trygghetsplanen innebære en belastning og frihetsberøvelse ved at de er under tilsyn og tett oppfølging på mange arenaer.

*Så det er en stor belastning på barnet ... Det er jo frihetsberøvelse nesten mot [barnet] noen ganger, hvor de skal [ha] ... tilsyn når de er i garderobe, spesielt tilsyn ute i friminuttene ... i en periode, da. Så disse planene må jo selvfølgelig*

*justeres underveis. Og forhåpentligvis, når vi er ferdig, så er det ikke nødvendig. (Terapeut)*

I disse fortellingene kommer det frem en rekke utfordringer og dilemma som terapeuten står overfor i sitt arbeid med familien, og som det kan være svært utfordrende å stå i på en respektfull måte overfor alle involverte.

På en ene siden skal det etableres ganske strenge trygghetsplaner for å unngå gjentakelse av skadelig seksuell atferd. Det å ikke lykkes med å utvikle trygghetsplanen kan føre til at sikkerheten til yngre søsken eller andre barn trues, og medføre risiko for alvorlige traumer. Samtidig er det viktig å unngå at risikoen overvurderes, noe som kan føre til at tiltakene blir for strenge og langvarige for barnets som har utøvd en krenkende atferd, noe som kan være belastende over tid. Dette er krevende vurderinger og avveininger som må gjøres av behandlerne.

Forskere anbefaler derfor at denne typen vurderinger baseres både på verktøy for risikovurdering, i tillegg til strukturerte profesjonelle vurderinger (Hackett, 2016, s. 34). For terapeutene i MST- teamene gir den strukturerte veilednings- og konsultasjonsstrukturen støtte i denne type vurderinger.

### **6.1.3. Hvordan møte redsel for stigmatisering?**

Dersom barnet har utøvd atferden på flere arenaer innad i familien, på skolen eller fritiden er kanskje hendelsen delvis kjent og snakkes om i lokalsamfunnet, jevnfør erfaringene i casebeskrivelsen med barn og foreldre som vi presenterte i forrige kapittel. I slike situasjoner kan informasjonsdeling bidra til å begrense ryktespredning og hindre utstøting av barnet. Andre ganger er hendelsene i liten grad kjent for andre enn foreldrene, men MST-teamet vurderer det som nødvendig å informere storfamilien, eller personer på de arenaene hendelsen har skjedd, for å trygge både den som har utøvd hendelsen, og den som vært utsatt for hendelsen for at det ikke skjer igjen. Terapeuten opplever at det kan være utfordrende for foreldrene å dele slik informasjon om barnet med andre, dersom det ikke er kjent fra tidligere:

*Når vi får en sak ... så er det nok ofte etter litt påtrykk fra barnevernet.*

*Hvem skal vite? Er det nødvendig med disse trygghetsplanene?*

*Og vi tenker jo helhetlig ...*

*Foreldrene ... [spør] kan vi holde det bare mellom oss? Da kan vi slippe at andre får vite om det? Og det går jo ikke. Vi må i hvert fall jobbe med de arenaene hvor atferden har vært synlig.*

*Det er jo mange ganger skolen må involveres. Besteforeldre, tanter, onkler.*

*Hvem må vite? Det er så vanskelig. Så det er jo derfor vi får lov å utvide tiden i disse sakene. For den første tida bruker vi masse på motstand.*

*Og særlig når man skal lage disse trygghetsplanene for å forebygge gjentakelsesatferd. Hvem skal involveres? Hvilke arenaer ...? Det er fælt.*

Terapeuten opplever også at lærere kan vegre seg for å involveres i oppfølgingen. De kan oppleve at det er for mye ansvar og kan være redd for at det gjør noe med relasjonen til barnet.

*Og lærere ... Hvis det har vært atferd i skole, da.*

*Så er [det] lærere som også må involveres i denne planen.*

*Der er òg motstand. Er vi pålagt å ha ansvar for dette her?*

*Hva vil det gjøre med relasjonen vår? Dette er altfor mye ansvar. [...]*

*Det er mange runder å gå her, da. (Terapeut)*

Dette arbeidet er svært krevende både for foreldrene og barnet, særlig når det må iverksettes tiltak på flere arenaer i lokalsamfunnet, og der mange er kjent med det som har skjedd. Samtidig er det også svært utfordrende når barnet har utøvd skadelig seksuell atferd overfor yngre søsken eller andre barn i familien, f.eks. søskenbarn. Her må familie og slekt både ivareta barn som har vært utsatt for én eller flere hendelser, og samtidig ta vare på det barnet som har utøvd den skadelige seksuelle atferden. I tillegg kan barnet som har utøvd SSA også selv ha vært utsatt for skadelig seksuell atferd fra andre, i eller utenfor familien. Dette kan bety at storfamilien må involveres for å skape trygge rammer for flere barn. Det tar tid å gjenoppbygge tillit innad i familien, særlig dersom krenkelsene har skjedd overfor yngre søsken, eller andre barn i storfamilien. Ansatte forteller at i noen henviste saker, vurderte kommunalt barnevern denne kompleksiteten som for krevende til å lykkes med MST ved SSA, og de valgte i stedet å plassere barnet utenfor hjemmet.

#### **6.1.4. Hvordan arbeide med klargjøringsprosessen ut fra et multisystemisk perspektiv?**

Noe av det som utforskes og arbeides med i klargjøringsprosessen er at barnet og familien erkjenner at krenkelsen har skjedd. Samtidig er det viktig å klarlegge omfanget av den krenkende atferden, for å kunne utvikle en behandlingsplan (PHMC, 2024a). Som beskrevet i kap. 1.2.3 forsøker man i klargjøringsprosessen også å forstå barnets atferd ut fra et multisystemisk perspektiv, der man undersøker *individuelle faktorer ved barnet, familiefaktorer, forholdet til jevnaldrende, samfunnsmessige forhold og utfordringer knyttet til skolesituasjon* (PHMC, 2024a, s. 8).

Ansatte forteller at et viktig mål med klargjøringsprosessen er å reetablere tillit og gjenopprette relasjonen mellom barn og foreldre, og de beskriver at de har lyktes med dette i de aller fleste sakene. En av lederne forteller at en av de tingene hun var mest overrasket over, var at barna faktisk snakker om det krevende temaet seksualitet, og forteller detaljert hva som har skjedd, med foreldrene til stede.

En terapeut trekker frem at arbeid med klargjøring er en av de tingene som skiller MST PSB fra vanlig MST.

*Her skal det jo benevnes hva som har skjedd. Man skal erkjenne at det har skjedd. Man skal ta ansvar. [Det] var henne. Hun ville det jo, det var hennes skyld. [...]*

*Det er ikke så enkelt. Her skal vi virkelig inn og ta på seg at man faktisk kan ha påført noe på andre. (Terapeut)*

Terapeuten løfter frem at målet med SSA arbeidet er å redusere faren for gjentakelse. For å lykkes må foreldrene også erkjenner det. Dette er helt grunnleggende for å gjenopprette tilliten.

En annen informant forteller at barnets klargjøringsprosessen hadde gått veldig bra, at barnet skjønnte at det som hadde skjedd ikke var ok, og ga uttrykk for å ha fått god hjelp gjennom behandlingen:

*Og så har hen liksom ... Hen har fått masse hjelp til holdninger rundt seksualitet, rundt det med vennskap, rundt det med å kontakte folk, både på nettet og ... ansikt til ansikt, da. Så jeg føler meg iallfall veldig trygg på at dette barnet har skjønnet at det hen gjorde, det skal hen absolutt aldri gjøre igjen. (Leder)*

Et viktig mål med behandlingen er å gjenopprette tilliten mellom barn og foreldre. I denne saken beskrev informanten at far ikke ville delta i klargjøringsprosessen. De opplevde at behandlingen bidro til å reetablere relasjonen mellom mor og barn, men ikke i forhold til far. Barnet ga uttrykk for at faren aldri ville kunne tilgi det som hadde skjedd. Dette var en av få saker informantene opplevde at de til tross for at det ble arbeidet godt med barnet og der barnet sa at dette ikke skulle skje igjen, så klarte de ikke å gjenopprette tilliten og «varmen» fra faren til barnet.

I relevante saker, med samtykke fra de involverte, kan det også arbeides med det de kaller reunification (gjenforening)<sup>27</sup> mellom den som har utøvd krenkelser, og den som har vært utsatt. Dette skjer da i samarbeid med andre instanser som arbeider med den som har vært utsatt for krenkelser. En forutsetning for en slik prosess er at klargjøringsprosessen er gjennomført, og at en god trygghetsplan er etablert (PHMC, 2024a). En leder forteller at de så langt ikke har deltatt direkte i gjenforeningsprosesser, da de tjenestene som arbeider med de utsatte barna ikke har vurdert dette som hensiktsmessig på grunn av barnas unge alder og situasjon. I flere saker har i midlertid barnet som er i MST-behandling skrevet et brev til barnet som har vært krenket, der de beklager det som har skjedd. Disse brevene oppbevares hos kommunalt barnevern og kan evt. brukes senere dersom dette vurderes som nyttig for barna som har vært utsatt for krenkelser.

Gjennom den strukturerte klargjøringsprosessen med å forstå hva som har skjedd, forteller en terapeut at det er blitt enda tydeligere for dem at det i nesten samtlige behandlinger må arbeides mye med forståelse av sosiale koder:

*Hvordan henvender du deg til andre? Hvorfor skaper du vennskap? Beholder vennskap? For det er jo ikke til å stikke under stolen at en del av disse barna er litt på utsiden. Så det kommer jo fram at noe av driverne til at de har gjort det,*

---

<sup>27</sup> Dette kan minne om det som i Norge beskrives som gjenopprettende prosesser (restorative process) ved SSA, som er evaluert i en kvalitativ studie fra 2023. <https://bora.uib.no/bora-xmloi/bitstream/handle/11250/3149899/pdf-export-26072.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

*er at de har få venner, kanskje ikke venner i det hele tatt, har ikke fått øvd seg på samvær med andre. (Informant)*

I noen saker er det barn som tidlig har blitt plassert i fosterhjem, der barna har hatt en tøff start med tidlig omsorgssvikt, noen med rusmisbrukende foreldre, og der barna har hatt ulike utfordringer fra de var helt små.

I en rekke saker beskriver de ansatte at når de går detaljert igjennom hva som har skjedd, blir det tydeligere at utfordringene med samspill, vennskap og sosiale koder kan være svært omfattende, og at disse utfordringene kunne vært avdekket og arbeidet bedre med tidligere.

Det er samtidig diskusjon i fagmiljøet om hvor nødvendig det er å gå i detalj om den seksuelle hendelsen, og om det kan være skadelig for barnet. Fonagy (2017, s.30) peker på at noen familier har så store utfordringer at det ikke er mulig å begynne med arbeidet med klargjøringsprosessen før det er etablert en mer stabil situasjon i familien, noe som kan ta flere måneder:

*“A related area was whether sometimes the young person needed greater attention or that the sheer complexity of the needs of families overshadowed their capacity to fully benefit from the intervention. An example was families where PSB was accompanied by serious conduct problems, and many of the typical risks, such as family instability and fragmentation, including violence. In this type of case, it was suggested that the clarification work could not begin for months”. (Fonagy et al., 2017, s.30).*

Fonagy (op.cit) peker også på at det er viktig å finne ut om barnet selv har opplevd traumer, eller har psykiske vansker som kan påvirke atferden – for eksempel autismespekterdiagnoser. Terapeutene i vår studie understreket at familiesamarbeid er helt sentralt i MST, og at familiesamtalene er enda viktigere når det handler om barn med skadelig seksuell atferd. Mange foreldre har gitt uttrykk for at de setter stor pris på hjelpen de har fått, og forteller at det å kunne snakke om så vanskelige temaer gjør at de føler seg sterkere som familie – og bedre rustet til å takle fremtidige utfordringer. Disse funnene stemmer også med Fonagy (op.cit.), som fant at MST-PSB kan føre til bedre samarbeid i familien, mindre problematferd hos barnet og styrket samhold.

Våre funn viser tydelig kompleksiteten i sakene og betydningen av å ha et multisystemisk perspektiv i behandlingen. Dette samsvarer også med annen forskning. Hackett, Darling, Balfe, Masson, & Phillips (2024), peker på at det å stanse den krenkende atferden i seg selv er viktig, men samtidig må resultatene av behandling vurderes i et livsløpsperspektiv. De viser til en oppfølgingsstudie som viste at majoriteten (94%) av voksne som ti til tjue år tidligere hadde vært i behandling for SSA, ikke hadde gjentatt atferden. Samtidig var det bare 26 % som hadde en tilfredsstillende utvikling med nære relasjoner, en meningsfull jobb og god livskvalitet. Forskerne understreker derfor viktigheten av å tilby behandlinger med helhetlige og multisystemiske tilnærminger (op.cit).

#### **6.1.5. Hvordan takle utfordringer og tilbakeslag?**

Selv om terapeutene beskriver at de opplever å lykkes bra i de fleste behandlingene, og også får positive tilbakemeldinger fra familiene, er tilbakeslag likevel ikke en uvanlig opplevelse. En

ansatt forteller om en situasjon da det kom opp en ny skadelig seksuell atferd i avslutningsfasen av behandlingsforløpet. I denne saken hadde familien vegret seg for å gå i dybden, noe som endret seg etter den nye hendelsen.

*Det har jo vært én gang [...] hvor vi var i en avslutningsfase, og så hadde ungdommen begått nye handlinger. Hvor familien helt har klappa sammen.*

*Og da måtte vi begynne på nytt, det har vært tungt.*

*Men da har de vært veldig glade for at vi har vært der, da i hvert fall. Da blir vi de første de ringer til. Så får vi virkelig tatt tak og jobba. Det er jo en slags tillit, det òg, da. (Terapeut)*

En ansatt tematiserer på hvilken måte et behandlingsforløp også handler om tillitsbygging og er en modningsprosess for familien. Dette innebærer også at det kan være enklere å ta opp igjen kontakten ved behov senere, etter tilbakeslag ved gjentatt skadelig seksuell atferd:

*Da kan vi gå i dybden. [...] da er foreldrene [der] på et [...] øyeblikk.*

*Kanskje det er der vi bommer som terapeuter òg. For det er tøft å stå i disse sakene. Da er det lett å definere seg ut også. Og ja, nå er vi der, da er behandlingen ferdig. (Terapeut)*

Behandlingsopplegget i MST ved SSA beskrives som grundig og har mange elementer. Det er saker som krever mye tid og oppfølgingsarbeid. Det kan dermed også være lett å komme i en situasjon der den ansatte får en følelse av å ha kommet til kort:

*Jeg veit ikke om noen metode hvor tingene er så godt ivaretatt og belyst fra alle mulige vinkler og sider. [...] Ja, det er òg en fin ting med MST [...] Det er jo ikke bare SSA-sakene, det er MST.*

*Så den er jo sikra så godt som mulig, da, men allikevel ... så kan vi gjøre for dårlig jobb, og det tror jeg vi bare må erkjenne.*

*Så må vi tilby i hvert fall å gjøre [...] mer (Terapeut).*

I intervjuene ble det også beskrevet erfaringer fra to saker der barnet utøvde ny skadelig seksuell atferd i behandlingsforløpet.

*Ja, det var jo den ene saken ... Det var akkurat da jeg hadde skrevet avslutningsrapporten. Hvis vi har avslutningsmøte, og så ringer mor meg en kveld og er helt knust, ikke sant ... Og da er foreldrene der, dette må vi. Gutten hadde ikke noe valg. Men han visste hva han gikk til, da.*

*Så det er jo litt sånn ... Men det er ikke noe god følelse, det, altså (Terapeut).*

Noen få saker avsluttes også fordi arbeidet stopper opp, og de ikke lykkes med å etablere et godt nok samarbeid med foreldrene om gjennomføring av behandlingen. Det kan oppleves krevende for terapeutene at de bare kom halvveis i forløpet, der de opplever at de ikke nådde inn, og der de er bekymret for at barnet skal gjenta skadelig seksuell atferd.

*Vi har fått saker som har blitt avslutta før vi var ferdige. Det er kanskje det ... Det glemte jeg litt. Ja, i hvert fall én sak, hvor det var så mye motstand hos mor og i familienettverket ... At jeg måtte bare avslutte før jeg var ferdig med behandling. For vi kom ingen vei.*

*Altså i perioder så hadde vi mora med. Men så stoppa det helt opp. Og der var det ... Atferden var ikke stoppa. Fordi at trygghetsplanene funka rett og slett ikke. Og det handler nok òg kanskje om kultur ... Jeg veit ikke. Det var jo en ... Ikke-etnisk norsk familie. Vi nådde bare ikke inn, altså. Det er en sak jeg tenker på.*

*Men i hvert fall fikk vi jobba litt. Og jeg tror ... Bare for å jobbe litt, da, så skjer det noe. Bevisstheten og tilsynet. I hvert fall et annet sted enn da vi starta. Hvor det ikke skulle snakkes om i det hele tatt. Og det var bare ... la oss gå videre her i livet. Men der kom vi aldri mer enn kanskje halvveis i løpet. Og da, når foreldre ikke gjør det de skal gjøre, og det er bare motstand, motstand, motstand, så må vi bare [gi oss] til slutt.*

*Det er ingen god følelse, det. Men vi kan jo håpe at noe har skjedd, da (Terapeut).*

Terapeuten beskriver i dette eksempelet hvor krevende det var å arbeide med et barn og en familie der de ikke lyktes med å stanse barnets atferd. Det var stor motstand både i familien og nettverket til å sette inn det teamet vurderte som nødvendige trygghetstiltak, og til slutt ble de nødt til å avslutte MST-behandlingen da de opplevde at de kom noen vei. Det å ikke klare å etablere en relasjon til barnet og forelderen i å utvikle trygghet og sikkerhet mot gjentakelse av atferden, er en sak som terapeuten har fortsatt å tenke på. Terapeuten uttrykte stor bekymring for dette barnet, og for at det kan skje nye alvorlige hendelser. Samtidig forsøkte terapeuten å trøste seg selv med at kanskje behandlingen kan ha bidratt til en endring selv om behandlingen ikke ble fullført.

De to fortellingene om familier der det oppstod nye krenkelser underveis i behandlingsforløpet, viser hvordan relasjonen og samarbeidet med familien er helt avgjørende for om terapeuten lykkes med å gå i dybden i en forlenget behandlingsrunde, eller om terapeuten og MST teamet ikke ser det som mulig å fortsette arbeidet med familien. I NUBU dataene (kap. 5.2), var det registrert en sak med ny skadelig seksuell atferd, mens intervjuene er gjort i etterkant av dette målepunktet, noe som indikerer at en av sakene er kommet til i ettertid.

## **6.2 Ansattes reaksjoner og behovet for støtte rundt terapeuten**

Flere av lederne og terapeutene i teamene beskriver hvor krevende det er å arbeide med SSA-sakene. De ansatte snakker i intervjuene om hvordan de kan bli berørt av de sakene de arbeider med:

*Det er jo det her med ... oss som terapeuter. Å gå inn i den her tematikken, og tåle å stå i den. Hva med oss hvis vi får opplysninger som faktisk berører oss som personer? (Terapeut)*

En annen ansatt kommer med følgende beskrivelse etter å ha arbeidet med en krevende sak:

*Jeg fikk en fysisk, følelsesmessig reaksjon etter en sak var ganske voldsom. [...] Jeg skulle være barnevakt for mine barnebarn ... som var i samme alder som to av de tre barna som var involvert i det overgrepet. Så da jeg kom inn døra hjemme, så begynte jeg bare å grine. Det kom helt uforberedt på. Det var en tøff helg. (Leder)*

De to sitatene viser hvordan ansatte kan bli sterkt berørt av saker, og kan få sterke følelsesutbrudd, selv utenfor arbeidssituasjonen. Det vil derfor være viktig å få rom til å løfte frem og få reflektere underveis på hva det gjør med både ledere og terapeuter å arbeide i disse sakene.

Samtidig som de står i krevende saker beskriver både ledere og terapeuter at de ikke vanligvis har en debriefing eller defusing (utlufting)<sup>28</sup> av det de opplever i møte med familiene.

*Det har det vært etterspurt [bedre] ivaretagelse av oss terapeuter. Den har vi kjent på over mange turer. Vanligvis har vi ikke noe debrief på det vi har fått oss fortalt, og det vi har blitt en del av. Så den her ivaretagelsen av oss som direkte står opp imot familien, den har jo vært mangelfull. (Terapeut)*

Manglende opplevelse av ivaretagelse oppleves særlig belastende i en arbeidssituasjon hvor terapeutene ofte jobber alene og tilbringer mye tid på reise for å møte familiene hjemme.

*Vi har lange kjøreavstander, vi er mye for oss selv, og vi er en ensom arbeidsplass. Jeg har i hvert fall hatt et enormt stort behov for større ivaretagelse av meg som terapeut i et team. Opplevelsen av at vi jobber som team, ikke som enkeltindivid. Vi har aldri jobbet to sammen. (Terapeut)*

Dette er en beskrivelse som går igjen hos flere av de ansatte vi har snakket med, og som ikke begrenser seg til arbeid med SSA-saker.

*I politiet drar du aldri ut alene. Nei. Til en familie som er i krise, der ting har eskalert og er ut av kontroll- da skal vi på en måte dra ut dit. (Terapeut)*

I intervjuene spurte vi derfor om det kunne være aktuelt at terapeutene reiser ut to og to. Slik arbeidssituasjonen er i dag, beskrives dette imidlertid som lite gjennomførbart, ettersom terapeutene vanligvis har fire pågående MST-saker hver, med en reduksjon til tre saker i MST ved SSA.

*Men på grunn av at vi jobber som vi jobber, så er det vanskeligere å gjennomføre det. I hvert fall på fast basis. Det går jo ikke. Men at vi ved anledning kunne ha dratt ut to stykker sammen- uten at det har gått på bekostning av vår inntjening. Det hadde vært hensiktsmessig. Ikke sant. For det er en ensom jobb med masse ansvar der og da. (Terapeut)*

Samtidig vises det til eksempler der terapeuten har reist ut sammen med noen, og at det har bidratt til å gi god støtte i den situasjonen som den ansatte stod i:

*Det å ha nærmere samarbeid med de ulike barnevernstjenestene- det synes jeg har vært en støtte. Det har hendt at jeg har fått med meg saksbehandler. For eksempel i mangel på å ha med meg en annen kollega. (Terapeut)*

---

<sup>28</sup> Defusing - er en semistrukturert gruppesamtale, gjennomført rett etter hendelsen. Debriefing - er en strukturert gruppesamtale som finner sted 2-3 dager etter hendelsen. Debriefing ledes av en utenfor gruppen. (<https://ehandboken.ous-hf.no/document/129151#Ref8>). Defusing beskrives av RVTS som en avlastningssamtale. <https://www.psykososialberedskap.no/oppfolging-av-hjelpere/>. I rapporten bruker vi begrepet debriefing ettersom det er mest brukt av informantene.

En av terapeutene forteller at samarbeidet med de ulike barnevernstjenestene har vært tett i flere saker, noe som har vært en god støtte. Terapeuten beskriver likevel å ha et stort behov for mer støtte, og å ha en større opplevelse av å være en del av et team. Samtidig er det flere terapeuter som beskriver at de har god støtte fra leder/ veileder, der de tar direkte kontakt ved behov.

En annen terapeut beskriver at oppstarten med SSA har vært spennende og utfordrende, og at det har vært fint å utvide feltet og prøve seg på noe nytt selv om det i starten opplevdes fremmed.

*Så tror jeg jeg har hatt akkurat de samme reaksjonene som de fleste andre, i hvert fall før jeg begynte med at dette syntes jeg hørtes både ekkelt og pyton ut på flere nivåer.*

*Og så viser det seg at i hvert fall de jeg har truffet, helt åpenbart er i noen grad ofre selv. De har noe litt hjelpeløst over seg ... som gjør at ... [jeg] kjenner varme for ungdommene, det kom veldig raskt og naturlig.*

*Jeg skulle nok vært mye mer preget om jeg møtte ...et «rovdyr», som på en måte ikke har noe anger, og som er i modus. De har ikke jeg truffet ennå, så jeg er ikke så sikker på at vi kommer til å møte dem heller.*

*Kanskje har jeg til og med snakket mer med disse ungdommene enn jeg er vant til å få til. De setter pris på det på mange plan. Det avspeiler kanskje at de ikke har så mye MST-atferd på andre områder. Det er ikke så mye aggresjonsproblematikk å unndra seg omsorg og si fuck you og kom deg vekk. De vil gjerne knytte seg til voksne og syns det er ålreit, så lenge man gjør det på en ålreit måte.*

*Jeg syns det er lite av dette som har preget meg, på en måte at jeg liksom har sovet dårlig eller tenkt mange tunge tanker ute. Men det er klart at det kan komme denne typen saker. (Terapeut)*

Terapeuten setter ord på at det første møtet med fortellinger om barn som har utøvd skadelig seksuell atferd kan være preget av fordommer. Noen kan oppleve at atferden som barnet har utøvd fremstår som ubehagelig og krevende å forholde seg til. Det kan være lett å tenke at barn som har utøvd slike handlinger må være lite empatiske og uten anger. Denne terapeuten har erfart at i møtet med det enkelte barn opplevs det ikke slik, og det har vært lett å se barnets sårbarhet. Dette har gjort at arbeidet med disse sakene så langt ikke har opplevdes som emosjonelt krevende.

Tidligere forskning viser at arbeidet med barn som har utøvd SSA, og som selv også har opplevd traumer og komplekse livshendelser, krever følsomhet, motstandskraft og medfølelse, i tillegg til å etablere og vedlikeholde en god terapeutisk relasjon (Belis et al., 2015; Hackett, Holmes, & Branigan, 2016). Ulike profesjoner som arbeider med traumeutsatte barn og unge kan vise tegn på utbrenthet og sviktende empatisk engasjement (Wilkinson, Whittington, Perry & Eames, 2017). Morken og Persson Farstad (2020), som har undersøkt hvordan ansatte ved Statens Barnehus i Norge påvirkes av arbeidet med traumeutsatte barn, viser at mange ansatte opplever irritabilitet, sinne, tristhet og en følelse av tomhet, noe som var spesielt merkbart etter tunge saker.

Forskning peker på at i arbeidet med barn som har utøvd SSA, er det viktig å ha en traumefokusert og barnevennlig innstilling, samt anerkjenne barrierer for egen terapeutisk

tilstedeværelse. God opplæring og personlige utviklingsmuligheter, klinisk veiledning, ledelsestøtte, et omsorgsfullt team, og prosesser som gir trygghet og mulighet til arbeide i dybden med barn og unge, i tillegg til egenomsorgsstrategier, er viktig (Cranbourne-Rosser, Campbell, Pilkington, & Carthy, 2020)

Selv om det var et fokus i teamene på hvordan tematikken kunne påvirke ansatte, og at både ledere/veiledere og MST-konsulenter var oppmerksomme på dette, etterlyste flere terapeuter en bedre struktur i oppfølgingsarbeidet.

Ett av teamene utviklet i 2022 en generell debriefingsplan for hvordan krevende saker skal følges opp. Her la man vekt på at MST-terapeuter skal ivaretas når det oppstår hendelser som kan føre til kortere eller langvarige belastninger. I denne planen skal teamet i begynnelsen av den ordinære ukentlige veiledningen ha fokus på spesielle behov den enkelte terapeut har i behandlingene. Ved behov for ivaretagelse utenom ukentlig veiledning, skal den ansatte ta kontakt med en av de andre terapeutene for å utveksle erfaringer, eller med leder/veileder for et raskt møte. I planen legges det vekt på at hver enkelt skal ha lederstøtte og støtte i eget team for ivaretagelse. Det vises også til Bufetats beredskapsplan ved ulykker, dødsfall eller andre alvorlige uforutsette hendelser der ansatte og brukere av tjenestene blir utsatt for stress og kriser.

I oppfølgingsintervjuene beskrev terapeutene at fokuset på hvordan sakene kan påvirke ansatte emosjonelt har blitt styrket over tid. Det kom også frem at det har vært drøftet en mulig struktur for debriefing og selvivaretagelse, ved at leder/veileder skal være ansvarlig for en prosess der sakene jevnlig gjennomgås med fokus kun på hvordan terapeuten selv har opplevd prosessen og de ulike delene av behandlingsarbeidet. Det fremstår uklart hvorfor det har tatt så lang tid å få dette etablert, da tematikken har vært kjent og omtalt av både ledere og terapeuter. En årsak til dette kan være at belastningene ved å arbeide med SSA sjelden er knyttet til alvorlige akutte hendelser, der en lettere ser behovet for debriefing. Dette innebærer at en kanskje i disse sakene oftere vil ha behov for en utlufting, og hjelp til selvivaretagelse.

En annen mulig utfordring ved å integrere debriefing i den eksisterende veiledningsstrukturen, er at de tette relasjonene i temaene, og ledernes dobbeltrolle som både leder og veileder, kan bli krevende for begge parter. Ledere kan selv oppleve SSA-saker som belastende, og det kan være vanskelig for terapeuter å uttrykke emosjonelle reaksjoner eller opplevelser av utilstrekkelighet i et system der det også finnes et visst press om å følge MST-modellen, slik det ble beskrevet i kapittel 4.

Dersom ledere og veiledere skal ha ansvar for debriefing, bør de få grundig opplæring og konsultasjon i hvordan slike prosesser kan gjennomføres på en god måte. Det bør også legges opp til jevnlig evaluering av ordningen i samarbeid med terapeutene. Samtidig kan det være en fordel at både terapeuter og ledere, særlig i en oppstartsfasen, tilbys mulighet for støtte og ivaretagelse fra aktører utenfor teamet.

Enkelte informanter peker også på behovet for mer kunnskap om selvivaretagelse. En løsning som foreslås er å utvikle en boostermodul med fokus på hjelpers reaksjoner i hjelperrollen, opplæring i egenomsorg og selvivaretagelse. I en slik setting kan også modeller for debriefing prøves ut.

Dersom tilbudet skal videreføres og utvides, er det viktig av det etableres et strukturert opplegg for debriefing og kunnskap om selvivaretagelse i SSA-saker, der en bygger på kunnskap fra tidligere forskning (Cranbourne-Rosser, Campbell, Pilkington, & Carthy, 2020).

### 6.3 Systematikken i MST er en stor styrke

En av terapeutene har tidligere arbeidet i barne- og ungdomspsykiatrien, og på spørsmål om hva som kjennetegner MST ved SSA versus arbeidet i BUP peker terapeuten på systematikken i MST.

*Jeg tror det er systematikken. Det finnes sikkert bedre metodikk i BUP enn den jeg har vært borte i. MST-PSB er ikke helt manualbasert, men den jobber med MST-metodikken, som er veldig systematisk. Og med veiledning, og drøfting. Man jobber med motstand, eller barrierene, fra uke til uke. Man involverer familien på en annen måte. Vi går hjem og ser hvordan folk bor, hvordan de fungerer sammen. Det er mye tettere på, og det må det være. (Terapeut)*

Her fremhever terapeuten at i tillegg til systematikken i MST, er det en struktur for veiledning og drøfting. De jobber mye tettere på familien, og jobber mye med motstand. Det kan være flergenerasjonsproblemer, nevrologiske diagnoser, utfordring med grenser, og spørsmål om hva som er sunn, problematisk eller skadelig seksuell atferd. Psykisk helsevern for barn og unge gir et poliklinisk tilbud der behandlingen gjerne foregår på et kontor. Det er helt andre rammer i MST når man reiser hjem til familiene. Terapeutene forteller også at det er mye nettverksbasert arbeid i MST som er svært verdifullt.

Både ledere og ansatte i MST-teamene gir uttrykk for at MST er en god modell for å jobbe med flere typer saker, og at det er svært positivt at Bufetat har etablert et tilbud til barn med SSA. De finner det veldig positivt at man skal samarbeide tettere med det øvrige SSA-miljøet. De ansatte beskriver at dybden og erfaringsgrunnlaget de har opparbeidet i MST-PSB og MST ved SSA ennå ikke er god nok. De er også tydelige på at det er veldig viktig at de som skal arbeide med dette i teamet må ha en motivasjon til det og tørre og gå inn i det.

En terapeut beskriver MST slik:

*MST er fabelaktig som hjelpetiltak når du har barn som sliter- fordi vi jobber systemisk med alle aktører rundt barnet. Det er det eneste tilbudet vi har, [som har] en struktur rundt som jobber så systematisk. Det er kjempefint. Men vi skal være litt mer ydmyke på at det er andre personer her- som også har noe som kan tilføres MST. Og dem må vi få lov til å jobbe tettere sammen med. Det er mitt ønske for fortsettelsen.*

*Vi må ha kompetanse til å håndtere det, både for vår egen del og den vi skal hjelpe. Hvis vi tar for lett på dette, så tror jeg det kan være mer til skade enn til gagn. (Terapeut)*

Også denne terapeuten legger vekt på viktigheten av den systematiske strukturen i MST, men fremhever også det multisystemiske perspektivet, og hvordan man arbeider med alle aktørene rundt barnet, som skole, fritidsaktiviteter og øvrige nettverk. Samtidig er det viktig å være bevisst hva de andre instansene kan bidra med, og viktigheten av å utvikle et tett samarbeid til det beste for barnet og familiene. Terapeuten advarer også mot å ta for lett på

kompetanseoppbyggingen, og at det er avgjørende å sikre at behandlingen er god, og ikke er til skade for barnet og familiene.

#### **6.4 Vi bør nå familiene allerede i førskolealder**

En bekymring som flere av terapeutene løfter frem, handler om hvordan de ulike hjelpetjenestene kommer for sent inn i SSA-saker. De forteller at bekymringsfull adferd som leder opp mot SSA ofte har startet allerede i førskolealder, og at det er viktig at man går tidligere inn med forebygging og behandling. En av informanten forteller følgende:

*For meg er ti år litt seint for [å arbeide med] denne SSA-atferden. Det kan bli synlig mye, mye tidligere. Nå er det åpna opp for å drøfte saker ned mot åtte år. Og jeg skulle ønske at vi kunne på sikt kunne begynne helt ned i førskolealder. SSA-saker handler mange ganger også om tilknytningsatferd og oppvekstforhold.*

*Å kunne komme tidlig inn med intervensjoner som foreldreveiledning. Det hadde vært da vi begynte å kunne gjøre skikkelig godt forebyggende arbeid.*

*For når vi får en ungdom i 15-årsalderen ... og lager en tidslinje og begynner å spore når begynte denne atferden, så har mange en bekymringsfull seksuell atferd allerede i barnehagealder. Ikke alle, men mange. Og da handler det jo ikke om seksualitet. Det handler om tilknytning, emosjonell nærhet.*

*Å kunne gå inn så tidlig, hadde jo vært helt gull. (Terapeut)*

Erfaringene som terapeutene får gjennom arbeidet i familiene, bidrar til å se hvordan det har sviktet i tidligere ledd, og at det ville vært mulig å iverksette forebyggende intervensjoner overfor barn og familier på et langt tidligere tidspunkt. Denne kunnskapen som utvikles i MST-teamene, vil være viktig å systematisere og løfte frem.

En måte å bidra med kompetansen inn mot tjenestene er å bidra i regionale og lokale konsultasjonsteam for SSA der bekymringsfull seksuell adferd kan drøftes anonymt. Her vil MST-teamene kunne bidra inn i forståelsen og vurderinger av saker tidligere i forløpet, og der det kan være mulig å sette inn enklere forebyggende intervensjoner for barna og familien i et samarbeid mellom ulike kommunale tjenester. Samtidig er det viktig å ha i mente at erfaringer fra behandlingstilbud for barn MST ved SSA for barn over 10 år ikke uten videre kan overføres til yngre barn.

#### **6.5 Utfordringer og dilemma**

Intervjuene med de ansatte gir innsikt i erfaringene, utfordringene og dilemmaene som ledere, terapeuter og MST-konsulenter opplever i arbeidet med familiene som mottar behandling ved SSA. De ansatte beskriver arbeidet som spennende og givende, og opplever både at de lykkes og får gode tilbakemeldinger, samtidig som de også opplever tilbakeslag og at de bekymrer seg i saker der de ikke oppnår de resultatene de gjerne skulle ønske.

De ansatte beskriver flere dilemmaer i arbeidet. Ett av de mest sentrale handler om trygghet og sikkerhetsplaner: tiltak som skal forebygge ny skadelig atferd kan samtidig oppleves som belastende for barnet og familien. Dette kan skape usikkerhet og motstand i

behandlingsprosessen. Terapeutene må derfor være særlig sensitive i møte med familiene, bygge tillit, og samtidig stå i krevende vurderinger. Flere uttrykker også bekymring for ikke å strekke til, eller for å gjøre feil i situasjoner med stor kompleksitet og emosjonelt press.

De må finne en balanse mellom overreaksjon og frihetsberøvelse overfor barnet, og terapeutiske prosesser med foreldre og barn for å forstå atferden i et multisystemisk perspektiv, erkjenne utfordringene og reetablere tillit i familien og lokalsamfunnet. Dette innebærer også dilemma knyttet til deling av sensitiv informasjon med andre parter, versus åpenhet og involvering.

Et annet dilemma handler om hvor detaljert barnet skal dele beskrivelser om den seksuelt krenkende atferden med foreldre til stede. Hva er nødvendig for å forstå atferden i en større kontekst, og når kan det bli for detaljert og belastende. Selv om klargjøringsprosessen i MST-PSB generelt oppleves og beskrives positiv sett fra de ansatte, kan den også ha potensielle negative effekter. Prosessen kan være følelsesmessig utfordrende for både barna og deres familiemedlemmer, og diskusjoner om sensitive emner knyttet til SSA kan fremkalle følelser av skam, skyld og forlegenhet. Noen familier kan være nølende til å delta fullt ut i prosessen, noe som igjen kan begrense behandlingsmetodens muligheter.

Ved utfordringer og tilbakeslag kan det også oppstå dilemma knyttet til vurderinger om det er mulig å fortsette behandlingen, eller om behandlingstilbudet bør avsluttes.

Vår undersøkelse viser at det ofte dreier seg om komplekse og sammensatte utfordringer, og at det er et stort behov for koordinering og samhandling mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge i SSA-saker. Samhandling vil være viktig for å sikre at barn med mulige alvorlige psykiske helseutfordringer og traumer er tilstrekkelig utredet og behandlet i PHBU. Ledere og ansatte opplever det derfor som positivt med rådgiving til konsulentene fra spisskompetansemiljøet Ressursenhet V27. De komplekse utfordringene er i tråd med Fonagy et al. (2017) som finner at barn som har utøvd SSA har svært sammensatte utfordringer, og at et relativt kortvarig tilbud som MST-PSB ikke alene kan dekke alle behovene som barna har.

De ansatte beskriver at styrken ved det multisystemiske perspektivet i MST er at verktøyet forholder seg til alle arenaene som barnet inngår i, som familie, nettverk, skole, arbeid, fritid og lokalsamfunn. De reiser også hjem til familien og møter dem på deres egen arena, i stedet for på et kontor. Gjennom arbeidet i familiene erfarer terapeutene at mange av barna har hatt ulike typer av utfordringer helt siden førskolealder, og at det ville vært mulig å iverksette forebyggende intervensjoner overfor barn og familier på et langt tidligere tidspunkt. Dette er i tråd med Helsedirektoratets funn og anbefalinger i konseptutredning om lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utøve SSA mot andre barn og unge (Sjøly et al., 2021a). Det fremkommer samtidig behov for en mer systematisk kartlegging og forskning på hvilke type helseutfordringer og traumer barna har opplevd, og hvordan disse utfordringene har vært utredet og møtt tidligere barnehage, skole og helsestasjon og i samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge.

Det er viktig at kunnskapen som utvikles i MST-teamene systematiseres, løftes frem og deles med andre som arbeider med barn, unge og deres familier.

## 7 Diskusjon av sentrale funn og anbefalinger

Rapporten presenterer resultatene fra en følgeevaluering av implementeringen av behandlingsmetoden multisystemisk terapi (MST) i saker som omhandler problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA) blant barn og unge i alderen 10-18 år. Evalueringen har fulgt fem, senere tre, team i ulike regioner fra oppstarten i 2021 og gjennom hele forsøksperioden frem til høsten 2024. I denne perioden tok teamene i bruk den amerikansk-lisensierte modellen MST-PSB. Forsøket med MST-PSB ble formelt avsluttet 1. januar 2024, og arbeidet videreføres nå under betegnelsen MST ved SSA – en justert versjon av standard MST, tilpasset målgruppen og norske forhold.

Formålet med evalueringen har vært å undersøke hvordan MST-PSB er blitt tatt i bruk i en norsk kontekst, og vurdere hvorvidt modellen er egnet for barn og unge med SSA. Ettersom implementeringen har utviklet seg over tid, og modellen etter hvert er blitt justert og videreført som MST ved SSA, har også evalueringens fokus endret karakter. Den har beveget seg fra en vurdering av MST-PSBs treffsikkerhet til en bredere analyse av hvordan modellen fungerer i møte med norske tjenester, og hvordan den tilpasses underveis. På bakgrunn av det samlede datamaterialet, inkludert intervjuer med ansatte, ungdom og familier, samt kvantitative data fra NUBU, belyser rapporten spørsmål knyttet til tilgang, relevans og opplevd nytte av behandlingen. I tillegg drøftes mer strukturelle forhold med modellen som samarbeid på tvers av tjenester, kvalitetssikring og fremtidig behov for videreutvikling.

Kapittelet analyserer først hovedtrekk ved implementeringsprosessen. Deretter drøftes styrker og begrensinger, samt tilgang og likeverd. Avslutningsvis besvares de to overordnede problemstillingene: 1) *Er MST-PSB /MST ved SSA et godt egnet tiltak for barn og unge med SSA?* Og 2) *Hvordan kan kunnskap om hvordan MST-PSB /MST ved SSA er anvendt for barn og unge med seksuell adferdsproblematikk bidra til å videreutvikle og styrke tjenestetilbudet til denne gruppen?* Til slutt peker vi på behov for videre forskning og presenterer vi rapportens anbefalinger.

### 7.1 Begynnende implementering og endring i modellen underveis

Det tar tid å etablere nye evidensbaserte tiltak. Implementeringsforskning viser at full implementering ofte krever mellom to til fire år, og i noen tilfeller opptil 15-20 år (Fixsen et al., 2005; Ogden et al., 2012). Å oppnå full metodetrofasthet (fidelity) til en ny behandlingsmodell er dermed en gradvis prosess som fordrer både tid og stabilitet i rammebetingelsene. Fordi denne evalueringen ble gjennomført i en tidlig fase av implementeringen av MST-PSB i Norge og i overgangen til MST ved SSA, er mange av erfaringene som belyses i rapporten kjennetegnet av både læring og tilpassing.

I overgangsperioden våren 2024 ble det fortsatt benyttet enkelte elementer fra MST-PSB, samtidig som samarbeidet med det nasjonale kompetansemiljøet Ressursenhet V27 ble trappet opp. I dag skjer fagutviklingen i økende grad med utgangspunkt i det europeisk utviklete AIM3-rammeverket, som anses av aktørene i feltet som bedre tilpasset norsk kontekst både språklig, kulturelt og metodisk.

En grunnleggende utfordring i implementeringen av evidensbaserte modeller er hvorvidt det er mulig å gjøre lokale tilpasninger uten at man svekker modellens teoretiske og metodiske fundament. Dette har vært diskutert i norsk og internasjonal faglitteratur (Ogden et al., 2024),

hvor det påpekes at mange amerikanskutviklede behandlingsmodeller ofte tilpasses når de tas i bruk i europeiske kontekster. Tilpasningene kan handle om justerte inntakskriterier, en bredere målgruppe eller innlemming av supplerende verktøy og faglig innhold for å øke lokal relevans. Slike endringer kan bidra til bedre tilpasning til tjenestestrukturen og brukernes behov i det aktuelle landet – og dermed styrke legitimitet og gjennomføringsevne.

Samtidig gjør slike tilpasninger det vanskeligere å sammenligne effektene med opprinnelige, amerikanske studier. I tillegg er det metodiske utfordringer knyttet til selve effektmålingene. For eksempel vil såkalte kontrollgrupper i randomiserte kontrollerte studier (RCT) i Europa ofte få et langt bedre behandlingstilbud enn tilsvarende grupper i USA. Dette innebærer at forskjellene mellom intervensjons- og kontrollgruppene i Europa ofte blir mindre – ikke nødvendigvis fordi modellen virker svakere, men fordi sammenligningsgrunnlaget er sterkere. Fonagy et al. (2017) peker dessuten på at mangel på kunnskap om SSA i tjenestene gjør det krevende å rekruttere tilstrekkelig mange aktuelle familier for effektstudier.

Dataene som danner grunnlaget for denne rapporten, viser at det nye behandlingstilbudet fortsatt er i utvikling. Teamene har i stor grad vært opptatt av å oversette og tilpasse kunnskap til en norsk praksiskontekst, men har stått i spenningen mellom modelltrofasthet og praktisk fleksibilitet. Internasjonal implementeringsforskning har omtalt dette som et spørsmål om «flexibility within fidelity», der terapeuter vurderer hvordan generelle prinsipper kan anvendes i konkrete situasjoner (Kendall & Beidas, 2007). I tråd med dette har begrepet «kompetent etterlevelse» (competent adherence) blitt brukt for å understreke at full overensstemmelse med en behandlingsmanual sjelden er forventet, og at gode resultater ofte kan oppnås ved 60–80 % metodetrofasthet (Forgatch, Patterson & Gewirtz, 2013). I vår studie har samarbeidet med Ressursenhet V27 og bruk av AIM-verktøy og nettverk bidratt til økt opplevelse av relevans og eierskap blant ansatte i MST-teamene, og kan forstås som et uttrykk for en slik kompetent tilpasning til lokal kontekst.

Et sentralt utviklingsspørsmål som springer ut av evalueringen er hvorvidt behandlingsbehovet ved SSA bør møtes gjennom spesialiserte team eller gjennom en generell styrking av kompetansen i alle MST-teamene. Dette spørsmålet er prinsipielt viktig fordi det berører både behandlingsskapasitet og modellens fleksibilitet. På den ene siden vil spesialteam kunne tilby dyp spesialisering og bedre tilpassede intervensjoner i komplekse saker. På den andre siden vil en mer desentralisert modell kunne bidra til bedre tilgjengelighet og redusert geografisk skjevhet. Ettersom SSA-problematikk overlapper med andre atferdsutfordringer, vil en generell kompetanseheving i alle team øke behandlingsskapasiteten og gi bedre geografisk tilgjengelighet.

En slik kompetanseheving er også i tråd med føringer fra helsemyndighetene, som vektlegger betydningen av å forstå barn og unges seksuelle utvikling, den digitale påvirkningen og vurdering av hva som er bekymringsfull seksuell atferd (Sjøly et al., 2021, s 15). Videre vil en modell, hvor generell kompetanse kombineres med regional spisskompetanse, kunne bidra til faglig synergier, ressursoptimalisering og mer robuste fagmiljøer.

Denne tilnærmingen samsvarer med den nasjonale opptrappingsplanen mot vold og overgrep (Justis- og beredskapsdepartementet, 2023-2023, s. 29), som understreker behovet for å styrke barnevernets kompetanse og sikre tilgang til virksomme tiltak. MST ved SSA bør derfor i større grad integreres i en helhetlig strategi for kompetansebygging i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

## 7.2 Styrker ved MST-modellen i arbeid med SSA

Evalueringen har vist at MST-rammeverket har klare styrker i møte med barn og unge med skadelig seksuell atferd. Modellens struktur og metodikk fremmer kontinuitet og kvalitet i behandlingen, særlig gjennom systematiske kartlegginger, tydelige målformuleringer og hyppig veiledning. MSTs helhetlige tilnærming med tett samarbeid med hele familien og innsats på tvers av arenaer som hjem, skole og fritid, oppleves som spesielt verdifull i arbeidet med en kompleks og sårbar målgruppe.

Et særtrekk ved MST er terapeutens fleksibilitet og tilgjengelighet, inkludert mulighet for hjemmebesøk og bistand i krisesituasjoner. Denne tilgjengeligheten bidrar til å bygge relasjon og tillit, og gir rom for tilpassede tiltak i kontekstene der utfordringene faktisk utspiller seg. Den strukturerte og intensive behandlingsformen fremheves av både terapeuter og familier som et tydelig alternativ til mer fragmenterte hjelpetilbud.

De ansatte beskriver det faglige støtteapparatet som robust med ukentlig veiledning og tett kontakt i teamet. Veilednings- og konsultasjonsstrukturen bidrar til transparens og til at terapeutene arbeider i tråd med den evidensbaserte modellen. Dette gir god forankring for det kliniske arbeidet, og legger til rette for kontinuerlig læring og kvalitetssikring. Kvaliteten på veiledning og konsultasjon vurderes som høy, i tråd med funn fra britiske studier (Fonagy et al., 2017).

Flere ansatte uttrykker sterkt engasjement for målgruppen og fremhever betydningen av å bidra til å forebygge nye skadelige hendelser, både ved å støtte barnet i positiv retning, og ved å beskytte andre barn mot potensiell risiko. Samtidig peker enkelte på at opplæringen i oppstarten av MST-PSB var for smal, med for lite vekt på traumer og nyere familieterapeutiske perspektiver. Dette er særlig relevant fordi internasjonal forskning viser at enkelte barn som utøver skadelig seksuell atferd selv har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep (Seto & Lalumière, 2010; Jensen, 2023).

NUBUs kartlegginger ved inntak viser at to av tre ungdommer i MST-SSA tidligere har mottatt behandling i psykisk helsevern. Ansatte beskriver i tillegg at mange har psykiske helseutfordringer, inkludert nevrologiske diagnoser og kognitive vansker – ofte uten at det foreligger tilstrekkelige utredninger. Mens enkelte terapeuter rapporterer om godt samarbeid med instanser som Statens Barnehus, skole, barnevern og BUP, beskriver andre et fravær av samarbeid med psykisk helsevern. Samhandlingen med BUP fremstår dermed som ujevn og lite systematisert, og det synes å være et betydelig behov for tettere samarbeid.

Forskning peker på at BUP selv har behov for å styrke sin kompetanse på SSA, og understreker at selv om SSA-problematikken er kjent i BUP, har den ikke vært høyt prioritert i tjenesten (Skar og Guldhav, 2023, s. 129–134). For å styrke kompetansen på SSA i psykisk helsevern for barn og unge er det etablert et nasjonalt klinisk nettverk for ansatte i psykisk helsevern med spisskompetanse på utredning/behandling av SSA lokalt/regionalt, ledet av Ressursenhet V27.

Det pågående samarbeidet mellom MST-konsulentene/ MST-teamene og Ressursenhet V27 om rådgiving og kompetanseutvikling vurderes som særlig positivt. Ansatte som vi har intervjuet i denne evalueringen, fremhever at dette har bidratt til økt bevissthet rundt barnas psykiske helseutfordringer, og til mer presise vurderinger av når det er nødvendig å involvere psykisk helsevern tettere. Samtidig vil et slikt samarbeid kunne bli ytterligere forsterket med et økt samarbeid mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og Helsedirektoratet (Hdir). Behovet for nært samarbeid mellom flere instanser samsvarer også

med funn fra britisk forskning, som understreker at én profesjonell aktør alene vanskelig kan møte hele bredden av behovene til denne målgruppen (Fonagy et al., 2017).

Videreutviklingen av det norske behandlingstilbudet tar i større grad hensyn til eksisterende strukturer, samarbeidstradisjoner og kulturelle forhold i det norske behandlingssystemet, enn det MST-PSB ga rom for. Tilbakemeldingene fra ansatte tyder på at endringene oppleves som meningsfulle og vurderes som en styrke av fagmiljøet.

### **7.3 Begrensninger og utfordringer**

Selv om både ledere, terapeuter og konsulenter vurderer MST som et relevant og virksomhet behandlingstilbud for barn og unge med SSA, fremkommer det i evalueringen flere begrensninger som har betydning for måloppnåelse, tilgjengelighet og tiltakets langsiktige bærekraft.

En sentral begrensning ved modellen er de høye kravende til familiens kapasitet. MST forutsetter aktiv og kontinuerlig foreldreinvolvering, noe som i praksis utelukker enkelte familier hvor foreldre av ulike grunner ikke evner eller ønsker å delta. I noen tilfeller har dette ført til at behandlingen ikke ble igangsatt, eller måtte avsluttes. Dette utfordrer idealet om likeverdig tilgang og reiser viktige spørsmål om hvordan man best kan tilrettelegge for familier med store belastninger, uten å fravike modellens grunnprinsipper.

Til tross for at mange familier i barnevernet har minoritetsbakgrunn, har MST-teamene kun hatt én SSA-sak med minoritetsbakgrunn. Vårt datamateriale gir ikke noe grunnlag for å si noe klart om hvorfor det er slik. Samtidig peker flere terapeuter på at opplæring i kulturforståelse og interkulturell kommunikasjon har vært mangelfull. I tillegg beskrives utfordringer med språkbarrierer og usikkerhet rundt bruk av tolk. Dette kan svekke tiltakets reelle tilgjengelighet for deler av befolkningen, og illustrerer behovet for målrettet kompetanseheving og tilpassing til et flerkulturelt samfunn, inkludert samiske samfunn. Funn fra internasjonal forskning understreker betydningen av kulturtilpasset praksis for å kunne etablere allianse og sikre effektiv behandling (Fox et al., 2016). Dette handler ikke kun om å oversette metoder, men om å forstå og tilpasse seg familiens perspektiver og referanserammer.

Det forekommer også tilfeller der familiens samlede utfordringer er så omfattende at kommunal barnevernstjeneste beslutter at barnet må flyttes til fosterhjem eller institusjon. I slike tilfeller blir MST ved SSA enten ikke igangsatt, eller avsluttes før tiden. De faglige vurderingene rundt dette er komplekse, og gjøres av kommunal barnevernstjeneste. I minst én sak ble dette vurdert av teamet som unødvendig, og som en tapt mulighet til å støtte familien hjemme. Dette peker på et spenningsforhold mellom terapeutisk og barnevernfaglig logikk, og aktualiserer behovet for bedre samhandling om vurdering av behandlingspotensial.

Barn med SSA har ofte komplekse og sammensatte behov og enkelte er ikke utredet tilstrekkelig før behandlingen starter. Dette reiser spørsmål om hvorvidt en standardisert MST-modell er tilstrekkelig i møte med barn som krever langvarig og tverrfaglig oppfølging. Funnene peker på behovet for å se MST ved SSA som én del av en større helhet, der tett samarbeid med psykisk helsevern og kommunalt barnevern er en forutsetning for god måloppnåelse.

Fonagy et al. (2017) påpeker at MST-PSB er designet som et intensivt, men relativt kortvarig behandlingsprogram, og at det derfor ikke alltid er egnet for å håndtere langvarige og komplekse relasjonelle vansker. De anbefalte flere tiltak for å styrke modellen, blant annet økt støtte til familier som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller andre traumer, styrket samarbeid med lokale myndigheter for å sikre helhetlig omsorg, og et bedre system for å tidlig identifisere barn og unge med bekymringsfull seksuell atferd. Som en oppfølging etter bruk av MST-PSB i Storbritannia, har Brandon Centre utviklet en revidert modell, Structured Individualised Treatment (SIT), med et forlenget behandlingsforløp. Denne modellen består av en første fase på 7–8 måneder, og en andre fase med månedlig oppfølging i inntil 12 måneder for familier med mer komplekse behov (Brandon Centre, u.å).

Våre funn viser at lengden på MST-PSB/MST ved SSA behandlingen varierte mellom teamene, og team med gjennomgående yngre barn (10-15 år) hadde en noe kortere behandlingstid enn team med flest eldre barn. Dette kan indikere at alder og kompleksitet påvirker behovet for intensitet og varighet – noe som bør utforskes videre.

En gjennomgående erfaring fra terapeutene er at arbeidet med SSA-saker er emosjonelt krevende. Det innebærer å forholde seg til historier preget av skyld, skam og tabu, samt et stort ansvar for trygghetsvurderinger. Mange opplever perioder med ensomhet, særlig ved lang reisevei og når behandlingen ikke gir ønsket fremgang. Selv om MST har etablert strukturer for faglig veiledning, gis det lite rom for å adressere terapeutenes emosjonelle reaksjoner. Flere etterlyser systematisk debriefing og støtte.

Internasjonale studier støtter behovet for emosjonell ivaretagelse som en integrert del av modellen, både for å forbygge utbrenthet og sikre at tjenestens bærekraft (Fonagy et al., 2017; Cranbourne-Rosser, Campbell, Pilkington, & Carthy, 2020). Dette fremstår som en viktig forutsetning for at MST ved SSA skal kunne opprettholde kvalitet over tid, spesielt i møte med en målgruppe som stiller høye krav til terapeutens tilstedeværelse, fleksibilitet og dømmekraft.

## **7.4 Tilgang og likeverd: hvem får faktisk hjelp?**

Et sentralt prinsipp i den norske velferdsstatens tjenester er at barn og unge med likeartede behov skal ha lik tilgang til hjelpetiltak – uavhengig av bostad, sosial bakgrunn, kjønn eller kulturell tilhørighet. Dette prinsippet er viktig for barn og unge med SSA, som ofte har sammensatte utfordringer og dermed står i risiko for videre marginalisering. Likevel viser erfaringene fra implementeringen av MST-PSB/MST ved SSA at det finnes både strukturelle og kontekstuelle forhold som skaper skjevheter i hvem som faktisk får tilgang til behandlingstilbudet.

Per i dag er det kun det kommunale barnevernet som har henvisningsmyndighet til MST, inkludert MST ved SSA. Dette innebærer at barnets tilgang til behandling i stor grad avhenger av om barnevernet blir involvert, og om de vurderer MST som et egnet tiltak i den konkrete saken. I tilfeller der SSA først avdekkes i andre tjenester, som Statens Barnehus eller helsevesen, kreves det fortsatt en aktiv henvisning fra kommunalt barnevern for at behandlingen skal iverksettes. Samtidig er det viktig å være klar over at MST ved SSA er et tilbud gjennom det statlige barnevernet, og reguleres gjennom barnevernsloven.

Implementeringen av MST-PSB/ MST ved SSA viser betydelig geografisk variasjon i antall saker. Noen team har hatt relativt mange SSA-saker, mens andre har behandlet én eller to. Denne forskjellen reflekterer ikke nødvendigvis ulikheter i behov, men kan henge sammen med regional kjennskap til tiltaket, ulike grad av informasjonsarbeid og variasjon i lokal tjenestestruktur. Resultatet er uansett at barns tilgang til behandling i praksis også påvirkes av geografisk beliggenhet.

Selv om behovet for spesialiserte tiltak for barn med SSA er godt dokumentert, har relativt få saker faktisk resultert i behandling (42 per september 2024). Flere team rapporterer at de har vurdert et større antall saker, men at behandlingsforløp ikke ble igangsatt fordi familier takket nei, usikkerhet rundt behandlingspotensialet, eller at familiens utfordringer ble vurdert som for komplekse av kommunalt barnevern.

Dette indikerer at tiltaket fortsatt har lav synlighet i deler av hjelpeapparatet, og at mange aktuelle saker ikke realiseres som behandlingstilfeller. Det understreker behovet for økt oppmerksomhet om SSA i førstelinjen, samt for en mer nasjonal samordnet informasjonsstrategi.

Flertallet av barna som har mottatt MST-PSB/MST ved SSA er gutter, noe som samsvarer med internasjonale funn (Fonagy et al., 2017). Det finnes imidlertid lite kunnskap om hvordan tiltaket fungerer for jenter som utøver SSA. Selv om forekomsten er lavere, er det viktig å sikre likeverdig behandling også for denne gruppen, og følge utviklingen for å vurdere eventuelle behov for tilpasninger i behandlingsmodellen.

Som tidligere nevnt er det svært få familier med minoritetsbakgrunn som har deltatt i behandlingstilbudet. Det er åpenbart behov for mer innsats med å tilrettelegge modellen for språklig og kulturelt mangfold. Terapeuter etterlyser derfor mer kunnskap og verktøy for å jobbe med foreldre som har andre forståelser av seksualitet, autoritet og hjelpesøking. Dette aktualiserer behovet for styrket kulturkompetanse i teamene – som en integrert forståelse av hvordan kulturelle normer former reaksjoner, skam, tillit og deltakelse. Uten slike justeringer risikere man at behandlingstilbudet i praksis kun treffer majoritetsbefolkningen. For å sikre likeverdig tilgang og kvalitet, må videre utvikling av tilbudet bygge på forståelse av hvordan forskjeller i sosial og kulturell bakgrunn påvirker barns og familiers møte med tjenesten.

I tillegg til geografiske og kulturelle ulikheter, peker funnene på mer strukturelle barrierer knyttet til ansvar og samhandling mellom tjenester. At kun kommunalt barnevern har henvisningsmyndighet til MST ved SSA, også i tilfeller hvor bekymringen først fanges opp i Statens Barnehus eller helsevesenet, kan føre til forsinkelser eller at behandling ikke igangsettes. Slik utfordringer kan forstås i lys av det Abbott (1988) omtaler som *revirkamp*, der profesjoner konkurrerer om ansvar og jurisdiksjon. Når ulike tjenester har ulike tilganger til verktøy og ansvarslinjer, oppstår risiko for at barn med SSA faller mellom systemene. For å redusere slike barrierer kan det være nødvendig med en tydeligere fordeling av roller og en vurdering av om henvisningsordningen og samhandling rundt henvisningsprosessen er godt nok tilpasset problematikken.

## **7.5 Er MST et godt egnet tiltak for barn og unge med SSA?**

På bakgrunn av denne følgeevalueringen vurderer vi multisystemisk terapi (MST) som et relevant og egnet tiltak for barn og unge som har utøvd skadelig seksuell atferd (SSA). Denne

vurderingen bygger på erfaringene fra implementeringen av MST-PSB og overgangen til MST ved SSA, og underbygges av både norske og internasjonale funn. Samtidig fremkommer det tydelig at tiltaket må videreutvikles på enkelte områder for å sikre bærekraft og presis måloppnåelse i møte med denne komplekse målgruppen.

Denne hovedvurderingen utdypes nedenfor gjennom seks sentrale innsikter fra evalueringen:

- **MST ved SSA bygger på en eksisterende nasjonal struktur** for multisystemisk terapi, med 24 team i fem regioner. Disse teamene arbeider etter felles prinsipper, har lav turnover og faste rutiner for veiledning og oppfølging. Dette gir gode forutsetninger for videre implementering og god behandlingskvalitet. Samtidig etterlyses bedre støtte for terapeuters emosjonelle belastning i arbeidet med SSA-saker.
- **Overgangen fra MST-PSB til MST ved SSA** har bidratt til økt tilpasning til norsk kontekst, særlig gjennom samarbeid med Ressursenhet V27 og innføring av AIM3. Overgangen har samtidig vist behovet for nasjonal koordinering og fortsatt faglig støtte.
- **Både fagpersoner og familier** beskriver MST ved SSA som et meningsfullt og relevant tiltak. Den tette familiebaserte tilnærmingen og fleksibiliteten vurderes som styrker. Samtidig finnes variasjoner i erfaringene, noe som peker på behov for videre justeringer.
- **Modellen forutsetter aktiv foreldreinvolvering**, noe som ikke alltid er mulig. Dette skaper begrensninger i tilgjengelighet og treffsikkerhet, særlig i familier med sammensatte utfordringer eller lav tillit til hjelpeapparatet.
- **Samarbeid med psykisk helsevern** fremstår som ujevnt utviklet. Flere barn har psykiske helseutfordringer og behov for tverrfaglig innsats. Vårt materiale viser at samhandling med psykisk helsevern bør styrkes.
- **Tiltakets rekkevidde og kulturtilpasning er fortsatt begrenset**, og det er behov for styrket kulturkompetanse for å sikre likeverdig tilgang og opplevelse av relevans for alle familier.

Oppsummert vurderes MST ved SSA som et tiltak med høy relevans og betydelig potensial. For å realisere dette fullt ut, må tiltaket videreutvikles i takt med erfaringene fra praksis, og forankres i et bredere behandlingslandskap med vekt på tverrfaglighet, tilpasning og kompetanseutvikling.

## **7.6 Hvordan kan kunnskap om bruk av MST for barn og unge med seksuell atferdsproblematikk bidra til å videreutvikle og styrke tjenestetilbudet?**

Evalueringen viser at erfaringene fra MST ved SSA har overføringsverdi utover modellens rammer. Særlig fremheves behovet for å styrke lavterskeltilbud og tidlig innsats, og for å dele kunnskap med andre tjenester som møter barn og familier med utfordrende atferd.

### **Tidlig innsats og kunnskapsdeling**

Erfaringer fra MST-teamene viser at mange av barna har behov for hjelp til å forstå sosiale koder, etablere trygge relasjoner og utvikle positiv seksuell atferd. Dette peker mot

viktigheten av å styrke tidlig innsats, særlig i barnehage og barneskole. MSTs erfaringer bør derfor i større grad deles med førstelinjetjenester som helsestasjoner, skoler, barnehager og kommunepsykologer. På denne måten kan man bidra til kompetanseheving og styrket forebygging på lavere tiltaksnivå.

Elementer fra MSTs arbeidsform – som systematisk involvering av foreldre, tverrfaglig samarbeid og aktiv bruk av resultatverktøy – kan med fordel vurderes brukt i forebyggende arbeid, også i situasjoner der MST som modell ikke benyttes fullt ut.

### **Tilgjengelighet og behandlingskjeder**

Et annet funn er behovet for å tilby behandling i det tidsrommet familier er mest mottakelige. Mange står i en akutt krise etter at SSA er avdekket – preget av skyld, skam og utrygghet. Lang ventetid og usikkerhet i henvisningsprosessene kan føre til at motivasjon svekkes eller problemene eskaleres. Det er derfor avgjørende å sikre tilgjengelige lavterskeltilbud og kortere ventetid for behandling. MST ved SSA kan spille en sentral rolle i dette, men bør inngå i et mer fleksibelt behandlingslandskap – med både tidlig intervensjon og langvarig oppfølging der det er nødvendig.

### **Overførbare prinsipper**

Skal erfaringene fra MST ved SSA bidra til varig styrking av hjelpetjenestene, må de deles systematisk og integreres i kompetanseutvikling og faglige retningslinjer. Dette inkluderer opplæringsprogrammer, veiledning og strukturer for samarbeid mellom tjenester. Det kan også vurderes hvordan MST-teamenes erfaringer kan styrke tverrsektorielt samarbeid – ikke minst mellom kommunalt barnevern, Statens Barnehus, psykisk helsevern og utdanningssektor.

Avslutningsvis er det behov for bedre strukturer for å spre kunnskapen og gjøre den anvendelig i tjenester som ikke selv tilbyr MST. Dette kan bidra til å forebygge alvorlig problemutvikling, øke handlingskompetanse i førstelinjen og sikre bedre koordinering av innsats.

Skal erfaringene fra MST ved SSA få varig betydning for videre utvikling i tjenestene, må det bygges solide systemer for deling, dokumentasjon og kvalitetssikring. Dette reiser behov for en mer helhetlig satsing på kunnskapsutvikling – både gjennom praksisnær evaluering og mer forskning.

## **7.7 Kvalitetssikring og videre forskning**

MST-modellen er internasjonalt anerkjent for sin vektlegging av kvalitetssikring og evidensbasert praksis. Allerede fra oppstarten av et behandlingsforløp integreres systematisk datainnsamling og evaluering som en del av behandlingen. I MST ved SSA innebærer dette bruk av standardiserte verktøy for å kartlegge og følge utviklingen på sentrale områder: barnas atferd (inkludert seksuell og kriminell atferd), psykososial fungering, familiens fungering, samt risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer for tilbakefall. Denne løpende kartleggingen har to hovedformål: Å sikre kvalitet og kunne justere behandling underveis i hvert enkelt tilfelle, og å samle aggregerte data for kunnskapsutvikling og evaluering av tiltaket på systemnivå.

Dersom MST ved SSA skal videreføres og implementeres i flere team, er det avgjørende å styrke kvalitetssikringssystemene ytterligere.

Selv om NUBU allerede samler inn omfattende data fra teamene, er det fortsatt rom for forbedring. Ett konkret hinder er fraværet av digitale verktøy for datainnsamling. Innføring av slike løsninger vil kunne effektivisere innsamlingen, redusere belastningen på terapeutene og forbedre datakvaliteten. Samtidig må teamene involveres mer aktivt i bruken av dataene: Det er behov for bedre tilbakemeldingsrutiner slik at teamene forstår hvordan informasjonen kan brukes direkte i behandlingsarbeidet, for eksempel i dialog med familiene. Når terapeuter ser relevansen av datainnsamling i møte med praksis, kan det føre til at både motivasjonen og presisjonen i rapporteringen øker.

NUBUs eksisterende data tyder på positiv utvikling på flere områder, og det er indikasjoner på lav gjentakelsesrate for seksuelle krenkelser. Likevel er datagrunnlaget for svakt til å trekke bastante konklusjoner. Frafall, henvisning til andre instanser eller tidlig avslutning av behandling gir mangelfulle måleserier. Dette underbygger behovet for bedre rutiner for innhenting og bruk av kvalitetssikringsdata, både i klinisk arbeid og evaluering.

Et viktig funn er også kompleksiteten i målgruppens behov. Dette forsterker behovet for bedre samarbeid mellom MST og psykisk helsevern, og for videre oppbygging av spisskompetanse i både statlig og kommunalt barnevern. Erfaringene viser at MST ved SSA kan bidra til å identifisere og formidle behov for videre utredning og behandling, og dermed styrke helhetlig oppfølging.

Internasjonal forskning gir delvis støtte til MST-tilnærminger for barn og unge med SSA. Mens kvantitative studier fra USA viser gode resultater (Borduin et al., 2009, 2021; Letourneau et al., 2013), har effekten vært vanskeligere å replikere i europeiske kontekster. En britisk studie (Fonagy et al., 2017) har vist positiv vurdering fra foreldre og barn, men har utfordringer med rekruttering og å dokumentere signifikante kvantitative effekter. Dette viser behovet for mer kontekstsensitiv forskning i høyinntektsland med annen tjenestestruktur enn USA.

Forskning peker også på nødvendigheten av et lengre og mer fleksibelt behandlingsløp for noen familier (Fonagy et. al., 2017). Hackett (2024) understreker at det ikke er tilstrekkelig å stoppe skadelig atferd; barn og unge må også støttes i å utvikle et godt liv over tid. Dette fordrer et livsløpsperspektiv og helhetlige tiltak som favner bredere enn atferdsendring alene.

På lengre sikt kan det kanskje være mulig å utvikle en europeisk multisenterstudie rettet mot behandling av SSA innenfor MST-rammeverket, i samarbeid mellom etablerte fagmiljøer. Erfaringene fra Storbritannia tilsier imidlertid at dette vil være en tidkrevende prosess.

Avslutningsvis peker våre funn på at det er behov for å styrke forsknings- og kvalitetsinfrastruktur rundt SSA-feltet. På sikt kan det være aktuelt å etablere et tverrsektorielt kvalitetsregister, med data fra barnevern, psykisk helsevern og habiliteringstjenester. Dette kan gi bedre innsikt i målgruppens behov og hvordan ulike tiltak virker over tid.

## 7.8 Anbefalinger

### Hovedanbefaling: Videreføre MST ved SSA som nasjonalt behandlingstilbud

Vi vurderer at MST for barn som har utøvd problematisk eller skadelig seksuell atferd er et egnet tilbud for målgruppen, og at MST ved SSA bør videreføres som et nasjonalt behandlingstilbud. Erfaringene så langt viser at modellen har høy relevans for målgruppen og gir et viktig supplement til eksisterende tilbud. Med videre utvikling og tilpasning til norske forhold har MST ved SSA potensial til å styrke både behandling, forebygging og kunnskapsutvikling på feltet. Erfaringene viser også at modellen har forutsetninger for implementering i større skala, og kan inngå som en del av et helhetlig og differensiert tjenestetilbud for barn og unge med SSA-problematikk.

### Delanbefaling 1. Sikre forankring og ledelsesstøtte i implementeringsprosessen

**Anbefaling:** Det bør utvikles en langsiktig implementeringsstrategi for MST ved SSA som støtter opp under endringsarbeid i teamene. Strategien bør forankres tydelig på sentralt nivå og inneholde tiltak for å bygge engasjement, styrke endringsvilje og sikre kontinuerlig støtte i implementeringsfasen.

### Delanbefaling 2. Kommunikasjonsstrategi for samarbeid med eksterne aktører

**Anbefaling:** Det bør utarbeides en nasjonal kommunikasjonsstrategi for MST ved SSA som tydeliggjør tiltakets formål og samarbeidsflater overfor andre aktører. Strategien bør rettes mot kommunalt barnevern, justissektoren og psykisk helsevern, og bidra til etablering i relevante kompetansenettverk og konsultasjonsteam.

### Delanbefaling 3. Grunnleggende kompetanse om seksuell utvikling og atferd

**Anbefaling:** MST-teamenes kompetanse om seksualitet og barn og unges seksuelle utvikling bør styrkes. Alle team bør ha grunnleggende kunnskap for å kunne forebygge, avdekke og behandle problematisk eller skadelig seksuell atferd.

### Delanbefaling 4. Sikre likeverdig tilgang til MST ved SSA

**Anbefaling:** Det bør undersøkes om faktorer som kjønn, etnisk bakgrunn eller språk påvirker tilgangen til behandling. MST ved SSA bør være tilgjengelig og kulturtilpasset, og teamenes kulturkompetanse bør styrkes for å sikre likeverdige tjenester.

#### **Delanbefaling 5. Videreutvikle og tilpasse MST ved SSA til norske forhold**

**Anbefaling:** Det bør legges til rette for videre utvikling av MST ved SSA i norsk kontekst, med utgangspunkt i erfaringene fra implementeringen av MST-PSB og bruken av AIM3. Det er særlig behov for å undersøke hvordan disse elementene fungerer i kombinasjon med standard MST, og hvordan modellen kan tilpasses norske tjenester, familiekulturer og strukturelle rammevilkår.

#### **Delanbefaling 6. Etablere struktur for selvivaretagelse/debriefing**

**Anbefaling:** Det bør etableres en fast struktur for selvivaretagelse (inkludert debriefing) for ansatte i MST ved SSA, for å ivareta ansatte som arbeider med krevende saker og forebygge utmattelse over tid og turnover. I tillegg bør det inngå en egen opplæringsmodul om risikofaktorer for utmattelse og utvikling av egenomsorg (f.eks. som booster).

#### **Delanbefaling 7. Dele kunnskap fra MST ved SSA for å styrke forebygging i førstelinjen**

**Anbefaling:** Kunnskap og erfaringer fra MST ved SSA bør gjøres tilgjengelig for relevante førstelinjetjenester, med mål om å styrke forebyggende arbeid og tidlig innsats, og gi helhetlige tilbud.

#### **Delanbefaling 8. Styrke kvalitetssikrings- og forskningsressurser på SSA i NUBU**

**Anbefaling:** Det bør avsettes økte ressurser til kvalitetssikring og forskning på arbeid med SSA i regi av NUBU. Vurderinger av hvilke kvalitetssikringsverktøy som skal benyttes bør ses i en helhetlig sammenheng – også på tvers av tjenester. Det er samtidig viktig å sikre god implementering av valgte verktøy i MST-teamene, slik at resultater fra behandling og erfaringer fra barn og foreldre i større grad kan brukes til læring og forbedring.

#### **Delanbefaling 9. Utrede samarbeid med andre instanser om kvalitetsregister for kunnskapsbygging ved SSA**

**Anbefaling:** Det bør vurderes å utvikle et kvalitetsregister i samarbeid med relevante aktører. Et felles tverrfaglig register vil gi bedre oversikt over målgruppen, styrke kunnskapsgrunnlaget og gi innsikt i erfaringer fra ulike behandlingstilbud.

**Delanbefaling 10. Utrede om andre instanser enn kommunalt barnevern bør kunne henvise til MST ved SSA**

**Anbefaling:** For å sikre raskere henvisningsprosesser for barn og familier ved SSA, bør det utredes om Statens Barnehus (og evt. andre tjenester) kan gis mulighet til å henvise direkte til teamene som arbeider med MST ved SSA.

**Delanbefaling 11. Videreutvikle og styrke samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge**

**Anbefaling:** De positive erfaringene fra samarbeidet mellom MST ved SSA og Ressursenhet V27 bør videreutvikles og styrkes for at barn med komplekse og sammensatte behov kan få samordnet utredning og behandling fra både barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge.

# REFERANSER

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health*, 38(1), 4-23. doi:10.1007/s10488-010-0327-7
- Aase, H., Lønnum, K., Sørli, M.-A., Hagen, K. A., Gustavson, K., & Utgarden, I.-H. (2020). Barn, unge og kriminalitet. Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane? Oppsummering og vurdering av virksomme tiltak, behandling og organisering
- Allardyce, S., and Yates, P. (2017). Working with children and young people who have displayed harmful sexual behaviour. Edinburgh: Dunedin Academic Press.
- Andersen, L. (2021). Empirisk undersøkelse av barn og unge som begår seksuelle overgrep mot andre barn og unge. I O. Hellevik et al., Digitale seksuelle overgrep mot barn og unge – gjerningspersoner og fornærmede. NKVTS.
- Askeland, I. R., Jensen, M., & Moen, L. H. (2017). Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.
- Backe-Hansen, Elisabeth (2023). Når barn og unge deltar i forskning. Artikkel publisert på <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/barn/>. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
- Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (2006). The Juvenile sex offender (2nd ed. ed.). New York: Guilford Press.
- 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](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Prop. 12 S (2016 – 2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Oslo
- Barnevernsloven. (2021). Lov om barnevern (barnevernsloven) LOV-2021-06-18-97. Hentet fra Lovdata <https://lovdata.no/lov/2021-06-18-97>
- Bartvik, A., C. (2023). Presentasjon av MST-PSB, Konferanse i Bergen 2023
- Bellis, M. A., Ashton, K., Hughes, K., Ford, K., Bishop, J., & Paranjothy, S. (2015). Adverse Childhood Experiences and their impact on health harming behaviours in the Welsh adult population. Cardiff, UK: Public Health Wales NHS Trust.
- Betanien sykehus (2023). AIM – Assessment Intervention Moving on. Hentet 10. Juni 2025 fra <https://www.betaniensykehus.no/helsefaglig/forskning-og-utvikling/aim-assessment-intervention-moving-on/>
- Betanien sykehus (2024). Trippelprosjektet SSA. Hentet 10. juni 2025 fra <https://www.betaniensykehus.no/helsefaglig/forskning-og-utvikling/trippelprosjektet-ssa/>
- Betanien sykehus (u.å.). Ressursenhet v27. Hentet 10. juni 2025 fra <https://www.betaniensykehus.no/avdelinger/betanien-sykehus/enhet-for-psykisk-helse/barne-og-ungdomspsykiatrisk-poliklinikk/ressursenhet-v27>
- Bliksvær, T., Skogøy, B. E., Sloan, L., Nezihat, B., Ragnhild, J., & Minela, K. (2019). *Kommunenes krisesentertilbud – En kunnskapsoversikt*. Retrieved from Bodø:

- Bond, L.-A. S. (2017). *En intervjustudie av MST «Foreldreperspektiver på behandlingsprosess og utfall»*. (Hovedoppgave). UNIVERSITETET I OSLO, Oslo.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 34(2), 105-113.
- 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 393.
- 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.
- Bostock, L., Patrizo, L., Godfrey, T., & Forrester, D. (2019). What is the impact of supervision on direct practice with families? *Children and Youth Services Review*, Volume 105, 2019, 104428
- Brandon Centre (u.å.), Systemic Integrative Treatment. Hentet 10.06.2025, fra <https://brandon-centre.org.uk/services/systemic-integrative-treatment>
- Bufetat (u.å.). Behandling for barn og unge med bekymringsfull seksuell atferd. Hentet 10. juni 2025 fra [https://www.nubu.no/getfile.php/1321372-1624972050/Bilder/MST/MST\\_brosjyre\\_utskrift\\_A4.pdf](https://www.nubu.no/getfile.php/1321372-1624972050/Bilder/MST/MST_brosjyre_utskrift_A4.pdf)
- Bufdir (u.å.). Multisystemisk Terapi (MST). Hentet 10. juni 2025 fra <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/foreldrestotte/foreldrestottende-tiltak/mst/>
- Bufdir (2022b). Turnover blant ansatte i barnevernet – hvorfor slutter så mange? En nasjonal omfangsundersøkelse av årsaker og kjennetegn ved tjenester og institusjoner med høy turnover. Oslo: Bufdir.
- Bufdir. (2024). *Veileder for forløp i barnevernsinstitusjoner*
- Bufetat. (2019). *Veileder til Standardisert forløp Trygge og virkningsfulle tiltak for barn og familier*. Oslo: Bufetat
- Child Rights International Network [CRIN], 2023.
- Cranbourne-Rosser, M., Campbell, M., Pilkington, L., & Carthy, N. (2020). The role of presence when working with children and young people demonstrating harmful sexual behaviour. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(4), 580-590.
- Drange, N., Hernæs, Ø.M., Markussen, S., Oterholm, I., Raaum, O., Slettebø, T. (2021) Rapport Delprosjekt 1: Beskrivende analyser – barn og familier i barnevernet. Frisch Rapport.
- Egeland, K. M., Ruud, T., Ogden, T., Lindstrøm, J. C., & Heiervang, K. S. (2016). Psychometric properties of the Norwegian version of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS): to measure implementation readiness. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 47.
- Eggebo, H. (2020). Kollektiv kvalitativ analyse. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 4(2), 106-122.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009). Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors: (630532009-001) [Data set]. American Psychological Association. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/e630532009-001>
- Finne, J., & Malmberg-Heimonen, I. (2023). Evidensbasert praksis—et veiskille i sosialt arbeid. *Tidsskrift for velferdsforskning*(1), 1-14.

- Fixsen, Blase, K., Metz, A., & Van Dyke, M. (2013). Statewide implementation of evidence-based programs. *Exceptional Children*, 79(2), 213-230. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1270781693?accountid=17260>
- Fixsen, Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network
- Fixsen, & Blasé, K. A. (2008). Drivers framework. In. Chapel Hill, NC: The National Implementation Research Network, University of North Carolina.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540. doi:10.1177/1049731509335549
- Fixsen, D. L., & Ogden, T. (2015). Facing the challenges of implementation. In: Hogrefe Publishing.
- Fonagy, P., Butler, S., Baly, A., Seto, M., Anokhina, A., Kaminska, K., & Ellison, R. (2017). Evaluation of Multisystemic Therapy for adolescent problematic sexual behavior. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/625249/Evaluation\\_of\\_Multisystemic\\_Therapy\\_for\\_adolescent\\_problematic\\_sexual\\_behaviour.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/625249/Evaluation_of_Multisystemic_Therapy_for_adolescent_problematic_sexual_behaviour.pdf)
- Forgatch, Marion, Patterson, Gerald, and Gewirtz, Abigail. 2013. Looking forward: The promise of widespread implementation of parent training programs. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 682–694. <https://doi.org/10.1177/1745691613503478>
- Fox, Simone, Bibi, Fatima, Millar, Hayleigh, Holland & Amaryllis. (2016). The role of cultural factors in engagement and change in Multisystemic Therapy (MST): Cultural factors in MST. *Journal of Family Therapy*, 09/2016. doi: 10.1111/1467-6427.12134
- Gaffney, H., Jolliffe, D., & White, H. (2022). Multi-Systemic Therapy.
- Haavind, H. (1987). Liten og stor: Mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter. Oslo: Universitetsforlaget.
- 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.
- 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-sexualbehaviour-framework>
- Hackett, S., Darling, A. J., Balfe, M., Masson, H., & Phillips, J. (2024). Life course outcomes and developmental pathways for children and young people with harmful sexual behaviour. *Journal of Sexual Aggression*, 30(2), 145-165.
- Hackett, S., Holmes, D., & Branigan, P. (2016). Harmful sexual behaviour framework: An evidence-informed operational framework for children and young people displaying harmful sexual behaviours.

- 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 norsk ungdom i alderen, 12.
- Hagen, A. L., & Lyng, S. T. (2019). Barn og unges deltakelse i forskning: Muligheter og utfordringer. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 3(1), 6–12. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2019-01-01>
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2013). Multisystemisk terapi for barn og unge med alvorlige atferdsvansker (oversatt av A. Sjøbu). Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hellevik, P. M., Kruse, A. E., Dullum, J. V., Frøyland, L. R., Skar, A.-M. S., Andersen, L. C., . . . Øverlien, C. (2023). *Digitale seksuelle overgrep mot barn og unge—gjernings personer og fornærmede*. Retrieved from Oslo:
- Helsedirektoratet (2023). Sentrale begreper på seksuell helse-området [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 09. juni 2023, lest 26. august 2025). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/seksuell-helse/sentrale-begreper-seksuell-helse>
- 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*.
- Horringmo, A. M., Weigel, B., Meltevik, S. & Larsen, T. (2016). Gjennomgang av Atferdssenterets implementeringsvirksomhet. I Hestbæk, A.-D., Bergström, M., Fisker, T. B., Jackobsen, T. B. og Skivenes, M. (Red.), *Adferdssenteret Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS. Hovedrapport fra evalueringen (s.1-89)* Oslo: Norges forskningsråd.
- Hukkelberg, S., Ogden, T., & Thøgersen, D. M. (2022). Youth Level of Service/Case Management Inventory Assessments as Predictors of Behavioral Change in Multisystemic Therapy and Functional Family Therapy in Norway. *Research on Social Work Practice*, 32(7), 784-792.
- Humana (u.å.). Behandling til barn og unge med skadelig seksuell atferd. Hentet 10. juni 2025 fra <https://www.humananorge.no/barnevern/metoder-og-faggrunnlag/behandling-til-barn-og-unge-med-skadelig-seksuell-atferd>
- Ingnes, E. K. & Kleive, H. (2011). I møte med unge overgripere. 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.
- Jensen, M. (2023). Problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn: Begreper, karakteristika og vurdering i norsk kontekst (PhD-thesis).
- 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>
- 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>

- Justis- og beredskapsdepartementet. (2021). *Frihet fra vold. Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021-2024*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/9c4fb648c66c4c1eb2e58f645eb870b8/209755-jd-frihetfravold-web.pdf>
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2023-2024). *Prop. 36 S (2023–2024) Opptappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) Trygghet for alle*. Oslo
- Kaur, Pinder, Pote, Helen, Fox, Simone, & Paradisopoulos, Daphne A. (2015). Sustaining change following multisystemic therapy: Caregiver's perspectives. *Journal of Family Therapy*, Advance online publication. doi: 10.1111/1467-6427.12093.
- Kendall, Philip, and Beidas, Rinad. 2007. Smoothing the trail for dissemination of evidence-based practices for youth: Flexibility within fidelity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 13–20. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.13>.
- Konfliktrådet (u.å.). Regelverk og faglige retningslinjer. Hentet 10. juni 2025 fra <https://konfliktraadet.no/regelverk-og-faglige-retningslinjer/>
- Kripos. (2017). Mindreårige anmeldt for voldtekt i 2016. Hentet fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/seksuelle-overgrep-motbarn/seksuell-utnyttelse-av-barn-over-internett.pdf>
- Kruse, A. (2011). Unge som begår seksuelle overgrep. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
- Kvello, Øyvind, Lorås, Lennart (red.) (2024). *Håndbok i foreldreveiledning*. Oslo: Fagbokforlaget.
- 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.
- Leonard, M., and Hackett, S. eds. (2019a). "The AIM3 assessment model," in *Assessment of Adolescents and harmful sexual behaviour* (Stockport: AIM Project).
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 89.
- Letourneau, E. J., et al. (2013). Two-Year Follow-Up of a Randomized Effectiveness Trial Evaluating MST for Juveniles Who Sexually Offend. *Journal of Family Psychology*, 27(6): 978-985.
- Littell, J. H., Pigott, T. D., Nilsen, K. H., Green, S. J., & Montgomery, O. L. (2021). Multisystemic Therapy® for social, emotional, and behavioural problems in youth age 10 to 17: An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 17(4), e1158.
- Livingstone, S. og Third, A. 2017. Children and young people's rights in the digital age: An emerging agenda. *New Media & Society*, 19, 657-670.
- Markham, A. A Review Following Systematic Principles of Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Adolescents Aged 10–17 Years. *Adolescent Res Rev* 3, 67–93 (2018). <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0072-1>
- Morken, M., & Farstad, T. P. (2020). Ikke bare elendighet-en kvalitativ studie om hvordan ansatte tilknyttet Statens Barnehus påvirkes av jobben, og hvordan de best kan ivaretas (Master's thesis, UiT Norges arktiske universitet).

- National Institute for Health and Care Excellence. NICE Guidelines 55 UK (2016).
- Nielsen, S., Paasonen, S. og Spisak, S. 2015. 'Pervy role-play and such': Girls' experiences of sexual messaging online. *Sex Education*, 15, 472-485.
- Novins, D. K., Green, A. E., Legha, R. K., & Aarons, G. A. (2013). Dissemination and Implementation of Evidence-Based Practices for Child and Adolescent Mental Health: A Systematic Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(10), 1009-1025.e1018. doi:10.1016/j.jaac.2013.07.012
- Nøkleby, H., Langøien, L. J., Muller, A. E., Siqveland, J., Jacobsen Jardim, P. S., & Johansen, T. B. (2020). *Kartleggingsverktøy for utsatte barn og unge: en systematisk kartleggingsoversikt* (8284060450). Retrieved from Oslo:
- Ogden, Terje & Hagen, Kristine A. (2006). Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11 pp 142–149. doi:10.1111/j.1475-3588.2006.00396.
- Ogden, T., & Amlund Hagen, K. (2024). The European implementation of evidence-based policy an pracices in child and adolescent services- the case of Norway. *Perspectives on Evidence-Based Policy in Human Services*, 116.
- Ogden, T., Beyers, W., & Ciairano, S. (2009). Intervention and prevention with adolescents. *J Adolesc*, 32(6), 1343-1345. doi:10.1016/j.adolescence.2009.10.004
- Ogden, T., Bjornebekk, G., Kjobli, J., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., & Tollefsen, N. (2012). Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs--a pilot study. *Implement Sci*, 7, 49. doi:10.1186/1748-5908-7-49
- Ogden, T., & Fixsen, D. L. (2015). Implementation science. *Zeitschrift für Psychologie*, 222, 4–11. doi:10.1027/2151-2604/a000160.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2009). What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following multisystemic therapy. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1425-1435.
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), 77-83.
- Oslo Economics. (2017). Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak fra barnevernet. In: OE-rapport.
- Palinkas, L. A. (2012). A conceptual framework for understanding the mental health impacts of oil spills: lessons from the Exxon Valdez oil spill. *Psychiatry*, 75(3), 203-222. doi:10.1521/psyc.2012.75.3.203
- PHMC, P. H. M. C. (2024a). MST-PSB Multisystemic Therapy for Youth With Problem Sexual Behavior, Program Information. Retrieved from [https://www.phmc.org/site/images/PDF/MST-PSB\\_Program\\_information.pdf](https://www.phmc.org/site/images/PDF/MST-PSB_Program_information.pdf)
- PHMC, P. H. M. C. (2024b). MST-PSB Parent information. Retrieved from [https://www.phmc.org/site/images/PDF/MST-PSB\\_Parent\\_information.pdf](https://www.phmc.org/site/images/PDF/MST-PSB_Parent_information.pdf)
- Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive behaviors*, 27(6), 989-993. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460302003003>
- 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

- Sivertsen, S.H. (2024) Myndiggjørende veiledning kan redusere turnover og heve kvaliteten i barnevernet. Fontene, Oslo
- Sjøly, M., Myrberg, A. J., & Jensen, M. (2021a). *Konseptutredning lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utøve PSA/SSA mot andre barn og unge, Anbefalinger (del 2)*. Retrieved from Oslo:
- Sjøly, M., Myrberg, A. J., & Jensen, M. (2021b). *Konseptutredning lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utøve PSA/SSA mot andre barn og unge, Innsiktsarbeid (del 1)*. Retrieved from Oslo:
- Skar, A.M. S og Guldhav, M.M (2023). Forekomst av skadelig seksuell atferd blant barn og unge i BUP, I P.M.Hellevik, A.E. Kruse, J.V. Dullum, L.R.Frøyland, A.-M. S. Skar, L.C. Andersen, . . . C. Øverlien (2023) Digitale seksuelle overgrep mot barn og unge—gjernings personer og fornærmede. NKVTS Rapport nr. 3, Oslo, s. 129-135
- Skogøy, B. E. (2019). From policy to practice: Implementation of changes in law to support and protect children of ill parents.
- Skogøy, B. E., Sørgaard, K., Maybery, D., Ruud, T., Stavnes, K., Kufås, E., . . . Ogden, T. (2018). Hospitals implementing changes in law to protect children of ill parents: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 18(1), 609.
- SSB, 2014. Turnover i det kommunale barnevernet. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/turnover-i-det-kommunale-barnevernet>
- SSB, 2022. Anmeldte seksuallovbrudd i endring. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/kriminalitet-og-rettsvesen/artikler/anmeldte-seksuallovbrudd-i-endring>
- Staksrud, E. og Ólafsson, K. 2019. Tilgang, bruk, risiko og muligheter: Norske barn på Internett. Resultater fra EU Kids Online-undersøkelsen i Norge 2018. EU Kids Online og Institutt for medier og kommunikasjon, Universitetet i Oslo.
- Statens barnehus (u.å.). Råd og veiledning. Hentet 10. juni 2025 fra <https://www.statensbarnehus.no/>
- Straffeprosessloven, (2025) Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven) LOV-1981-05-22-25, Hentet fra lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25>
- Strøm, H. K. & Handegård, B. H. (2017). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket MST (2. utg.). *Ungsinn*, 2:4 <https://doi.org/10.7557/25.7596>
- Strøm Kyrrestad, H., & Handegård, B. H. (2017). Multisystemisk terapi—MST (2. utg.).
- Strømsvåg, R., & Breen, M. (2019). *Ungdomsperspektiver på MST*. (Hovedoppgave Hovedoppgave). UNIVERSITETET I OSLO, Oslo.
- Søndergaard, D. M., 2019. Seksualiseret digital interaktion: Forhandling af køn og seksualitet i analog og digital forskydning. I Jansen, A. & Andenæs, A. (eds.), *Hverdagsliv, barndom og oppvekst: Teoretiske posisjoner og metodiske grep* (s. 188-224). Universitetsforlaget.
- Søftestad, S. (2014). Et livsviktig puslespill. Med barnet i sentrum av tverretattlig utredning. I S. Søftestad & IL Andersen (Red). *Seksuelle overgrep mot barn, traumebevisst tilnærming*, 87-98.
- Tighe, Andrea, Pistrang, Nancy, Casdagli, Lucy, Baruch, Geoffrey & Butler, Stephen. (2012). Multisystemic therapy for young offenders; Families experience of therapeutic processes and outcomes. *Journal of family psychology*. Doi: 10.1037/a0027120
- Tjora, Aksel (2017). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Gyldendal akademisk.

- Ulset, G., Thoresen, S. H., Thaulow, K., Melby, L., Bruteig, R., & Paulsen, V. (2023). Barn og unges medvirkning i spesialiserte hjelpetiltak.
- Van der Stouwe, Trudy Asscher, Jessica J. Stams, Geert Jan J.M. Deković, Maja van der Laan, Peter H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, Volume 34, Issue 6, pp 468-481.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.006>.
- Vorland, N., Selvik, S., Hjorthol, T., Kanten, A. B., & Blix, I. (2018). Tverretattlig samarbeid om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. *Rapport*, 3, 2018.
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and violent behavior*, 12(1), 87-107.
- Weiner, B. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci*, 4, 67. Retrieved from <http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-4-67.pdf>
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between empathy and burnout in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6(2017), 18–29.
- Youthinmind (2022). What is th SDQ? Hentet 10. Juni 2025 fra <https://www.sdqinfo.org/a0.html>

# VEDLEGG

## Kriterier for nasjonale mål i MST

(Hentet fra dokumentet «Kriterier for nasjonale mål i MST v1/2021» utgitt av NUBU – Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge)

### **Datakilder:**

- Inntak: Henvisningsinformasjon fra kommunalt barnevern, samt kartlegging utført av MST-teamet.
- Avslutning: MST-teamet
- Oppfølging 6, 12 og 18 måneder etter avslutning: Foresatte (telefonintervju)

### **Generelt om skåring:**

Kriteriene for de nasjonale målene er retningsgivende for hvordan de skal skåres i Primula. I noen tilfeller vil det likevel være nødvendig å bruke skjønn. Det viktigste prinsippet å ha for øye da er MSTs formål om å redusere risiko. Skåringen bør skje ut fra en vurdering av hvorvidt ungdommen er i vesentlig risiko, for hvert av de fem risikoområdene (plassering, skole/arbeid, konflikt med loven, rus og vold).

#### **1. Ungdommen bor hos sin familie eller i en annen etablert bosituasjon**

*Med familie menes de foresatte som deltok i MST-tiltaket.*

- Med etablert bosituasjon menes en privatbolig som er godkjent av ungdommens foresatte. Det kan være (en av) foreldrenes bolig, hjemmet til en godkjent slektning eller venn, men også ordinært skoleinternat, eller at ungdommen bor på hybel el.l. etter godkjenning av de foresatte.
- Hvis ungdommen er fengslet, eller har blitt flyttet i fosterhjem eller annet botilbud i regi av barnevernet, er det ikke å regne som at ungdommen bor hjemme (besvares med «Nei»).
- Hvis ungdommen har fylt 18 år og flyttet hjemmefra, er det å regne som at ungdommen bor hjemme (besvares med «Ja»), med mindre vedkommende er fengslet eller bor i institusjon knyttet til problematferd.

#### **2. Ungdommen går på skole (eller er i arbeid)**

*Ungdommen går på skole (skulker ikke) eller er i kombinert skole/opplæring i bedrift,*

*eller er over skolepliktig alder og har jobb i minst halv stilling.*

Det skal være en høy terskel for å regne målet som oppfylt hvis skoletilbudet er noe annet enn vanlig skole:

- Ungdommen går på skole eller er i et formalisert skole-/arbeidsopplegg i sin naturlige økologi/miljø. Hovedhensikten skal være allmen- eller yrkesutdanning.
- Hvis ungdommen har et skoletilbud utenfor vanlig skole hvor hovedhensikten er behandling eller atferdsregulering (spesialskoler/grupper), regnes målet som ikke oppfylt (besvares med «Nei»).

v. 1/2021

- For ungdom som er i et alternativt skole-/arbeidsopplegg må MST-teamet innhente detaljerte opplysninger og vurdere fra sak til sak om det oppfyller kriteriet for å “gå på skole”. Hvis deltakelse i slikt alternativt program primært er en konsekvens av ungdommens antisosiale atferd, skal spørsmålet besvares med “Nei”.
- Hvis ungdommen går på skole, bør kravet om oppmøte være det samme som stilles til alle elever i den norske skole for at svaret skal være “Ja”.
- Hvis avslutning skjer i løpet av sommerferien, anbefales det å svare “Ja” hvis ungdommen gikk på skole før ferien.
- Hvis ungdommen ikke er i et skoletilbud, men er over skolepliktig alder, og har arbeid i minst halv stilling, regnes målet som oppfylt («Ja»).

Hvis skole-/arbeidsdeltakelse er et overordnet mål etter kartleggingen, eller blir et overordnet mål i løpet av behandlingen, skal dette målet skåres som ikke oppfylt («Nei») ved inntak.

Ved avslutning er det en forutsetning for at målet kan vurderes som oppfylt, at det er etablert et fungerende skole – hjem-samarbeid, og at begge parter vurderer oppmøtet som tilfredsstillende. Dette må også være generalisert, slik at det er sannsynlig at ungdommen vil fortsette å gå på skolen.

### **3. Ungdommen er ikke i konflikt med loven**

*Ungdommen har ikke blitt arrestert, institusjonalisert eller fengslet, og skal ikke møte i konfliktråd, for lovbrudd eller forseelser.*

Andre samfunnsmessige reaksjonsformer kan være anholdelse av vekter, melding til

politiet eller til barnevernet, eller bekymringssamtaler knyttet til klart påviste lovbrudd fra ungdommens side.

Vær oppmerksom på at det ikke først og fremst er ungdommens atferd som vurderes her, men hvorvidt atferden fører til en samfunnsmessig reaksjon som innebærer en fare for plassering utenfor hjemmet.

Hvis reduksjon av lovbrudd er et overordnet mål etter kartleggingen, eller blir et overordnet mål i løpet av behandlingen, skal dette målet skåres som ikke oppfylt («Nei») ved inntak.

#### **4. Ungdommen (mis)bruker ikke rusmidler**

*Bruk av rusmidler fører ikke til funksjonstap eller andre alvorlige konsekvenser for ungdommen - hjemme, på skolen, eller i forhold til venner eller nærmiljø.*

Hvis reduksjon av bruk av rusmidler er et overordnet mål etter kartleggingen, eller blir et overordnet mål i løpet av behandlingen, skal dette målet skåres som ikke oppfylt («Nei») ved inntak.

Hvis rus har vært del av behandlingen, er kriteriet ved avslutning hvorvidt ungdommen har levert rene rusprøver de siste 4-6 ukene.

v. 1/2021

#### **5. Ungdommen avstår fra å utøve fysisk vold, eller å true med å utøve fysisk vold**

Hvis reduksjon av vold eller trusler om vold er et overordnet mål etter kartleggingen, eller blir et overordnet mål i løpet av behandlingen, skal dette målet skåres som ikke oppfylt («Nei») ved inntak.

### **Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)**

(referanse: <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/ylscmi-youth-level-of-servicecase-management-inventory#>)

YLS/CMI har åtte subskalaer/risikoområder:

1. Kriminalitet - tidligere eller nåværende lovbrudd (fem spørsmål, skåre 0-5)
2. Familie - familieforhold og oppdragelse (seks spørsmål, skåre 0-6)
  1. Utdanning - utdanning/arbeid (sju spørsmål, skåre 0-7)

4. Venner - vennerelasjoner (fire spørsmål, skåre 0-4)
5. Rus - rusmiddelmisbruk (fem spørsmål, skåre 0-5)
6. Fritid - fritid/rekreasjon (tre spørsmål, skåre 0-3)
7. Personlighet (sju spørsmål, skåre 0-7)
8. Holdninger (fem spørsmål, skåre 0-5).

Risiko blir målt i henhold til et sett skåringskriterier som er oppdelt i åtte risiko-områder (subskalaer), med mellom tre og syv elementer (spørsmål) i hver subskala. Dette gir i alt 42 ledd/elementer som det krysses av for, der «Ja» skåres 1 og «nei» skåres 0, slik at den totale risiko-/behovsskåren kan ligge mellom 0 og 42. Lav skåre betyr lav risiko og høy skåre betyr høy risiko. Totalskåren deles inn i fire kategorier som angir alvorlighetsgrad, basert på normeringsstudier (se under): 0-8=Lav, 9-22=Moderat, 23-34=Høy, 35-42=Svært høy

#### **Variabeloversikt over kvalitetssikringsdata for MST-PSB-behandlinger (kilde: NUBU)**

- Region (barnevernregion: nord, midt, vest, sør, øst)
- Team (navn på teamet)
- Kjønn
- Alder (i antall fylte år)
- Innvandrerstatus (Ikke innvandrere, Innvandrere, Innvandrereforeldre, jfr. SSBs kriterier)
  - Opprinnelsesregion (Hvis innvandrere eller innvandrereforeldre: Hvilken geografisk region: Norden utenom Norge, Europa utenom Norden, Afrika, Asia, Nord-Amerika, Sør-Amerika, Australia/Oseania)
- Ble MST igangsatt i forlengelse av opphold i barneverninstitusjon?
- Bodde ungdommen i fosterhjem ved inntak?
- Har ungdommen på noe tidspunkt mottatt tilbud i psykisk helsevern?
- Tidligere behandling (har ungdommen/familien tidligere mottatt behandling i MST, FFT, TFCO, MultifunC og/eller PMTO)
- Inntaksdato
- Avslutningsdato
- Avslutningsårsak (fullført, manglende samarbeidsallianse, plassering, feilhenvisning, annet – i hht. skåringskriterier)
- Reisetid ja/nei (overstiger terapeutens reisetid til familien 90 minutter hver vei?)
  - Reisetid (Hvis spørsmålet Reisetid ja/nei (neste spørsmål i variabeloversikten) er besvart med ja: Hvor mange minutter reisetid er det hver vei)
- Nasjonale mål - ved inntak, avslutning og 6, 12 og 18 mnd etter avsluttet behandling\* (Ja/Nei – i hht. skåringskriterier)

- Fravær av ny skadelig seksuell atferd?
- Plassering utenfor hjemmet?
- Skoledeltakelse? (evt. arbeid, dersom ungdommen er over skolepliktig alder og ikke har et skoletilbud)
- I konflikt med loven?
- Problemskapende bruk av rusmidler? Hvis ja ved innta: type rusmidler (frisvar)
- Bruk av vold eller trusler om vold?
- Oppfølgingsdata 6, 12 og 18 måneder (innhentes bare for behandlinger med avslutningsårsak 'Fullført', tilsvarende om lag 85% av behandlingene)
- Spesifisering av type skoletilbud - ved inntak og avslutning (vanlig skole, alternativt tilbud i vanlig skole, alternativt tilbud utenfor vanlig skole, uten skoletilbud, men jobber i minst halv stilling (hvis ungdommen er over skolepliktig alder), uten skole/arbeidstilbud)
- Risiko for fremtidig alvorlig problematferd (YLS/CMI – Youth Level of Service/Case Management Inventory) – ved inntak og avslutning
  - Sumskåre for 8 subskalaer - i hht. skåringskriterier
- (Styrker og behov (SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire) fra ungdom og foreldre ved inntak og avslutning – data på itemnivå. Dette er fremdeles under implementering, slik at registreringsraten er lav.)
- (Vurdering av behandlingen fra ungdom og foreldre ved avslutning. Dette er fremdeles under implementering, slik at registreringsraten er lav.)

NF-RAPPORT NUMMER: 20/2025

ISBN (DIGITAL):978-82-7321-927-5

ISSN (DIGITAL): 2704-033X

